



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2021-2022**

Date du Jury : **octobre 2022**

**LE POUVOIR REGLEMENTAIRE DU
DIRECTEUR D'UN ETABLISSEMENT
PUBLIC DE SANTE :
Etude critique de droit public interne**

Jules LITVINE

Les opinions exprimées dans ce mémoire sont propres à leur auteur et n'engagent pas
l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnels du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy pour leur accompagnement dans la rédaction de ce mémoire, et plus spécifiquement mon maître de stage, Madame Pauline LAZIER, directrice des affaires médicales.

Par ailleurs, je tenais à remercier Madame Catherine KELLER et Monsieur Marc DUPONT pour leurs éclaircissements et leurs conseils méthodologiques qui m'ont permis d'orienter et de circonscrire le sujet de ce mémoire.

Aussi, je remercie toutes les personnes que j'ai pu interroger, m'apportant ainsi leur aide, pour la rédaction de ce mémoire : directeurs, personnels médicaux, personnels soignants, professeurs de droits, notamment Monsieur Olivier RENAUDIE et Monsieur Benoit APOLLIS.

Enfin, je remercie l'ensemble des équipes pédagogiques de l'EHESP pour leurs enseignements.

Sommaire

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	3
Introduction	5
1 LE POUVOIR REGLEMENTAIRE DU DIRECTEUR D'UN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE ET SA FORMALISATION	9
1.1 L'existence d'un pouvoir réglementaire singulier détenu par le directeur d'un établissement public de santé.....	9
1.1.1 Le pouvoir réglementaire reconnu aux directeurs des établissements publics de santé, en leur qualité de chef de service.....	9
1.1.2 Un pouvoir réglementaire qui se distingue du pouvoir réglementaire détenus par d'autres organes exécutifs d'établissements public.	16
1.2 Les exigences dans l'édition des mesures réglementaires du directeur.....	24
1.2.1 Les impératifs à l'entrée en vigueur d'un acte administratif unilatéral	24
1.2.2 Les étapes de procédure spécifiques à l'édition d'un acte administratif unilatéral au sein d'un établissement public de santé	29
2 L'EXERCICE DU POUVOIR REGLEMENTAIRE DU DIRECTEUR	35
2.1 Les caractéristiques principales des décisions à caractère réglementaire prises par le directeur d'un établissement public de santé.....	35
2.1.1 L'objectif d'une organisation régulière de l'établissement public de santé ..	35
2.1.2 La déclinaison du pouvoir réglementaire du directeur d'un établissement public de santé	39
2.2 Le pouvoir de police du directeur, un pouvoir de police générale de l'établissement public de santé, qui a d'importantes implications sanitaires	50
2.2.1 Le directeur d'un établissement public de santé dispose d'un pouvoir de police générale au sein de l'établissement qui le conduit à intervenir largement.....	51
2.2.2 L'impact de la crise sanitaire de 2020-2022 sur le pouvoir réglementaire du directeur	58
3 LES PERSPECTIVES DU POUVOIR REGLEMENTAIRE DU DIRECTEUR D'UN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE	60
3.1 Favoriser une appropriation plus importante du pouvoir réglementaire du directeur	60

3.1.1	La création des guides à destination de tout directeur d'établissement.....	60
3.1.2	Renforcer la « culture » de l'acte réglementaire au sein des établissements publics de santé et la connaissance des mesures réglementaires	62
3.2	L'arrivée de nouveaux acteurs dans l'articulation du pouvoir réglementaire du directeur	65
3.2.1	Le renforcement de la médicalisation des décisions et d'une administration médico-soignante	65
3.2.2	La place des usagers est amenée à se renforcer	66
3.2.3	Des interrogations sur l'articulation du pouvoir réglementaire avec les Groupements Hospitaliers de Territoire	67
3.3	Vers un potentiel retour du pouvoir réglementaire autonome du chef de service au sein des établissements publics de santé ?.....	69
	CONCLUSION.....	71
	Bibliographie.....	73
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AJDA :	Actualité Juridique du Droit Administratif
ANFH :	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
AP-HM. :	Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
AP-HP :	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARS :	Agence Régionale de Santé
CAA :	Cour Administrative d'Appel
CDU :	Commission des Usagers
CE :	Conseil d'Etat
CGCT :	Code Général des Collectivités Territoriales
CHSCT :	Comité d'hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CJA :	Code de Justice Administrative
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CMG :	Commission Médicale de Groupement
COSTRAT :	Comité Stratégique
CRPA :	Code des Relations entre le Public et l'Administration
CSE :	Comité Social d'Etablissement
CSIRMT :	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
CTE :	Comité Technique d'Etablissement
CSI :	Code de la sécurité Intérieur
CSP :	Code de la Santé Publique
DAJ :	Direction des Affaires Juridiques
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPA :	Etablissement Public Administratif
EPRD :	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPI :	Equipement de Protection Individuelle
EPS :	Etablissement Public de Santé
ENM :	Ecole Nationale de la Magistrature
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
HCL :	Hospices Civils de Lyon
HPST :	Hôpital Patients Santé Territoires
<i>Ibid.</i> :	<i>Ibidem</i> (au même endroit)

IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
<i>Op.cit.</i> :	<i>Opus citatum</i> (œuvre citée)
Ord. :	Ordonnance
ORSAN :	Organisation de la Réponse du système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles
RDSS :	Revue de droit sanitaire et social
RFDA :	Revue Française de Droit Administratif
PAG :	Police administrative Générale
PAS :	Police administrative Spéciale
Préc. :	Précité
TA :	Tribunal Administratif
TC :	Tribunal des Conflits

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Etudier le pouvoir réglementaire du directeur d'un établissement public de santé (EPS) est un sujet complexe. Il n'existe aujourd'hui aucune analyse spécifique réelle du pouvoir réglementaire du directeur d'un établissement public de santé, ni en droit public général, ni en droit hospitalier. Ce pouvoir apparaît mésestimé. Pourtant, il a des répercussions concrètes sur le champ d'action du directeur, en termes d'organisation, d'applicabilité de ses mesures, et surtout en termes de préservation de l'ordre public. Ce pouvoir est de fait une déclinaison de la puissance publique. Ainsi, le pouvoir réglementaire permet au directeur de prendre des décisions à caractère général et impersonnel, qui peuvent cibler tant les agents, qui se trouvent sous sa responsabilité, que les patients, pris en charge au sein de l'établissement. En vertu de ce pouvoir règlementaire, le directeur peut aussi prévoir des sanctions en cas de non-respect de la réglementation édictée.

Dans un premier temps, ce mémoire a pour objectif d'apporter des éléments d'analyse du pouvoir réglementaire d'un EPS afin de comprendre l'étendue du pouvoir décisionnel du directeur ainsi que de mettre en évidence la spécificité de sa mise en œuvre dans le régime juridique spécifique des établissements publics de santé. Dans un second temps, l'analyse apportée doit permettre de prévenir les risques contentieux ; d'assurer l'effectivité de la norme édictée par le directeur ; l'opposabilité de ses décisions ; et de s'assurer qu'aucune autre administration n'empiète sur ses prérogatives.

Ce travail de recherche et d'analyse s'est appuyé sur la consultation d'ouvrages de droit public et de thèses traitant de sujets proches. Il s'est également appuyé sur la confrontation d'analyses doctrinales, ainsi que sur l'étude de la jurisprudence du juge administratif. En outre, afin de déterminer les différentes approches du pouvoir réglementaire du directeur d'un EPS, des entretiens ont été menés auprès de différents professionnels, de professeurs de droit, de directeurs d'EPS, d'agents hospitaliers, de juristes spécialisés en droit public, ainsi que de professionnels médicaux et soignants.

Les résultats de cette analyse conduiront à l'énoncé de quelques observations et recommandations sur l'application et l'avenir du pouvoir réglementaire du directeur d'un EPS. Au regard de l'orientation des réformes actuelles du système de santé vers une gouvernance renouvelée, les recommandations prennent notamment en considération l'articulation du pouvoir règlementaire du directeur d'un EPS avec de nouveaux acteurs.

Introduction

Dans sa phrase « *L'administration dans un grand pays, c'est le pays lui-même.* »¹, issue de *Les cinquante-deux*, Émile de GIRARDIN, rappelle combien le rôle de l'administration est primordial dans l'organisation d'un État. La crise sanitaire de 2020 à 2022 a mis en exergue le rôle central des établissements publics de santé dans la gestion de la crise. Les directeurs ont ainsi fait usage de l'ensemble de leurs prérogatives pour assurer la continuité du service public hospitalier. Or, ces prérogatives reconnues aux directeurs sont méconnues et peu analysées.

Les établissements publics sont selon l'expression de Maurice HAURIOU : « *un service public spécial personnalisé* »². Dans son rapport sur les établissements publics le Conseil d'État (CE) définit les établissements publics comme « *un sujet de droit, doté d'une autonomie sur le plan tant juridique que financier. Il dispose ainsi de la capacité normative (dans les domaines de sa compétence), de la capacité patrimoniale (propriété et disposition de son patrimoine), de la capacité délictuelle et de celle d'ester en justice* »³. Le Code de la santé publique (CSP) précise que : « *Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État dans les conditions prévues par le présent titre. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial. Ils sont dotés d'un statut spécifique, prévu notamment par le présent titre et par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui tient compte en particulier de leur implantation locale et de leur rôle dans les stratégies territoriales pilotées par les collectivités territoriales* »⁴. Ainsi, les établissements publics de santé relèvent du régime de droit public⁵, de l'autorité tutélaire de l'État et ils bénéficient, en raison de leur organisation, d'un statut spécifique de la fonction publique, la fonction publique hospitalière.

En participant au service public hospitalier, défini à l'article L.6112-1 du CSP, les EPS ont pour mission, d'une part, en vertu de l'article L.6111-1 du CSP, d'assurer : « *en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et de mener des actions de prévention et d'éducation à la santé* »⁶, d'autre part, en vertu de l'article L.6112-1 du CSP, d'assurer « *l'aide médicale urgente, dans le respect des*

¹ GIRARDIN (de), E. (1849). *Les cinquante-deux*. Tome 12. Paris. Hachette. p.122

² HAURIOU, M. (1933). *Précis de droit administratif et de droit public*. (12^e édition). Réédition 2002. Paris. Dalloz. p.280

³ CE. (2009). *Rapport d'étude sur les établissements publics*. p10

⁴ Article L6141-1 du CSP

⁵ Voir en ce sens : CE. Ass. 16 novembre 1956. *Union syndicale des industries aéronautiques*. Rec.p.434

⁶ Article L6111-1 du CSP

principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité »⁷. Ainsi, les EPS doivent respecter des obligations de service public, notamment relatives à la prise en charge des patients⁸. Afin d'exercer cette mission de service public hospitalier et de respecter les obligations afférentes, les EPS disposent d'une organisation singulière en comparaison avec les autres établissements publics. D'ailleurs, en raison de cette singularité, le Conseil d'Etat s'est abstenu de définir le régime juridique des EPS⁹.

Le directeur est l'autorité principale d'un établissement public de santé (EPS). Conformément au Code de la santé publique (CSP) en son article L.6143-7, le directeur « *conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement* »¹⁰. Placé à la tête de l'établissement, il en constitue l'organe décisionnaire. Il dispose d'une compétence large pour organiser la vie de l'établissement. Aussi, Il détient un pouvoir réglementaire, en sa qualité de chef de service.

Le pouvoir réglementaire est comme l'explique Pierre SERRAND étroitement lié au pouvoir administratif « Ce pouvoir administratif de prendre les mesures nécessaires pour l'application de la loi est ce que l'on appelle le pouvoir réglementaire »¹¹. Il s'agit d'un pouvoir lié à la « *puissance exécutive* »¹² de l'État et des administrations. En vertu de ce pouvoir réglementaire, l'administration prend des actes administratifs unilatéraux, comportant des mesures générales et impersonnelles, qui visent l'ensemble des individus ou une partie spécifique. Par ailleurs, les pouvoirs publics peuvent prendre des mesures individuelles, sur le fondement des dispositions réglementaires. Ainsi, le non-respect d'une disposition réglementaire peut entraîner des sanctions.

Or, ce pouvoir réglementaire n'est en principe pas détenu par les directeurs d'établissements publics. En effet, la Constitution de la Ve République du 4 octobre 1958 fait du Président de la République¹³ et du Premier Ministre¹⁴ les seules autorités disposant du pouvoir réglementaire, qui leur permet de prendre des décrets d'application des lois. Dans ce cadre, ils exercent le pouvoir réglementaire dit « d'exécution » de la loi. En outre, ils disposent d'un pouvoir réglementaire autonome reconnu par l'article 37 de la Constitution, qui s'exerce en l'absence de loi¹⁵. Les ministres, en principe, ne disposent pas

⁷ Article L6112-1 du CSP

⁸ BOUSSARD, S. (2016). *Les vicissitudes du service public hospitalier*. R DFA 2016 p.565

⁹ CE. (2009). *Rapport d'étude sur les établissements publics*. p75

¹⁰ Article L6143-7 du CSP

¹¹ SERRAND, P. (2022). *Manuel d'institutions administratives françaises*. (6^e édition). Paris. Puf. P.38

¹² LAFERRIERE, E. (1986). *Traité de la juridiction administrative*. (2^e édition). Paris. Berger-Levrault. p.482.

¹³ Article 13 de la Constitution du 4 octobre 1958 ; et CE. 8 août 1919. *Labonne*. N°56377. Rec p.737

¹⁴ Article 21 de la Constitution du 4 octobre 1958

¹⁵ Article 37 de la Constitution du 4 octobre 1958

du pouvoir réglementaire, sauf par délégation du Premier ministre ou par habilitation législative. Au niveau local, les collectivités disposent du pouvoir réglementaire pour organiser leurs activités dans le respect du pouvoir réglementaire national et des lois.¹⁶ Il est à noter que ces différentes autorités peuvent, par l'exercice de leur pouvoir réglementaire, prendre des mesures de police administrative, de portée générale et impersonnelle¹⁷. Les Préfets disposent également du pouvoir réglementaire, par habilitation législative, ou pour assurer la police administrative générale et spéciale au sein de leur département¹⁸.

Dans le champ sanitaire, le pouvoir réglementaire, peut être détenu par le ministre en charge de la santé, par l'intermédiaire d'une habilitation de la loi ou de la réglementation nationale, en vue d'assurer l'organisation du service public hospitalier. Il peut également être détenu par des autorités administratives indépendantes comme l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament¹⁹. Conformément aux conditions énumérées ci-dessus, les directeurs établissements publics de santé ne semblent pas détenir de pouvoir réglementaire.

Toutefois, par l'arrêt de section du 7 février 1936, Jamart, le juge administratif a reconnu l'existence d'un pouvoir réglementaire autonome aux ministres et aux chefs de service dans son considérant de principe : « *Considérant que si, même dans le cas où les ministres ne tiennent d'aucune disposition législative un pouvoir réglementaire, il leur appartient, comme à tout chef de service, de prendre les mesures nécessaires au bon fonctionnement de l'administration placée sous leur autorité* »²⁰. Ainsi, le Conseil d'Etat affirme l'existence, pour tous les chefs de service, d'un pouvoir réglementaire autonome pour organiser leur service. Par voie de conséquence, le directeur d'un établissement public dispose d'un pouvoir réglementaire, dans des conditions précises.

La construction prétorienne du pouvoir du chef de service reste peu connue. Le contour du pouvoir réglementaire du directeur est principalement associé à la mise en œuvre du règlement intérieur des établissements. Cette considération est, au regard des éléments qui précèdent, réductrice et conforte le besoin d'analyse de l'étendue du pouvoir réglementaire du directeur d'un établissement public de santé.

¹⁶ Alinéa 3 de l'article 72 de la Constitution du 4 octobre 1958

¹⁷ CE, 8 août 1919. *Labonne*. *Op.cit.*

¹⁸ FAURE, B. (2006). *Le problème du pouvoir réglementaire des autorités administratives secondaires*. Cahiers du conseil constitutionnel n°19 (Dossier : loi et règlements).

¹⁹ Par exemple : CE, 16 mars 2015. *Agence nationale de la Sécurité du Médicament*. N°369854. Publié au Recueil.

²⁰ CE, sect., 7 février 1936, *Jamart*, n°43321, Rec. p. 172

Préalablement à l'étude du pouvoir réglementaire du directeur d'un établissement public de santé, il convient de rappeler que jusqu'à la réforme de 2009, la gouvernance de ces établissements était similaire à la gouvernance d'un établissement public en ne reposant pas sur un seul organe décisionnaire. L'assemblée délibérante et l'organe exécutif de l'établissement agissaient conjointement au nom de l'établissement et se devaient de prendre les mesures nécessaires à son bon fonctionnement, ils partageaient ainsi le pouvoir règlementaire. Cette répartition des compétences a été décriée, notamment par Jean COURQUET, qui dénonçait « *une direction désarmée. La commission administrative a été mise sous tutelle ; le directeur de l'hôpital est sans grand pouvoir réel* »²¹. Cette gouvernance conjointe génèrait aussi des conflits de compétence notamment au sujet de l'ordonnancement des dépenses²².

Les réformes de 2005 et 2009, notamment la réforme de la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) a modifié l'organisation de la gouvernance d'un établissement public de santé. Le directeur hérite de l'ensemble de la gestion opérationnelle de l'établissement en devenant « *l'exécutif incontesté de l'établissement* »²³, il devient ainsi le seul détenteur du pouvoir règlementaire. Toutefois, en dépit de sa détention du pouvoir règlementaire, pour l'organisation de l'établissement, le directeur doit composer avec les représentants de la communauté médicales et de la communauté soignante. De surcroît, de nombreuses instances telles que le conseil de surveillance et le directoire viennent encadrer l'exercice de ce pouvoir. Une telle organisation constitue une spécificité juridique unique au sein des établissements publics.

Dès lors, ce travail de recherche s'efforcera de répondre à la problématique suivante : **En l'état actuel du droit, le pouvoir règlementaire, détenu par le directeur d'un établissement public de santé, lui permet-il d'exécuter l'ensemble des missions qui lui sont dévolues afin d'assurer le bon fonctionnement de l'établissement ?**

Dans un premier temps, il conviendra d'étudier la singularité du pouvoir règlementaire détenu par le directeur d'un établissement public de santé (1). Dans un deuxième temps, ce travail de recherche portera sur les répercussions concrètes du pouvoir règlementaire du directeur sur sa prise de décision. Cet examen conduisant par ailleurs à s'intéresser à l'existence d'un pouvoir de police administrative qui lui est reconnu (2). Enfin, il conviendra d'analyser les perspectives de la mise en œuvre de ce pouvoir règlementaire pour les directeurs. (3).

²¹ COURQUET, J. (1971). *L'hôpital aujourd'hui et demain*. Paris. Seuil. p.49

²² Voir sur ce sujet : IMBERT, J. (1972). *L'hôpital français*. Paris. Presses universitaires de France. p.38

²³ DUPONT, M. (2009). *La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé : l'aboutissement d'une longue mutation ?*. RDSS. 2009. p.791

1 LE POUVOIR REGLEMENTAIRE DU DIRECTEUR D'UN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE ET SA FORMALISATION

Au même titre que l'ensemble des « chefs de services », le directeur d'un établissement public de santé dispose d'un pouvoir réglementaire propre, qui le distingue de l'ensemble des organes exécutifs d'un établissement public (1.1). Ce pouvoir réglementaire permet au directeur de prendre des actes administratifs unilatéraux à caractère réglementaire. Sa mise en œuvre est toutefois soumise au respect de conditions et d'exigences particulières qu'il convient d'analyser (1.2).

1.1 L'existence d'un pouvoir réglementaire singulier détenu par le directeur d'un établissement public de santé

Le directeur d'un établissement public de santé dispose d'un pouvoir réglementaire, pouvoir reconnu à tout chef de service. (1.1.1) Les spécificités de son pouvoir réglementaire, issues des multiples réformes de la gouvernance hospitalière, amènent à considérer ce pouvoir comme une singularité dans le paysage juridique des établissements publics (1.1.2)

1.1.1 Le pouvoir réglementaire reconnu aux directeurs des établissements publics de santé, en leur qualité de chef de service

Afin de déterminer l'existence du pouvoir réglementaire du directeur, il convient, dans un premier temps, d'analyser le fait que l'ensemble des chefs de service disposent d'un pouvoir réglementaire, dont la portée a été atténuée (A). Dans un deuxième temps, il conviendra d'analyser la reconnaissance de ce pouvoir réglementaire pour les directeurs des établissements publics de santé (B).

A) Le pouvoir réglementaire détenu par tout chef de service en droit public français

Il convient dans un premier temps, d'étudier le pouvoir réglementaire autonome reconnu aux chefs de service par le droit public (a). Puis, dans un deuxième temps analyser la place de ce pouvoir réglementaire dans l'ordre juridique interne, compte tenu des évolutions législatives et réglementaires (b).

a) *De l'existence d'un pouvoir réglementaire détenu par un chef de service*

Le pouvoir réglementaire appartient en principe à des autorités définies, que sont le Président de la République, le Premier ministre, les exécutifs des collectivités locales²⁴. Les ministres ne disposent du pouvoir réglementaire, qui leur permet d'édicter des arrêtés ou des décrets, que par habilitation d'une loi ou d'un règlement pris par le Premier ministre.

Le Conseil d'Etat a toutefois reconnu un pouvoir réglementaire à disposition des ministres, au même titre que l'ensemble des chefs de service. Dans l'arrêt Jamart, le Conseil rappelle en effet que les chefs de service peuvent prendre « *les mesures nécessaires au bon fonctionnement de l'administration placée sous leur autorité* »²⁵. Certes ce pouvoir est qualifié de « *minimal* »²⁶. Cependant il est à la base de la bonne organisation des services, de leur continuité et donc *in fine* il constitue la vie quotidienne des administrations. Comme l'indique Pierre SERRAND, ce pouvoir « *s'il s'exerce dans le respect des lois et des décrets lorsqu'il en existe*²⁷, *il peut néanmoins être exercé en leur absence. Il apparaît alors comme un pouvoir réglementaire autonome* »²⁸.

Ce pouvoir réglementaire autonome reconnu aux chefs de service, permet d'organiser les services de l'ensemble des administrations. Dans son article relatif au pouvoir d'organisation du service, Remi SCHWARTZ détaille à ce titre le pouvoir d'organisation des services²⁹. Le chef de service dispose d'une compétence générale et discrétionnaire sur l'ensemble des services placés sous son autorité³⁰, qui le conduit à prendre des mesures individuelles et des mesures réglementaires, à caractère général et impersonnel³¹. Ce pouvoir réglementaire reconnu aux chefs de service leur permet de prendre des mesures vis-à-vis des usagers et leur prescrire des règles de conduite³².

Toutefois, ce pouvoir réglementaire demeure relatif. Son champ reste délimité en ce qu'il ne peut « *s'exercer que dans la mesure où les nécessités du service l'exigent, et envers les seules personnes qui se trouvent en relation avec le service, soit qu'elles y collaborent, soit*

²⁴ Constitution du 4 octobre 1958

²⁵ CE. 7 février 1936. *Jamart*. Préc

²⁶ Analyse de l'arrêt Jamart par le Conseil d'Etat.

²⁷ CE, 27 novembre 2013, *Syndicat sud travail affaires sociales*. N°359801. Mentionné aux tables

²⁸ SERRAND. P. (2022). *Manuel d'institutions administratives françaises*. Op.cit. Puf.p.55

²⁹ SCHWARTZ, R. (1997). *Le pouvoir d'organisation du service*. AJDA. 1997. p.47

³⁰ CE. Sect. 24 avril 1964. *Syndicat national des médecins des établissements pénitentiaires*. N°57706. Rec. p.242

³¹ SCHWARTZ, R. (1997). *Le pouvoir d'organisation du service*. Op.cit.

³² CE. Ass. 29 janvier 1954. *Notre Dame du Kreisker*. N°07134. Rec. p.64

qu'elles l'utilisent »³³. De plus, si ce pouvoir s'exerce même en l'absence de loi, il n'est pas possible pour le chef de service de prendre des mesures d'organisation ou de fonctionnement du service, pour lesquelles l'adoption d'une loi ou d'une réglementation spécifique s'imposerait³⁴.

b) *Ce pouvoir réglementaire fait toutefois l'objet d'une contraction de son champ d'application*

Comme l'écrit Remy SCHWARTZ, le pouvoir d'organisation des services par les chefs de service devient « résiduel »³⁵, et moins autonome. Il évoque à ce titre la réduction des marges de manœuvre des chefs de services dans la réglementation de la situation des agents placés sous sa responsabilité et de son pouvoir d'organisation des services publics, notamment vis-à-vis des usagers.

Si en effet, le chef de service est en principe compétent pour définir les règles générales d'emploi des agents non couverts par le statut de la fonction publique, notamment les règles générales relatives aux agents contractuels de droit public³⁶. Ce pouvoir s'est progressivement réduit du fait de l'augmentation du nombre de statuts particulier, notamment au sein de la fonction publique hospitalière³⁷, et de l'unification progressive des régimes des contrats de droit public³⁸. Symbole de cette constriction du pouvoir réglementaire du chef de service, il n'est plus possible pour les établissements publics de santé de créer, par délibération réglementaire, un statut local pour des fonctions non couvertes par un statut particulier.³⁹

En outre, la réglementation des services publics, et plus particulièrement celle relative aux établissements santé, s'est renforcée et a davantage encadrée les modalités d'organisation des établissements⁴⁰. Cette organisation tient notamment du fait que les établissements de

³³ BERNARD, M. (1961). *Conclusion sous l'arrêt CE 6 octobre 1961, UNAPEL*, RDP. 1961.1279

³⁴ CE. Sect. 8 janvier 1982. *SARL Chocolat de régime Dardenne*. N°17270. Rec. p.261

³⁵ SCHWARTZ, R. (1997). *Le pouvoir d'organisation du service*. AJDA. 1997. p.47

³⁶ CE, Sect. 24 avril 1964. *Syndicat national des médecins des établissements pénitentiaires*. *Op.Cit.*

³⁷ Récemment le statut des AS et des ASHQ ont été modifiés : décret n°2021-1257 du 29 septembre 2021 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture de la fonction publique hospitalière. (JORF n°0228 du 30 septembre 2021) ; Ou décret n°2021-1825 du 24 décembre 2021 portant statut du corps des accompagnants éducatifs et sociaux et du corps des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière. (JORF n°0301 du 28 décembre 2021).

³⁸ Entre autres décrets : Décret n°86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat. (JORF du 19 janvier 1986) ; Décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. (JORF n°35 du 9 février 1991).

³⁹ Article 8 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Abrogé par l'article 49 de la loi n°2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique. (JORF n°31 du 6 février 2007).

⁴⁰ Exemple : décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie (JORF n°284 du 8 décembre 1994) ;

santé sont des établissements recevant du public, qui doivent en sus respecter des critères techniques stricts dans le cadre de la dispensation des actes médicaux et des soins.

Ainsi, le pouvoir réglementaire et d'organisation du chef de service devient moins autonome et davantage lié. Il se recentre sur un pouvoir d'application et d'adaptation, aux circonstances, de la réglementation nationale.

Par ailleurs, les administrations préfèrent recourir à des normes de droit souple⁴¹, en opposition au « droit dur ». Comme l'énonce Laurianne ALLEZARD, le droit souple, « *sous des atours proches du droit, il influence les comportements mais ne les contraint pas.* »⁴². Ainsi, les chefs de service préfèrent utiliser les normes de droit souple : chartes ; recommandations ; bonnes pratiques ; notes dépourvues de caractère réglementaire. Ce qui peut conduire à réduire la portée du pouvoir réglementaire des chefs de service

B) Le pouvoir réglementaire autonome reconnu aux directeurs d'établissements publics de santé

En leur qualité de « chef de service » au sens de la jurisprudence Jamart, les directeurs des établissements publics de santé doivent en principe disposer du pouvoir réglementaire (a). Cependant, le statut d'établissement public, nécessite une articulation de ce pouvoir réglementaire avec l'autorité de tutelle, qui est d'autant plus spécifique pour les établissements publics de santé (b).

a) *Le pouvoir réglementaire reconnu au directeur d'établissement public*

Dans son *Précis de droit administratif et de droit public*, Maurice HAURIOU détaillait le fonctionnement des établissements de santé et plus précisément de leurs commissions administratives⁴³, devenues conseil d'administration et aujourd'hui conseil de surveillance. Ces commissions prenaient des « *délibérations réglementaires exécutoires par elles-mêmes* » et des « *délibérations soumises à approbation* »⁴⁴, rappelant la distinction entre les différents actes pris par un organe délibérant et un organe exécutif, et reconnaissant implicitement que les établissements publics de santé pouvaient prendre des décisions à caractère réglementaire.

⁴¹ Conseil d'Etat (2013). *Etude annuelle du Conseil d'Etat : le droit souple*. Les rapports du Conseil d'Etat.

⁴² ALLEZARD, L. (2022). *La responsabilité du fait des actes de droit souple : impasse ou angle-mort du contentieux administratif ?*. RFDA 2022 p.259.

⁴³ HAURIOU, M. (1933). *Précis de droit administratif et de droit public*. (12^e édition). *Op.cit.*. p.291

⁴⁴ *Ibid.* p.293

Cette analyse doctrinale a été confirmée par le Conseil d'Etat dans son arrêt de 1976, Centre psychothérapique de Thuir⁴⁵, où en application de la sa jurisprudence Jamart⁴⁶, la Haute Juridiction reconnaît l'existence d'un pouvoir réglementaire autonome détenu par le directeur d'un établissement public de santé. Dès lors, les directeurs, peuvent prendre des mesures réglementaires relatives à l'organisation des services de l'établissement et aux conditions de travail des personnels. Ce pouvoir réglementaire existe même s'il n'est pas explicitement inscrit au sein du Code de la Santé Publique. L'article L.6143-7 du code, précise que : « *Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement* »⁴⁷. Cette rédaction est suffisamment large pour en faire découler l'ensemble des pouvoirs du directeur. De plus, comme pour l'ensemble des chefs de service, le pouvoir réglementaire du directeur d'un établissement public de santé est en principe autonome et discrétionnaire, et s'exerce dans le respect des lois et règlements.

Le directeur utilise principalement son pouvoir réglementaire pour assurer le fonctionnement régulier et quotidien de l'établissement. Olivier RENAUDIE, en analysant le rôle du Directeur Général de l'AP-HP, qualifie son pouvoir réglementaire de « *remarquable aussi bien qualitativement que quantitativement* »⁴⁸. Cette qualification qualitative tient du fait que les actes édités sont multiples en ce qu'ils organisent une institution gigantesque, étendue sur 39 établissements répartis entre quatre régions métropolitaines, et en assurent le fonctionnement régulier. De plus, l'approche quantitative provient du fait de la multiplication des services placés sous l'autorité du Directeur Général et de l'importance de ses délégations⁴⁹. Cependant, cette appréciation pourrait se retrouver pour tous les établissements publics de santé. Chaque établissement est le premier employeur local de son territoire et gère en propre son personnel. Chaque directeur d'établissement public exerce son autorité sur l'ensemble des services cliniques, médico-techniques, services techniques, logistiques, informatiques, administratifs, qui même pour un petit hôpital de proximité représentent une multitude de services⁵⁰. Au sein de la Fonction Publique Hospitalière, plus de 210 métiers sont identifiés⁵¹, ce qui nécessite que le directeur compose avec la diversité des métiers et compétences de l'établissement. Enfin, les établissements publics sont placés « *à la tête d'un parc immobilier considérable* »⁵² et il appartient au directeur d'en assurer l'exploitation et la préservation.

⁴⁵ CE, 4 février 1976, *Centre psychothérapique de Thuir*, n°97685, Rec. 970

⁴⁶ CE. 7 février 1936. *Jamart*. Préc.

⁴⁷ Article L6143-7 du CSP

⁴⁸ RENAUDIE, O. (2016). *Le directeur général de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris*. RDSS 2016 p.1028

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ A titre d'exemple, l'organigramme du CH Paul Nappes à Morteau détaille que l'établissement regroupe 3 pôles cliniques, dont le dernier pôle comprend deux EHPAD, 5 services administratifs, 7 services transversaux, dont la restauration, la blanchisserie, les services techniques, le service informatique.

⁵¹ Estimation du recueil des métiers de la fonction publique hospitalière par l'ANFH

⁵² YOLKA, P. (2002). *Domaine public et coopération interhospitalière*. RFDA 2002 p.515.

Dans un souci de praticité, le directeur délègue sa signature aux différents agents de l'établissement⁵³. Il continue à assurer le contrôle et la responsabilité des actes signés par le délégataire. Par ailleurs, au sein des établissements de santé, les chefs de pôles et les chefs de services organisent le fonctionnement de leurs pôles et de leurs services⁵⁴. Ils agissent toutefois sous la responsabilité du directeur, et ils ne bénéficient que d'une autorité « *fonctionnelle* » sur les agents de leur pôle ou de leur service. Qui plus est, ils agissent conformément aux orientations de l'établissement, qui auront été préalablement arrêtées par le Directeur et le Président de la CME, et conformément aux orientations inscrites dans leurs contrats de pôle.

De plus, malgré le renforcement de la contractualisation interne, le pouvoir réglementaire du directeur d'un établissement public de santé semble garder sa pertinence. En effet, un contrat administratif peut contenir des clauses réglementaires. Le juge administratif considère que « *revêtent un caractère réglementaire les clauses d'un contrat qui ont, par elles-mêmes, pour objet l'organisation ou le fonctionnement d'un service public* »⁵⁵. Dès lors, tout contrat passé par le directeur, s'il comporte des clauses réglementaires est une manifestation de son pouvoir réglementaire. Il peut s'agir de tout type de contrat : contrat concession⁵⁶, contrat de délégations de service public⁵⁷, etc. Pour les contrats internes, à titre d'exemple, les contrats de pôles peuvent fixer des objectifs au chef de pôle relatifs à l'organisation du pôle. Ils peuvent avoir des impacts sur les usagers et *in fine* revêtir le caractère de clauses réglementaires.

b) *L'exercice du pouvoir réglementaire vis-à-vis des autorités de tutelles des établissements publics de santé.*

Il apparaît important de rappeler qu'il ne peut y avoir d'empiétement sur le pouvoir réglementaire du Président ou du Directeur d'un établissement public, en sa qualité de chef de service, par une structure publique ou une administration, quand bien même celle-ci serait l'autorité de tutelle de l'établissement. Ce principe vise à préserver l'autonomie des établissements publics et le juge administratif censure toute décision, relevant de la compétence d'un établissement public, prise par une autre personne morale de droit public⁵⁸. Dès lors pour les établissements publics de santé, le Maire, le Préfet, le Directeur Général de l'ARS ou le Ministre de la santé, entre autres, ne peuvent se substituer au

⁵³ Article D6143-33 du CSP ; DARDE, B. (2010). *Loi HPST – La délégation de signature*. Gestion hospitalière n°493. Février 2010

⁵⁴ Article L6141-1 du CSP pour le chef de pôle et article L6141-1-1 du CSP pour le chef de service

⁵⁵ CE, 9 février 2018, *Communauté d'agglomération Val d'Europe agglomération*, n°404982, Publié au Recueil.

⁵⁶ CE, 21 décembre 1906, *syndicat des propriétaires et contribuables du quartier de la Croix de Seguey Tivoli*. n°19167. Rec. p.962.

⁵⁷ CE, Sect. 23 février 1968, *Picard*, n°65084. Rec. p.131

⁵⁸ Voir par exemple : CE, Ass., 4 juin 1993, *Association des anciens élèves de l'Ecole Nationale d'Administration*, n°138672, n°138878, n°138952, Rec. 168

directeur de l'établissement pour prendre des mesures réglementaires internes. Ce principe reste applicable même en cas d'administration provisoire, où un administrateur provisoire « *exerce les attributions du directeur* »⁵⁹.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) et le ministère chargé de la santé sont les autorités de tutelle des établissements publics de santé. En vertu de l'article L.6143-4 du Code de la santé publique, le Directeur Général de l'ARS, qui participe aussi au Conseil de Surveillance avec une voix délibérative, exerce un contrôle de légalité des délibérations du conseil de surveillance et des décisions du directeur d'un établissement public de santé. Il défère au tribunal administratif les actes entachés d'illégalité. Arnaud LAMI rappelle que le rôle des autorités de tutelle est de veiller au respect du caractère unitaire du service public, à son organisation, à la protection des usagers et de l'intérêt général⁶⁰, même s'il existe une « *part d'opportunité dans le choix des actes contrôlés* »⁶¹. Le contrôle du Directeur Général de l'ARS est cependant renforcé dans le domaine budgétaire où il peut s'opposer à un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ou aux projets d'investissement d'un établissement.

Toutefois, le cas de la tutelle des établissements publics de santé est particulier. En principe, la tutelle d'un établissement de santé ne peut contraindre son action, sans excéder ses pouvoirs et prérogatives, notamment en demandant la suppression de postes⁶². La loi Hôpital Patient, Santé et Territoires (HPST), du 21 juillet 2009, a renforcé le contrôle du directeur général de l'ARS et a autorisé son immixtion dans l'organisation interne de l'établissement. Les articles L.6131-2 et L.6131-5 du Code de la Santé publique permettent au Directeur général de l'ARS d'imposer aux établissements la conclusion de convention de coopération ; la constitution de groupement de coopération sanitaire ; de groupement d'intérêt public ; de fédération médicale inter-hospitalière ; voire de fusionner les établissements⁶³. De plus, en cas de restructuration interne, le Directeur général de l'ARS peut demander au directeur d'un établissement public de santé la suppression d'emplois⁶⁴. Dans les différents cas le Directeur Général de l'ARS peut modifier le montant de sa dotation de financement.

⁵⁹ Article L6143-3-1 du CSP

⁶⁰ Lami, A. (2015), *Tutelle et contrôle de l'Etat sur les universités françaises, mythe et réalité*. [Thèse de doctorat en droit, université Aix-Marseille]. LGDJ. Coll. « bibliothèque de droit public ». p.99

⁶¹ Ibid.

⁶² CE, 4 mai 1988. *Ministère des affaires sociales et de l'emploi c/ Centre hospitalier de Lannion*. N°84551. Rec. p.179

⁶³ Article L6131-2 du CSP.

⁶⁴ Article L6131-5 du CSP.

1.1.2 Un pouvoir réglementaire qui se distingue du pouvoir réglementaire détenus par d'autres organes exécutifs d'établissements public.

Afin d'analyser si le pouvoir réglementaire du directeur constitue ou non une singularité il convient de retracer les évolutions du rôle du directeur au fil des réformes du système public de santé (A). Ces réformes ont amené le directeur d'un EPS dans une position qui peut sembler atypique dans le paysage juridique et institutionnel français, en ce que les autres organes exécutifs d'établissements publics ne semblent pas disposer de telles prérogatives (B)

- A) Un pouvoir large reconnu aux directeurs découlant des multiples réformes du système hospitalier

Les réformes du service public hospitalier ont conduit à un renforcement progressif des prérogatives du directeur, notamment entre 1941 et 2005 (a). Cependant, les réformes menées en 2005 et surtout en 2009, avec la loi HPST, ont conduit à faire du directeur le principal organe décisionnel d'un établissement public de santé (b).

- a) *Les différentes réformes du système public de santé ont fait évoluer la gouvernance*

L'organisation de la gouvernance et la répartition des compétences au sein des établissements hospitaliers a longtemps été imparfaite.

En effet, comme l'explique Jean IMBERT il existait une singularité de l'organisation de la gouvernance, « depuis les réformes napoléoniennes, l'administration française se caractérise par le schéma suivant ; un chef responsable assisté d'un conseil délibératif, il n'en va pas de même dans le secteur sanitaire où la législation napoléonienne avait laissé subsister les principes hérités du directoire : l'organe suprême de chaque établissement était la commission administrative, assistée d'un exécutant qui s'appelait au XIXe siècle secrétaire général, puis par la suite directeur ou directeur économiste. »⁶⁵. Cette concentration des pouvoirs de la commission administrative conduisait à ce que l'ensemble des décisions et délibérations réglementaires et non réglementaires soient principalement assurées par la commission administrative et son Président. C'est la loi hospitalière du 21 décembre 1941⁶⁶, qui créa le poste de Directeur d'hôpital et qui sépara les pouvoirs entre le directeur et le Président de la commission administrative.

⁶⁵ IMBERT, J. (1972). *L'hôpital français*. Op.Cit. p.31

⁶⁶ Loi du 21 décembre 1941, portant réorganisation des hôpitaux et des hospices civils. JORF du 30 décembre 1941

Seuls quelques établissements échappaient à cette organisation particulière : l'Assistance Publique de Paris, l'assistance publique de Marseille et les Hospices Civils de Lyon (HCL), avec dans pour le dernier établissement la prégnance du maître spirituel (premier aumônier) dans la gouvernance de l'établissement⁶⁷. Concernant, l'Assistance Publique de Paris, future Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), la loi du 10 janvier 1849, relative à l'organisation de l'Assistance Publique, avait confié l'intégralité des pouvoirs d'administration générale, dont le pouvoir réglementaire, de l'établissement à un Directeur général et la commission administrative avait été remplacée par un conseil de surveillance. Ainsi le Directeur Général « *cumulait les responsabilités confiées (...) aux commissions administratives et aux directeurs* »⁶⁸. Si cette organisation a été par la suite modifiée, en 1961⁶⁹, il est intéressant de remarquer certaines similitudes avec la future gouvernance hospitalière mise en place par la loi Hôpital Patient, Santé et Territoires du 21 juillet 2009⁷⁰.

Les réformes Debré⁷¹ ont réaffirmé cette séparation entre le directeur et la commission d'administration, en disposant que le directeur est responsable de « *la conduite générale de l'établissement* »⁷².

Enfin, la loi du 31 décembre 1970, dite loi Boulin,⁷³ a simplifié la répartition des compétences. Dans un premier temps, la loi fait de tous les établissements de santé des établissements publics⁷⁴, simplifiant ainsi les règles de gestion et procédant à la création des conseils d'administration en remplacement des commissions administratives⁷⁵. Dans un deuxième temps, la loi clarifie la répartition des compétences. Les compétences du conseil d'administration sont désormais des compétences d'attributions strictement énumérées et encadrées. Le rôle du directeur est renforcé et il hérite de l'ensemble des compétences qui ne sont pas exercées par le Conseil d'administration. Ainsi « *La compétence du directeur était devenue générale par opposition à celle du conseil d'administration qui devient une compétence d'attribution* »⁷⁶.

⁶⁷ Voir sur ce sujet : FAURE, O. (1982). *Genèse de l'hôpital moderne : les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*.

⁶⁸ STEUDLER, F. (1974). *L'hôpital en observation*. p.188

⁶⁹ Décret n°61-779 du 22 juillet 1961 déterminant les modalités d'application à l'administration générale de l'assistance publique de Paris de certaines dispositions de la réglementation relative aux hôpitaux et hospices publics. JORF du 27 juillet 1961

⁷⁰ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009

⁷¹ Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, JORF n°0307 du 31 décembre 1958 ; et décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics, JORF n°0290 du 12 décembre 1958

⁷² Article 27 du décret n°58-1202 du 11 décembre 1958. op.cit.

⁷³ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 3 janvier 1971

⁷⁴ Article 20 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970,

⁷⁵ Article 22 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970

⁷⁶ LACHEZE-PASQUET, P. (1979). *L'administration de l'hôpital*. (5^e édition). p.54

Ce transfert des compétences a des implications concrètes sur le pouvoir réglementaire du directeur. Sous l'empire de la loi Boulin, et pratiquement jusqu'en 2005, il y a une séparation entre les décisions à caractère réglementaires, relevant du directeur, et les délibérations réglementaires du conseil d'administration. Le Conseil restait compétent sur la définition de la politique générale et les principales délibérations organisationnelles de l'établissement. Le Directeur exerçait la fonction de chef de service, dans la limite des délibérations du conseil d'administration qu'il appliquait.

Les réformes de 2005 et la loi HPST de 2009 ont cependant sensiblement modifié cette organisation.

b) *La loi HPST conclut ce mouvement de renforcement des pouvoirs du directeur*

Entre 1970 et 2005, les différentes réformes hospitalières modifient relativement peu les grands équilibres de la gouvernance hospitalière. Il convient toutefois de noter quelques évolutions notables. En 1996, la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) transfère la tutelle des établissements publics de santé du Préfet aux nouvelles agences⁷⁷. De plus au fil des réformes les compétences de la Commission médicale consultative et de son Président ont été renforcés, même si leur rôle restait principalement consultatif⁷⁸. Enfin, la loi du 4 mars 2002, dite loi KOUCHNER⁷⁹, a renforcé les obligations des établissements de santé vis-à-vis des patients et commande au directeur à prendre toutes les mesures nécessaires pour faire respecter les droits des patients. Durant cette période, le directeur est resté à « *la charnière de l'organe de gestion (le conseil d'administration) et de l'organe consultatif (la commission médicale consultative) de l'hôpital* »⁸⁰.

La réforme de 2005 a enclenché une rupture dans les équilibres de la gouvernance⁸¹. En effet, la réforme a prévu un renforcement du pouvoir décisionnel du conseil d'administration, ce qu'il arrête de nouveau l'organisation générale de l'établissement⁸². La commission médicale d'établissement est constituée en remplacement de la commission médicale consultative et dispose d'un pouvoir décisionnel⁸³. Un comité exécutif est créé au sein des

⁷⁷ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JORF n°98 du 25 avril 1996

⁷⁸ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991

⁷⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002.

⁸⁰ COMET, P., PIGANIOL, R. (1978). *L'hôpital public* (4^e édition). p.65

⁸¹ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. JORF n°102 du 3 mai 2005.

⁸² Rédaction de l'article L6143-1 du CSP à la suite de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005

⁸³ Rédaction de l'article L6144-1 du CSP à la suite de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005

établissement, présidé par le Directeur, composé de praticiens médicaux, afin de renforcer la gouvernance « médico-administrative »⁸⁴.

Toutefois, à la suite des conclusions du rapport LARCHER⁸⁵, la loi hôpital, patient, santé et territoires (HPST)⁸⁶, a modifié en profondeur les instances et les organes de gouvernance des établissements publics de santé et en a unifié les régimes.

Le conseil d'administration, devient un conseil de surveillance, chargé de se « *prononcer sur la stratégie de l'établissement et d'exercer le contrôle permanent de sa gestion* »⁸⁷. Ce changement de position transfère au directeur l'ensemble des compétences auparavant exercées par le conseil d'administration relative, notamment à l'organisation interne. Certaines compétences restent toutefois réservées, et le directeur est obligé de consulter le conseil sur ces sujets⁸⁸.

Vis-à-vis du directeur, la loi HPST a conduit à renforcer sensiblement ses pouvoirs, afin qu'il devienne définitivement « *patron* »⁸⁹ de l'établissement. Il assure désormais la gestion générale de l'établissement, réglant l'ensemble des décisions qui ne relèvent pas d'un autre organe de l'établissement. L'idée des pouvoirs publics était de « *responsabiliser davantage le chef d'établissement en lui donnant les outils nécessaires à une gestion dynamique* »⁹⁰. La nouvelle rédaction de l'article L6143-7 du CSP rompt avec l'organisation classique d'un établissement public, puisque le directeur ne met plus en œuvre la politique définie par le conseil d'administration, il est désormais celui qui la définit. Deyana STEFANOVA énonce à ce titre que le directeur « *s'est éloigné sensiblement de son rôle historique d'organe exécutif des délibérations de la commission administrative.* »⁹¹. Ainsi le directeur détient un pouvoir plus large que d'autre organe exécutif d'établissement public et dispose *de facto* d'un pouvoir réglementaire plus large.

Le directoire, instance succédant au conseil exécutif, est chargée de conseiller le directeur dans la conduite et la gestion de l'établissement. Toutefois, le directoire d'un établissement public de santé ne dispose pas de pouvoir décisionnel ou de compétences de gestion, à l'instar d'un directoire d'une société anonyme, dont il emprunte la terminologie. Le directeur

⁸⁴ Article 6143-6-1 du CSP, abrogé en 2009.

⁸⁵ LARCHER, G. et al. (2008). *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*.

⁸⁶ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, op.cit.

⁸⁷ Article L6143-1 du CSP

⁸⁸ 1° à 8° de l'article L6143-1 du CSP

⁸⁹ Déclaration du Président de la République, *Sur la réforme de l'hôpital*. Prononcé le 17 avril 2008. Neuchâteau

⁹⁰ Motifs de la loi HPST

⁹¹ STEFANOVA, D. (2020). *Le rôle de la notion de service public dans l'organisation du système de santé en droit français*. [Thèse de doctorat en droit, Université de Bordeaux]. p.260

reste seul compétent, a priori, pour prendre des actes administratifs, individuels ou réglementaires.

Enfin, la place du Président de la CME a été préservée au sein de la loi HPST. Comme l'explique Olivier DUPUY, « *lors de la discussion parlementaire, le Sénat a procédé à des ajustements visant à rééquilibrer les pouvoirs* »⁹² entre le directeur et la communauté médicale. Ainsi, le Président de la CME est chargé de la rédaction du projet médical de l'établissement. De plus, la nouvelle rédaction de l'article L6143-7 du CSP prévoit explicitement que le directeur décide conjointement avec le Président de la CME, « *la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* »⁹³.

Il est à noter que, les réformes qui ont succédées à la loi HPST⁹⁴, ne sont pas revenues sur le rapport entre les différentes instances de la gouvernance des établissements publics de santé. Elles ont en revanche contribué à renforcer la place du Président de la CME, en en faisant un co-décideur avec le directeur. Ce qui peut avoir des influences sur l'exercice du pouvoir réglementaire du directeur.

B) Qui différencie le chef d'établissement d'autre exécutif d'établissement public

Bien qu'il ne soit pas possible de donner une organisation type de la gouvernance des établissements publics, il semble intéressant de comparer la gouvernance et le rôle du directeur d'un établissement public de santé, à ceux d'une université et de son Président (a), ainsi qu'au travers d'établissements publics, tels que les musées (b).

a) *La comparaison avec les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, l'exemple des universités*

L'organisation de la gouvernance des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPSCP) que sont les universités offre une comparaison intéressante avec celle des établissements publics de santé.

En vertu de l'article L711-1 du Code de l'éducation, les universités, comme tous les EPSCP sont des établissements publics nationaux, qui jouissent de « la personnalité morale et de

⁹² DUPUY, O. (2009). *La réforme de l'hôpital (loi du 21 juillet 2009)*. p.60

⁹³ 2° de l'article L6143-7 du CSP

⁹⁴ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°22 du 27 janvier 2016 ; Ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital. JORF n°0066 du 18 mars 2021 ; et loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. JORF n°0099 du 27 avril 2021.

l'autonomie pédagogique et scientifique, administrative et financière »⁹⁵. Leur gouvernance est assurée par un conseil d'administration et un président. Ce dernier est élu et non nommé, par le conseil d'administration, sans forcément qu'il ne le compose préalablement⁹⁶. Il assure les fonctions d'organe exécutif et préside l'organe délibératif de l'établissement.

Le Conseil d'administration « *détermine la politique de l'établissement* »⁹⁷, ce qui en fait le principal organe de décision de l'établissement. Les délibérations et décisions du conseil d'administration des universités ont un impact direct sur l'organisation de l'établissement. Le conseil se distingue ainsi du conseil de surveillance des établissements publics de santé, ce dernier assurant davantage un contrôle de la gestion de l'établissement et dont les délibérations constituent des orientations et des avis. Par ailleurs, le conseil d'administration « *adopte le règlement intérieur de l'université* »⁹⁸, la principale disposition réglementaire de l'établissement, cette faculté ne peut être déléguée au Président.

Concernant le Président de l'université, celui-ci dispose de très larges prérogatives, qui pourraient être comparées, toute chose égale par ailleurs, aux prérogatives d'un directeur d'établissement public de santé. A l'inverse du Code de la santé publique qui se contente de la formule de « *conduite générale de l'établissement* » pour désigner les pouvoirs du directeur, le code de l'éducation en son article L712-2 explicite davantage les compétences du président de l'Université. Ainsi, si le Président d'une université peut prendre des mesures réglementaires, en sa qualité de chef de service⁹⁹, il lui est reconnu, explicitement la faculté de prendre des mesures à caractère réglementaire visant à assurer : la préservation du maintien de l'ordre au sein de l'établissement¹⁰⁰ ; la sécurité, notamment vis-à-vis des conditions de travail, des personnels et des usagers¹⁰¹ ; ou à exercer, « *au nom de l'université, les compétences de gestion et d'administration qui ne sont pas attribuées à une autre autorité par la loi ou le règlement* »¹⁰². Or ces pouvoirs reconnus explicitement au Président de l'université peuvent apparaitre de prime abord inédit notamment en ce qui concerne la police administrative. De telles prérogatives pourraient aussi être reconnues au directeur d'un établissement public de santé.

⁹⁵ Article L.711-1 du Code de l'Education

⁹⁶ Article L.712-1 du Code de l'Education

⁹⁷ Article L.712-3 du Code de l'Education

⁹⁸ *ibid.*

⁹⁹ CE. 7 février 1936. *Jamart*. Préc.

¹⁰⁰ 6° de l'article L.712-2 du Code de l'Education

¹⁰¹ 7° de l'article L.712-2 du Code de l'Education

¹⁰² 8° de l'article L.712-2 du Code de l'Education

A l'instar des établissements publics de santé, les universités disposent d'une large autonomie vis-à-vis de leur tutelle¹⁰³. Les décisions de leur président et les délibérations de leurs conseils d'administrations « *entrent en vigueur sans approbation préalable* »¹⁰⁴, sauf exceptions. Le chancelier effectue un contrôle de légalité des actes et défère au juge administratif les décisions illégales, comme le ferait un Directeur Général d'ARS. Il est à noter que le code de l'éducation effectue une précision sur le fait que certaines décisions du Président et délibérations du conseil d'administration ont un caractère, et doivent être transmises sans délais¹⁰⁵. Spécificité qui ne se retrouve pas avec autant de précisions dans le code de la santé publique.

Enfin, la comparaison entre les établissements publics de santé et les universités reste relative dans une certaine mesure. Il semble difficile d'imaginer une centralisation des pouvoirs autour du Président de l'université, en ce que le code de l'éducation dispose que les EPSCP « *sont gérés de façon démocratique avec le concours de l'ensemble des personnels, des étudiants et de personnalités extérieures.* »¹⁰⁶. Alors qu'à l'inverse les réformes de la gouvernance des établissements publics de santé ont conduit au renforcement du rôle du directeur et à l'émergence d'une gestion médico-administrative.

b) *La comparaison avec d'autres catégories d'établissements publics, les exemples des musées*

Le cas des musées est tout à fait intéressant dans un premier temps à étudier. En effet, ces établissements reçoivent du public et il existe une multitude de système de gouvernance, ce qui permet d'examiner un spectre large d'organisation. Il n'existe pas de forme de gouvernance type entre les musées de compétences nationales et les musées locaux.

Dans le cas de certains musées nationaux, comme pour les universités il n'existe pas de directeur, le Président du Conseil d'administration assure les fonctions d'organe exécutif de l'établissement public, tout en présidant l'organe délibérant de l'établissement. C'est le cas par exemple pour le musée du Louvre¹⁰⁷, le Musée d'Orsay¹⁰⁸ ou le musée Picasso-Paris¹⁰⁹. Les Présidents de ces établissements, les « *dirigent* » et ils ont à ce titre autorité sur le

¹⁰³ Voir Lami, A. (2015), *Tutelle et contrôle de l'Etat sur les universités françaises, mythe et réalité*. [Thèse de doctorat en droit, université Aix-Marseille]. Op.cit.

¹⁰⁴ Article L719-7 du Code de l'Education

¹⁰⁵ Article L.711-8 et L.719-7 du Code de l'Education

¹⁰⁶ Article L711-1 du Code de l'Education

¹⁰⁷ Décret n°92-1338 du 22 décembre 1992 portant création de l'Etablissement public du musée du Louvre. (JORF n°0298 du 23 décembre 1992)

¹⁰⁸ Décret n°2003-1300 du 26 décembre 2003 portant création de l'Etablissement public du musée d'Orsay. (JORF n°301.30 décembre 2003).

¹⁰⁹ Décret n°2010-669 du 18 juin 2010 portant création de l'Etablissement public du musée Picasso-Paris. (JORF n°0140. 19 juillet 2010).

personnel de l'établissement public ; ils proposent à leur conseil d'administration respectif le règlement intérieur et le règlement des visites ; ils organisent, après avis du conseil d'administration, l'organisation interne de l'établissement¹¹⁰. Les conseils d'administrations de leur côté sont compétents pour les créations de poste et d'emploi ; les conditions d'occupations des espaces par des organismes extérieurs ; ils donnent leur avis sur le règlement intérieur et le règlement des visites ; ils fixent les tarifs de l'établissement ; entre autres mesures.

Lorsqu'un Directeur Général est nommé à la tête d'un établissement public culturel national, comme pour le musée Rodin¹¹¹ ou le Musée de la porte dorée¹¹², le conseil d'administration et le Directeur général exercent leurs compétences et prérogatives respectives. De son côté, le Président du Conseil d'administration exerce une fonction davantage de représentation et arrête l'ordre du jour du conseil.

Deux remarques sont par ailleurs à noter sur la gouvernance de ces établissements.

Premièrement, dans le cas de l'ensemble de ces structures, un personnel administratif, dénommé administrateur général, directeur général (dans le cas notamment des musées avec un « Président-Directeur »), secrétaire général ou encore directeur général adjoint. Il agit sous les ordres de l'organe exécutif de l'établissement, reçoit délégation de signature, et est chargé de l'ensemble des fonctions de gestions administratives et financières. Cependant, sa position et sa subordination à l'organe exécutif pourrait, par analogie, le rapprocher de la fonction d'un directeur général adjoint d'un centre de cancérologie. En effet, cette existence singulière provient du fait que dans la plupart des cas l'organe exécutif d'un musée national n'est pas issu d'un corps administratif, mais d'un corps de conservateurs ou est une personnalité extérieure.

Deuxièmement, l'exercice de la tutelle est renforcé sur ces structures. Les décisions et délibérations, notamment réglementaires, ne sont exécutoires que quinze jours après leur transmission au ministre chargé de la culture. Montrant une relation particulière avec l'autorité de tutelle, qui ne se retrouve pas dans le cadre des établissements publics de santé ou dans le cas des universités.

Dans le cadre des musées gérés par un établissements public au niveau local, l'organisation est plus particulière. Comme l'indique Claire BOSSEBOEUF, la gestion des musées locaux par un établissement n'est pas la règle d'organisation principale de ce

¹¹⁰ Voir par exemple la décision DG/2014/20 du 1^{er} juillet 2014 portant organisation de l'Etablissement Public du Musée du Louvre.

¹¹¹ Décret n°93-163 du 2 février 1993 relatif au musée Rodin. (JORF n°31. 6 février 1993).

¹¹² Décret n°2006-1388 du 16 novembre 2006 portant création de l'Etablissement public de la porte Dorée. (JORF n°266. 17 novembre 2006).

domaine d'activité où la régie constitue la tradition de la gestion de ces organismes¹¹³. Toutefois, les collectivités qui mettent en place un établissement public chargé de la gestion d'un musée constituent soit une entité *ad hoc* ou créent un établissement public de coopération culturelle et environnemental¹¹⁴. Dans les différents cas, un directeur est nommé et assure la direction des services. Cependant, la prégnance du conseil d'administration est plus importante, en ce que certaines décisions réglementaires restent de la compétence du conseil, qui peut décider ou non de déléguer ce pouvoir au directeur.

Enfin, il est intéressant de noter, que contrairement aux universités et établissements publics de santé, la préservation de l'ordre public au sein de ces établissements publics semble relever davantage de l'Etat que des décisions de l'organe exécutif. En effet, lors de la crise sanitaire, l'Etat a prescrit les mesures sanitaires qui s'imposaient sans distinction de statut aux musées¹¹⁵. Alors qu'à l'inverse il appartenait aux EPCSP, notamment les universités, de mettre en place les mesures relatives à l'accueil des usagers, permettant de respecter les prescriptions sanitaires¹¹⁶. Cette différence illustre une approche différente de l'autonomie des établissements publics en termes de préservation de l'ordre public, et pourrait éclairer sur le cadre juridique des établissements publics de santé en ce domaine.

1.2 Les exigences dans l'édiction des mesures réglementaires du directeur

Les décisions, notamment à caractère réglementaire du directeur sont conditionnés lors de leur l'édiction au respect d'obligations nécessaires à leur entrée en vigueur, au même titre que les autres actes administratifs unilatéraux pris par l'ensemble des autorités administratives (1.2.1). De plus, si certes un acte entre en vigueur encore faut-il que son adoption ait respecté la procédure adéquate sous peine d'illégalité (1.2.2).

1.2.1 Les impératifs à l'entrée en vigueur d'un acte administratif unilatéral

¹¹³ Voir en ce sens BOSSEBOEUF, C. (2015). *Les collectivités territoriales et leurs musées : recherche sur le développement et les modalités de gestion et de gouvernance d'un service public local*. [Thèse de doctorat en droit, université Aix-Marseille]. Centre de recherches administratives. Presses Universitaires d'Aix-Marseille.

¹¹⁴ Article L1431-1 et suivants du CGCT

¹¹⁵ Article 27 du décret n°2021-699 du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la crise sanitaire (JOFR n°0126. 2 juin 2021).

¹¹⁶ Article 36 du décret n°2021-699 du 1^{er} juin 2021. Op.cit. ; Voir par exemple : arrêté n° 20-163-900-053. Portant obligation du port du masque dans tous les campus, à l'intérieur et à l'extérieur des locaux de l'université Sorbonne Paris Nord. (28 août 2020) ; Arrêté n°001-2022-DIV-001 relatif à l'obligation du port du masque au sein des enceintes et locaux de l'Université Claude Bernard Lyon 1 et au respect des gestes dits barrières. (3 janvier 2022). ; Arrêté de la Présidente de l'université de Nantes, Arrêté précisant les consignes sanitaires dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 à compter du 14 mars 2022, mis à jour le 18 mars 2022. (18 mars 2022).

Les actes réglementaires, au même titre que tous les actes administratifs unilatéraux, ont des exigences spécifiques pour être légaux et être applicables. Ils doivent être pris par une autorité compétente (A) et remplir la triple conditionnalité pour entrer en vigueur (B).

A) La prise de l'acte par l'autorité compétente

La personne qui prend un acte administratif unilatéral, qu'il soit individuel ou réglementaire, doit avoir compétence au moment de la prise de l'acte.

Dans le cadre d'un établissement public de santé, le directeur dispose de la compétence de principe, dans la limite de ses attributions. Cependant, si l'auteur n'est pas le directeur de l'établissement il faut que sa délégation de signature lui permette de prendre une telle décision¹¹⁷.

Un acte pris par une autorité incompétente au moment de sa signature sera annulé par le juge administratif. L'incompétence de l'auteur de l'acte est un moyen d'ordre public soulevé d'office par le juge administratif, sans qu'il ne soit forcément invoqué par un requérant.

Le juge va examiner si l'auteur de l'acte avait la compétence *ratione materiae* pour prendre l'acte, c'est-à-dire s'il disposait de la compétence matérielle. Ainsi le juge sanctionne les détournements de pouvoirs, les empiètements de compétences, les cas de substitution à une autre autorité. Dans le cas des délégations de signature, le juge va vérifier si la délégation, au-delà du fait qu'elle soit entrée en vigueur, autorise effectivement le délégataire à prendre la décision.

Le juge va aussi rechercher si l'auteur de l'acte avait la compétence *ratione loci*, c'est-à-dire s'il disposait de la compétence territoriale, et que sa décision ne dépasse pas son champ d'application territoriale. Si en principe cette compétence se limite aux décisions au sein de « l'enceinte » de l'établissement, la question est amenée à se complexifier avec les établissements en direction commune et les effets sur les délégations de signature.

Enfin, le juge contrôle la compétence *ratione temporis* de l'auteur de l'acte, en somme le juge recherche si au moment de la décision son auteur était compétent. Cette compétence dépend de la date de nomination effective du directeur et de la date d'entrée en vigueur d'une délégation de signature.

¹¹⁷ Voir en ce sens CE, 11 février 2015, *Sieur X c/ CH d'Auch*, n°369110. Mention aux tables

B) La triple conditionnalité pour qu'un acte administratif entre en vigueur

Comme l'explique Bertrand SEILLER la question de l'entrée en vigueur d'un acte administratif unilatéral est « *paradoxalement négligée* »¹¹⁸ par les administrations. Il évoque à ce titre la triple condition d'effectivité d'un acte administratif unilatéral : son existence (a), son opposabilité, qui dépend notamment de sa publication (b), ces deux préalables permettent à l'acte d'être applicable et d'entrer en vigueur (c).

a) Les conditions d'existence d'un acte administratif réglementaire

L'exigence de l'existence d'un acte administratif est la plus simple à mettre en œuvre. Elle dépend uniquement de la signature de l'auteur compétent sur l'acte administratif. Le Code des relations entre le public et l'administration (CRPA) dispose à ce titre que. « *Toute décision prise par une administration comporte la signature de son auteur ainsi que la mention, en caractères lisibles, du prénom, du nom et de la qualité de celui-ci.* »¹¹⁹. Une telle disposition permet de prévenir les détournements de pouvoir et de vérifier la compétence de l'auteur de la décision

Toutefois, le juge rappelle constamment que l'existence d'un acte n'est pas autosuffisante¹²⁰. Comme Bertrand SEILLER l'explique : « *la naissance d'un acte, signé ou non, n'équivaut pas à son entrée en vigueur. Il n'est en effet pas encore susceptible de déployer la plénitude de ses conséquences juridiques* »¹²¹, encore faut-il que l'acte, notamment dans le cas d'un acte réglementaire, soit devenu opposable.

b) La question plus complexe relative à l'opposabilité des actes réglementaires des établissements publics de santé

L'opposabilité d'un acte administratif unilatéral dépend principalement de sa publication et de sa notification aux intéressés.

Dans le cadre des actes réglementaires, cet impératif de publication est d'autant plus important, car comme l'énonce le rapporteur public, Damien BOTTHEGHI, « *sauf circonstances exceptionnelles, un acte réglementaire qui n'est pas publié n'est pas*

¹¹⁸ SEILLER, B. (2004). *L'entrée en vigueur des actes unilatéraux*. AJDA 2004 p.1463

¹¹⁹ Article L212-2 du CRPA

¹²⁰ CE, 18 juillet 1913, *Syndicat national des chemins de fer de France et des colonies*, Rec. p.875 et CE, ass. 21 décembre 1990, *Confédération nationale des associations familiales catholiques*, n°105743, n°105810, n°105811, n°105812, Rec. P369

¹²¹ SEILLER, B. (2004). *L'entrée en vigueur des actes unilatéraux*. Préc.

opposable aux administrés, et ne peut être invoqué car il n'a pas acquis force obligatoire »¹²². Le juge rappelle constamment cette règle de publicité pour rendre un acte réglementaire opposable et obligatoire¹²³. Cette question est d'autant plus importante vis-à-vis des usagers et des tiers, puisque « *les effets d'un acte administratif non rendu public ne sauraient être opposés aux administrés* »¹²⁴. De plus, cette exigence est aussi le corolaire d'une plus grande transparence de l'administration vis-à-vis des citoyens¹²⁵.

L'article L221-2 du CRPA conforte cette obligation de publicité des actes réglementaires, en ce qu'il dispose que « *l'entrée en vigueur d'un acte réglementaire est subordonnée à l'accomplissement de formalités adéquates de publicité, notamment par la voie, selon les cas, d'une publication ou d'un affichage, sauf dispositions législatives ou réglementaires contraires ou instituant d'autres formalités préalables* »¹²⁶.

Toutefois, des obligations de publicité spécifiques sont prévues pour les établissements publics de santé à l'article R6143-38 du CSP, modifié récemment par le décret 2019-854 du 20 août 2019¹²⁷. Cet article prévoit une distinction en trois grandes catégories d'actes du directeur et de délibérations du conseil de surveillance. Dans un premier temps, pour les actes et délibérations non réglementaires, elles sont notifiées aux personnes qu'elles concernent. En second temps, dès lors qu'une décision ou une délibération présente un caractère réglementaire les mesures sont publiées sur le site interne de l'établissement, le décret de 2019 ayant supprimé l'exigence d'affichage par panneaux. Enfin, l'article R6143-38, dispose qu'en sus des autres modes de publicité, dès lors qu'une mesure fait grief à des personnes, autres que le personnel ou les usagers, la décision est publiée au recueil des actes administratif de la Préfecture de département.

Enfin, il est important de noter que la publication de l'acte permet de faire courir le délai de recours contentieux contre cet acte. Le délai de droit commun de deux mois de recours contentieux commence à courir à compter du jour de l'accomplissement des obligations de publicité¹²⁸. Dans le cas d'une publicité au recueil des actes administratifs de préfecture, le délai de recours court à compter de la publication de l'acte au recueil. Dans le cas d'une diffusion sur le site internet, le délai commence à courir à compter de la publication de l'acte

¹²² BOTTHEGI, D. (2012). *Conclusions du rapporteur public sous l'arrêt CE. Sect. du 16 avril 2012, Commune de Conflans-Sainte-Honorine et autres, n°355792*. Publié au recueil

¹²³ CE.Ass, 13 décembre 1957, *Sieurs Barrot et autres*, Rec.p 675 et CE.4 juillet 1975. *Sieur Delfini*. n°89349, Publié au Recueil

¹²⁴ CE, 28 décembre 2007, *Mme Zakia*, n°275138. Mentionné aux tables. et SEILLER, B. (2021). *Droit administratif : 2. L'action administrative*. (8^e édition). p.174

¹²⁵ Voir sur ce sujet : SAUVE, J.M. (2017). *Transparence et efficacité de l'action publique*. Intervention lors de l'Assemblée Générale de l'Inspection Générale de l'Administration. 3 juillet 2017.

¹²⁶ Article L221-2 du CRPA

¹²⁷ Article 1 du décret 2019-854, du 20 août 2019, *portant diverses mesures de simplification dans les domaines de la santé et des affaires sociales*

¹²⁸ Article R421-1 CJA

sous format informatique, à la condition que l'acte soit publié dans son intégralité et qu'il soit possible d'en garantir sa fiabilité et sa date de publication¹²⁹. La théorie de la « connaissance acquise » de l'existence d'un acte ne peut être invoquée pour les actes réglementaires, seule la publication fait courir le délai de recours¹³⁰. Si l'acte ne comporte les voies et délais de recours¹³¹, un recours par voie d'action doit toutefois intervenir dans un délai raisonnable, d'environ un an, à compter de la publication de l'acte attaqué¹³².

c) *L'entrée en vigueur et l'application de l'acte*

Conformément au CRPA, tout acte réglementaire « *entre en vigueur le lendemain du jour de l'accomplissement des formalités prévues* »¹³³, c'est-à-dire le lendemain de sa publication officielle et de sa transmission aux autorités compétentes¹³⁴, sauf dispositions dérogatoires. Il exerce dès lors l'entière de ses effets. Comme évoqué préalablement, des mesures d'application peuvent toutefois être anticipées, à la seule condition qu'elles n'entrent elles aussi en vigueur qu'au jour où l'acte qui les prévoit.

Cependant, dans le cas des établissements publics de santé, et au même titre que les autres établissements publics, une formalité supplémentaire est nécessaire pour certains actes. Conformément au 1° et 2° de l'article L6143-4, les décisions du directeur et délibérations du conseil de surveillance, mentionnés par l'article, exécutoires de plein droit dès lors qu'elles ont été transmises au Directeur Général de l'ARS¹³⁵. Cela impacte certaines décisions réglementaires comme le règlement intérieur ou les décisions relatives à l'organisation interne de l'établissement. Le contrôle de la tutelle, contrôle de légalité, s'effectuant a posteriori de l'entrée en vigueur de l'acte, le Directeur Général de l'ARS ne peut qu'en cas de défèrement au tribunal administratif de la décision, prendre une décision de sursis à exécution.

Par ailleurs, le pouvoir réglementaire peut mettre en place des mesures transitoires à l'entrée en application de sa réglementation. Il peut le faire dans le cadre d'un changement de réglementation ; si l'application immédiate de la nouvelle réglementation est impossible ; ou si eu à ses effets l'acte réglementaire porte « une atteinte excessive aux intérêts publics ou privés en cause »¹³⁶.

¹²⁹ Formulation retenue par le juge administratif pour les publications au format informatique : voir par exemple : CE. sect. 3 décembre 2018. *Ligue des droits de l'homme*, n°409667. Publié au Recueil.

¹³⁰ CE, 7 juillet 1993, Syndicat CGT du personnel de l'hôpital Dupuytren. N°101415. Publié au Recueil

¹³¹ Article R421-8 CJA

¹³² CE, Ass. 13 juillet 2016. *M. Czabaj*. N°387763, Rec. p.340 et CE, 25 septembre 2020, *Société civile immobilière La Chaumière*. N°430945. Publié au recueil

¹³³ Article L221-2 CRPA

¹³⁴ En cas de non transmission, pourtant obligatoire, au représentant de l'Etat l'acte n'est pas exécutoire voir CE : 31 juillet 1996, *Commune de Courpalay*, n°116500, Rec. p.335

¹³⁵ Article L6143-4 du CSP

¹³⁶ Article L221-5 du CRPA

L'application de mesures transitoires ne pose pas spécifiquement de difficultés au sein des établissements publics de santé. Principalement du fait que le pouvoir réglementaire du chef de service est moins autonome, que de nombreuses décisions organisationnelles et réglementaires font l'objet de concertations préalables auprès de nombreuses instances.

1.2.2 Les étapes de procédure spécifiques à l'édition d'un acte administratif unilatéral au sein d'un établissement public de santé

Si certes la loi HPST a renforcé les pouvoirs du directeur, le législateur a prévu de nombreuses exigences procédurales, notamment la consultation et la concertation des décisions au sein des instances de l'établissement (A). Qui plus est il existe de nombreux impératifs en termes de formalisme (B).

A) La concertation et la consultation en interne

Si comme pour toutes les autres structures, les décisions relatives à l'organisation du travail passent par les instances de représentation du personnel, notamment le Comité technique de l'Etablissement (CTE) et le Comité hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), futur Comité Social d'Etablissement (CSE), il reste que les instances de gouvernance d'un établissement public de santé doivent être consultés sur de nombreux sujets, ce qui a des implications sur le pouvoir réglementaire du directeur (a). Qui plus est la multiplicité des fonctions des personnels médicaux et soignantes nécessitent de consulter, sur certaines décisions, la CME et la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-technique (CSIRMT) ainsi que leurs Présidents respectifs (b).

a) *Le rôle du directoire et du conseil de surveillance.*

Comme l'explique Irving HERZOG, si les décisions du directeur peuvent en principe être prises unilatéralement par ce dernier, il n'en demeure pas moins que des exigences de concertations et de consultations effectives sont requises par le code de la santé public¹³⁷.

Ainsi, les décisions du directeur et actes énumérés aux 1° à 18° de l'article L6143-7 du CSP, nécessitent une concertation préalable au sein du Directoire de l'établissement. Entre autres mesures nécessitant concertation préalable, peuvent se retrouver des actes réglementaires relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers¹³⁸ ; les

¹³⁷ HERZOG, I. (2021). *De fonctionner mon service hospitalier s'est arrêté*. Op.cit.

¹³⁸ 2° de l'article L6143-7 du CSP

actes réglementaires relatifs à l'organisation interne de l'établissement, notamment les modifications de périmètre ou les fermetures de service¹³⁹ ; Le règlement intérieur¹⁴⁰ ; ou encore les actes régissant l'organisation et le temps de travail, à défaut d'accord avec les organisations syndicales et représentants du personnel¹⁴¹.

Même s'il le directoire ne donne lieu qu'à des concertations préalables consultatives, non contraignantes et qui ne revêtent pas de formalisme spécifique, contrairement aux avis, il assure un rôle essentiel dans l'établissement. Sa composition a été à ce titre « *soigneusement pesée* »¹⁴². En effet, le directeur assure certes la présidence, la vice-présidence est assurée par le président de la CME. De plus, la présence du Président de la CSIRMT et l'obligation faite que le directoire soit composé en majorité de personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique¹⁴³ permettent d'assurer une modalité « *d'association du public aux décisions essentielles* »¹⁴⁴. A la condition que « *l'effet utile* » de ces concertations soit préservé¹⁴⁵. De plus, la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 en a élargi la composition en passant à neuf membres dans les centres hospitaliers et onze membres dans les centres hospitaliers universitaires¹⁴⁶. S'y ajoute notamment un membre nommé sur proposition du Président de la CSIRMT, qui sera probablement un soignant. De plus, trois personnalités qualifiées peuvent participer au directoire. Cette nouvelle composition doit conduire à un fonctionnement « *médico-soignant et administratif* » de l'établissement, renforçant *de facto* l'importance des concertations du directoire.

Concernant le conseil de surveillance, son rôle a certes été recentré par la loi HPST sur la stratégie de l'établissement et le contrôle de sa gestion, il n'en demeure pas moins un acteur incontournable. L'article L6143-1 du CSP énumère les domaines sur lesquels il délibère¹⁴⁷. S'il s'agit de délibérations qui n'ont pas à priori d'impact réglementaire sur l'établissement, elles peuvent toutefois avoir un effet sur les décisions du directeur en ce qu'il doit à la suite modifier l'organisation de l'établissement. De plus, le conseil de surveillance donne son avis sur le règlement de l'établissement, ainsi sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. La pratique a conduit les directeurs à consulter leur conseil de surveillance sur les décisions les plus importantes touchant à l'organisation

¹³⁹ 7° de l'article L6143-7 du CSP

¹⁴⁰ 13° de l'article L6143-7 du CSP

¹⁴¹ 14° de l'article L6143-7 du CSP

¹⁴² DUPONT, M. (2009). *La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé : l'aboutissement d'une longue mutation ?*. RDSS. p.791

¹⁴³ Article L6143-7-5 du CSP

¹⁴⁴ HERZOG, I. (2021). *De fonctionner mon service hospitalier s'est arrêté*. Op.cit.

¹⁴⁵ Ibid.

¹⁴⁶ Article 31 de la loi 2021-502 du 26 avril 2021. Op.cit.

¹⁴⁷ 1° à 8° de l'article L6143-1 du CSP

de l'établissement. Ce qui conduit, à ce que le rôle du conseil reste indépassable au sein des établissements.

Toutefois, il convient de relativiser ces dispositions, en effet la réalité de la vie hospitalière ne permet de toujours consulter préalablement les instances de l'établissement. Le conseil de surveillance et le directoire ne peuvent se réunir à volonté. Le code de la santé publique ne prévoit qu'un nombre minimal de quatre séances par an pour le conseil de surveillance¹⁴⁸ et un nombre minimal de huit séances pour le directoire¹⁴⁹. Dans la pratique, les établissements organisent au moins un directoire par mois et entre quatre et cinq réunions du conseil de surveillance par an.

b) *La concertation avec la gouvernance médico-soignante, CME et Président et la CSIRMT CME et le PCME*

La loi HST du 21 juillet 2009 a conduit à recentrer la CME sur ses fonctions consultatives, ce qui aurait marqué un « *réel amenuisement de l'implication décisive du personnel médical* »¹⁵⁰ selon Clémence ZACHARIE. Toutefois, CME reste compétente sur l'ensemble des décisions qui touchent à l'organisation de l'établissement¹⁵¹. Ainsi que sur les mesures engagées pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers¹⁵². Les compétences de la CME dépassent le cadre du CTE, en étant consultée sur des matières qui ne relèvent pas des instances de représentation du personnel. En ce qu'elle définit des politiques spécifiques qui doivent en principe être suivies par le directeur. La composition des différents collèges de la CME permet de représenter l'ensemble des communautés médicales de l'établissement¹⁵³. Elle est par ailleurs consultée sur les actes réglementaires comme le règlement intérieur. Par ailleurs, la CME est subdivisée en sous-commission qui ont chacune des conséquences sur le pouvoir de décision du directeur et influencer ses mesures à caractère réglementaire. Qui plus est des commissions *ad hoc* peuvent être constituées.

Par ailleurs, le rôle du Président de la CME a été progressivement renforcé. A la suite de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et à la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019, le Président de la CME est progressivement devenu

¹⁴⁸ Article R6143-11 du CSP

¹⁴⁹ Article D6143-35-5 du CSP

¹⁵⁰ ZACHARIE C. (2021). *Médicalisation des décisions hospitalière ou participation des médecins à la gestion administrative de l'hôpital ?*. RDSS 2021 p.892

¹⁵¹ Article R6144-1 du CSP

¹⁵² Article R6144-2 et R6144-2-1 du CSP

¹⁵³ Article R6144-3 du CSP

incontournable dans la gestion des établissements. Il élabore le projet médical en lien avec le directeur¹⁵⁴ et est vice-Président du directoire, ce qui lui donne un rôle essentiel dans la prise de décision du directeur. Comme l'explique François-Jérôme AUBERT la réussite du dialogue entre « *couple chef d'établissement/président de CME (...) est un préalable à l'élaboration d'un discours crédible en direction de l'hôpital* »¹⁵⁵. Par ailleurs, son pouvoir de décision partagé avec le directeur lui permet d'avoir un impact sur les mesures prises dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins¹⁵⁶ ; ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement¹⁵⁷. L'ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021 relative au groupement hospitalier de territoire et la médicalisation des décisions, faisant suite au rapport CLARIS¹⁵⁸, a conduit à renforcer le rôle du Président de la CME dans son rôle de codécisionnaire du Directeur. De plus, le rôle de la CME a été renforcé en ce qu'elle peut faire des propositions au directoire et ainsi influencer le pouvoir de décision du directeur¹⁵⁹.

En outre, la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, renforce le rôle du Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT), qui est le coordonnateur général des soins. Il est en lien avec le Président de la CME et le directeur sur les décisions relatives à l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers¹⁶⁰. L'idée de renforcée le rôle de la CSRMIT et de son président repose sur la volonté de favoriser l'émergence d'une gouvernance « médico-soignante ». La CSIRMT était déjà consultée sur les missions relatives l'organisation générale des soins infirmiers ; la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ; les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers entre autres mesures¹⁶¹. Elle est informée des dispositions du règlement intérieur. Par ailleurs, l'évolution de la composition du directoire doit permettre de favoriser cette concertation multi professionnelle.

B) Les autres exigences formelles des actes

¹⁵⁴ Article L6143-7-3 du CSP

¹⁵⁵ AUBERT. J.F. (2014). *La décision à l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin ?*. [Thèse de science politique. Université de Bordeaux]. (NNT : 2014BORD0402). Tel-01127536. P.85

¹⁵⁶ 2° de l'article L6143-7 du CSP

¹⁵⁷ 7° de l'article L6143-7 du CSP

¹⁵⁸ CLARIS, O et al. (2020). *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières*. Ministère des solidarités et de la santé.

¹⁵⁹ Article R6144-1-2 du CSP

¹⁶⁰ 2° de l'article L6143-7 issu de l'article 26 de la loi n°2021-502 du 26 avril 2021

¹⁶¹ Article R6146-10 du CSP

Si toutes les conditions de procédure formalismes particulières sont prévues par la loi ou la réglementation, il est possible de déterminer quelques conditions générales.

Ainsi, un acte réglementaire est par nature écrit et signé. Il ne peut exister, contrairement aux actes administratifs individuels, par une décision orale ou née de l'abstention d'action. Sauf dérogation, la signature est un impératif. En sus doit être mentionné le nom et prénom de l'auteur de l'acte ainsi que la qualité de celui-ci¹⁶². La date de signature est aussi importante. Par ailleurs, si une autre personne que le directeur signe l'acte, ce dernier doit avoir compétence et délégation pour signer l'acte¹⁶³.

Une autre obligation est la complétude des obligations légales pour que l'acte puisse entrer en vigueur, comme évoqué préalablement. Notamment, il est impératif que l'acte soit devenu opposable et avoir ainsi été publié.

Parmi les conditions à l'édiction d'un acte administratif, se retrouve le respect des procédures, prévues par la loi et la réglementation nécessaires à l'adoption d'un acte. Ainsi, Le directeur est obligé de consulter les instances pour organiser le temps de travail ou pour les décisions essentielles, en respectant par exemple les exigences de transmission des documents.

Par ailleurs, les mesures de police, qui peuvent être des actes à la fois individuels ou réglementaires, doivent impérativement être motivées. Cette obligation de motivation découle du fait que ces mesures restreignant l'exercice des libertés publiques doivent être proportionnée aux circonstances qui les ont justifiées¹⁶⁴.

Le non-respect du formalisme requis peut interroger certains directeurs d'établissement publics de santé. Or, le juge administratif a développé, en vertu du principe général du droit de sécurité juridique¹⁶⁵, une jurisprudence qui tend à « hiérarchiser les illégalités »¹⁶⁶. Le juge administratif a ainsi reconnu que les illégalités de forme ou de procédure non substantielles n'entraînent pas l'annulation de l'acte. Il ne censure l'acte que lorsque les illégalités de forme ou de procédure sont susceptibles d'avoir une influence sur le sens de la décision ou s'ils ont privé les intéressés d'une garantie¹⁶⁷. En revanche, le juge automatiquement censure les incompétences, détournements de pouvoirs, et analyse pour

¹⁶² Article L212-1 du CRPA

¹⁶³ CE, 21 mai 2008, *Groupe hospitalier Sud Réunion*. n°294711. Mentionné aux Tables

¹⁶⁴ Article L211-2 CRPA et CE, 19 mai 1933, *Sieur Benjamin*, n°17413, Rec. p.541

¹⁶⁵ CE. Ass, 24 mars 2006. *Société KPMG et autres*. n°288460. Rec. p.154

¹⁶⁶ Voir MAMOUDY, O. (2019). *Sécurité juridique et hiérarchisation des illégalités dans le contentieux de l'excès de pouvoir*. AJDA 2019 p.1108.

¹⁶⁷ CE. Ass. 23 décembre 2011. *Danthy*. N°335033. Publié au Recueil

chaque vice, si ce dernier prive effectivement les intéressés d'une garantie ou influence la décision¹⁶⁸.

En principe, les décisions du directeur font pour les plus importantes l'objet d'une consultation préalable ou doivent respecter des délais de procédure ou de transmission. Le juge, saisi d'une demande en annulation d'une mesure réglementaire entaché d'un vice de procédure, analysera les conséquences de ce vice sur la décision du directeur. Olga MAMOUDY note à ce titre que le juge administratif ne précise pas si une consultation ou procédure méconnue dans l'édiction de l'acte constitue ou non une garantie¹⁶⁹. Si pour le juge administratif l'omission d'une procédure obligatoire porte atteinte à une garantie¹⁷⁰, il n'en est pas de même lorsque la consultation est facultative¹⁷¹. Toutefois, cette évolution jurisprudentielle du juge administratif ne dispense pas les autorités administratives de respecter le formalisme des actes administratifs. Comme l'explique WILLIAM GREMAUD, « *les règles relatives aux procédures et aux formes stricto sensu déterminent le mode d'élaboration et par conséquent le fond des normes administratives (...) la forme des actes influence leur fond* »¹⁷².

Toutefois, le système de santé est particulier, l'ensemble des commissions d'un établissement publics doivent être consultés sur de nombreux sujets. De plus chacune de ces commissions représente un volet de métiers différents et des approches de gestion, de prise en charge et de conditions de travail multiples. Cependant, il n'est pas toujours possible, notamment dans des situations d'urgences de passer par ces instances. Le recours à la cellule de crise, qui permet d'associer l'ensemble des acteurs constitue une garantie, qui dans ces cas exceptionnels permettrait de se libérer du formalisme procédural. En revanche, lorsqu'une décision, notamment à caractère réglementaire doit être prise sans même passer par une cellule de crise, les échanges avec le Président de la CME et le Coordonnateur Général des soins pourraient constituer des garanties, notamment si la décision impacte les usagers et leurs familles. Ces méthodes de décision alternative ont été largement utilisés durant la crise sanitaire de 2020 où des cellules de crise quotidiennes étaient organisées par les établissements de santé.

¹⁶⁸ MAMOUDY, O. (2022). *Dix ans d'application de la jurisprudence Danthony au Conseil d'Etat*. AJDA 2022. P.796

¹⁶⁹ Ibid.

¹⁷⁰ CE, 15 mai 2012, *Fédération interco CFDT*. n°339834. Publié au Recueil

¹⁷¹ CE. 19 juin 2013. *Association de défense des fonctionnaires de l'Etat*. N°356084. Mentionné aux Tables

¹⁷² GREMAUD, W. (2019). *La régularisation en droit administratif*. [Thèse de doctorat en droit. Université Paris 2]. Coll. « Nouvelle bibliothèque de thèse ». V205. Paris. Dalloz. p.111

2 L'EXERCICE DU POUVOIR REGLEMENTAIRE DU DIRECTEUR

Le pouvoir réglementaire du directeur le conduit à prendre des nombreuses décisions relatives à la gestion de l'établissement. Ces décisions ont un champ d'application large et permettent d'assurer le fonctionnement quotidien de l'établissement (2.1.). En outre, il semble que le directeur dispose d'un pouvoir de police générale au sein de l'établissement qui le conduit à prendre des décisions afin de préserver l'ordre public (2.2.).

2.1 Les caractéristiques principales des décisions à caractère réglementaire prises par le directeur d'un établissement public de santé.

Dans un premier temps, il convient de comprendre les objectifs du pouvoir réglementaire du directeur en ce qu'il doit assurer l'organisation régulière de l'établissement (2.1.1). Le directeur pour s'assurer de cet objectif peut prendre de multiples décisions qui sont déclinées sous différentes formes (2.1.2).

2.1.1 L'objectif d'une organisation régulière de l'établissement public de santé

Un établissement public de santé a comme obligations la prise en charge soignante et médicale des patients. Il existe pour les établissements publics de santé « *une obligation de moyens, forte et croissante, (...) dans leur organisation et leur fonctionnement au quotidien.* »¹⁷³. Le directeur est alors tenu d'utiliser son pouvoir réglementaire pour organiser l'établissement public(A). Toutefois, la prise en charge au sein d'un établissement de santé fait naître pour le directeur des exigences renforcées dans le domaine de la sécurité et plus particulièrement de la sécurité sanitaire (B).

A) Le pouvoir réglementaire du directeur relatif à l'organisation du service.

Le pouvoir réglementaire du directeur doit lui permettre d'assurer son rôle de chef de service et organiser l'ensemble de l'établissement.

Dans un premier temps, le pouvoir réglementaire du directeur semble circonscrit à la déclinaison de la législation et de la réglementation. Qui plus est les circulaires et instructions du ministère et de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) sont

¹⁷³ MARION, L., MAUGUE, C. (2019). *La responsabilité du service public hospitalier*. 2^e édition. Paris. LGDJ. P.70

abondantes et aident à conduire l'action du directeur¹⁷⁴. Le directeur est toutefois libre d'adapter ces dispositions aux réalités de l'établissement.

Cependant, ce devoir d'organisation de l'établissement va au-delà de la déclinaison des dispositions légales et réglementaires. Il englobe le fonctionnement quotidien et régulier de l'établissement. Cette obligation incombe directement au directeur qui doit ainsi « *veiller à la mise en place d'une organisation et d'un fonctionnement qui offrent au malade toutes les garanties médicales et non médicales auxquelles il peut prétendre. Le directeur doit s'assurer de l'absence de dysfonctionnement au sein des différents services* »¹⁷⁵.

A titre liminaire, il convient de rappeler que conformément à l'article L1142-1 du Code de la santé publique, la responsabilité d'un établissement public de santé en cas de dommages résultant d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins ne peut être engagée que sur la base d'une faute, sauf exceptions¹⁷⁶. Dès lors un dysfonctionnement dans l'organisation de l'établissement constituera en principe une faute de service, qui se distingue de la faute personnelle¹⁷⁷, même si ces fautes peuvent être cumulables¹⁷⁸, tout comme les responsabilités¹⁷⁹. L'établissement ne peut s'exonérer de sa responsabilité que dans des cas très spécifiques, telle que la force majeure, ou de faute détachable du service¹⁸⁰. Par ailleurs, le juge avait distingué, pour les établissements publics de santé, la faute dans l'organisation du service, qui relevait d'un régime de faute simple, de la faute médicale¹⁸¹, qui jusqu'en 1992 relevait d'un régime de faute lourde¹⁸² dépendant de la gravité du comportement fautif¹⁸³.

Le directeur doit s'assurer que conditions d'organisation de l'établissement conduisent à respecter l'ensemble des droits et libertés individuelles des patients¹⁸⁴, et notamment le respect de leur vie privée¹⁸⁵. Ainsi, le directeur, en lien avec le Président de la CME,

¹⁷⁴ Entre autres exemples : la mise en place des pôles d'activité : Ministère de la santé et des sports (2009). *Vademecum la loi HPST à l'hôpital, les clefs pour comprendre*, p.45 ; la mise en place des directoires : Instruction DHOS/E1 n°2010-75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements de santé ; la mise en place des nouvelles modalités relatives à la contention et l'isolement : Instruction n° DGOS/R4/2021/89 du 29 avril 2021 relative à l'accompagnement des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la mise en œuvre du nouveau cadre relatifs aux mesures d'isolement et de contention ; ou la mise en place de l'obligation vaccinale : Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/Cellule de crise/2021/193 du 9 septembre 2021 relative à la mise en œuvre de l'obligation vaccinale dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux

¹⁷⁵ FAUGEROLAS, P. (1998). *Le directeur d'hôpital face aux juges*. Paris. Ellipses. p.21

¹⁷⁶ Article L1142-1 du CSP

¹⁷⁷ TC. 30 juillet 1873. *Pelletier*. n°35. Rec p.70

¹⁷⁸ CE. 3 février 1911. *Anguet*. n°34922. Rec. p.146

¹⁷⁹ CE. 26 juillet 1918. *Epoux Lemonnier*. n°49595, Rec. p.761

¹⁸⁰ CE. 28 décembre 2001. *Monsieur Valette*. n°213931. Rec. p.680

¹⁸¹ CE. Sect. 26 juin 1959. *Rouzet*. N°31396. Rec. p.405

¹⁸² CE. Ass. 10 avril 1992. *Epoux V*. n°79027. Rec. p171

¹⁸³ CE. Sect. 8 novembre 1935. *Dame Philipponeau*. N°31999. Rec. p.1020

¹⁸⁴ Article L1110-1 et suivants du CSP

¹⁸⁵ Article L1110-4 du CSP

s'assure ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge assurent le respect de la dignité de la personne malade¹⁸⁶. De plus, il met en place les mesures nécessaires à assurer des conditions d'accueil et de prise en charge dignes et correctes à l'ensemble des patients¹⁸⁷. A titre d'exemples, le directeur doit organiser l'établissement afin : de préserver l'anonymat des patients qui en font la demande¹⁸⁸ ; offrir à tous les patients les conditions d'exercice de leurs cultes¹⁸⁹ ; prévoir des conditions de visites qui ne trouble pas la tranquillité des patients¹⁹⁰.

Par ailleurs, le directeur doit s'assurer de l'absence de dysfonctionnement au sein de l'établissement. Il utilise son pouvoir réglementaire pour arrêter les règles d'organisation et de fonctionnement générales de l'établissement. Ces règles permettent de prendre les décisions réglementaires qui assureront la bonne prise en charge au sein de l'établissement. Ainsi, constitue une faute dans l'organisation du service : le mauvais aménagement des locaux¹⁹¹ ; une mauvaise organisation des conditions de prise en charge¹⁹² ; le défaut de transmissions d'information et de coordination entre service¹⁹³ ; l'absence de dispositifs de protection suffisant pour prévenir les agressions¹⁹⁴ ; la mauvaise conservation du dossier médical¹⁹⁵ ou des échanges téléphoniques du SAMU¹⁹⁶ ; la mauvaise gestion des ressources humaines, notamment soignantes et médicales, conduisant à une insuffisance de personnel¹⁹⁷ ; une mauvaise organisation des gardes et astreintes¹⁹⁸ ; entre autres fautes. Le directeur doit aussi prévoir les conditions d'exercice du droit de grève afin d'assurer la continuité du service public hospitalier¹⁹⁹.

Il convient dans tout ces cas au directeur de prévoir les mesures nécessaires afin d'assurer la bonne organisation du service. Toutefois, le directeur ne peut pas tout réglementer ni prendre des mesures susceptibles de contraindre les soins²⁰⁰. Toutefois, il existe des spécificités au service public hospitalier qui renforce les exigences du directeur.

¹⁸⁶ Article L1110-2 du CSP

¹⁸⁷ Articles R1112-10 à R1112-94 du CSP

¹⁸⁸ Article R1112-45 du CSP

¹⁸⁹ Article R1112-46 du CSP

¹⁹⁰ Article R1112-47 du CSP

¹⁹¹ CE, 16 janvier 2008. *Epoux Desre*. N°275173. Inédit au recueil.

¹⁹² CE, 16 juin 2000. *Hospices civils de Lyon*. N°196255. Publié au recueil.

¹⁹³ CE, 9 décembre 1988, *Bazin*, n°53755. Rec. p.1018

¹⁹⁴ CAA Bordeaux, 8 juillet 2008, *Mr. B.*, n°07BX00222.

¹⁹⁵ CAA Lyon, 23 mars 2010. *Centre hospitalier de Saint-Etienne*. n°07LY01554. Inédit au Recueil.

¹⁹⁶ CAA Marseille, 25 juin 2009. *Centre hospitalier intercommunal de Toulon*. N°07MA02024.

¹⁹⁷ CE, 21 juillet 1939, *Sieur Lemaire*, n°63105, Rec p.510 ; CE, 8 octobre 1986, *Centre hospitalier de Château-Thierry*, n°61503, Rec. p.227. CE, 10 avril 1970, *Centre hospitalier de Niort*. N°72600. Publié au Recueil

¹⁹⁸ CAA Paris, 21 mars 2007, *Centre hospitalier de Coulommiers*, n°04PA03090.

¹⁹⁹ CE, 7 janvier 1976, *Centre hospitalier régional d'Orléans*, n°92162. Publié au Recueil

²⁰⁰ CE, 2 octobre 2009, *Centre hospitalier de Sens*. N°309247. Publié aux tables du Recueil.

- B) Une organisation répondant aux objectifs et aux obligations d'une prise en charge adéquate des patients et d'une lutte contre les événements indésirables liés à l'activité de l'établissement de santé.

Comme l'énonce Johanne SAISON-DEMARS, la responsabilité du l'établissement public de santé est une « *responsabilité partagée* »²⁰¹ entre le directeur et le Président de la CME, qui arrêtent conjointement la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et les instances qui sont consultées sur ce sujet. Il en découle par ailleurs des obligations spécifiques à l'établissement, en termes notamment sanitaire, puisque « *la qualité de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital participe de façon importante à la sécurité sanitaire dont bénéficie le malade* »²⁰².

Dans un premier temps, les établissements doivent s'assurer de la surveillance de leurs patients, qui au-delà du suivi médical²⁰³ repose aussi sur une surveillance matérielle, celle-ci est particulièrement renforcée dans certains domaines comme au sein des établissements publics de santé mentale. Ainsi, le juge reconnaît la responsabilité de l'établissement, en tenant compte de ces moyens, lorsque le défaut de surveillance : intervient dans la prise en charge d'un enfant hospitalisé²⁰⁴ ; conduit à la chute d'un patient²⁰⁵ ; conduit à un enlèvement²⁰⁶ ; conduit à la tentative de suicide d'un patient²⁰⁷ ; conduit à la fugue du patient notamment dans les établissements spécialisés²⁰⁸.

Dans le domaine sanitaire, cette obligation de sécurité s'est renforcée notamment dans la lutte contre les infections nosocomiales. Ainsi, dès 1960 le juge administratif reconnaît l'engagement de la responsabilité de l'établissement pour défaut d'asepsie des locaux qui conduisent à la propagation de germe²⁰⁹, s'ensuivent un renforcement des exigences vis-à-vis des établissements avec notamment la présomption de faute dans l'organisation du service en cas d'infection nosocomiale²¹⁰, désormais présomption de responsabilité²¹¹. Il incombe aux établissements de s'assurer du respect des conditions d'hygiène et de fournir au personnel un matériel et des produits stériles. La lutte contre les infections nosocomiales concerne l'ensemble des germes, qu'elles soient endogènes ou exogènes²¹².

²⁰¹ SAISON-DEMARS, J. (2015). *Responsabilité(s) de l'hôpital public*. RDSS 2015 p.147

²⁰² FAUGEROLAS, P. (1998). *Le directeur d'hôpital face aux juges*. Op.cit. p.57

²⁰³ CE, 27 mai 1957, *Denis*, n°35159. Rec p. 351

²⁰⁴ CE, 17 novembre 1961, *Epoux Edme*, Rec. p.644

²⁰⁵ CE, 15 avril 1983, *Centre hospitalier de Purpan*, n°11384, Publié au Recueil

²⁰⁶ CE, 9 juillet 1969, *Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône*. N°733238. Rec. p.373

²⁰⁷ Par exemple : CE, 27 février 1985, *Centre hospitalier de Tarbes*. N°39069. Mentionné aux tables

²⁰⁸ CE, 12 décembre 1979, *Centre hospitalier spécialisé de Sevrey*. n°10706, Publié au Recueil. Et CE, 12 mars 2012, *CPAM du Puy-De-Dôme*. N°342774. Mentionné aux tables.

²⁰⁹ CE, 18 novembre 1960, *Savelli*, n°27844. Rec p.640

²¹⁰ CE, 9 décembre 1988, *Sieur Cohen*, n°65084. Rec. p.431

²¹¹ Article L1142-1 du CSP

²¹² CE, 10 octobre 2011, *Centre hospitalier universitaire d'Angers* n°328500. Rec p. 458

Le directeur et le Président de la CME doivent s'assurer du respect de la vigilance sanitaire et la « rendre effective et efficace »²¹³. Notamment, ils doivent s'assurer que les recommandations de pharmacovigilance, hémovigilance de matériovigilance et de biovigilance sont appliquées au sein de l'établissement, par exemple en interdisant l'utilisation d'une référence de pharmacie suite à une alerte de l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament (ANSM). Ils doivent aussi mettre en place des actions afin de prévenir l'utilisation des produits et matériels défectueux au sein de l'établissement, qui constitue un cas d'engagement de la responsabilité sans faute de l'établissement²¹⁴.

En outre, le directeur est le « gestionnaire de risque de son établissement »²¹⁵. Il doit mettre en œuvre des plans de réponses aux événements indésirables graves. Par ailleurs, il a des obligations de sécurité spécifiques, en ce qu'ils doivent prévenir la mise en danger d'autrui, autant des personnels des patients, des usagers et que des tiers à l'établissements, et assurer la sécurité des locaux, notamment la sécurité incendie de l'établissement²¹⁶. La responsabilité pénale du directeur pouvant à ce titre être engagée²¹⁷.

De plus, le directeur doit prévoir des mesures afin de gérer les crises auxquels sont exposés les établissements. Le directeur arrête à ce titre le plan blanc de l'établissement qu'il révise chaque année²¹⁸ et qui lui permet de prendre des mesures d'urgences afin de sécuriser l'établissement et répondre à la situation de crise. Il s'inscrit dans une architecture de gestion de crise régionalisée²¹⁹. Les obligations d'un établissement public de santé se sont toutefois renforcées aujourd'hui du fait de l'émergence de nouveaux risques, tels que les risques terroristes²²⁰, les risques numériques²²¹, et sanitaires²²².

2.1.2 La déclinaison du pouvoir réglementaire du directeur d'un établissement public de santé

²¹³ FAUGEROLAS, P. (1998). *Le directeur d'hôpital face aux juges*. Op.cit. p.61

²¹⁴ CE, 9 juillet 2003, *AP-HP c/ Marzouk*. Rec. p.338 et CE, 28 juin 2008, *CPAM de Dunkerque*, n°235887, Publié au recueil.

²¹⁵ FAUGEROLAS, P. (1999). *Sécurité, précaution et responsabilité du directeur d'hôpital*. RDSS 1999 p.546

²¹⁶ Ibid.

²¹⁷ Ibid.

²¹⁸ Article R3131-4 du CSP

²¹⁹ Article L3131-11 du CSP

²²⁰ Voir par exemple : PAUVERT, B. (2019). *La spécificité des actes de terrorisme par rapport aux crises sanitaires graves*. RDSS 2019 p.199

²²¹ Voir par exemple : Ministère chargé de la santé. (2017). *Memento à l'usage du directeur d'établissement de santé – Cybersécurité*. Edition 2017. DGOS.

²²² Voir : LAMI, A. (2020). *Les établissements de santé face au Covid-19 : le droit hospitalier d'exception*. RDSS 2020 p.963

Le directeur d'établissement dispose « *d'une compétence générale de gestion au sein de l'établissement* »²²³ qui lui permet de nombreuses décisions réglementaires (A). Ces décisions sont présentées sous différentes formes juridiques, règlement intérieur ; arrêtés ; décisions écrites sans qu'il n'existe une uniformité de présentation (B).

A) La place dans l'ordonnement juridique des décisions réglementaires du directeur

Les décisions prises par le directeur qui ont une portée générale et impersonnelle, ou qui sont relatives à l'organisation du service public²²⁴ sont, sauf exception, des actes réglementaires (a). Ces décisions pouvant avoir des impacts juridiques sur les agents et les usagers, ne sont pas toutefois toutes contestables devant le juge administratif, en ce qu'elles ne font pas toutes grief (b).

a) *Vers une cartographie des mesures réglementaires du directeur.*

Sans qu'il ne soit possible de réaliser une typologie complète des mesures présentant un caractère réglementaire, pris par le directeur d'un établissement public de santé afin d'assurer le fonctionnement régulier de l'établissement, il est toutefois possible d'en identifier un certain nombre.

Le directeur peut fixer les conditions d'organisation et de fonctionnement interne de l'établissement. Le code de la santé publique précise que pour « *l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne* »²²⁵ sous réserve des dispositions du code, notamment de l'organisation en pôle d'activité et en service. Le directeur est ainsi compétent pour créer, supprimer ou transformer l'organisation interne de l'établissement²²⁶. Il délimite par ses décisions l'organisation et le découpage des pôles d'activité clinique et médico-techniques de l'établissement, et leur découpage en service ou structure interne²²⁷, conjointement avec le Président de la CME et conformément au projet médical²²⁸. Par ailleurs, le directeur peut librement arrêter l'organisation des services techniques, logistiques et administratifs et des directions de l'établissement, après avis des instances représentatives²²⁹. Sujet plus

²²³ STEFANOVA, D. (2020) *Le rôle de la notion de service public dans l'organisation du système de santé en droit français*. p.272

²²⁴ CE, sect. 13 juin 1969, *Commune de Clefcy*. N°76261, Rec. p308

²²⁵ Article L6146-1 du CSP

²²⁶ CE, 9 juin 1982, *Centre hospitalier universitaire de Besançon*. N°25553, Publié au Recueil.

²²⁷ Par exemple : la décision du directeur général des HCL qui dissout une structure dédiée au développement de la radio-neurologie pour créer à la place une unité fonctionnelle de neurologie interventionnelle : CAA de Lyon, 18 mai 2021. *Mr.D c/ Hospices civils de Lyon*. n°19LY03528.

²²⁸ Article L6146-1 du CSP

²²⁹ Voir par exemple : la création de la Direction de l'Innovation au CHU de Brest : APM-news (2020). *Le CHU de Brest a mis en place une direction de l'innovation*. Dépêche APM-news du 5 février 2020

sensible toutefois, la fermeture d'un service²³⁰. Le directeur peut prendre une telle décision en raison de l'intérêt du service²³¹, de l'urgence ou de l'interruption du fonctionnement normal de la structure du fait par exemple d'un manque d'effectif²³².

Le directeur réglemente la permanence des soins et les gardes et astreintes médicales au sein de l'établissement, sur proposition de la CME et avis de la commission de l'organisation de la permanence des soins²³³. Il réglemente aussi les astreintes non médicales afin d'assurer la continuité du service public²³⁴.

Le pouvoir de chef de service du directeur l'amène à réglementer les conditions de travail des agents placés sous son autorité, en lien avec le Comité technique de l'établissement et le Comité hygiène et de sécurité au travail²³⁵. Il peut par exemple, prévoir certaines dérogations aux obligations de temps de travail²³⁶. Plus essentiel, il doit veiller à la sécurité et à la santé des agents placés sous son autorité et ce qui l'amène à définir et arrêter, dans la limite de ses attributions, les conditions d'hygiène et de sécurité au travail²³⁷, notamment les exigences du port d'équipement de protection individuelle (EPI)²³⁸. En outre, il peut prévoir des modalités spécifiques d'application de certaines réglementations. Par exemple le directeur peut définir des modalités de contrôle spécifique au versement d'une prestation comme le forfait mobilités durables²³⁹. Par ailleurs, en cas de grève, il appartient au seul directeur de définir les modalités de continuité du service public et non à l'autorité de tutelle²⁴⁰. Ainsi, dans les limites de l'exercice du droit de grève²⁴¹ le directeur peut en autres mesures : interdire à certains catégories agents de faire grève pour assurer la continuité du service²⁴², ou il peut définir des effectifs minimaux pour les journées de grèves et utiliser son pouvoir d'assignation²⁴³.

²³⁰ Voir à ce titre : HERZOG, I. (2021). *De fonctionner mon service hospitalier s'est arrêté, petit vade-mecum en cas d'arrêt de services hospitaliers*. RDSS 2021 p.1070

²³¹ CE, 9 juin 1982, *Centre hospitalier universitaire de Besançon*. Op.cit.

²³² Concertant la fermeture de la maternité de Wé : CE, 20 décembre 1995, *Gasse*, n°141643, Inédit au Recueil.

²³³ Arrêté du 30 avril 2003, relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. (JORF n°102. 2 mai 2003.)

²³⁴ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 1 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. (JORF du 5 janvier 2002) et CE. 30 avril 2006. *Fédération CFTC Santé et sociaux et autres*. N°243766. Publié au recueil.

²³⁵ Arrêté du 1^{er} avril 201relatif au temps de travail et au temps de repos à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

²³⁶ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002. Op.cit.

²³⁷ Article 2-1 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique

²³⁸ Quatrième Partie du Code du travail et article R4311-8 et suivants du Code du Travail

²³⁹ Article 4 du décret n°2020-1554 du 9 décembre 2020. Relatif au versement du « forfait mobilités durables » dans les établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

²⁴⁰ CE, 14 octobre 1977, *Syndicat général CGT du personnel des affaires sociales*. N°98807. Rec p.383. Voir aussi COLIN, F. LUCAS, A. (2011). *La désignation des personnels hospitaliers afin de prévenir l'interruption du service public*. AJFP 2011 p.21

²⁴¹ CE. Ass. 7 juillet 1950. *Dehaene*. N°01645. Rec. p.426

²⁴² CE, 7 janvier 1976, *Centre hospitalier régional d'Orléans*. Op.cit.

²⁴³ CE, 30 novembre 1998, *Rosenblatt*, n°183359, Mentionné aux tables

Le pouvoir réglementaire du directeur, lui permet la création d'instances *ad hoc* au sein de l'établissement par exemple pour conseiller le directeur²⁴⁴ ou pour favoriser la concertation en matière sociale²⁴⁵. Toutefois, ces instances ainsi créées par décision réglementaire du directeur, ne doivent pas conduire à dessaisir de leurs prérogatives des instances déjà existante au sein de la structure²⁴⁶. Par ailleurs, il n'est pas rare que la CME se dote de nouvelles sous-commissions ou groupes de travail *ad hoc*, qui permettent de traiter de nombreux sujets²⁴⁷.

Outre, l'organisation interne, le directeur arrête avec le Président de la CME, la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins. Ils définissent conjointement un plan d'action avec différents volets, qui peut conduire le directeur à prendre des décisions réglementaires pour prévenir la survenance de préjudice²⁴⁸. Par ailleurs, le directeur et le Président de la CME arrêtent les conditions d'accueils et de prise en charge des usagers. Ainsi, ils peuvent fixer les horaires de visites, dont certaines peuvent être aménagées différemment en fonction des services²⁴⁹, les conditions de circulation au sein de l'établissement, et décliner les droits relatifs aux patients, notamment relatifs à leurs conditions de séjour, prévues aux articles R1112-1 et suivants du Code de la santé publique.

De plus, au même titre que tout chef de service, il est reconnu la capacité pour le directeur de prendre des mesures réglementaires applicables aux tiers et usagers de l'établissement²⁵⁰.

En outre, le directeur peut prendre des mesures à caractère réglementaire afin d'assurer la préservation et le contrôle de l'exploitation du domaine public hospitalier²⁵¹ et notamment les voies établies à l'intérieur des enceintes de l'établissement²⁵². Le Conseil d'Etat a par

²⁴⁴ Par exemple la constitution d'une commission *ad hoc* d'attribution des crédits de formation. CAA de Marseille, 9 janvier 2017, *Mme X. c/ IFSI du CHU de Nîmes*. N°16MA00053

²⁴⁵ CE, Sect. 29 décembre 1995, *Syndicat nationale des personnels de préfecture CGT et Forces Ouvrière*. N°143017. Rec. p.459

²⁴⁶ CE, 11 mai 1979, *Syndicat CFDT du ministère des affaires étrangères*. N°05020. Rec. p.203.

²⁴⁷ Par exemple : La commission médico-économique du CH de Valenciennes ou le groupe de travail *ad hoc* télémédecine de la CME de l'AP-HP.

²⁴⁸ Circulaire DGOS/FP2 n°2011-416 du 18 novembre 2011, en vue de l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. (Bulletin Officiel Santé, Protection Sociale, Solidarité n°12 du 15 janvier 2012).

²⁴⁹ Par exemple, conditions de visite aux patients précisés pour le Centre Hospitalier de Brive-la-Gaillarde.

²⁵⁰ CE. Ass. 29 janvier 1954. *Notre Dame du Kreisker*. Op.cit.

²⁵¹ Non-respect des conditions d'utilisation du domaine conduisant à l'expulsion de l'exploitant d'une cafétéria : CAA Paris, 14 novembre 1991, *Centre hospitalier intercommunal de Montfermeil*, n°91PA00316. Inédit au Recueil. Voir aussi YOLKA, P. (2002). *Domaine public et coopération interhospitalière*. Op.cit.

²⁵² CE, avis Section Sociale, du 28 avril 1977. n°319.305. Extrait du registre des délibérations de l'Assemblée Générale.

ailleurs rappelé que l'autorité hospitalière, *in fine* le directeur était seul compétent pour « régler et contrôler » l'usage des voies²⁵³.

Le juge a reconnu que la délégation de signature, dont la portée est pourtant individuelle, est un acte réglementaire²⁵⁴.

Enfin, le directeur peut prendre des mesures à caractère réglementaires afin d'assurer le bon ordre public au sein de l'établissement, en ce qu'il doit « assurer la police générale de l'établissement »²⁵⁵.

Deux remarques sont toutefois de mises concernant les actes réglementaires du directeur : En premier lieu, il est important de rappeler qu'un contrat administratif peut contenir des clauses réglementaires dès lors qu'elles sont relatives à l'organisation d'un service public²⁵⁶. De plus, le juge a reconnu la capacité aux tiers aux contrats de contester en excès de pouvoir les clauses réglementaires dudit contrat dès lors qu'ils présentent un intérêt à agir²⁵⁷.

Dans un second lieu, le directeur semble pouvoir prendre davantage de mesures, qui relevaient auparavant de la compétence du conseil d'administration, aujourd'hui devenu conseil de surveillance. Si la définition de l'organisation interne semble l'illustration principale de ce transfert de compétence²⁵⁸, le directeur pourrait, désormais par voie de conséquence, être aussi compétent pour : créer un nouveau système informatisé de traitement automatisé d'informations médicales²⁵⁹ ou de gestion du temps de travail²⁶⁰ ; décider de créer ou supprimer des emplois particuliers, ainsi que de définir leur périmètre d'intervention²⁶¹.

b) Les actes réglementaires du directeur ne font pas tous grief

Une fois l'acte édité et remplissant les exigences d'entrer en vigueur, il devient opposable aux personnes qu'il vise. Cependant, l'opposabilité, conduit *in fine* à ce que cet acte puisse

²⁵³ Ibid.

²⁵⁴ CE, 29 juin 1990, *Commune de Levallois-Perret*. n°86148, Rec. p.183.

²⁵⁵ CE, 17 novembre 1997, *CHS de Bretagne*. N°168606. Publié au recueil

²⁵⁶ CE, 9 février 2018, *Communauté d'agglomération Val d'Europe agglomération*, op.cit.

²⁵⁷ CE. Ass. 10 juillet 1996. *Cayzelle*. n°138536. Rec. p.274

²⁵⁸ La fermeture d'un service reposait préalablement sur la délibération du conseil d'administration. Voir : CE, 28 février 1990, *Centre hospitalier de Neuilly-sur-Seine*. N°73788, inédit au Recueil ; ou TA de Potiers, 15 février 2007, n°0502146

²⁵⁹ Voir sur ce sujet ; CE, 15 décembre 2000, *M.Patel et autres*, n°206981,210085,210086, publié au recueil. ; et CORMIER, M. (2002). *Le directeur de la politique médicale de l'AP-HP n'est pas compétent pour créer un nouveau système informatisé de contrôle de l'activité médicale libérale au sein des établissements de l'AP-HP*. RDSS. 2002. P.55

²⁶⁰ CE, 6 mai 1995, *Syndicat CGT du personnel de l'hôpital Dupuytren et autres et Syndicat CGT du personnel de l'hôpital Joffre*. n°117771, 117772, T. Lebon. p.882

²⁶¹ Voir TA d'Amiens, 3 avril 1984, *Centre hospitalier Régional d'Amiens*, T. Lebon.1984 et CE, 17 janvier 2011, *CHU de Montpellier*, n°334513, Mentionné aux tables

faire l'objet d'un recours contentieux. Le Conseil d'Etat dans sa décision Dame LAMOTTE a reconnu la possibilité d'effectuer un recours en excès de pouvoir contre tous les actes administratifs²⁶². Les directeurs font état d'une crainte de juridictionnalisation excessive de l'ensemble de leurs actes.

Comme évoqué précédemment, le juge dans le cadre d'un recours pour excès de pouvoir contrôle la légalité externe et la légalité interne de l'acte qui lui a été soumis à son contrôle. Toutefois, il convient de distinguer les actes réglementaires faisant grief et ceux qui ne font pas grief, et qui sont donc insusceptibles de recours.

En effet, les actes réglementaires qui font grief peuvent faire l'objet d'un recours en excès de pouvoir. Le recours en excès de pouvoir peut être mené soit par voie d'action, où le recours est formé dans un délai de deux mois après l'entrée en vigueur de l'acte réglementaire, soit par voie d'exception. Le recours par voie d'exception suppose que, passé le délai de recours contentieux, le requérant demande à l'administration d'abroger un acte réglementaire et à la suite du refus de l'administration d'abroger un acte réglementaire illégal soit en raison d'un changement de circonstances, de faits ou de droit nécessitant l'abrogation de l'acte²⁶³, soit par ce que l'acte était illégal dès son édicton²⁶⁴. Le juge administratif considérant que tout acte réglementaire illégal doit être abrogé, sans délai²⁶⁵. S'ils sont saisis de demandes fondées, les administrations, et notamment les établissements publics de santé, devront d'abroger leurs actes réglementaires illégaux ou d'y substituer des dispositions susceptibles de mettre fin à l'illégalité²⁶⁶. Le juge apprécie par ailleurs la légalité de l'acte réglementaire au regard des règles applicables à la date de la décision²⁶⁷.

L'impact d'un recours en excès de pouvoir, par voie d'exception, a toutefois été circonscrit par le juge administratif. Il considère désormais que les vices de formes et les conditions d'édiction de l'acte ne peuvent être contestés que par voie d'action et non plus par voie d'exception²⁶⁸. En revanche, la compétence de l'auteur de l'acte et les cas de détournement de pouvoir restent invocables devant le juge administratif par voie d'exception. Aurélie

²⁶² CE, Ass. 17 février 1950. *Dame Lamotte*. N°86949. Rec. p.110.

²⁶³ CE, Sect. 10 janvier 1930. *Despujol*. N°97263. Rec. p.10

²⁶⁴ CE, Ass. 3 février 1989, *Compagnie Alitalia*. N°74502. Rec p.44

²⁶⁵ Ibid. et repris à l'article L243-2 du CRPA

²⁶⁶ CE, 31 mars 2017, *Syndicat FGTE-CFDT*. n°393190. Mentionné aux Tables

²⁶⁷ CE, Ass. 19 juillet 2019. *Association des Américains Accidentels*, n°424216. Publié au Recueil

²⁶⁸ CE, Ass. 18 mai 2018. *Fédération des finances et des affaires économiques de la CFDT*. N°414583. Publié au recueil et ROUSSEL, S. NICOLAS, C. (2018). *Contentieux des actes réglementaires : bouquet final*. AJDA 2018 p.1206

BRETONNEAU décrit à ce titre l'incompétence comme étant « *réputée mère de tous les vices parce qu'elle touche à la condition même de possibilité d'édiction de l'acte* »²⁶⁹.

Il est par ailleurs à noter que certaines décisions du directeur, réglementaires et individuelles, faisant grief peuvent faire l'objet référé, visant à demander au juge des référés d'ordonner des mesures provisoires, justifiées par l'urgence. Il peut s'agir d'un référé suspension, qui est formé consécutivement à une demande d'annulation d'un acte, visant à interrompre l'exécution de la décision, notamment lorsqu'il existe un doute sérieux sur sa légalité²⁷⁰. Dans le cas d'un référé liberté, le juge prend toutes mesures afin de faire cesser une atteinte grave et illégale à une liberté fondamentale²⁷¹. Le référé liberté est principalement utilisé à l'encontre des mesures de police ou impactant les droits et libertés des individus.

Concernant les actes réglementaires qui ne font pas grief, on retrouve les mesures d'ordre intérieur. En principe ces mesures d'ordre intérieur, qui concernent la vie intérieure des services, sont en principe insusceptibles de recours. Il s'agit principalement des mesures d'organisations du service²⁷². Comme l'explique Bertrand SEILLER, cette insusceptibilité de recours des mesures d'ordre intérieur tient du « *bon sens : ne pas favoriser une juridictionnalisation abusive de l'action administrative qui conduirait à l'engorgement des juridictions.* »²⁷³. Comme l'explique Benjamin DEFOORT : « *Le qualificatif de mesure ne doit cependant pas tromper ; il s'agit bien, dans la très grande majorité des cas, de véritables décisions administratives, ferment arrêtées et impératives. Des mesures générales et impersonnelles d'organisation du service, dont le caractère décisive est certain* »²⁷⁴.

Même si la qualification de mesure d'ordre intérieur s'est progressivement réduite par la jurisprudence du juge administratifs²⁷⁵, une grande partie des mesures restent insusceptibles de recours. Le juge considère « *la portée pratique de l'acte contesté* »²⁷⁶. A titre d'exemple, un état statistique sur les effectifs grèves est insusceptible de recours²⁷⁷. Cependant, dès lors que la mesure touche aux droits et libertés des agents, la mesure peut faire l'objet d'un recours²⁷⁸. Par ailleurs, les dispositions de la mesure d'ordre intérieur ne

²⁶⁹ BRETONNEAU, A. (2018). *La limitation dans le temps de l'invocation des vices de forme et de procédure affectant les actes réglementaires. Conclusions du rapporteur public sous l'arrêt CE. Ass. 18 mai 2018. Fédération des finances et des affaires économiques de la CFDT. n°414583. RFDA 2018 p.649*

²⁷⁰ Article L521-1 du CJA

²⁷¹ Article L521-2 du CJA

²⁷² CE. Ass. 26 octobre 1956. *Assemblée Générale des administrateurs civils*. Rec. p.391.

²⁷³ SEILLER, B. (2021). *Droit administratif : 2. L'action administrative*. Op.cit. p.143

²⁷⁴ DEFOORT, B. (2012). *La décision administrative*. [Thèse de droit. Université Paris 2]. Bibliothèque de droit public tome 286. Paris. LGDJ. P.343

²⁷⁵ Voir SCHWARTZ, R. (1997). *Le pouvoir d'organisation du service*. Op.Cit et CHAUVET, C. (2015). *Que reste-t-il de la « théorie » des mesures d'ordre intérieur ?*. AJDA 2015 p.793

²⁷⁶ DEFOORT, B. (2012). *La décision administrative*. Op. Cit. p.90

²⁷⁷ CE, 5 octobre 2005, *Syndicat national unitaire travail emploi formation insertion*. Rec. p.933

²⁷⁸ Par exemple : CE. Ass. 7 juillet 1950. *Dehaene*. N°01645. Rec. p.426

doivent pas porter atteinte au droits et prérogatives des agents²⁷⁹. Ainsi une mesure de réorganisation des pôles d'un établissement public de santé ne doit pas conduire à réduire les prérogatives ou les rémunérations d'un agent ou d'un professionnel médical²⁸⁰.

Certaines mesures telles que les fermetures temporaires ou de réorganisation des services, pour faire notamment face aux conséquences d'un manque d'effectif sont à considérer comme des mesures d'ordre intérieur qui ne font pas grief.

En outre, il est à noter que la décision d'enclenchement d'un plan, notamment du plan blanc, par le directeur est une décision discrétionnaire du directeur qui ne peut faire l'objet de recours. Toutefois, les décisions prises en conséquence pour faire face à l'urgence, notamment la fermeture de l'établissement pourrait probablement faire grief et être contestée devant le juge administratif.

- B) L'existence d'une multitude d'actes édités par un directeur comprenant des dispositions à caractère réglementaire

Les décisions à caractère réglementaire du directeur sont déclinées au sein de différents actes. Acte réglementaire principal, le règlement intérieur des établissements publics de santé apparaît cependant souvent négligé (a). Par ailleurs, le règlement intérieur ne constitue pas l'unique acte à caractère réglementaire des établissements publics, il existe d'autres formes d'actes (b).

- a) *Les caractéristiques spécifiques du règlement intérieur d'un établissement public de santé*

Le principal acte réglementaire d'un établissement public de santé est son règlement intérieur, qui constitue la « *loi de l'hôpital* »²⁸¹. Il doit pouvoir être consulté par les patients en toute circonstances et cette règle est rappelée dans le livret d'accueil remis au patient²⁸².

Dans le principe, le règlement intérieur est la déclinaison de l'ensemble des lois et règlements qui organisent la vie au d'un établissement public de santé. Il décline les modalités d'application des articles R1112-10 à R1112-94 du Code de la Santé Publique relatifs aux dispositions des personnes accueillies aux seins de l'établissement²⁸³. Sont ainsi inscrites au sein du règlement intérieur les dispositions, légales et réglementaires,

²⁷⁹ CE. Ass. 26 octobre 1956. *Assemblée Générale des administrateurs civils*. Rec. p.391.

²⁸⁰ CAA de Lyon, 18 mai 2021. *Mr.D c/ Hospices civils de Lyon*. n°19LY03528

²⁸¹ DJAMAKORZIAN, E. (2006). *Les modalités d'organisation et d'exercice des pouvoirs de police administrative et judiciaire à l'hôpital public*. [Thèse en droit – Université Paris VIII]. (tel-00179601f). p.63

²⁸² Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé. (JORF n°0112 du 15 mai 2008). Et Article R1112-78 du CSP

²⁸³ Article R1112-77 du CSP

relatives aux droits, devoirs, et conditions d'accueil des usagers. Il prévoit en sus l'organisation des conditions de travail des agents, les règles relatives à l'ouverture de l'établissement, et les modalités des visites. Le règlement intérieur doit aussi prévoir les modalités de représentations et de fonctionnement au sein des instances représentatives de l'établissement²⁸⁴. De plus, le directeur y inscrit les décisions réglementaires relatives à l'organisation de l'établissement ou aux conditions de travail des agents de l'établissement, qu'il peut prendre en vertu de ses pouvoirs de chef de service, ainsi que les prescriptions particulières de déclaration des EIG, entre autres mesures.

Toutefois une grande distinction existe entre le règlement intérieur d'un établissement public de santé et le règlement intérieur d'une entreprise ou d'un établissement privé. En effet, le règlement intérieur d'une structure privée a un champ exclusif qui concerne uniquement les conditions de travail, de santé et de sécurité des salariés ainsi que les règles relatives à la discipline²⁸⁵. Le contrôle de ce règlement intérieur est effectué par l'inspection du travail. Or, les règlements intérieurs des établissements publics de santé ont un champ d'application plus large. Il s'agit d'un acte réglementaire au même titre que les règlements intérieurs d'autres établissements publics²⁸⁶. Si auparavant un règlement intérieur était qualifié de mesure d'ordre intérieur, insusceptible de recours²⁸⁷, le juge administratif a progressivement abandonné cette qualification et admis les recours en excès de pouvoir dirigés contre ces actes²⁸⁸. De ce fait, le directeur peut prendre, en vertu de ses prérogatives particulières de puissance publique, des dispositions impactant la vie des usagers ou des patients et l'exercice de leurs droits, ce qui justifie l'ouverture du recours. De telles dispositions doivent respecter les droits et libertés des patients et des usagers, notamment le droit au respect de la vie privée et le droit de mener une vie familiale normale²⁸⁹. En outre, le juge censure toute mesure inscrite dans le règlement intérieur ayant un caractère général et absolu²⁹⁰, en ce qu'elles ne sont disproportionnées.

Conformément au code de la santé publique, le règlement intérieur est arrêté par le directeur, après consultation²⁹¹ et information²⁹² des instances représentatives,

²⁸⁴ Par exemple : pour la CME (article R6144-3-4 du CSP) ou pour la CDU (article R1112-81 du CSP)

²⁸⁵ Article L1321-1 du Code du travail

²⁸⁶ Voir en ce sens les conclusions du Commissaire du Gouvernement : Gille, A. (2005) sous l'arrêt du TA de Strasbourg, du 12 octobre 2004, *Lycée professionnel régional Pierre-Marie-Curie de Freyming-Merlebach*, n°0204316

²⁸⁷ CE, 20 octobre 1954. *Sieur Chapou*. N°15282. Rec p.541

²⁸⁸ CE, 2 novembre 1992, *Kherouaa*, n°130394. Rec p.389 ;

²⁸⁹ Voir sur ce sujet : TA de Versailles, 12 mars 1998, *M.Seidel c/ C ;H. de Perray-Vaucluse*, n°961195.

²⁹⁰ Voir par exemple CAA de Bordeaux, 6 novembre 2012, *Centre hospitalier spécialisé de Cadillac*, n°11BX01790. (Relatif à une interdiction générale et absolue d'avoir des relations sexuelles, méconnaissant ainsi le droit au respect de la vie privée).

²⁹¹ CME : article R6144-1 du CSP ; CTE : article R6144-40 du CSP ; CTE : article 36 du décret 2021-1570 du 3 décembre 2021

²⁹² CSIRMT : article R6146-10 du CSP.

concertation au sein du directoire²⁹³ et avis du Conseil de Surveillance²⁹⁴. Le règlement ainsi arrêté est exécutoire dès sa réception à l'ARS²⁹⁵. Ces exigences permettent que toutes les parties prenantes de l'établissement puisse participer à la conception du règlement intérieur.

Jusqu'en 2003, les règlements intérieurs des établissements publics de santé suivaient un modèle type de règlement issu du décret 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux²⁹⁶ ou pour les établissements publics de santé mentale la circulaire ministérielle du 5 février 1938²⁹⁷. Le juge pouvait vérifier la conformité des règlements aux dispositions du décret et de la circulaire²⁹⁸. Depuis l'abrogation de ces dispositions, les établissements sont libres de l'organisation de leur règlement et des dispositions qu'il comporte, hors des dispositions obligatoires prévues par le code de la santé publique.

Aujourd'hui, force est toutefois de constater que bon nombre de règlements intérieurs d'établissements publics de santé sont obsolètes²⁹⁹, à l'instar du règlement intérieur de l'AP-HP qui est mise à jour quasi annuellement³⁰⁰. Certains établissements modifient la quasi-totalité de leur règlement intérieur à chaque modification³⁰¹. Toutefois, le caractère d'acte réglementaire du règlement intérieur permet, après passage devant les instances, de prendre des décisions modificatives moins lourdes et ainsi garder effectives et légales l'ensemble de leurs décisions³⁰². Comme expliqué précédemment un acte réglementaire peut devenir illégal en cas de changement de circonstances de droit ou de fait³⁰³. Le règlement intérieur n'échappe pas à cette règle.

Cependant, le règlement intérieur d'un établissement public de santé ne pouvant tout prévoir ou tout anticiper, Le directeur se doit de prendre des mesures à caractère réglementaires en sus du seul règlement intérieur. En effet pour Jean-Marc LHUILLIER, professeur à l'Ecole Nationale de la Santé Publique³⁰⁴, le silence d'un règlement intérieur

²⁹³ 13° de l'article L6143-7 du CSP.

²⁹⁴ Article L6143-1 du CSP

²⁹⁵ Article L6143-4 du CSP

²⁹⁶ Annexe du Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux. (JORF. 16 janvier 1974).

²⁹⁷ Circulaire Ministérielle du 5 mars 1938. Ministère de la Santé Publique. Direction de l'hygiène et de l'assistance.

²⁹⁸ Voir : TA Versailles, 12 Mars 1998, *M. Seidel c/ CH de Perray-Vaucluse*. N°961195. RDSS 1998 p.831

²⁹⁹ Voir par exemple le Règlement Intérieur du CHRU d'Orléans qui fait encore référence au décret de 1974 et date de 2006 ; le règlement intérieur du CH de la Rochelle date de 2007 ; le règlement intérieur du CH de Pont Saint Esprit date de 2009.

³⁰⁰ Le règlement intérieur de l'AP-HP actuel date de 2021, il a été modifié 6 fois entre 2019 et 2021

³⁰¹ Voir par exemple le règlement intérieur du CH de Bézier (2021). *Règlement intérieur*. P.83

³⁰² L'AP-HP utilise des décisions modificatives du règlement intérieur : arrêté n°2011180-0004. Du 21 juin 2011. Modification du règlement intérieur de l'AP-HP : régime commun et régime particulier.

³⁰³ CE, Sect. 10 janvier 1930. *Despujol*. Op.cit. et CE. Ass. 3 février 1989, *Compagnie Alitalia*. Op.cit.

³⁰⁴ Aujourd'hui devenue Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

d'un établissement social ne devrait libérer son chef d'établissement de ses obligations d'organisation du service et de sécurité, en ce qu'il semble « *difficile d'admettre que parce que le règlement ne prévoyait pas la surveillance des chambres, celle-ci ne devait pas être effectuée* »³⁰⁵. Cette logique pourrait se retrouver d'autant plus au sein d'un établissement public de santé. De plus, les difficultés d'effectivité des règlements intérieurs sont d'autant plus prégnants qu'une grande majorité de règlements intérieurs sont pour la majorité obsolètes.

b) *Les autres formes de déclinaison d'un acte à caractère réglementaire au sein des établissements publics de santé*

Il n'existe pas de forme spécifique aux décisions à caractère réglementaire du directeur d'établissement public de santé. En principe, les actes pris par le directeur, en vertu de son pouvoir de chef de service, quelle que soit leur dénomination sont des actes réglementaires, dès lors qu'ils ont une portée générale et impersonnelle et, ou, que ces actes soient relatifs à l'organisation du service public³⁰⁶. Même si ce dernier critère fait aujourd'hui l'objet d'une interprétation plus restrictive par le juge³⁰⁷. Le critère principal d'identification d'un acte réglementaire restant leur portée générale et impersonnelle³⁰⁸. Rare exception, la délégation de signature, acte individuel, est un acte réglementaire³⁰⁹.

Du fait que la portée de l'acte prime sur sa dénomination, les directeurs sont libres de choisir la forme qu'ils souhaitent donner à leurs actes les plus importants. A titre d'exemple, le directeur général de l'AP-HP prend des mesures réglementaires par le biais d'« *Arrêtés directoriaux* »³¹⁰, alors que d'autres directeurs prennent des « *décisions* »³¹¹. En interne, en sus ces arrêtés et décisions, certaines notes de services peuvent avoir un caractère réglementaire³¹².

Plus largement, en ce qui concerne les notes de services, les instructions ou les lignes directrices, bien qu'ils ne constituent pas des actes réglementaires a proprement parlé, ils

³⁰⁵ LHUILLIER, J.M. (2000). *Responsabilité des établissements d'accueil mère-enfant pour les dommages subis par les usagers*. RDSS.p144

³⁰⁶ CE, sect. 13 juin 1969, *Commune de Clefcy*. N°76261, Rec. p308

³⁰⁷ CE, sect. 1^{er} juillet 2016, *institut d'ostéopathie de Bordeaux*. n°393082, Rec. p.277, Conclusion LESSI, J. (2016). RFDA 2016 p.1107

³⁰⁸ Voir en ce sens : UNTERMAIER-KERLEO, E. (2017). *La double définition de l'acte réglementaire, encore des zones d'ombre !*. AJDA 2017 p.1725

³⁰⁹ CE, 29 juin 1990, *Commune de Levallois-Perret*. Op.cit

³¹⁰ Voir par exemple : arrêté directorial n°2013 318-0006 du 14 novembre 2013 fixant les matières déléguées par le Directeur Général de l'AP-HP aux directeurs de groupes hospitalo-universitaires et aux directeurs des hôpitaux ne relevant pas d'un groupe hospitalier, au directeur de l'HAD et à certains directeurs de pôles d'intérêt commun.

³¹¹ Voir par exemple : Décision n°21-01-0001 du 4 janvier 2021 relative à la délégation du directeur générale dans le cadre des gardes de direction.

³¹² CE, 7 juillet 1993, *Syndicat CGT du personnel de l'hôpital Dupuytren*. Op.cit.

peuvent contenir des dispositions générales et impératives, qui ont pour objet d'influencer le comportement des personnes destinataires, et dès lors peuvent faire l'objet d'un recours devant le juge³¹³.

En outre, comme indiqué auparavant, les établissements recourent à d'autres actes juridiques moins contraignant que les actes réglementaires, principalement les actes de droit souple. Comme l'indique le Conseil d'Etat dans son rapport annuel, ces actes « *ont pour objet de modifier ou d'orienter les comportements de leurs destinataires (...) ils ne créent par eux-mêmes de droits ou d'obligations pour leurs destinataires (...) ils présentent, par leur contenu et leur mode d'élaboration, un degré de formalisation et de structuration qui les apparente aux règles de droit* »³¹⁴. Ainsi, les directeurs des établissements de santé recourent à ces actes de droit souple pour orienter les comportements en interne de l'établissement. Ainsi, le directeur peut édicter des chartes de bonne conduite³¹⁵ ou de bientraitance³¹⁶, des recommandations, guides de bonnes pratiques, entre autres qui constituent des actes de droit souple.

Toutefois, comme l'a reconnu le juge administratif, ces actes de droit souple, peuvent faire grief. Ils peuvent en effet comporter des mesures revêtant le caractère de dispositions générales et impératives ou prescrivant des comportements individuels, dont la méconnaissance pourrait être sanctionnée³¹⁷. De plus, le juge précise que certains actes de droit souple peuvent produire des effets notables, notamment économique ou sur la situation des personnes, et influencer le comportement des individus³¹⁸.

Comme la doctrine l'a avancée, les actes de droit souple des établissements publics pourraient, s'ils remplissent ces conditions, faire l'objet d'un recours en excès de pouvoir³¹⁹.

2.2 Le pouvoir de police du directeur, un pouvoir de police générale de l'établissement public de santé, qui a d'importantes implications sanitaires

³¹³ CE. Sect. 11 décembre 1970. *Crédit Foncier de France*. N°78880. Rec p.750 et CE. Sect. 12 juin 2020. *GISTI*. n°418142. Publié au recueil.

³¹⁴ Conseil d'Etat (2013). *Etude annuelle du Conseil d'Etat : le droit souple*. Op.cit. p.9

³¹⁵ Par exemple : CHU de Strasbourg. (2022). *Règles de bonne conduite des patients et des usagers*. Disponible sur le site internet du CHU.

³¹⁶ Voir par exemple : la charte de bientraitance du CH de Libourne (2022). *Charte de bientraitance*. Disponible sur le site internet du CH

³¹⁷ CE, Ass. 21 mars 2016. *Société Fairvesta International*. N°368082. Publié au Recueil

³¹⁸ CE, Ass. 19 juillet 2019. *Mme Marine LEPEN*. N°426389. Publié au recueil.

³¹⁹ MALVERTI, C. BEAUFILS, C. (2019). *Le conseil d'Etat donne du mou au droit souple*. AJDA 2019 p.1994

Le directeur d'un établissement public de santé semble disposer d'un pouvoir de police administrative. Cependant, il ne se limite pas aux simples dispositions du règlement intérieur en termes de sanctions. Il en découle un pouvoir de police large et quasiment général, sur l'ensemble de l'enceinte de l'établissement. Ce pouvoir lui permet notamment de prendre par ailleurs des mesures sanitaires particulières (2.2.1). La crise sanitaire de 2020, crise de la COVID-19, a permis de mettre en lumière certaines mesures de police épidémiques et préciser un peu plus le champ du pouvoir de police du directeur. (2.2.2.).

2.2.1 Le directeur d'un établissement public de santé dispose d'un pouvoir de police générale au sein de l'établissement qui le conduit à intervenir largement.

Afin d'assurer le bon ordre public au sein d'un établissement public de santé, les directeurs disposent d'un pouvoir de police administrative, qui a été reconnu par le juge administratif. (A) (a). Ce pouvoir de police leur permet de prendre des mesures individuelles ou collectivités, qui ont une portée générale et impersonnelle, et notamment qui ont un impact en termes de police sanitaire (B).

- A) De l'existence d'un pouvoir de police administrative reconnue au directeur d'un établissement public de santé.

A titre liminaire il convient de rappeler la finalité de la police administrative. La police administrative est selon la définition classique, l'ensemble des mesures prises pour sauvegarder l'ordre public, « *fût-ce en restreignant l'exercice des libertés* »³²⁰. Elle a pour but finaliste de prévenir les infractions à l'ordre public, et son contentieux relève en principe du juge administratif. La police administrative se distingue de la police judiciaire, qui vise à appliquer les procédures pénales et à réprimer les infractions. La distinction entre la police administrative et la police judiciaire repose sur la finalité de la mesure. Si l'action est en relation avec une infraction déterminée, la mesure est de police judiciaire³²¹. *A contrario*, si la mesure de police s'inscrit en dehors du cadre de l'autorité judiciaire, elle relève de la police administrative³²².

La police administrative a pour principale finalité la préservation de l'ordre public. Dans son approche matérielle, l'ordre public se définit selon le célèbre triptyque issu de la loi du 5 avril 1884³²³ : la préservation de la sécurité, de la tranquillité et de la salubrité publique. Repris

³²⁰ SAUVE, J.M. (2017). *L'ordre public – Regards croisés du Conseil d'Etat et de la Cour de Cassation*. Propos introductifs. Prononcé le 24 février 2017

³²¹ CE, sect., 11 mai 1951, *Consorts Baud*, n°2542. Rec. p. 265

³²² TC, 7 juin 1951, *Dame Noualek*, n°1316. Rec. p. 636

³²³ Article 97 de la loi du 5 avril 1884 relative à l'organisation municipale, (JORF, 6 avril 1884)

aujourd'hui à l'article L2212-2 du Code Générale de Collectivité Territoriale (CGCT). A cette approche matérielle de l'ordre public se conjugue aujourd'hui une approche immatérielle. Notamment en ce que l'ordre public permet au nom de la préservation de la moralité publique³²⁴ ou de la dignité de la personne humaine³²⁵ de prévenir la réalisation d'un acte matériel préjudiciable ou limiter des libertés telles que la liberté d'expression³²⁶. Ces fondements de la préservation fondent l'action de la police administrative générale (PAG). Elle est détenue par le Maire au niveau communal³²⁷, par le Préfet au niveau départemental³²⁸ et par le Premier ministre au niveau national³²⁹. Or, si la PAG a pour but la prévention des atteintes à l'ordre public, elle n'est pas toujours adaptée pour répondre aux situations particulières. La police administrative spéciale (PAS) permet d'intervenir dans des domaines particuliers et prévenir des atteintes à des objets particuliers. Elle permet aussi d'appliquer une mesure de police à une catégorie spécifique d'administrés. Le champ d'application de la PAS est déterminé par un texte, et non par le pouvoir générale de police. Ce pouvoir de police peut être détenu par toute personne habilitée par le texte fondant la PAS, qu'elle dispose ou non du pouvoir de PAG³³⁰. En principe, la PAS est exclusive de l'exercice de la PAG³³¹, sauf si des circonstances locales spécifiques justifient une dérogation³³². Toutefois, cette répartition des concours de polices administratives tend à se réduire, en raison « *d'un déclin des particularismes locaux et d'une plus grande technicité de la police administrative spéciale* »³³³. Cette constatation peut tout à fait s'appliquer dans le cadre du pouvoir de police du directeur.

En effet, même s'il n'est pas une autorité de police administrative générale, et même si les dispositions du code de la santé publique ne font référence à aucune mention relative à la préservation du bon ordre public, le directeur d'un établissement public de santé dispose du pouvoir de police administrative, afin de préserver le bon ordre public. Le juge administratif a reconnu cette compétence dans son arrêt CHS de Bretagne du 17 novembre 1997 en ce que : « *dans un établissement public consacré aux aliénés comme dans l'ensemble des établissements publics de santé, le directeur est l'autorité compétente pour assurer la police générale de l'établissement* »³³⁴. Dès lors, le directeur d'un établissement

³²⁴ CE. Sect. 18 décembre 1959. *Société les films Lutétia*. N°36385. Rec. p.693

³²⁵ CE. Ass. 27 octobre 1995. *Commune de Morsang sur Orge*. N°136727. Rec. p.372

³²⁶ CE. Ord. 9 janvier 2014. *Mr M.Bala M.Bala et société plume*. N°374508. Publié au Recueil ; voir SERRAND, P. (2022). *Manuel d'institutions administratives françaises*. (6^e édition). p.44

³²⁷ Article L2212-2 CGCT

³²⁸ Article L2212-5 CGCT

³²⁹ CE. 8 août 1919. *Labonne*. N°56377. Rec p.737

³³⁰ Par exemple le ministre chargé de la culture est chargé de la PAS des visas d'exploitation des films (article R.211-10 et suivants du Code du cinéma) ; ou le préfet dispose d'une PAS relative aux aérodromes (CE. 25 mars 1987, *Commune de Colombier-Saugnieu*. N°65303. Rec ; p.104)

³³¹ CE, 30 juillet 1935, *Etablissement S.A.T.A.N*. Rec. p.847

³³² CE. Sect. 18 décembre 1959. *Société les films Lutétia*. Op.cit.

³³³ DEMANGEON, R. (2020). *Les concours de police*. [Thèse de doctorat en droit – Université de Lorraine]. NNT : 2020LORR0009ff. p.214

³³⁴ CE, 17 novembre 1997. *CHS de Bretagne*. N°168606. Publié au Recueil

public de santé, quel que soit son statut est compétent pour assurer la police de l'établissement et garantir l'ordre public. Il peut prendre des mesures à la fois individuelles et collectives afin de préserver l'ordre public. Ces mesures de polices peuvent ainsi passer par des actes réglementaires du directeur.

Cette police administrative détenue par le directeur est certes qualifiée de « *police générale de l'établissement* »³³⁵, cependant il s'agit d'une PAS. En effet, Eric DJAMAKORZIAN explique que la police du directeur découle de la spécificité de la police applicable au sein des établissements publics et pour un périmètre déterminé et spécifique, l'enceinte de l'établissement³³⁶. La même conclusion est retenue pour le pouvoir de police des Présidents des Universités, qui disposent d'un pouvoir de PAS découlant de l'article L712-2 du Code de l'Education. Cependant ce « *pouvoir de police est extrêmement proche de celui que pourrait exercer le Maire ou le Préfet dans son ressort territorial. Le président d'université est donc titulaire d'un pouvoir de police général mais spécialement appliqué et limité* »³³⁷. Ainsi dans le même sens le Directeur d'un établissement public de santé dispose d'un pouvoir de police administrative spéciale qui lui permet d'assurer la police générale au sein de l'enceinte de l'établissement. Ce pouvoir est, sauf circonstances exceptionnelles, exclusif des mesures de PAG prises par le Maire ou le Préfet, ainsi aucune de ces autorités ne peut par principe se substituer au directeur pour assurer le bon ordre public de l'établissement.

Par ailleurs, les règlements intérieurs des établissements publics de santé font référence à ce pouvoir de police administrative du directeur, dans leurs articles relatifs aux « *règles de sécurité* »³³⁸, ou « *mesures de police générale* »³³⁹ qui visent à « *assurer le calme et la tranquillité des usagers* »³⁴⁰. Une formule reprise dans l'ensemble des règlements intérieur fait référence expresse au pouvoir réglementaire du directeur en ce qu'il « *édicte ces règles par voie de notes de service portant règlement intérieur spécifique et de recommandations générales ou consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit* »³⁴¹. L'existence d'une telle disposition commune, qui n'était pas incluse dans le décret de 1974³⁴², interroge sur l'origine de la disposition.

³³⁵ Ibid.

³³⁶ DJAMAKORZIAN, E. (2006). *Les modalités d'organisation et d'exercice des pouvoirs de police administrative et judiciaire à l'hôpital public*. Op.Cit. p.64

³³⁷ DEMANGEON, R. (2020). *Les concours de police*. Op.cit. p.132

³³⁸ Voir par exemple l'article 21 du règlement intérieur du CH de Béziers ; la fiche A.3.1 du règlement intérieur de l'AP-HM

³³⁹ Voir par exemple le chapitre 2 du règlement intérieur du CH de la Rochelle. Op.Cit

³⁴⁰ Voir par exemple article 32 du règlement intérieur de l'AP-HP. Op.cit

³⁴¹ Voir par exemple l'article 154 du Règlement Intérieur du CHU de Reims ; l'article 28 du règlement intérieur du CH des 4 Villes ; article 2.11 du règlement intérieur du CH de Clermont de l'Oise.

³⁴² Décret n°74-27 du 14 janvier 1974. Op.Cit.

Les mesures de police administrative du directeur d'établissement public doivent être proportionnée aux circonstances qui ont justifiées une telle mesure³⁴³, notamment en ce qu'elles restreignent l'exercice des droits et libertés fondamentales des individus. Le juge annulant toutes mesures disproportionnées³⁴⁴.

La difficulté revient en revanche dans l'applicabilité des mesures. Si le non-respect des mesures de police peut donner lieu à des sanctions vis-à-vis des agents ou la transmission au Procureur de la constatation d'une infraction à la réglementation, qui pourra donner lieu à une amende prévue par les contraventions de la 2^e classe³⁴⁵, la question reste plus complexe pour le recours à la force publique. En effet, les établissements publics de santé ne disposent pas des forces de l'ordre. Il est toutefois possible pour le directeur de recourir à des agents de prévention et de sécurité des personnes et des biens, en sus des agents de préventions de la sécurité incendies, agents de catégories C³⁴⁶. Le directeur peut aussi contractualiser avec des sociétés de sécurité privées afin d'assurer certaines missions de surveillance, de prévention et de sécurité³⁴⁷. Toutefois, il peut faire appel aux forces de l'ordre pour maîtriser les auteurs de troubles au sein de l'établissement, même si ces derniers « *restent entièrement libres d'apprécier l'opportunité et la nécessité du déplacement* »³⁴⁸, à moins qu'un service d'alerte prédéfini soit prévu. Cela conduit les établissements à contractualiser avec les forces de sécurité et le procureur de la République : des conventions « *hôpital-police-justice* »³⁴⁹, pour définir les interventions respectives des acteurs et la transmission des informations.

- B) Un pouvoir de police administrative qui permet au directeur de prendre de nombreuses mesures, notamment dans le domaine sanitaire.

Comme énoncé préalablement le directeur d'un établissement public de santé peut prendre des mesures afin de préserver l'ordre public au sein de l'établissement. En effet, « *l'hôpital (...) se doit de veiller à la protection de l'intimité et de la vie privée des personnes prises en*

³⁴³ CE, 19 mai 1933, *Sieur Benjamin*, n°17413, Rec. p.541

³⁴⁴ Voir par exemple TA de Versailles, 25 janvier 2012. *AP-HP*. n°0908664, n°0908667, n°1000323

³⁴⁵ Article R610-5 du Code Pénal

³⁴⁶ Décret n°2016-636 du 19 mai 2016, relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique hospitalière. (JORF n°00117 du 21 mai 2016). Et article 1 du décret n°92-112 du 3 février 1992 relatif à la nouvelle bonification indiciaire attachée à des emplois occupés par certains personnels de la fonction publique hospitalière. (JORF n°30 du 5 février 1992).

³⁴⁷ Article L611-1 du CSI

³⁴⁸ DUJARDIN, V. (2013). *Les relations hôpital, police, justice*. (2^e édition). Bordeaux. Les Etudes hospitalières (LEH). P.41

³⁴⁹ Protocole d'accord entre le Ministère de la santé et des solidarités et le Ministère de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire du 12 avril 2005.

charge »³⁵⁰. Le directeur peut prendre des mesures pour prévenir les atteintes à la tranquillité des patients, assurer la sécurité des usagers, du bâtiment et des biens et prévenir les débordements³⁵¹. En outre, le directeur peut prendre des mesures de police vis-à-vis des agents placés sous son autorité, notamment dans le cadre de leurs tenus professionnels ou dans le cadre de leur expression³⁵². Le directeur peut par ailleurs prendre en vertu de ses pouvoirs de police des dispositions qui touchent aux usagers. Notamment, le Directeur peut prendre des mesures individuelles ; mais aussi collectives pour faire appliquer les articles R1112-10 et suivants du CSP. Cependant, lorsque le directeur prend des mesures touchant aux droits des usagers, son pouvoir de police doit être concilié avec le principe que l'établissement public de santé est un lieu ouvert, ce qui limite les mesures portant atteintes à la liberté d'aller et venir des patients³⁵³.

Enfin il est intéressant de noter qu'une décision récente, du tribunal administratif de Toulouse relatif aux fresques exposés au sein de l'établissement, réaffirme ce pouvoir de police du directeur en ce qu'il doit aussi préserver l'ordre public et notamment la dignité de la personne humaine³⁵⁴.

Le directeur peut par ailleurs prendre des mesures visant à garantir la neutralité du service public. Notamment, les agents publics étant tenus au strict respect du principe de neutralité³⁵⁵, le directeur peut en vertu de son pouvoir de police s'assurer que cette neutralité est respectée au sein de l'établissement³⁵⁶. En outre, vis-à-vis des usagers, le directeur doit s'assurer que l'exercice des convictions religieuses des patients ne trouble pas l'ordre public de l'établissement, tel que l'a rappelé la DHOS³⁵⁷. Toutefois, ces mesures restent perfectibles compte tenu du contexte particulier d'un établissement public de santé³⁵⁸.

Le directeur dispose aussi d'un pouvoir de police administrative spéciale vis-à-vis de la préservation du domaine public, en ce que l'établissement public dispose d'un domaine public propre³⁵⁹. Cependant la question reste plus complexe concernant la PAS de la circulation au sein du domaine public de l'établissement. Comme rappelé l'avis de la section sociale du Conseil d'Etat du 28 avril 1977, les voies d'un établissement public de santé

³⁵⁰ DUJARDIN, V. (2013). *Les relations hôpital, police, justice*. Op.cit. p.15

³⁵¹ DJAMAKORZIAN, E. (2006). *Les modalités d'organisation et d'exercice des pouvoirs de police administrative et judiciaire à l'hôpital public*. Op.cit. p.47

³⁵² Voir LAFFORE, J. (1996). *Les droits d'expression à l'hôpital*. Paris. Berger-Levrault

³⁵³ Voir en ce sens POINSOT, O. (2022). *Que sont les droits des usagers devenus ?*. RDSS 2022 p.5

³⁵⁴ TA Toulouse. Ord. 7 décembre 2021. *Association collectif Midi-Pyrénées pour le droit des femmes et autres*. N°2106917

³⁵⁵ CE, avis. 3 mai 2000. *Demoiselle Marteaux*. N°217017. Rec. p.169

³⁵⁶ Circulaire n°DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005. Bulletin officiel du ministère de la santé 2005-2.

³⁵⁷ Ibid.

³⁵⁸ BOUET, J.B. (2007). *La « Charte de la laïcité dans les services publics » et les établissements publics de santé : une occasion manquée*. RDSS 2007 p.1023

³⁵⁹ CE, avis Section Sociale, du 28 avril 1977. n°319.305. *op.cit.*

« ouvertes seulement au personnel et aux usagers du service public hospitalier, ne peuvent être regardées comme des voies ouvertes à la circulation publique. (...) Ces voies échappent à la compétence des autorités administratives chargées de la police de la circulation »³⁶⁰. Ainsi il appartient au directeur d'un établissement public de santé de réglementer, conformément au code de la route, la circulation et la voirie au sein de l'établissement. Toutefois, comme le fait remarquer Pascale RICARD pour les universités, il existe un concours de police important entre le pouvoir de police du Maire et celui d'un directeur d'établissement public, ainsi que de nombreuses incertitudes sur la notion de voies ouvertes à la circulation publique. Cette situation nécessite une collaboration entre les deux autorités, notamment pour faire appliquer la réglementation, et une appréciation au cas par cas³⁶¹. A titre d'exemple dans le cas du CHU de Saint-Etienne, le Maire de Saint-Etienne a pu arrêter la circulation au sein du CHU³⁶², avec comme motifs que l'établissement avait ouvert ces voies à la circulation publique. Cependant, le domaine reste strictement encadré, avec un portique d'entrée, et dans le même temps une absence de barrières, de plus les principaux utilisateurs de ces axes de voiries sont le personnel et les usagers du service public. Ce qui interroge sur le rapport entre les polices administratives.

En outre, le directeur peut prendre des mesures pour filtrer les entrées et prévenir les risques d'intrusion³⁶³. Cette faculté est d'autant plus importante dans le cadre d'un contexte de menace terroriste, de situation sanitaire exceptionnelle ou d'un afflux massif de victimes³⁶⁴ (RDSS). Une conjugaison particulière sur le filtrage des individus doit toutefois être assurée avec le déclenchement du plan Vigipirate par le Préfet³⁶⁵. De plus, des mesures prévues dans le plan de sécurisation des bâtiments ont été par ailleurs introduites en sus des mesures que peut prendre le directeur en vertu de son pouvoir de police³⁶⁶. Enfin, il est à noter qu'en cas de crise, le directeur peut dans le cadre du déclenchement du plan blanc enclenché des mesures nécessaires à la protection de l'établissement³⁶⁷.

³⁶⁰ *Ibid.*

³⁶¹ RICARD, P. (2020). *La notion d'« enceinte universitaire » et les compétences de police administrative en matière de voirie à l'épreuve de l'ouverture des campus universitaires sur la ville*. RFDA. 2020 p.773

³⁶² Arrêté n°11-065 du 21 juin 2011 relatif à la réglementation de la circulation et du stationnement CHU-nord. Mairie de Saint-Etienne

³⁶³ DUJARDIN, V. (2013). *Les relations hôpital, police, justice*. (2^e édition). Bordeaux. Les Etudes hospitalières (LEH). p. 33

³⁶⁴ Voir BOURDON, P. (2019). *La protection des établissements de santé contre les actes terroristes*. RDSS 2019 p.208

³⁶⁵ *Ibid.*

³⁶⁶ Voir : Ministère des affaires sociales et de la santé (2017). *Guide d'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement*. (1^{er} édition). DGOS.

³⁶⁷ DEAN, J.M. (2019). *L'articulation des pouvoirs entre le directeur d'hôpital et les autorités de tutelle face à l'acte terroriste*. RDSS 2019 p.216

Par ailleurs, dans le cas des crises, le directeur peut déclencher le plan blanc³⁶⁸, capacité qui ne peut être préempter par une autre autorité, et il peut prendre à ce titre des mesures exceptionnelles, notamment la déprogrammation et la réorganisation des services afin d'assurer la prise en charge rapide des victimes³⁶⁹. D'ailleurs il existe une autre formule commune à l'ensemble des règlements intérieurs qui fait référence au pouvoir large de police que peut prendre le directeur dans le cadre d'une situation exceptionnelle : « *En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation (...). En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence ou en application de plans de Vigilance et de sécurité générale le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission du service public hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement* »³⁷⁰. L'organisation de la crise repose sur le principe de « *subsidiarité* »³⁷¹ et une organisation ascendante, découlant principalement du directeur de l'établissement. Toutefois, elle doit s'articuler avec le rôle des tutelles, notamment le plan d'Organisation de la Réponse du système de Santé en situation sanitaire.

En outre dans le domaine sanitaire, le directeur dispose d'un pouvoir de police plus spécifique, notamment un pouvoir de police sanitaire. Selon le Conseil d'Etat : « *le droit à la protection de la santé s'inscrit dans la longue tradition de la police sanitaire en application de laquelle les pouvoirs publics ont un devoir de protéger collectivement les populations contre les risques qui pourraient menacer leur santé* »³⁷². Ainsi les autorités publiques doivent prendre des mesures pour préserver la santé des citoyens. Le directeur agit principalement agit en déclinaison de la police sanitaire des institutions nationales³⁷³, notamment des autorités et établissements publics tels que l'Agence de Sécurité du Médicament, les recommandations de la Haute Autorité de Santé, afin d'assurer la qualité Il met en œuvre leurs recommandations et prend des mesures afin de préserver la sécurité sanitaire et la qualité des soins³⁷⁴. Toutefois, Stéphanie RENARD a théorisé qu'il existe un ordre public sanitaire qui englobe les différentes composantes de l'ordre public matériel³⁷⁵. Cet ordre public pourrait conduire le directeur à prendre différentes mesures de police dans le domaine sanitaire. Un premier exemple est la possibilité pour le directeur de prendre des

³⁶⁸ Article R3131-14 du CSP et Ministère des affaires sociales et de la santé (2014). *Guide de l'établissement de santé en tension. Les éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du plan blanc.*

³⁶⁹ *Ibid.*

³⁷⁰ Voir article 42 du règlement intérieur de l'APHP (2021) ou article 53 du règlement intérieur du CHR d'Orléans (2009).

³⁷¹ DEAN, J.M. (2019). *L'articulation des pouvoirs entre le directeur d'hôpital et les autorités de tutelle face à l'acte terroriste. Op.Cit.*

³⁷² CE. (1998). *Réflexions sur le droit de la santé.* Section du rapport et des études.

³⁷³ BARLET, C. (2020). *Autorisations, inspection et contrôle des établissements de santé.* RDSS. 2020. p.442.

³⁷⁴ MARCHADIER, F. (2014). *Qualité de la santé, ordre public sanitaire et contrat.* RDSS. 2014. p.1055.

³⁷⁵ RENARD, S. (2008). *L'ordre public sanitaire (Etude de droit public interne).* [thèse de doctorat en droit – Université Rennes I]. tel : 01525379

mesures de police pour prévenir la propagation des maladies au sein de l'établissement³⁷⁶. Toutefois, il serait possible au nom de l'ordre public sanitaire et de la lutte contre les infections nosocomiales de prendre des dispositions telles que l'obligation du port du masque pour les usagers si une épidémie venait à se déclarer, hors situation sanitaire exceptionnelle. Même s'il serait probable dans le dernier cas qu'il ne s'agisse que d'une recommandation³⁷⁷.

2.2.2 L'impact de la crise sanitaire de 2020-2022 sur le pouvoir réglementaire du directeur

En mars 2020, le Gouvernement n'a pas eu recours au dispositif de l'article L3131-1 du Code de la santé publique³⁷⁸. Les mesures, telles que le plan pandémie grippale³⁷⁹ ou le plan national de prévention et de lutte contre le virus Ebola³⁸⁰ se sont révélés inefficaces. Ce qui a conduit à la création d'un état d'urgence *ad hoc*. Les dispositifs existants n'offraient pas une réponse adéquate à la situation sanitaire³⁸¹. Le Conseil d'Etat analyse par ailleurs que les « *exigences de sécurité juridique* », inhérente à l'action publique, ont conduit le Gouvernement à proposer la création de l'état d'urgence sanitaire³⁸². Cet état d'urgence sanitaire a aussi été l'occasion de la création d'une PAS dont dispose le Premier ministre pour mettre en place par voie réglementaire les mesures nécessaires à l'endiguement de la propagation du virus³⁸³. Le Conseil d'Etat a reconnu l'existence de cette PAS, exclusive du pouvoir de police administrative générale³⁸⁴. Cette situation a probablement redéfini les concours de police entre les différentes autorités détentrice du pouvoir de police³⁸⁵.

Le déclenchement des dispositions de l'urgence sanitaire puis de l'état d'urgence sanitaire ont conduit les directeurs à voir leur marge de manœuvre encadrées, afin de garantir la cohérence de la réponse à la crise. Toutefois, il convient de noter que contrairement à d'autres établissements publics, les Préfets ou les Directeurs Généraux d'ARS ne disposaient pas d'une compétence générale vis-à-vis des établissements publics de santé³⁸⁶. Dans le cadre du confinement les visites ont par ailleurs été strictement

³⁷⁶DJAMAKORZIAN, E. (2006). *Les modalités d'organisation et d'exercice des pouvoirs de police administrative et judiciaire à l'hôpital public*. Op.cit. p.33

³⁷⁷ Voir en ce sens BUI-XUAN, O. et al. (2021). *Masques sanitaires et droit(s)*. Collection colloques & essais. Paris. Institut francophone pour la justice et la démocratie

³⁷⁸ Voir en ce sens TRUCHET, D. (2007). *L'urgence sanitaire*. RDSS. 2007. P.411

³⁷⁹ SGDSN (2011). *Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale »*. SGDSN n°850/SGDSN/PSE/PSN.

³⁸⁰SGDSN (2014). *Plan national de lutte « maladie à virus Ebola »*. SGDSN n°600/SGDSN/PSE/PSN

³⁸¹ GELBLAT, A. MARGUER, L. (2020). *Etat d'urgence sanitaire : la doctrine dans tous ses états ?* La revue des droits de l'homme. Avril 2020

³⁸² CE. (2021). Etude annuelle du Conseil d'Etat : Les états d'urgence : la démocratie sous contrainte. Les rapports du Conseil d'Etat. P.93

³⁸³ Article L3131-15 du CSP

³⁸⁴ CE, Ord, 17 avril 2020, commune de sceaux, N° 440057. Mentionné aux tables

³⁸⁵ RENAUDIE, O. (2020). *La police administrative aux temps du coronavirus*. AJDA. 2020. P.1704

³⁸⁶ Décret n°2020-293 du 12 mars 2020 Prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire (JORF n°0072 du 24 mars 2020).

encadrées. Cette situation a interrogé sur le rapport aux droits de visite des patients et à leur liberté fondamentales³⁸⁷. Toutefois, comme le remarque Sophie THERON, les directeurs des établissements publics de santé pourraient adapter les contraintes des patients, notamment en psychiatrie, et prescrire certaines règles d'organisation interne pour assurer une distinction entre les patients au sein de l'enceinte de l'établissement et les interactions en dehors³⁸⁸. Toutefois, il convient de noter la réactivité des établissements publics de santé, Les directeurs ont utilisé l'ensemble des pouvoirs à leur dispositions pour assurer la continuité des activités. Des cellules de crise quotidiennes permettaient de prescrire des nouvelles règles d'organisation pour répondre à l'urgence. Cette période pourrait ainsi être la manifestation la plus parlante du pouvoir réglementaire du directeur d'un établissement public de santé.

Dans le cadre de la sortie de crise, le Premier Ministre³⁸⁹ et le Ministre de la santé³⁹⁰ ont pris diverses dispositions relatives à la continuité des activités au sein des établissements de santé. Par exemple l'obligation du port du masque ou l'obligation vaccinale du personnel soignant. Dans le dernier cas l'obligation vaccinale a conduit les directeurs en leur qualité de chef de service de prévoir les modalités de contrôle et de prendre les mesures nécessaires à faire respecter cette obligation³⁹¹.

Enfin, la loi du 30 juillet 2022, mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid-19³⁹² a abrogé les mesures relatives à l'état d'urgence sanitaire, notamment les dispositions relatives au port du masque en établissement³⁹³. Toutefois, compte tenu des risques sanitaires induits par la propagation du virus, notamment pour les personnes les plus vulnérables, le ministre de la santé, sur le fondement de l'article L3131-1 du CSP, a pris, le même jour, un arrêté³⁹⁴ ouvrant la possibilité au directeur de prescrire le port du masque en intérieur de l'établissement, réinscrivant totalement les dispositions abrogées. Désormais, le directeur peut en vertu de son pouvoir réglementaire mettre en place cette obligation. Toutefois, comme supposé préalablement, le directeur aurait pu réglementer l'accueil des usagers au sein de l'établissement, en vertu de son pouvoir de police, après échange avec le PCME et concertation avec le Directoire.

³⁸⁷ DUPONT, M. (2020). *Visiter, être visité : un droit des malades et de leurs proches ?*. RDSS. 2020. P.1137

³⁸⁸ THERON, S. (2020). *La prise en charge des patients en psychiatrie à l'épreuve de la crise de la Covid-19*. RDSS. 2020. P.1155

³⁸⁹ Décret n°2021-699 du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire. (JORF n°0126 du 2 juin 2021).

³⁹⁰ Arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire. (JORF n°0126 du 2 juin 2021.)

³⁹¹ CE. Ord. 2 mars 2022. *Mme B.A.* n°458237.

³⁹² Article 1 de la loi n°2022-1089 du 30 juillet 2022

³⁹³ Article 47-1 du décret n°2021-699 du 1^{er} juin 2021

³⁹⁴ Article 1 de l'arrêté du 30 juillet 2022

3 LES PERSPECTIVES DU POUVOIR REGLEMENTAIRE DU DIRECTEUR D'UN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE

L'exercice du pouvoir réglementaire du directeur reste complexe. Il serait intéressant de renforcer les connaissances des directeurs sur les pouvoirs dont ils disposent et sur leurs actions à mener (3.1.). Par ailleurs, les différentes réformes du système de santé ont conduit à l'émergence de nouveaux acteurs, qui peuvent influencer le pouvoir réglementaire du directeur (3.2.). Enfin, une réforme récente pourrait conduire à modifier le rapport au pouvoir réglementaire, en ce qu'il deviendrait davantage autonome (3.3.).

3.1 Favoriser une appropriation plus importante du pouvoir réglementaire du directeur

Afin de renforcer l'appropriation par les directeurs du pouvoir réglementaire dont ils disposent, il conviendrait de proposer la création de guides afin de guider leur action (3.1.1). Par ailleurs, il convient par le biais de formations de favoriser l'émergence d'une « culture » de l'acte administratif unilatéral, notamment l'acte réglementaire au sein des établissements publics de santé (3.1.2.).

3.1.1 La création des guides à destination de tout directeur d'établissement

Les directeurs des établissements publics de santé devraient pouvoir disposer de guides dans l'exercice de leurs compétences, notamment dans l'exercice du pouvoir réglementaire du directeur.

En effet, tous les établissements publics de santé ne sont pas dotés d'une direction des affaires juridiques. De plus, aucune de ces directions n'égale en termes d'importance la Direction des Affaires Juridiques (DAJ) de l'AP-HP, composée de trois bureaux, qui permettent de couvrir l'ensemble des domaines juridiques touchant à un établissement de santé, et s'adaptant aux nouvelles contraintes réglementaires³⁹⁵. De nombreux directeurs et établissements ont recours à la base de données de la DAJ de l'AP-HP³⁹⁶, par exemple le guide de l'administrateur de garde de l'AP-HP³⁹⁷. Cependant de nombreuses dispositions sont propres à l'application interne de l'Assistance Publique ou ne sont pas à jour des

³⁹⁵ Voir BEDIER L. (2016). *La direction des affaires juridiques de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*. RDSS 2016. P.1038

³⁹⁶ Site de la DAJ de l'AP-HP

³⁹⁷ DAJ de AP-HP (2017). *Memento de l'administrateur de garde*.

dernières modifications législatives ou réglementaires. Les directeurs recourent en sus aux bases de données juridiques proposées par des organismes comme le site « Hôpitalex »³⁹⁸, la base de données du Centre national de l'Expertise Hospitalière (CNEH)³⁹⁹ ou les conseils juridiques de la SHAM⁴⁰⁰. Cependant, il s'agit de conseil très précis et ils ne sont prodigués qu'à la suite d'une démarche individuelle. De plus, les bases de données ne sont pas toutes à jour.

Il serait toutefois intéressant de mettre en place des guides sur les pouvoirs et prérogatives du directeur d'établissement public de santé, en accès libre pour tout directeur en poste. Ces guides seraient écrits en lien avec l'EHESP, qui pourrait être pilote de la démarche, le ministère de la santé, les établissements publics de santé, et d'autres organismes pertinents, notamment la section sociale du Conseil d'Etat ou l'Inspection générale des Affaires Sociales (IGAS). Notamment il serait avantageux pour un directeur de disposer de ce type de guide pour connaître l'exercice de ses pouvoirs disciplinaires, de ses pouvoirs de police, de son pouvoir réglementaire et ou de ses actions en période de garde administrative, ou de la prise en charge des patients en établissement public de santé mentale, des prérogatives du directeurs en cas de déclenchement de plan blanc, entre autres guides. Ces documents seraient mis à jour régulièrement. Les mémentos du ministère des solidarités et de la santé pourraient constituer une première base

Si auparavant il existait des guides pour l'administrateur de garde sous format papier⁴⁰¹, spécifiquement généraliste, leur obsolescence est très vite apparue du fait des évolutions constantes de la réglementation. Ces guides devraient donc être accessible sous format dématérialisé

Cette idée de guides s'inspire de ce qui a été mis en place par l'Ecole Nationale de la Magistrature (ENM) qui met à la disposition de l'ensemble des magistrats de France des guides détaillant l'ensemble des pouvoirs des juges. Ainsi, un n'importe quel magistrat, par exemple un Procureur de la République peut en se connectant au site de l'ENM, avoir accès à un guide sur ses pouvoirs et prérogatives. Ces guides sont multiples et vont dans le détail de l'ensemble des fonctions exercées par les magistrats. Ainsi, un Président d'audience peut avoir accès à un guide spécifique qui lui permet de connaître toutes ses prérogatives lors d'une audience et notamment ses prérogatives disciplinaires. L'ENM met à jour l'ensemble de ces guides à toutes modifications réglementaires.

³⁹⁸ Site hopitalex

³⁹⁹ Site CNEH

⁴⁰⁰ Site internet de la SHAM

⁴⁰¹ BALMIN, E., VILLENEUVE, E. (1990). Le guide du directeur de garde à l'hôpital, recueil de textes, tome I. Paris. Berger-Levrault.

De plus, la création de ces guides pourrait aussi conduire à améliorer les règlements intérieurs des établissements de santé. Si certes de nombreux règlements intérieurs sont identiques dans leurs dispositions, il y a un grand nombre de règlements intérieurs qui n'ont pas été mis à jour ou ont des dispositions obsolètes. Les guides régulièrement mis à jour et des alertes des dernières modifications permettraient de connaître les dispositions qui doivent désormais être insérées dans les règlements intérieur. Par exemple, une décision récente du Conseil d'Etat a enjoint les établissements publics de santé à préciser dans leur règlement intérieur les modalités de décomptes des demi-journées et le nombre journalier d'heure de travail effectif⁴⁰².

3.1.2 Renforcer la « culture » de l'acte réglementaire au sein des établissements publics de santé et la connaissance des mesures réglementaires

Afin de renforcer la « culture » de l'acte réglementaire, il conviendrait de proposer des formations spécifiques aux personnels de directions et aux administratifs (A). Il convient par ailleurs de s'assurer que les actes réglementaires du directeur soient connus de l'ensemble des individus en renforçant leurs modalités de diffusion et ainsi l'opposabilité de l'acte. (B).

- A) Consolider les connaissances des directeurs dans le domaine du pouvoir réglementaire

En principe les directeurs sont en principe formés au droit public et au droit hospitalier, le concours comportant par ailleurs des épreuves dans ces matières⁴⁰³. En plus au sein des différents établissements de nombreuses personnes ont pu faire au cours de leurs cursus des études juridiques. Dans les établissements les plus importants il existe une équipe de juriste ou des attachés d'administrations hospitalière spécialisés en droit public, voire pour l'AP-HP une Direction des affaires juridiques spécifique. Cependant, il convient de favoriser la diffusion d'une culture de l'acte réglementaire.

La proposition de formations spécifiques dans le cadre du droit public et du droit hospitalier en cours de carrière est importante pour les équipes. Elle permettrait de se mettre à jour des différentes procédures et des évolutions jurisprudentielles, notamment dans la prise de décision du directeur. Aujourd'hui une telle formation existe notamment pour les gardes de direction⁴⁰⁴, qui regroupe notamment des équipes pluridisciplinaires. Il serait intéressant

⁴⁰² CE, 22 juin 2022, *Syndicat jeunes médecins et autres*. N°446917. Mentionné aux tables

⁴⁰³ Arrêté du 28 janvier 1991 relatif au programme et aux modalités des concours d'admission au cycle de formation des élèves directeurs de 3^e classe organisé par l'Ecole nationale de la santé publique. (JORF n°34 du 8 février 1991)

⁴⁰⁴ Par exemple : formation des gardes de direction en MCO proposé par le CNEH

d'étendre ce type de formation aux directeurs dans le domaine réglementaire, des mesures individuelles et de sanction et de la police administrative.

Ces formations permettraient de connaître les champs d'application de la réglementation et les compétences respectives des différentes autorités publiques, notamment entre le Maire, le Préfet et le Directeur Général de l'ARS. Elles permettraient aussi d'éviter qu'une autorité incompétente ne prenne une décision ou un arrêté concernant l'établissement public. De plus, une telle formation permettrait de renforcer les compétences du directeur sur des points précis du droit. A titre d'exemple, peu de directeurs connaissent le régime des contraventions de grandes voiries pour les occupations illégales du domaine public et qui reposent sur un régime judiciaire spécifique⁴⁰⁵. Pourtant, le rôle du directeur est primordial dans la gestion du domaine public de l'établissement.

La connaissance des conditions et évolutions de l'ouverture du prétoire du juge administratif est aussi centrale. Comprendre la signification du vice de forme, et sur son caractère substantiel ou non ainsi que les circonstances de la prise de décisions sont autant de points importants à connaître pour les directeurs. De plus, la place aujourd'hui de la sécurité juridique⁴⁰⁶, notamment dans les décisions du directeur est importante. De plus avoir une meilleure compréhension de l'évolution du droit permettrait de connaître le rapport au droit souple et au caractère impératif de certaines dispositions. Les établissements publics de santé recourant à de nombreuses chartes pour organiser leurs services.

Enfin, de telles formations permettraient de libérer les directeurs des établissements de la crainte du recours contentieux contre leur décisions. Il connaîtrait plus spécifiquement la position du juge administratif, sachant qu'ils se sont eux même imprégnés des évolutions prétorienne du contentieux public et d'un pouvoir de régularisation des décisions dont les vices ne sont pas substantiels⁴⁰⁷.

B) Renforcer l'opposabilité des actes réglementaires du directeur

Si la jurisprudence a été très fournie sur les délégations de signature des directeurs d'établissements publics de santé⁴⁰⁸. Il ne faut pas oublier que cette exigence d'opposabilité des actes s'applique sans distinction des mesures réglementaires.

⁴⁰⁵ Article L.2132-2 du CGPPP

⁴⁰⁶ CE. Ass, 24 mars 2006. *Société KPMG et autres*. n°288460. Rec. p.154

⁴⁰⁷ LIVENAIS, Y. (2022). *Ce soir on « danthonise »*. AJDA. 2022. P.804

⁴⁰⁸ Voir en ce sens CE, 21 mai 2008, *Groupe hospitalier Sud Réunion*. Op.cit. ; CE, 11 février 2015, *Sieur X c/ CH d'Auch*. Op.cit. ; CAA de Nancy, 24 septembre 2015, *CHU de Reims*. N°14NC02561 ; CAA de BORDEAUX. 30 décembre 2019. *Mme H*. n°14BX0273819BX02241

Or, ces conditions de publicité peuvent apparaître complexes à mettre en place pour les établissements publics de santé. Si les actes et délibérations non réglementaires ne posent principalement pas de difficulté pour être publiés ou notifiés aux personnes qu'ils intéressent, les actes et délibérations réglementaires sont plus spécifiques. Il n'existe pas de modalités spécifiques d'affichage sur le site internet d'un établissement.

Pour les mesures internes, l'intranet constitue le vecteur de communication le plus souvent utilisé, en respectant certaines conditions de publication⁴⁰⁹. *A contrario*, les modes de communications d'une mesure aux usagers sont protéiformes. Les établissements utilisent plus souvent des communiqués, les réseaux sociaux ou la presse locale pour informer les usagers. Si le juge administratif a pu parfois accepter ces autres modes de communication pour des mesures réglementaires de moindre importance⁴¹⁰, il ne s'agit que de dérogations aux règles établies de la publicité. Ainsi, le juge administratif a rappelé que les décisions et délibérations réglementaires n'ayant pas été publiées dans des conditions garantissant leur fiabilité ne sont pas opposables aux tiers d'un établissement public, et cela même s'il n'existait pas de modalités spécifiques d'affichage⁴¹¹.

Ces exigences de publicité des actes administratifs des établissements publics ont conduit des établissements publics, notamment les universités et certains musées, à créer leur propre recueil d'actes administratifs, accessibles sur leur site internet⁴¹². Les établissements publics de santé ne disposent pas dans la majorité d'un recueil de ce type⁴¹³ et leurs délibérations de conseil de surveillance ne sont pas forcément disponibles, ce qui interroge sur l'opposabilité des actes. De plus, les seules décisions visibles sur les sites internet regroupent principalement les délégations de signature et la composition en pôle⁴¹⁴. Or, de nombreuses mesures, dont notamment les mesures de police, doivent pouvoir être connues des différents protagonistes.

Enfin, les établissements transmettent peu de décisions aux préfetures. Ils transmettent principalement les délégations de signatures⁴¹⁵ et parfois des décisions plus spécifiques relatives soit à l'organisation des gardes de direction⁴¹⁶ ou aux modifications de périmètre

⁴⁰⁹ Voir sur ce sujet : CE, 11 janvier 2006, *Syndicat CGT-ANPE*, n°273665, Mentionné aux Tables

⁴¹⁰ CE, 15 juillet 2004, *Association sportive de Cannes*, n°268728, Rec. p.350

⁴¹¹ CE, 24 avril 2012, *Voies Navigables de France*, n°339669, Publié au recueil

⁴¹² Voir par exemple : recueil des actes administratifs du Museum nationale d'histoire naturelle de Paris ou le Bulletin des actes administratifs de l'Université Claude Bernard Lyon 1

⁴¹³ Voir site internet de l'AP-HP ; Publicité des décisions réglementaires.

⁴¹⁴ *ibid.*

⁴¹⁵ Voir par exemple pour le CH de Vierzon : Préfecture du Cher. *Recueil des actes administratifs*, n°18-2022-03-002, du 4 mars 2022 ; ou pour le CH de Valenciennes : Préfecture du Nord : *Recueil des actes administratifs*, Année 2017, n°27 du 26 janvier 2017.

⁴¹⁶ Décision n°21-01-0001 du 4 janvier 2021 relative à la délégation du directeur générale dans le cadre des gardes de direction. CHU de Lille

des pôles⁴¹⁷. Or, les établissements peuvent prendre d'autres mesures réglementaires, même si elles sont relatives à l'organisation de l'établissement (comme par exemple une décision de modification de la circulation au sein de l'enceinte de l'établissement) qui peuvent impacter des personnes extérieures à l'établissement. Entre autres acteurs que les usagers et les personnels, pouvant être impactés par une décision réglementaire d'un établissement, il est possible de citer, sans être exhaustif, les services de l'Etat ; l'ARS ; les collectivités territoriales ; les familles des patients ; les transports sanitaires ; les fournisseurs ; les établissements privés de santé, la médecine de ville.

3.2 L'arrivée de nouveaux acteurs dans l'articulation du pouvoir réglementaire du directeur

Le renouveau de la gouvernance des établissements publics de santé, ont conduit à l'émergence de nouveaux acteurs, qui ont un rôle dans le pouvoir de décision et du directeur et *in fine* sur son pouvoir réglementaire. Ainsi, le Président de la CME a un rôle primordial dans la nouvelle organisation hospitalière (a), tout comme les usagers dont la place doit être renforcée (b). Enfin, la création des Groupements Hospitaliers de Territoires et les perspectives de mutualisation qui en découlent peuvent interroger sur le pouvoir réglementaire des directeurs (c).

3.2.1 Le renforcement de la médicalisation des décisions et d'une administration médico-soignante

Comme énoncé précédemment, le Président de la CME a un rôle primordial dans la nouvelle organisation du service public hospitalier. Il devient co-décisionnaires des décisions importantes de l'établissement. Or, il peut exister des craintes de conflits de légitimités entre le Président de la CME, élu parmi les représentants de la CME⁴¹⁸, et le Directeur, nommé par arrêté⁴¹⁹. Toutefois, comme le note François-Jérôme AUBERT « *la tension entre les pouvoirs concourt à l'efficacité de la décision* »⁴²⁰, puisque chacun des deux décisionnaires d'un établissements publics de santé échangent leur point de vue et s'auto-alimentent de leurs connaissances et expertises réciproques.

Cette volonté de renforcer la place du Président de la CME, ainsi que la communauté soignante, a été inscrite dans le rapport CLARIS. Qui souhaite un renouveau de la gouvernance. Cela permettrait de prendre des décisions ayant une vision plus large,

⁴¹⁷ Arrêté directeur n°75-2020-10-19-004. Modifiant l'arrêté fixant la liste des pôles d'intérêt commun de l'AP-HP

⁴¹⁸ AUBERT. J.F. (2014). *La décision à l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin ?*. Op.cit. P.82

⁴¹⁹ *Ibid.* p.71

⁴²⁰ *Ibid.* p.147

pluridisciplinaire et ainsi mieux prendre en charge les patients et les usagers. Le ministère de la santé pousse notamment à ce que les établissements prennent des mesures pour « *mieux manager pour mieux soigner* »⁴²¹. L'idée est de favoriser la mise en place d'un management participatif, notamment par le biais d'un projet de management participatif mis en place par les établissements⁴²². Ces réformes ont conduit notamment à modifier la composition du directoire⁴²³ et à favoriser la création d'un projet « *médio-soignant au sein des établissements* ».

En outre, dans le cadre de la médicalisation des décisions et du renforcement de la relation entre le Directeur et le Président de la CME, les établissements peuvent signer une charte de gouvernance⁴²⁴. Cette charte vise à prévoir les moyens matériels et humains mis à la disposition du Président de la CME, la nomination d'un collaborateur dédié⁴²⁵, ainsi que les modalités de fonctionnements retenues pour les relations entre le Président de la CME et la direction. Le CHRU de Nancy, a part exemple, prévu dans sa charte de gouvernance de nombreuses dispositions relatives aux échanges d'informations entre le Directeur général et le Président de la CME afin de favoriser une décision co-construite⁴²⁶. De plus, cette charte va plus loin en détaillant le fonctionnement des pôles et des services. Ce qui peut constituer un exemple de bonne pratique

Cette évolution conduira notamment à favoriser des décisions réglementaires prises à la suite d'un consensus et d'une concertation associant l'ensemble des acteurs.

3.2.2 La place des usagers est amenée à se renforcer

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002, dite loi KOUCHNER⁴²⁷, avait posé les bases de la démocratie sanitaire, en renforçant la place des usagers au sein des établissements. La Commission Des Usagers (CDU) a en apparence un rôle principal dans l'organisation des établissements en ce qu'elle est consultée sur des sujets essentiels de l'établissement, en ce qu'elle doit « *veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge* »⁴²⁸. Cette place plus prégnante des usagers procède d'une recherche accrue de

⁴²¹ Circulaire n°DGOS/Cabinet/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr. Olivier CLARIS. Et le guide « mieux manager pour mieux soigner »

⁴²² Article L6143-2-3 du CSP

⁴²³ Article L6143-7-5 du CSP

⁴²⁴ Article L6143-7-3 du CSP

⁴²⁵ Article D6143-37-4 du CSP

⁴²⁶ Site internet du CHRU de Nancy

⁴²⁷ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (JORF du 5 mars 2002).

⁴²⁸ Article L1112-3 du CSP

consensualisme dans la prise de décision. Ainsi « *le consensualisme démocratiserait ainsi l'administration, en impliquant le citoyen dans l'adoption des décisions qui le concerne directement* »⁴²⁹. La démocratie sanitaire a par ailleurs renforcé la garantie de la qualité des soins et la sécurité des prises en charges⁴³⁰

Pourtant, à la suite de la crise sanitaire, le Président du Conseil scientifique, le Professeur Jean-François DELFRAISSY, a fait part de ses « regrets » en ce que les usagers n'ont pas été suffisamment associés aux décisions. Or, leur association apparaît essentielle, notamment dans les décisions relatives à la prise en charge au sein des établissements. Notamment, ils peuvent conduire à orienter les décisions du directeur sur la prise en charge des patients et sur les aménagements des droits de visites⁴³¹ ou mener des réflexions sur la prise en charge éthique des patients ou des résidents, pour un établissement d'hébergement pour personne âgées dépendantes⁴³². Or, le rôle des usagers serait primordial dans l'édiction des mesures de police administrative.

Le recours accru à l'avis des usagers est aujourd'hui promu, notamment avec la possibilité de faire participer des usagers au Directoire⁴³³, ce qui peut conduire à influencer davantage le pouvoir réglementaire du directeur. De plus les usagers pourraient prescrire les modes de diffusion les plus adéquats des décisions du directeur. Enfin, comme le note Olivier POINSOT : « *De nouveaux développements pourraient advenir d'une intensification du recours aux standards internationaux et constitutionnels des droits de l'homme mais aussi des contentieux en responsabilité intentés par les intéressés* »⁴³⁴. Preuve que de futures réformes pourraient conduire à renforcer le rôle des usagers dans les prochaines années.

3.2.3 Des interrogations sur l'articulation du pouvoir réglementaire avec les Groupements Hospitaliers de Territoire

Les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) créés par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi MNSS, ont progressivement pris de l'importance au sein de la structuration de l'offre de soins sur les territoires. De nombreuses missions sont progressivement mutualisées entre les établissements partis à un GHT, notamment les achats⁴³⁵. Composé certes de six instances, il n'existe pas de réelles instances décisionnelles. Le comité

⁴²⁹ BOUILLON, H. (2021). *Le droit administratif à l'ère de la gouvernance*. Paris. Mare et martin. P.67.

⁴³⁰ SAISON, J. (2022). *Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital*. RDSS. 2022. P.197.

⁴³¹ DUPONT, M. (2020). *Visiter, être visité : un droit des malades et de leurs proches ?*. RDSS. 2020. P.1137

⁴³² ZACHAYNS, A. (2021). *Liberté élargie pour les résidents des EHPAD*. AJDA 2021. P.1281.

⁴³³ Article L.6143-7-5

⁴³⁴ POINSOT, O. (2022). *Que sont les droits des usagers devenus ?*. RDSS 2022 p.5

⁴³⁵ Voir notamment BERGOIGNAN ESPER, C. et al. (2019). *Les groupements hospitaliers de territoire : un moyen d'organisation de l'offre de santé*. Paris. Berger-Levrault.

stratégique (COSTRAT), composé des chefs des établissements et des présidents des CME et CSIRMT des établissements parties, propose des orientations sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé. A l'inverse, comme le conseil de surveillance, le comité territorial des élus locaux assure un rôle de contrôle de l'activité du GHT. Le Directeur de l'établissement support, président du COSTRAT, assure les missions déléguées par les établissements parties⁴³⁶. Cependant, son rôle dans l'organisation du GHT est strictement encadré par la convention constitutive. Il dispose certes d'un pouvoir réglementaire en qualité de chef de service⁴³⁷, lui permettant notamment de délégué sa signature. Cependant, il ne peut modifier les organisations des autres établissements parties, puisque cette mission revient au Directeur de l'établissement partie⁴³⁸. De plus le GHT n'est pas un établissement public.

De plus, le degré d'autonomie et de délégation dépendent des dispositions de la convention constitutive du GHT, composée de deux volets, un premier relatif au volet médical partagé et un second relatif aux délégations, transferts d'activité, modalités d'organisation, liste des instances⁴³⁹. Or, il n'existe pas de modalité d'organisation type. Les établissements ont gardé une grande marge de manœuvre sur les modalités d'organisation du GHT. Cependant les prérogatives reconnues à chacune des instances n'ont pas été définies, et le « *modèle des GHT amplifie la crise de gouvernance* »⁴⁴⁰.

Ainsi, les interrogations sur la place des GHT dans l'organisation des établissements publics de santé restent prégnantes. Le pouvoir du Président du COSTRAT est limité et ne semble pas être aussi large que celui d'un directeur d'établissement partie au GHT, qui reste l'autorité compétente de la gestion au quotidien de l'établissement. La convention constitutive reste le principal outil qui détermine les mesures que peut prendre le directeur de l'établissement support. De plus, le pouvoir réglementaire est ainsi contraint mais permet toutefois des délégations de signature, l'édiction des règlements intérieurs des instances et l'organisation de certaines filières, comme la filière achat du GHT.

De plus, en cas de fusion, le principe de subsidiarité resterait probablement un principe cardinal du fonctionnement du GHT, et les administrateurs des établissements pourraient rester les détenteurs du pouvoir réglementaire principaux.

⁴³⁶ Instruction n°DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.

⁴³⁷ CE, sect., 7 février 1936, *Jamart*, n°43321, Rec. p. 172

⁴³⁸ *Ibid.*

⁴³⁹ BERGOIGNAN ESPER, C. et al. (2019). *Les groupements hospitaliers de territoire : un moyen d'organisation de l'offre de santé*. Paris. Berger-Levrault. p.81

⁴⁴⁰ *Ibid.* p. 176

3.3 Vers un potentiel retour du pouvoir réglementaire autonome du chef de service au sein des établissements publics de santé ?

Comme vu à l'origine, le pouvoir réglementaire du chef de service, découlant de la jurisprudence Jamart, était un pouvoir réglementaire autonome reconnu au chef de service pour organiser son service. Cependant, ce pouvoir réglementaire a été de plus en plus encadré par la législation et la réglementation nationale, qui a conduit le pouvoir réglementaire autonome du chef de service à devenir de plus en plus lié⁴⁴¹.

Cependant la loi n°2021-502 du 26 avril 2021, dite loi RIST, a introduit deux nouveautés au sein du code : « la libre organisation du fonctionnement médicale » et « la libre organisation interne », qui dérogent à l'ensemble des règles établies d'organisation d'un établissement de santé.

Dans le cas de la « liberté d'organisation du fonctionnement médical », prévue à l'article L6146-1-2 du CSP⁴⁴², le Directeur et le Président de la CME peuvent revenir sur l'organisation en pôle d'activité et en service au sein de l'établissement, et ils proposent une nouvelle organisation interne médicale. Celle-ci ne repose sur aucune délimitation spécifique et n'est pas encadrée par les textes. Elle se doit cependant d'être conforme au projet médical de l'établissement, approuvé par le directoire. Les seules informations qu'il est possible de récolter sur cette organisation, sont l'existence de structures médicales et médico-techniques créées en remplacement des pôles et services, dont le champ n'est toutefois pas défini. Ces structures auront un responsable à leur tête.

Plusieurs conditions sont toutefois nécessaires : recueillir l'avis favorables de la CME et de la CSIRMT ; consulter le CTE ; déterminer en amont la participation et l'expression des personnel déterminés ; et procéder aux modifications des conventions de coopération, notamment GHT⁴⁴³.

Toutefois ces conditions ne sont que procédurales et elles ne comblent pas le vide juridique d'une nouvelle organisation médicale. Ainsi, le directeur, conjointement avec le Président de la CME, serait libre d'utiliser son pouvoir réglementaire autonome pour organiser l'ensemble des activités médicales au sein de l'établissement. Il doit bien évidemment respecter les obligations légales et réglementaires d'un établissement de santé. De plus les obligations de concertations des instances et le rôle du conseil de surveillance sont maintenues, tout comme le rôle de la tutelle de l'ARS.

⁴⁴¹ Voir SCHWARTZ, R. (1997). *Le pouvoir d'organisation du service*. Op.cit.

⁴⁴² Article 29 de la loi n°2021-502 du 26 avril 2021. Op.cit.

⁴⁴³ Article R6146-9-2-1 du CSP

Si cette première possibilité de dérogation apparaît surprenante, la liberté d'organisation de l'établissement l'est encore davantage. L'article L6149-1 du code de la santé publique dispose en ce sens que « *par dérogation aux dispositions (...) relatives au directoire, à la commission médicale d'établissement, à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi qu'à l'organisation interne de l'établissement (...) un établissement peut organiser librement le fonctionnement médical, les soins et la gouvernance en son sein, conformément au projet d'établissement approuvé par le conseil de surveillance.* ». Cette disposition permet aux établissements de revenir sur l'ensemble de l'organisation interne d'un établissement de santé, tel que prévu par le Code. A la fois elle permet de déroger à l'organisation du fonctionnement médicale, mais elle permet en sus de déroger et modifier l'ensemble des instances de gouvernance d'un établissement public de santé, exception faite du conseil de surveillance et du comité technique de l'établissement. Dans ce cadre les exigences procédurales sont renforcées en ce que l'avis favorables de toutes les instances est recherché, et le cas échéant celle du conseil de surveillance⁴⁴⁴, et le projet doit être conforme au projet d'établissement approuvé par le Conseil de surveillance.

Ces innovations réglementaires, pourraient conduire à renforcer le pouvoir réglementaire du directeur de l'établissement, en ce qu'il est libre de l'organisation interne.

⁴⁴⁴ Article R6149-1 du CSP

CONCLUSION

L'étude a ainsi montré qu'il existe un pouvoir réglementaire appartenant au directeur d'un établissement public de santé, qui lui permet de prendre de multiples décisions relatives à l'organisation d'un établissement de santé. Cependant, à l'instar d'autre organe exécutif d'établissement public, le Directeur d'un EPS dispose d'un pouvoir plus large, qui découle des différentes réformes du système de santé.

Contrepartie de ce pouvoir large reconnu au directeur, des conditions de consultation et de concertation des décisions les plus importantes d'un établissement public de santé sont exigées afin de faire émerger une gouvernance « médico-soignante et administrative ».

Ce pouvoir reconnu au directeur lui permet de prendre toute décisions et actes relatifs à l'organisation de l'établissement, qu'ils aient un impact sur les agents ou sur les usagers. Peu importe la dénomination de l'acte, la portée de la décision reste inchangée. De plus, il a été démontré qu'il existe un pouvoir de police administrative reconnu aux directeurs des établissements publics de santé, qui le conduit à prendre toutes mesures pour préserver l'ordre public au sein de l'établissement. Notamment il dispose d'un pouvoir de police sanitaire, davantage développé au niveau de l'établissement.

Par son pouvoir le directeur reste, en effet, le principal acteur d'un établissement public de santé. Cependant, il n'est pas seul dans sa prise de décision et il se doit de consulter l'ensemble des acteurs concernés, personnels médicaux, soignants, usagers, afin de répondre aux objectifs du service public hospitalier.

« Chaque génération, sans doute, se croit vouée à refaire le monde. La mienne sait pourtant qu'elle ne le refera pas. Mais sa tâche est peut-être plus grande. Elle consiste à empêcher que le monde se défasse »⁴⁴⁵

⁴⁴⁵ CAMUS. A, (1957). *Discours de Stockholm*. 10 décembre 1957.

Bibliographie

I. Ouvrage généraux – manuels - traités – dictionnaires

BERGOIGNAN-ESPER, C. & SARGOS, P. (2021). *Les grands arrêts du droit de la santé*. (3^e édition). Paris. Dalloz

BROYELLE, C. (2021). *Contentieux administratif*. (9^e édition). Paris. LGDJ.

HAURIOU, M. (1933). *Précis de droit administratif et de droit public*. (12^e édition). Réédition (2002). Paris. Dalloz.

LONG, M., WEIL, P., BRAIBANT, G., DELVOVE, P. & GENEVOIS, B. (2021). *Les grands arrêts de la jurisprudence administrative*. (23^e édition). Paris. Dalloz

MARION, L. MAUGÜE, C. (2019). *La responsabilité du service public hospitalier*. (2^e édition). Paris. LGDJ

MOQUET-ANGER, M.L. (2021). *Droit hospitalier*. (6^e édition). Paris. LGDJ.

SEILLER, B. (2021). *Droit administratif : 1. Les sources et le juge*. (8^e édition). Paris. Champs université

SEILLER, B. (2021). *Droit administratif : 2. L'action administrative*. (8^e édition). Paris. Champs université

SERRAND, P. (2022). *Manuel d'institutions administratives françaises*. (6^e édition). Paris. Puf

II. Ouvrages spéciaux

BALMIN, E., VILLENEUVE, E. (1990). *Le guide du directeur de garde à l'hôpital, recueil de textes, tome I*. Paris. Berger-Levrault.

BERGOIGNAN ESPER, C. et al. (2019). *Les groupements hospitaliers de territoire : un moyen d'organisation de l'offre de santé*. Paris. Berger-Levrault.

BOUILLON, H. (2021). *Le droit administratif à l'ère de la gouvernance*. Paris. Mare et martin

BUI-XUAN, O. et al. (2021). *Masques sanitaires et droit(s)*. Collection colloques & essais. Paris. Institut francophone pour la justice et la démocratie

COMET, P., PIGANIOL, R., (1978). *L'hôpital public (4^e édition)*. Paris. Berger-Levrault

COURQUET, J. (1971). *L'hôpital aujourd'hui et demain*. Paris. Seuil.

DEBBASCH, C., COLIN, F. (2021). *Administration publique*. (13^e édition). Paris. Economica

DION, F. (2017). *Commentaire du statut de la fonction publique hospitalière*. (13^e édition). Collection les indispensables. Paris. Berger-Levrault

DUJARDIN, V. (2013). *Les relations hôpital, police justice*. (2^e édition). Bordeaux. Les Etudes Hospitalières (LEH)

DUPUY, O. (2009). *La réforme de l'hôpital (loi du 21 juillet 2009)*. Paris. Heures de France.

FAUGEROLAS, P. (1998). *Le directeur d'hôpital face aux juges*. Paris. Ellipses

FAURE, O. (1982). *Genèse de l'hôpital moderne : les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*. Lyon. Presses universitaires de Lyon.

IMBERT, J. (1972). *L'hôpital français*. Paris. Presses universitaires de France.

LACHEZE-PASQUET, P. (1979). *L'administration de l'hôpital*. (5^e édition). Paris. Berger-Levrault

LAFERRIERE, E. (1986). *Traité de la juridiction administrative*. (2^e édition). Paris. Berger-Levrault. p.482.

LAFFORE, J. (1996). *Les droits d'expression à l'hôpital*. Paris. Berger-Levrault

MOQUER.ANGER, M.L. et al. (1998). *De l'hôpital à l'établissement public de santé*. Collection : logiques juridiques. Paris. L'Harmattan

STEUDLER, F. (1974). *L'hôpital en observation*. Paris. Armand Colin.

STINGRE, D. (2021). *Le service public hospitalier*. (18^e édition). Paris. Que sais-je ?

III. Thèses et mémoires :

AUBERT, J.F. (2014). *La décision à l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin ?*. [Thèse de science politique. Université de Bordeaux]. (NNT : 2014BORD0402). (Tel-01127536.). Consulté en ligne à l'adresse : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01127536/document>

BOSSEBOEUF, C. (2015) *Les collectivités territoriales et leurs musées : recherche sur le développement et les modalités de gestion et de gouvernance d'un service public local*. [Thèse de doctorat en droit, Université Aix-Marseille]. Centre de Recherches Administratives. Presses Universitaires d'Aix-Marseille

DEFOORT, B. (2012). *La décision administrative*. [Thèse de droit. Université Paris 2]. Bibliothèque de droit public tome 286. Paris. LGDJ

DEMANGEON, R. (2020). *Les concours de police*. [Thèse de droit – Université de Lorraine]. NNT : 2020LORR0009ff. Consulté en ligne : <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-02936285/document>

DJAMAKORZIAN, E. (2006). *Les modalités d'organisation et d'exercice des pouvoirs de police administrative et judiciaire à l'hôpital public*. [Thèse en droit – Université Paris VIII]. (tel-00179601f).consulté en ligne : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00179601/document>

GRANERO, A. (2012) *Les personnes publiques spéciales*. [Thèse de doctorat en droit, Université de Franche-Comté, Besançon]. Paris. L'Harmattan.

GREMAUD, W. (2019). *La régularisation en droit administratif*. [Thèse de doctorat en droit. Université Paris 2]. Coll. « Nouvelle bibliothèque de thèse ». V205. Paris. Dalloz.

LAMI, A. (2015). *Tutelle et contrôle de l'Etat sur les universités françaises, mythe et réalité*. [Thèse de doctorat en droit, Université Aix Marseille]. Paris. LGDJ. Coll. « Bibliothèque de droit public ». t.292. Lextenso-éditions.

RENARD. S. (2008). *L'ordre public sanitaire (Etude de droit public interne)*. [thèse de doctorat en droit – Université Rennes I]. tel : 01525379. Consulté à l'adresse : <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01525379/document>

STEFANOVA, D. (2020) *Le rôle de la notion de service public dans l'organisation du système de santé en droit français*. [Thèse de doctorat en droit, Université de Bordeaux]. (NNT : 2020BORD0273). (tel-03158992). Consultée en ligne à l'adresse <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03158992>

IV. Articles et études

ALLEZARD, L. (2022). *La responsabilité du fait des actes de droit souple : impasse ou angle-mort du contentieux administratif ?*. RFDA 2022 p.259

BARLET, C. (2020). *Autorisations, inspection et contrôle des établissements de santé*. RDSS. 2020. P.442.

BEDIER L. (2016). *La direction des affaires juridiques de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*. RDSS 2016. P.1038

BOUET, J.B. (2007). *La « Charte de la laïcité dans les services publics » et les établissements publics de santé : une occasion manquée*. RDSS 2007 p.1023

BOURDON, P. (2019). *La protection des établissements de santé contre les actes terroristes*. RDSS 2019 p.208

BOUSSARD. S. (2016). *Les vicissitudes du service public hospitalier*. RFDA. 2016. p. 565

CHAUVET, C. (2015). *Que reste-t-il de la « théorie » des mesures d'ordre intérieur ?*. AJDA 2015 p.793

COLIN, F. LUCAS, A. (2011). *La désignation des personnels hospitaliers afin de prévenir l'interruption du service public*. AJFP 2011 p.21

CORMIER, M. (2002). *Le directeur de la politique médicale de l'AP-HP n'est pas compétent pour créer un nouveau système informatisé de contrôle de l'activité médicale libérale au sein des établissements de l'AP-HP.* RDSS. 2002. P.55

DARDE, B. (2010). *Loi HPST – La délégation de signature.* Gestion hospitalière n°493. Février 2010

DEAN, J.M. (2019). *L'articulation des pouvoirs entre le directeur d'hôpital et les autorités de tutelle face à l'acte terroriste.* RDSS 2019 p.216

DUPONT, M.

- (2009). *La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé : l'aboutissement d'une longue mutation ?.* RDSS. 2009. p.791
- (2020). *Visiter, être visité : un droit des malades et de leurs proches ?.* RDSS. 2020. P.1137

FAUGEROLAS, P. (1999). *Sécurité, précaution et responsabilité du directeur d'hôpital.* RDSS 1999 p.546

FAURE, B. (2006). *Le problème du pouvoir réglementaire des autorités administratives secondaires.* Cahiers du conseil constitutionnel n°19 (Dossier : loi et règlements).

FORGES (de), J.M. (1998). *Visites. Droit à une vie familiale normale. Etablissement psychiatrique. Règlement Intérieur.* RDSS 1998 p.831

GELBLAT, A. MARGUER, L. (2020). *Etat d'urgence sanitaire : la doctrine dans tous ses états ?* La revue des droits de l'homme. Avril 2020

HERZOG, I. (2021). *De fonctionner mon service hospitalier s'est arrêté, petit vade-mecum en cas d'arrêt de services hospitaliers.* RDSS 2021 p.1070

LAMI, A. (2020). *Les établissements de santé face au Covid-19 : le droit hospitalier d'exception.* RDSS 2020 p.963

LHUILIER, J.M.

- (1999). *Libertés individuelles et « règlement de fonctionnement » des établissements et services sociaux et médico-sociaux.* RDSS.1999 p.811

- (2000). *Responsabilité des établissements d'accueil mère-enfant pour les dommages subis par les usagers*. RDSS. 2000.p144

LIVENAIS, Y. (2022). *Ce soir on « danthonise »*. AJDA. 2022. P.804

MALVERTI, C. BEUFILS, C.

- (2019). *Américains accidentels : un discours sur l'Etat et l'Union*. AJDA 2019. p.1986
- (2019). *Le conseil d'Etat donne du mou au droit souple*. AJDA 2019 p.1994

MAMOUDY, O.

- (2019). *Sécurité juridique et hiérarchisation des illégalités dans le contentieux de l'excès de pouvoir*. AJDA 2019 p.1108
- (2022). *Dix ans d'application de la jurisprudence Danthony au Conseil d'Etat*. AJDA 2022. p.796.

MARCHADIER, F. (2014). *Qualité de la santé, ordre public sanitaire et contrat*. RDSS. 2014. P1055.

PAUVERT, B. (2019). *La spécificité des actes de terrorisme par rapport aux crises sanitaires graves*. RDSS 2019 p.199

POINSOT, O. (2022). *Que sont les droits des usagers devenus ?*. RDSS 2022 p.5

RENARD, S. (2019). *La police sanitaire aux temps de la précaution*. RDSS 2019 p.463

RENAUDIE, O.

- (2016). *Le directeur général de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris*. RDSS 2016 p.1028
- (2020). *La police administrative aux temps du coronavirus*. AJDA. 2020. P.1704

RICARD, P. (2020). *La notion d'« enceinte universitaire » et les compétences de police administrative en matière de voirie à l'épreuve de l'ouverture des campus universitaires sur la ville*. RFDA. 2020 p.773

ROUSSEL, S. NICOLAS, C. (2018). *Contentieux des actes réglementaires : bouquet final*. AJDA 2018 p.1206

SAISON-DEMARS, J.

- (2015). *Responsabilité(s) de l'hôpital public*. RDSS 2015 p.147
- (2022). *Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital*. RDSS. 2022. P.197.

SAUVE, J.M. :

- (2017). *L'ordre public – Regards croisés du Conseil d'Etat et de la Cour de Cassation*. Propos introductifs. 24 février 2017. Discours du Vice-Président du Conseil d'Etat.
- (2017). *Transparence et efficacité de l'action publique*. Intervention lors de l'Assemblée Générale de l'Inspection Générale de l'Administration. 3 juillet 2017. Discours du Vice-Président du Conseil d'Etat.

SEILLER, B. (2004). *L'entrée en vigueur des actes unilatéraux*. AJDA 2004 p.1463

SCHWARTZ, R. (1997), *Le pouvoir d'organisation du service*. AJDA 1997. p.47

THERON, S. (2020). La prise en charge des patients en psychiatrie à l'épreuve de la crise de la Covid-19. RDSS. 2020. P.1155

TRUCHET, D. (2007). *L'urgence sanitaire*. RDSS. 2007. p.411.

UNTERMAIER-KERLEO, E. (2017). *La double définition de l'acte réglementaire, encore des zones d'ombre !*. AJDA 2017 p.1725

YOLKA, P. (2002). *Domaine public et coopération interhospitalière*. RFDA 2002 p.515

ZACHARIE C. (2021). *Médicalisation des décisions hospitalière ou participation des médecins à la gestion administrative de l'hôpital ?*. RDSS 2021 p.892

ZACHAYNS. A (2021). Liberté élargie pour les résidents des EHPAD. AJDA 2021. P.1281.

V. Rapports et étude

CLARIS, O et al. (2020). *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières*. Ministère des solidarités et de la santé. Consulté à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_claris_version_finale.pdf

Conseil d'Etat :

- (1998). *Réflexions sur le droit de la santé*. Section du rapport et des études
- (2001). *Publication et entrée en vigueur des lois et de certains actes administratifs*. Section du rapport et des études. Paris. La documentation française
- (2009). *Rapport d'étude sur les établissements publics*. Les études du Conseil d'Etat.
- (2013). *Etude annuelle du Conseil d'Etat : le droit souple*. Les rapports du Conseil d'Etat
- CE. (2021). *Etude annuelle du Conseil d'Etat : Les états d'urgence : la démocratie sous contrainte*. Les rapports du Conseil d'Etat

CRC Ile de France (2020). *Rapport d'observations définitives et sa réponse. Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP). Gouvernance interne et situation financière*. Exercices 2015 et suivants. 17 septembre 2020. Consulté à l'adresse : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2021-03/IDR2021-15.pdf>

LARCHER, G. et al. (2008). *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*. Consulté à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf

VI. Références juridiques

A. Lois

Loi du 5 avril 1884 relative à l'organisation municipale, (JOFR du 6 avril 1884)

Loi du 21 décembre 1941, portant réorganisation des hôpitaux et des hospices civils. (JORF du 30 décembre 1941)

Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale (JORF n°0307 du 31 décembre 1958)

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (JORF du 3 janvier 1971)

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986. Portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. (JORF du 11 janvier 1986).

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. (JORF n°98 du 25 avril 1996)

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (JORF n°179 du 2 août 1991)

Loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. (JORF n°0088 du 13 avril 2000).

Loi n°2000-597 du 30 juin 2000 relative au référé devant les juridictions administratives (JORF n°151 du 1^{er} juillet 2000).

Loi n° 2002-6 du 4 janvier 2002 relative à la création d'établissements publics de coopération culturelle. (JORF du 5 janvier 2002).

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (JORF du 5 mars 2002).

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. (JORF n°102 du 3 mai 2005).

Loi n°2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique. (JORF n°31 du 6 février 2007)

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (JORF n°0167 du 22 juillet 2009).

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. (JORF n°22 du 27 janvier 2016)

Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. (JORF n°0172 du 26 juillet 2019)

Ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital. (JORF n°0066 du 18 mars 2021)

Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. (JORF n°0099 du 27 avril 2021)

Loi n°2022-1089 du 30 juillet 2022 mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid-19. (JORF n°0176 du 31 juillet 2022).

B. Décrets

Décret n°61-779 du 22 juillet 1961 déterminant les modalités d'application à l'administration générale de l'assistance publique de Paris de certaines dispositions de la réglementation relative aux hôpitaux et hospices publics. (JORF du 27 juillet 1961)

Décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics. (JORF n°0290 du 12 décembre 1958)

Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux. (JORF du 16 janvier 1974).

Décret n°86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat pris pour l'application de l'article 7 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat. (JORF du 19 janvier 1986).

Décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant disposition statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. (JORF n°35 di 9 février 1991).

Décret n°92-112 du 3 février 1992 relatif à la nouvelle bonification indiciaire attachée à des emplois occupés par certains personnels de la fonction publique hospitalière. (JORF n°30 du 5 février 1992)

Décret n° 92-1338 du 22 décembre 1992 portant création de l'Établissement public du musée du Louvre (1992). JORF n°0298 du 23 décembre 1992. NOR : MENB9200481D

Décret n°93-163 du 2 février 1993 relatif au musée Rodin. (JORF n°31 du 6 février 1993)

Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie (JORF n°284 du 8 décembre 1994)

Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 1 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. (JORF du 5 janvier 2002)

Décret n° 2003-1300 du 26 décembre 2003 portant création de l'Etablissement public du musée d'Orsay. (2003). JORF n°301 du 30 décembre 2003. NOR : MCCB0300911D

Décret n° 2006-1388 du 16 novembre 2006 portant création de l'Etablissement public de la porte Dorée - Cité nationale de l'histoire de l'immigration. (JORF n°266 du 17 novembre 2006).

Décret n°2010-669 du 18 juin 2010 portant création de l'Etablissement public du musée Picasso-Paris. (JORF n°0140. 19 juillet 2010).

Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé (JORF n°0265 du 16 novembre 2010).

Décret n°2016-636 du 19 mai 2016, relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique hospitalière. (JORF n°0117 du 21 mai 2016)

Décret 2019-854, du 20 août 2019, *portant diverses mesures de simplification dans les domaines de la santé et des affaires sociales*. (JORF n°0194 du 22 août 2019).

Décret n°2020-293 du 12 mars 2020 Prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire (JORF n°0072 du 24 mars 2020).

Décret n°2020-1554 du 9 décembre 2020. Relatif au versement du « forfait mobilités durables » dans les établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux. (JORF n°0298 du 10 décembre 2020).

Décret n°2021-1257 du 29 septembre 2021 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture de la fonction publique hospitalière. (JORF n°0228 du 30 septembre 2021)

Décret n°2021-1825 du 24 décembre 2021 portant statut du corps des accompagnants éducatifs et sociaux et du corps des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière. (JORF n°0301 du 28 décembre 2021).

Décret n°2022-1097 du 30 juillet 2022 relatif aux mesures de veille et de sécurité sanitaire maintenues en matière de lutte contre la covid-19. (JORF n°0176. 31 juillet 2022).

C. Arrêtés

Arrêté du 28 janvier 1991 relatif au programme et aux modalités des concours d'admission au cycle de formation des élèves directeurs de 3^e classe organisé par l'Ecole nationale de la santé publique. (JORF n°34 du 8 février 1991)

Arrêté du 30 avril 2003, relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. (JORF n°102 du 2 mai 2003.)

Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé. (JORF n°0112 du 15 mai 2008).

Arrêté du 30 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. (JORF n°0303 du 31 décembre 2009).

Arrêté n°11-065 du 21 juin 2011 relatif à la réglementation de la circulation et du stationnement CHU-nord. Mairie de Saint-Etienne. Consulté le 15 août 2022 à l'adresse : https://www.chu-st-etienne.fr/Patient_Usager/Votre_Sejour/ArreteNo11-065CirculationHopitalNordMairieStPriest.pdf

Arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire. (JORF n°0126 du 2 juin 2021.)

Arrêté du 30 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire et abrogeant l'arrêté du 7 juin 2021 identifiant les zones de circulation de l'infection du virus SARS-CoV-2. (JORF n°0176.31 juillet 2022.)

D. Circulaires et instructions

Circulaire Ministérielle du 5 mars 1938. Ministère de la Santé Publique. Direction de l'hygiène et de l'assistance. Consulté le 8 août 2022 à l'adresse : https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_5fevrier1938.pdf

Circulaire n°DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005. Bulletin officiel du ministère de la santé 2005-2.

Instruction DHOS/E1 n°2010-75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements de santé. (Bulletin Officiel ministère de la santé et des sports : n°3 du 15 avril 2010).

Circulaire DGOS/FP2 n°2011-416 du 18 novembre 2011, en vue de l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. (Bulletin Officiel Santé, Protection Sociale, Solidarité n°12 du 15 janvier 2012).

Instruction n°DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire. Consulté à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=42177>

Instruction n° DGOS/R4/2021/89 du 29 avril 2021 relative à l'accompagnement des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la mise en œuvre du nouveau cadre relatifs aux mesures d'isolement et de contention. (Bulletin Officiel Santé, Protection sociale, Solidarité, n°9 du 31 mai 2021).

Circulaire n°DGOS/Cabinet/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr. Olivier CLARIS. Consulté à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45228>

Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/Cellule de crise/2021/193 du 9 septembre 2021 relative à la mise en œuvre de l'obligation vaccinale dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux (Bulletin Officiel Santé, Protection sociale, Solidarité, n°16 du 15 septembre 2021).

E. Autres textes juridiques

1. Règlements intérieurs

AP-HM (2018). *Règlement intérieur*. Consulté le 30 juin 2022 sur le site de l'AP-HM à l'adresse : <http://fr.ap-hm.fr/patients-public/informations-pratiques/hospitalisation/vivre-ensemble/droits-devoirs/reglement-interieur>

AP-HP (2021). *Règlement intérieur*. Consulté le 30 juin 2022 sur le site de la DAJ de l'AP-HP à l'adresse : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/reglement-interieur-de-l'assistance-publique-hopitaux-de-paris-mise-a-jour-2018/>

CH des 4 villes (2017). *Règlement intérieur*. Consulté le 30 juin 2022 sur le site du CH des 4 villes à l'adresse : <https://www.ch4v.fr/wp-content/uploads/2019/11/reglement-interieur-ch4v.pdf>

CH de Béziers (2021). *Règlement intérieur*. Consulté le 30 juin 2022 sur le site du CH de Béziers à l'adresse : <https://www.ch-beziers.fr/sites/default/files/2022-01/R%C3%A9glement%20int%C3%A9rieur%20CHB%202021.pdf>

CH de Clermont de l'Oise (2020). *Règlement intérieur*. Consulté le 30 juin 2022 sur le site du centre hospitalier de Clermont de l'Oise à l'adresse : <https://www.ch-clermont.fr/wp-content/uploads/2022/04/Reglement-interieur-CHC-valide.pdf>

CH de la Rochelle (2007). *Règlement intérieur*. Consulté le 30 juin 2022 sur le site du CH de la Rochelle à l'adresse <http://www.ch-larochelle.fr/ch-la-rochelle/infos-pratiques/reglement-interieur>

CH de Pont Saint esprit. (2009). *Règlement intérieur*. Délibération N° 2. 2009 Conseil d'Administration du 26 juin 2009 consulté le 30 juin 2022 sur le site du CH à l'adresse : <http://www.hopitalpse.fr/pdf/reglement-interieur.pdf>

CHU de Reims (2021). *Règlement intérieur*. Consulté le 30 juin 2022 sur le site du CHU de Reims à l'adresse : https://www.chu-reims.fr/ckeditor_assets/attachments/import_multiple/RI%20CHU%20REIMS%202021%2004%2006%20-%2020210407153452.pdf

CHRU d'Orléans (2006). *Règlement Intérieur*. Consulté le 30 juin 2022 sur le site du CHRU d'Orléans à l'adresse : <https://www.chr-orleans.fr/chr-orleans/patients/vos-droits-et-devoirs/reglement-interieur>

2. Décisions et arrêtés émis par des établissements publics

Arrêté n° 20 163 900 053. Portant obligation du port du masque dans tous les campus, à l'intérieur et à l'extérieur des locaux de l'université Sorbonne Paris Nord. (28 août 2020). Consulté le 18 juillet 2022 sur le site de l'université Sorbonne Paris Nord : <https://www.univ-paris13.fr/wp-content/uploads/Arret%C3%A9-20-163-900-053-portant-obligation-du-port-du-masque-%C3%A0-lint%C3%A9rieur-et-%C3%A0-lext%C3%A9rieur-des-locaux-de-IUSPN.pdf>

Arrêté n°001-2022-DIV-001 relatif à l'obligation du port du masque au sein des enceintes et locaux de l'Université Claude Bernard Lyon 1 et au respect des gestes dits barrières. (3 janvier 2022). Consulté le 18 juillet 2022 sur le site internet de l'université Lyon 1 : https://www.univ-lyon1.fr/medias/fichier/arrete-001-2022-div-001-port-masques_1642154761662-pdf?ID_FICHE=352653&INLINE=FALSE

Arrêté de la Présidente de l'université de Nantes, Arrêté précisant les consignes sanitaires dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 à compter du 14 mars 2022, mis à jour le 18 mars 2022. (18 mars 2022). Consulté le 18 juillet 2022, sur le site internet de l'université de Nantes : <https://www.univ-nantes.fr/covid-faq-personnels>

Arrêté n°2011180-0004 du 21 juin 2011. *Modification du règlement intérieur de l'AP-HP : régime commun et régime particulier.*

Arrêté directeur n°2013 318-0006 du 14 novembre 2013 fixant les matières déléguées par le Directeur Général de l'AP-HP aux directeurs de groupes hospitalo-universitaires et aux directeurs des hôpitaux ne relevant pas d'un groupe hospitalier, au directeur de l'HAD et à certains directeurs de pôles d'intérêt commun. Consulté le 15 juin 2022, sur le site de l'AP-HP, à l'adresse : <https://www.aphp.fr/connaitre-lap-hp/nous-connaitre/organisation-de-lap-hp/publicite-des-decisions-reglementaires>

Arrêté du 1^{er} avril 2016 relatif au temps de travail et au temps de repos à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Disponible à l'adresse : <https://www.aphp.fr/file/3919/download?token=NS9zcWOP>

Arrêté directeur n°75-2020-10-19-004. Modifiant l'arrêté fixant la liste des pôles d'intérêt commun de l'AP-HP. Publié au recueil des actes administratifs spécial n°75-2020-350. Le 19 octobre 2020. Préfecture de Paris

Décision DG/2014/20 du 1^{er} juillet 2014 portant organisation de l'Etablissement Public du Musée du Louvre. Consulté le 15 juillet 2022 sur le site internet du Musée du Louvre, au recueil des actes administratifs : <https://api-www.louvre.fr/sites/default/files/2021-03/01%20louvre-2014-20.pdf>

Décision n°21-01-0001 du 4 janvier 2021 relative à la délégation du directeur générale dans le cadre des gardes de direction. Consulté le 15 juin 2022, sur le site du CHU de Lille, à l'adresse : <https://www.chu-lille.fr/wp-content/uploads/2021/01/21-01-0001-DG-Delegation-signatures-gardes-de-direction.pdf>

3. Autres

Exposé des motifs du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. (2009). NOR : SJSX0822640L/Bleue-1.

Protocole d'accord entre le Ministère de la santé et des solidarités et le Ministère de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire du 12 avril 2005. Consulté le 5 juin 2022 à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole-onvh-2.pdf>

SGDSN

- (2011). Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale ». SGDSN n°850/SGDSN/PSE/PSN.
- (2014). Plan national de lutte « maladie à virus Ebola ». SGDSN n°600/SGDSN/PSE/PSN

VII. Décisions de justice

A. Tribunal des conflits

TC. 30 juillet 1873. *Pelletier*. n°35. Rec p.70

TC, 7 juin 1951, *Dame Noualek*, n°1316. Rec. p. 636

B. Conseil d'Etat

CE, 21 décembre 1906, *syndicat des propriétaires et contribuables du quartier de la Croix de Seguey Tivoli*. N°19167. Rec. p.962.

CE. 3 février 1911. *Anguet*. n°34922. Rec. p.146

CE, 18 juillet 1913, *Syndicat national des chemins de fer de France et des colonies*, Rec. p.875

CE, 28 juin 1918. *Sieur Heyriès*. N°63412. Rec.651

CE. 26 juillet 1918. *Epoux Lemonnier*. n°49595, Rec. p.761

CE, Sect. 10 janvier 1930. *Despujol*. N°97263. Rec. p.10

CE, 19 mai 1933, *Sieur Benjamin*, n°17413, Rec. p.541

CE, 30 juillet 1935, *Etablissement S.A.T.A.N.* Rec. p.847

CE. Sect. 8 novembre 1935. *Dame Philipponeau*. N°31999. Rec. p.1020

CE, sect., 7 février 1936, *Jamart*, n°43321, Rec. p. 172

CE, 21 juillet 1939, *Sieur Lemaire*, n°63105, Rec p.510

CE, Ass. 17 février 1950. *Dame Lamotte*. N°86949. Rec. p.110

CE, sect., 11 mai 1951, *Consorts Baud*, n°2542. Rec. p. 265

CE. Ass. 29 janvier 1954. *Notre Dame du Kreisker*. N°07134. Rec. p.64

CE, 20 octobre 1954. *Sieur Chapou*. N°15282. Rec p.541

CE. Ass. 26 octobre 1956. *Assemblée Générale des administrateurs civils*. Rec. p.391

CE. Ass, 16 novembre 1956. *Union syndicale des industries aéronautiques*. Rec.p.434

CE, 27 mai 1957, *Denis*, n°35159. Rec p. 351

CE. Ass. 13 décembre 1957, *Sieurs Barrot et autres*, Rec. p.675

CE. Sect. 26 juin 1959. *Rouzet*. N°31396. Rec. p.405

CE. Sect. 18 décembre 1959. *Société des films Lutétia*. N°36385. Rec. p.693

CE, 18 novembre 1960, *Savelli*, n°27844. Rec. p.640

CE, 17 novembre 1961, *Epoux Edme*, Rec. p.644

CE, Sect. 24 avril 1964. *Syndicat national des médecins des établissements pénitentiaires*. n°57706. Rec p.241

CE, Sect. 23 février 1968, *Picard*, n°65084. Rec. p.131

CE. sect. 13 juin 1969, *Commune de Clefcy*. n°76261, Rec. p308

CE, 9 juillet 1969, *centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône*. n°733238. Rec. p.373.

CE, 10 avril 1970, *Centre hospitalier de Niort*. n°72600. Publié au Recueil

CE. Sect. 11 décembre 1970. *Crédit Foncier de France*. n°78880. Rec p.750

CE.4 juillet 1975. *Sieur Delfini*. n°89349, "Publié au Recueil

CE, 4 février 1976, *Centre psychothérapique de Thuir*, n°97685, Rec. 970.

CE, avis Section Sociale, du 28 avril 1977. n°319.305. Extrait du registre des délibérations de l'Assemblée Générale.

CE, 14 octobre 1977, *Syndicat général CGT du personnel des affaires sociales*. N°98807. Rec p.383

CE, 11 mai 1979, *Syndicat CFDT du ministère des affaires étrangères*. N°05020. Rec. p.203

CE, 12 décembre 1979, *Centre hospitalier spécialisé de Sevrey*. n°10706, Publié au Recueil

CE. Sect. 8 janvier 1982. *SARL Chocolat de régime Dardenne*. N°17270. Rec. p.261

CE, 9 juin 1982, *Centre hospitalier universitaire de Besançon*. N°25553, Publié au Recueil.

CE, 15 avril 1983, *Centre hospitalier de Purpan*, n°11384, Publié au Recueil

CE, 27 février 1985, *Centre hospitalier de Tarbes*. N°39069. Mentionné aux tables

CE, 8 octobre 1986, *Centre hospitalier de Château-Thierry*, n°61503, Rec. p.227.

CE, 4 mai 1988. *Ministère des affaires sociales et de l'emploi c/ Centre hospitalier de Lannion*. N°84551. Rec. p.179

CE, 9 décembre 1988, *Sieur Cohen*, n°65084. Rec. p.431

CE, 9 décembre 1988, *Bazin*, n°53755. Rec. p.1018

CE. Ass. 3 février 1989, *Compagnie Alitalia*. N°74502. Rec p.44

CE, 28 février 1990, *Centre hospitalier de Neuilly-sur-Seine*. N°73788. Mentionné aux Tables.

CE, 29 juin 1990, *Commune de Levallois-Perret*. n°86148, Rec. p.183.

CE, Ass. 21 décembre 1990, *Confédération nationale des associations familiales catholiques*, n°105743, n°105810, n°105811, n°105812, Rec. p.368

CE. Ass. 10 avril 1992. *Epoux V*. n°79027. Rec. p171

CE, 2 novembre 1992, *Kherouaa*, n°130394. Rec p.389

CE, Ass., 4 juin 1993, *Association des anciens élèves de l'Ecole Nationale d'Administration*, n°138672, n°138878, n°138952, Rec. p.168

CE, 7 juillet 1993, *Syndicat CGT du personnel de l'hôpital Dupuytren*. N°101415. Publié au Recueil

CE, 6 mai 1995, *Syndicat CGT du personnel de l'hôpital Dupuytren et autres et Syndicat CGT du personnel de l'hôpital Joffre*. n°117771, 117772, T. p.882

CE, 20 décembre 1995, *Gasse*, n°141643, Mentionné aux Tables

CE, Sect. 29 décembre 1995, *Syndicat nationale des personnels de préfecture CGT et Forces Ouvrière*. N°143017. Rec. p.459

CE. Ass. 10 juillet 1996. *Cayzelle*. n°138536. Rec. p.274

CE. 31 juillet 1996, *Commune de Courpalay*. n°116500. Rec. p.335

CE, 17 novembre 1997, *CHS de Bretagne*. N°168606. Publié au recueil

CE, avis. 3 mai 2000. *Demoiselle Marteaux*. N°217017. Rec. p.169

CE, 16 juin 2000. *Hospices civils de Lyon*. N°196255. Publié au recueil.

CE, 15 décembre 2000, *M.Patel et autres*, n°206981,n°210085,n°210086, Publié au Recueil.

CE. 28 décembre 2001. *Monsieur Valette*. n°213931. Rec. p.680

CE, 9 juillet 2003, *AP-HP c/ Marzouk*. Rec. p.338

CE, 15 juillet 2004, *Association sportive de Cannes*, n°268728, Rec. p.350

CE, 11 janvier 2006, *Syndicat CGT-ANPE*, n°273665, Mentionné aux Tables

CE. Ass, 24 mars 2006. *Société KPMG et autres*. n°288460. Rec. p.154

CE. 30 avril 2006. *Fédération CFTC Santé et sociaux et autres*. N°243766. Publié au recueil.

CE, 28 décembre 2007, *Mme Zakia*, n°275138. Mentionné aux tables

CE, 16 janvier 2008. *Epoux Desre*. N°275173. Inédit au recueil.

CE, 21 mai 2008, *Groupe hospitalier Sud Réunion*. n°294711. Mentionné aux Tables.

CE, 28 juin 2008, *CPAM de Dunkerque*, n°235887, Publié au recueil.

CE, 2 octobre 2009, *Centre hospitalier de Sens*. N°309247. Mentionné aux tables

CE, 17 janvier 2011, *CHU de Montpellier*, n°334513, Mentionné aux tables

CE, 10 octobre 2011, *Centre hospitalier universitaire d'Angers* n°328500. Rec p. 458

CE. Ass. 23 décembre 2011. *Danthy*. N°335033. Publié au Recueil

CE, 12 mars 2012, *CPAM du Puy-De-Dôme*. N°342774. Mentionné aux tables.

CE. Sect. 16 avril 2012, *Commune de Conflans-Sainte-Honorine et autres*, n°355792, Publié au Recueil

CE, 24 avril 2012, *Voies Navigables de France*, n°339669, Publié au recueil

CE, 15 mai 2012, *Fédération interco CFDT*. n°339834. Publié au Recueil

CE. 19 juin 2013. *Association de défense des fonctionnaires de l'Etat*. N°356084. Mentionné aux Tables

CE. Ord. 9 janvier 2014. *Mr M.Bala M.Bala et société plume*. N°374508. Publié au Recueil

CE, 11 février 2015, *Sieur X c/ CH d'Auch*, n°369110, Mentionné aux Tables

CE, 16 mars 2015. *Agence nationale de la Sécurité du Médicament*. N°369854. Publié au Recueil.

CE, Ass. 21 mars 2016. *Société Fairvesta International*. N°368082. Publié au Recueil

CE, sect. 1^{er} juillet 2016, *institut d'ostéopathie de Bordeaux*. n°393082, Rec. p.277

CE, Ass. 13 juillet 2016. *M. Czabaj*. N°387763, Rec. p.340

CE, 9 février 2018, *Communauté d'agglomération Val d'Europe agglomération*, n°404982, Publié au Recueil.

CE. Ass. 18 mai 2018. *Fédération des finances et des affaires économiques de la CFDT*. N°414583. Publié au recueil

CE. sect. 3 décembre 2018. *Ligue des droits de l'homme*, n°409667. Publié au recueil.

CE, Ass. 19 juillet 2019. *Mme Marine LEPEN*. N°426389. Publié au recueil.

CE, Ass. 19 juillet 2019. *Association des Américains Accidentels*, n°424216. Publié au Recueil

CE, Ord, 17 avril 2020, commune de sceaux, N° 440057. Mentionné aux tables

CE. Sect. 12 juin 2020. *GISTI*. n°418142. Publié au recueil.

CE, 25 septembre 2020, *Société civile immobilière La Chaumière*. N°430945. Publié au recueil

CE. Ord. 2 mars 2022. *Mme B.A.* n°458237.

CE, 22 juin 2022, *Syndicat jeunes médecins et autres*. N°446917. Mentionné aux tables

C. Cour administrative d'Appel

CAA Paris, 14 novembre 1991, *Centre hospitalier intercommunal de Montfermeil*, n°91PA00316. Mentionné aux tables

CAA Paris, 21 mars 2007, *Centre hospitalier de Coulommiers*, n°04PA03090

CAA Bordeaux, 8 juillet 2008, *Mr. B.*, n°07BX00222

CAA Marseille, 25 juin 2009. *Centre hospitalier intercommunal de Toulon*. N°07MA02024.

CAA Lyon, 23 mars 2010. *Centre hospitalier de Saint-Etienne*. n°07LY01554. Mentionné aux tables

CAA Bordeaux, 6 novembre 2012, *Centre hospitalier spécialisé de Cadillac*, n°11BX01790

CAA Nancy, 24 septembre 2015, *CHU de Reims*. N°14NC02561

CAA Marseille, 9 janvier 2017, *Mme X. c/ IFSI du CHU de Nîmes*. N°16MA00053

CAA BORDEAUX. 30 décembre 2019. *Mme H.* n°14BX0273819BX02241

CAA Lyon, 18 mai 2021. *Mr.D c/ Hospices civils de Lyon*. n°19LY03528.

D. Tribunal Administratif

TA Amiens, 3 avril 1984, *Centre hospitalier Régional d'Amiens*, Table Lebon 1984.

TA Versailles, 12 mars 1998. *M.Seidel c/ C.H. de Perray-Vaucluse*. N°961195. RDSS 1998 p.831

TA Strasbourg, du 12 octobre 2004, *Lycée professionnel régional Pierre-Marie-Curie de Freyming-Merlebach*. n°0204316

TA Potiers, 15 février 2007, n°0502146

TA Versailles, 25 janvier 2012. *AP-HP*. n°0908664, n°0908667, n°1000323

TA Toulouse. Ord. 7 décembre 2021. *Association collectif Midi-Pyrénées pour le droit des femmes et autres*. N°2106917

E. Conclusions

BERNARD, M. (1961). *Conclusion sous l'arrêt CE 6 octobre 1961, UNAPEL, RDP*. 1961.1279

BOTHEGI, D. (2012). *Conclusions du rapporteur public sous l'arrêt CE. Sect. du 16 avril 2012, Commune de Conflans-Sainte-Honorine et autres, n°355792.CE*. Consulté 10 août 2022 à l'adresse : https://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CRP/conclusion/2012-04-16/355792?download_pdf

BRETONNEAU, A. (2018). *La limitation dans le temps de l'invocation des vices de forme et de procédure affectant les actes réglementaires. Conclusions du rapporteur public sous l'arrêt CE. Ass. 18 mai 2018. Fédération des finances et des affaires économiques de la CFDT. n°414583. RFDA 2018 p.649*

LESSI, J. (2016). *L'organisation du service public comme critère de l'acte réglementaire. Conclusions du rapporteur public sous l'arrêt CE. Sect. 1^{er} juillet 2016, institut d'ostéopathie de Bordeaux, n°393082. RFDA 2016 p.1107*

VIII. Articles de presse

APM-news (2020). *Le CHU de Brest a mis en place une direction de l'innovation*. Dépêche APM-news du 5 février 2020. Consulté sur le site APMnews le 19 août 2022, à l'adresse : <https://www.apmnews.com/depeche/174052/346928/le-chu-de-brest-a-mis-en-place-une-direction-de-l-innovation>

IX. Site internet consultés

AP-HP. (2022). *Informations à destination des patients, des familles et du public*. Consulté le 2 août 2022, à l'adresse : <https://www.aphp.fr/patient-public/dossier-coronavirus-covid-19/covid-19-informations-destination-des-patients-et-de>

AP-HP : Publicité des actes réglementaires. Consulté le 2 août 2022, à l'adresse : <https://www.aphp.fr/connaitre-lap-hp/nous-connaitre/organisation-de-lap-hp/publicite-des-decisions-reglementaires>

CH de Dunkerque. (2022). *[Mise à jour des modalités de visite] au centre hospitalier de Dunkerque*. Consulté le 2 août 2022, à l'adresse : <https://www.ch-dunkerque.fr/le-centre-hospitalier/nos-actualites-evenements-et-nouveautes/retour-des-visiteurs-au-centre-hospitalier-de-dunkerque/>

CH de Brive-la-Gaillarde. (2022). *Conditions de visites à un patient*. Site internet consulté le 3 juillet 2022 : à l'adresse : <https://ch-brive.fr/visiteurs-et-patients/rendre-visite-a-patient/>

CH de Libourne. (2022). *Charte de bientraitance du Centre hospitalier de Libourne*. Consulté le 23 août 2022 à l'adresse : <http://www.ch-libourne.fr/ch-libourne/nos-engagements/la-charte-de-la-bientraitance/>

CH Paul Nappes de Morteau (2022). Organigramme consulté le 14 juin 2022 sur le site internet de l'établissement à l'adresse : <https://www.hopitalmorteau.fr/organisation/article/organigramme-25>

CHU de Strasbourg. (2022). *Règles de bonne conduite des patients et des usagers*. Consulté le 23 août 2022 sur le site du CHU de Strasbourg à l'adresse : <https://www.chru-strasbourg.fr/laccompagnement-du-patient/laces-aux-soins-pour-tous/je-connais-mes-droits/>

CME AP-HP. *Règlement intérieur de l'AP-HP*. Site de la CME de l'AP-HP. Consulté le 30 juin 2022 à l'adresse : <https://cme.aphp.fr/content/reglement-interieur-de-l-ap-hp-0>

CNEH : site internet consulté le 5 juin 2022 à l'adresse : <https://www.cneh.fr/conseil/>

Conseil d'Etat. (2019). *Conseil d'Etat, 7 février 1936, Jamart*. Les grandes décisions du Conseil d'Etat depuis 1873. Consulté le 15 avril 2022 à l'adresse : <https://www.conseil-etat.fr/decisions-de-justice/jurisprudence/les-grandes-decisions-depuis-1873/conseil-d-etat-7-fevrier-1936-jamart>

CHRU de Nancy (2022). *Charte de gouvernance*. Consulté le 1^{er} juin à l'adresse : <https://www.chu-nancy.fr/index.php/le-chru/presentation>

DAJ de l'AP-HP (2022). site de la direction des affaires juridiques de l'AP-HP: consulté le 2 juillet 2022 à l'adresse : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/>

DAJ de l'AP-HP (2017). *Memento de l'administrateur de garde*. Consulté le 2 juillet 2022 à l'adresse : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/memento-type-de-ladministrateur-de-garde-novembre-2017/>

Encyclopédie juridique lexbase (2022). Etude la responsabilité civile pour faute des établissements de santé publique. Consulté le 27 juin 2022 : à l'adresse <https://www.lexbase.fr/encyclopedie-juridique/59237552-etude-la-responsabilite-civile-pour-faute-des-etablissements-de-sante-publics>

Hopitalex : Site internet consulté le 5 juin 2022 à l'adresse : <https://www.hopitalex.com/donnees-juridiques?year=2022>

Ministère de la santé et des sports (2009). *Vademecum la loi HPST à l'hôpital, les clefs pour comprendre*. ANAP. Ministère de la Santé et des Sports Consulté le 8 août 2022, à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf

Ministère des affaires sociales et de la santé (2014). *Guide de l'établissement de santé en tension. Les éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du plan blanc*. Consulté le 15 août 2022 à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/la-gestion-de-crise-des-etablissements-de-sante>

Ministère chargé de la santé. (2017). *Memento à l'usage du directeur d'établissement de santé – Cybersécurité*. Edition 2017. DGOS. Consulté le 5 août 2022 sur le site internet du ministère à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/memento-de-cybersecurite>

Ministère des affaires sociales et de la santé (2017). *Guide d'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement*. (1^{er} édition). DGOS. Consulté le 15 août sur le site internet du ministère à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_d_aide_a_l_elaboration_du_pse_-_version_avril_2017.pdf

Museum national d'histoire naturel. Recueil des actes administratifs. Consulté le 2 août 2022 à l'adresse : <https://www.mnhn.fr/fr/recueil-des-actes>

SHAM : site internet consulté le 5 juin 2022 à l'adresse : <https://www.sham.fr/etablissements/etablissement-public-de-sante/protection-juridique>

Université Claude BERNARD. Lyon 1 : bulletin des actes administratifs. Consulté le 2 août 2022 à l'adresse : <https://www.univ-lyon1.fr/universite/bulletin-dactes-administratifs>

Liste des annexes

Annexe 1 : Personnes interrogées

M. D. Directeur des affaires juridiques de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

Mme B. Secrétaire Générale de l'Inspection Générale de l'Administration

M. H. Directeur des affaires juridiques d'un CHU

M. R. Président de la CME d'un CHU

Mme S. Responsable des affaires juridiques d'un CHU

M. R. Professeur de droit public de l'université Paris 1

M. A. Professeur de droit hospitalier de l'université Paris 2

M. D. Directeur Général d'un CHU

M.L. Directeur des affaires juridiques et de cabinet d'un CHU

Mme.H. Directrice des soins d'un CHU

Mme.J. Coordinatrice générale d'un CH

M.M. Directeur des ressources humaines d'un CHU

Annexe : 2 Trame d'entretien

Présentation de la personne
Fonction de la personne
Années de service
Connaissance d'un pouvoir réglementaire du directeur
Rôle de décision du directeur
Existence de risque contentieux
Rapport des agents aux décisions du directeur
Communication des décisions du directeur
Existence d'un pouvoir de police
Comment le directeur s'assure du respect de l'ordre public
Rapport à la publicité des actes du directeur
Comment les mesures sont-elles appliquées ?
Qu'elle rapport au règlement intérieur ?

LITVINE

Jules

Octobre 2022

Elève directeur d'hôpital

Promotion 2022

LE POUVOIR REGLEMENTAIRE DU DIRECTEUR D'UN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE :

Etude critique de droit public interne

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Le directeur d'un établissement public de santé dispose d'un pouvoir réglementaire propre, qui lui permet d'organiser l'établissement.
Cependant, ce pouvoir le distingue des autres organes exécutifs des établissements publics.

Ce pouvoir est toutefois large, en ce qu'il permet d'assurer la continuité du service public hospitalier, et la gestion au quotidien.

De plus, il a des implications en termes de police administrative. Le directeur pouvant prendre des mesures réglementaires afin d'assurer le bon ordre public de l'établissement.

Toutefois ce pouvoir est peu étudié et il apparait important d'analyser sous l'angle juridique l'ensemble des dispositions réglementaires que peut prendre un directeur d'un établissement public de santé.

Mots clés :

Droit public. Droit hospitalier. Pouvoir réglementaire. Police administrative. Pouvoir d'organisation.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.