



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2008**

Date du Jury : **septembre 2008**

**L'organisation en pôles d'activité :
quelle opportunité de positionnement
pour le directeur des soins ?**

Frédérique SAINT-ARNOULD

R e m e r c i e m e n t s

Je remercie toutes les personnes que j'ai rencontrées dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire professionnel pour leur accueil, leur confiance et la richesse de leur réflexion.

Sommaire

Introduction	1
1 Cadres contextuel et conceptuel.....	5
1.1 Cadre contextuel.....	5
1.1.1 La nouvelle gouvernance hospitalière	5
1.1.2 L'organisation en pôles d'activité	6
1.1.3 Le directeur des soins.....	7
1.1.4 Le projet de soins.....	8
1.2 Cadre conceptuel.....	8
1.2.1 La gouvernance	8
1.2.2 Analyse sociologique de la fonction de directeur des soins :.....	10
2 Le directeur des soins dans l'organisation en pôles d'activité à l'hôpital : la réponse des acteurs sur leurs perceptions de la réalité	13
2.1 Méthodologie.....	13
2.1.1 Les outils de recueil des données.....	13
2.1.2 Les limites de ce travail.....	14
2.1.3 Le guide d'entretien	14
2.2 Analyse thématique du discours des acteurs interviewés	15
2.2.1 Les directeurs des soins	16
2.2.2 Les cadres supérieurs assistants de pôles.....	21
2.2.3 Les praticiens responsables de pôles dont deux présidents de la CME.....	24
2.2.4 Les directeurs	27
3 Axes de propositions émanant de la synthèse et de l'analyse du discours des acteurs interviewés.....	31
3.1 L'organisation en pôles d'activité.....	31
3.2 Le directeur des soins.....	31
3.3 Le projet de soins	33
Conclusion.....	35
Bibliographie	37
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

CA : Conseil d'Administration

CH : Centre Hospitalier

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé en Santé mentale

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

COS : Conseil d'Orientation Stratégique

CSRIMT : Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et médico-techniques

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

HAS : Haute Autorité de Santé

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

PRP : Praticien Responsable de Pôle

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

Introduction

La gouvernance, entendue comme « *un système souple de gestion des sociétés ayant pour but l'épanouissement régulé des créativités*¹ » selon Philippe Moreau Defarges, se met en place à l'hôpital dans le cadre du « plan hôpital 2007 », et se formalise entre autres mesures par la mise en place d'une gestion hospitalière déconcentrée en pôles d'activité dans un objectif de contractualisation interne entre les responsables médicaux et l'institution déjà initiée dans l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 (Cf. annexe 1) portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

L'ordonnance n° 2005-406 du 02 mai 2005 (Cf. annexe 2), donne l'injonction aux établissements de santé de définir librement leur organisation interne médicale, médico-technique, administrative et logistique.

C'est la mise en place d'une organisation en pôles d'activité effective au plus tard le 31 décembre 2006 qui doit permettre la contractualisation interne avec pour objectif la déconcentration de la gestion hospitalière interne qui implique davantage les responsables des structures médicales en leur confiant des prérogatives décisionnelles et une véritable délégation de gestion.

J'ai vu se mettre en place dans le centre hospitalier régional Universitaire dans lequel j'exerçais mes fonctions de cadre de santé, l'organisation en pôles d'activité qui s'est formalisée par la diffusion par courriers électroniques et notes d'informations d'un nouvel organigramme de direction présentant quatorze pôles d'activité gérés chacun par un trinôme composé d'un cadre supérieur de santé, d'un cadre supérieur administratif et d'un médecin praticien hospitalier responsable de pôle nommé par le directeur et le président de la Commission Médicale d'Etablissement, après avis du conseil de pôle, de la CME² et du conseil exécutif.

Sur le nouvel organigramme, les directeurs des soins devenaient attachés à deux ou trois pôles d'activité et étaient considérés chacun comme un « correspondant privilégié » au même titre que le directeur référent et « complétant l'encadrement des pôles ».

Dans les centres hospitaliers d'autres cas de figures sont possibles et ne positionnent pas forcément le directeur des soins auprès de pôles particuliers mais en situation transversale à l'ensemble des pôles.

Afin de clarifier les prérogatives inhérentes à ma future fonction de directeur des soins, je me suis alors interrogée sur le positionnement qui devenait le leur dans cette nouvelle

¹ MOREAU DEFARGES P., *La gouvernance*, p. 17

² CME : Commission Médicale d'Etablissement

organisation en pôles d'activité qui plaçait le directeur des soins transversalement à quelques pôles ou à l'ensemble des pôles de l'établissement.

Différents textes réglementaires définissent les missions du directeur des soins depuis le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 (Cf. annexe 3) et certains points des prescriptions réglementaires récentes réforment les missions du directeur des soins. Ainsi il peut être nommé par le directeur de l'établissement coordonnateur général des soins et exercer sous son autorité des fonctions de coordination générale et de mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

À ce titre il est chargé d'élaborer avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins jusqu'à sa mise en œuvre. Par ailleurs, il prend part « *en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques* » à la conception, l'organisation et l'évolution des services et activité de soins.

Dans le contexte de l'organisation en pôles d'activité, le directeur des soins doit mettre en œuvre les compétences nécessaires à une adaptation au monde hospitalier actuel d'action sanitaire, sociale et médico-sociale, d'interaction avec ses différents acteurs, d'imprévisibilité et de créativité en investissant pleinement sa mission de coordination des activités de soins, de rééducation et médico-techniques.

Les prescriptions législatives et réglementaires relatives aux missions et activités des directeurs des soins, managers membres de l'équipe de direction, nécessitent qu'ils organisent leurs activités en prenant en compte un contexte de réforme en pleine mutation. La fiche métier du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière prévoyait déjà en 2004 les tendances d'évolution du métier de directeur des soins des activités paramédicales vers des compétences renforcées en management stratégique, contrôle de gestion, systèmes d'information et négociation avec les partenaires internes et externes à l'hôpital (Cf. annexe 4).

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 précise dans l'article L.6146-6 du code de la santé publique, que le directeur des soins, investi de la mission de coordonnateur général des soins, coordonne l'ensemble des acteurs de soins, de rééducation et médico-techniques. L'article R.6146-4, prévoit que la CSIRMT³ dont il est le président, est consultée entre autres thèmes sur l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Par ailleurs elle renomme le service de soins infirmiers : service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dont la contribution, le fonctionnement et les prérogatives sont définies par le décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 (Cf. annexe 5).

³ CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques

Ainsi le directeur des soins a toute sa place dans le contexte de la mise en place de l'organisation interne de l'hôpital en pôles d'activité, pour veiller à la mise en œuvre du projet de soins après en avoir défini les orientations et diriger la conduite. Il lui incombe d'investir sa fonction de manager dirigeant, pour faire vivre le projet de soins au quotidien.

Dès lors, en quoi la mise en place de l'organisation interne de l'hôpital en pôles d'activité est-elle l'opportunité pour le directeur des soins de repenser ses activités et de se positionner en « *traducteur*⁴ » des différentes logiques professionnelles au service de la personne soignée lors de la gestion du projet de soins ?

Sous-question : Comment le directeur des soins repense t-il ses activités pour articuler son travail prescrit par les textes réglementaires et son travail réel dans la nouvelle organisation hospitalière en pôles d'activité, et gérer la mise en œuvre du projet de soins ?

Hypothèse 1 : Le directeur des soins veille à la cohérence de la mise en œuvre du projet de soins décliné dans les différents pôles d'activité en coordonnant l'ensemble des acteurs de soins, de rééducation et médico-techniques.

Hypothèse 2 : Le directeur des soins se positionne en « *traducteur* » des différentes logiques professionnelles (soignantes, médicales, administratives et logistiques) au service de la personne soignée pour gérer la mise en œuvre du projet de soins dans les différents pôles d'activité et renforce ainsi ses compétences en management stratégique.

Hypothèse 3 : Le directeur des soins se positionne en prestataire de service des différents pôles d'activité pour veiller à rendre opérationnelle la mise en œuvre des différents axes du projet de soins.

Après avoir défini les cadres contextuel et conceptuel de la mission du directeur des soins dans la nouvelle gouvernance hospitalière, j'analyserai le discours recueilli auprès des acteurs de l'organisation en pôles d'activité grâce à des entretiens semi directifs et présenterai enfin quelques axes de propositions relatives à l'exercice de ma future fonction de directeur des soins.

⁴ AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN YF., *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, p. 157

1 Cadres contextuel et conceptuel

1.1 Cadre contextuel

1.1.1 La nouvelle gouvernance hospitalière

À l'hôpital la qualité des soins s'organise en mettant en place une politique rigoureuse de prévention des risques en santé qui inclut le risque financier auquel sont exposés les établissements de santé publics. Le plan hôpital 2007 (Cf. annexe 6) l'a prévu, l'hôpital doit durer. La santé publique est en jeu et la gestion hospitalière a sa part de responsabilité dans ce domaine. Elle doit innover pour promouvoir le développement durable en santé et être prête à se confronter à différents enjeux. Le vieillissement inéluctable des populations a des conséquences sur l'adéquation de l'offre de soin aux besoins de santé des populations. Le développement de la précarité renforce le rôle social de l'hôpital et impose de développer des offres innovantes. Le coût croissant de la santé a orienté l'hôpital vers des modes de financement nouveaux : le « plan hôpital 2007 » et la mise en place de la tarification à l'activité pour plus d'efficience.

En 2003, face au diagnostic préoccupant sur la situation de l'hôpital établi par les trois rapports (« *rapport parlementaire du député René Couanau sur le « désenchantement hospitalier* » ; *rapport des professeurs Dominique Ducassou, Daniel Jaeck et Benoît Leclercq relatif aux spécificités du CHU*⁵ ; *rapport de Denis Debrosse sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale*⁶ ») Jean-François Mattei ministre de la santé de l'époque décide de lancer une réforme d'envergure pour « *redonner ambition et espoir à l'hôpital. Un dispositif d'accompagnement spécifique prévoit de restaurer « la confiance et la responsabilité partagée », en relançant l'investissement et en modernisant, en profondeur, les règles de gouvernance et de fonctionnement de l'hôpital. Les principales mesures concernent l'allègement des contraintes extérieures et la modernisation de la gestion interne des établissements*⁷. », « *Les pouvoirs publics ont lancé en 2002 le plan hôpital 2007, vaste réforme, ambitieuse et de grande ampleur. Un nouveau mécanisme de financement est mis en place. La rénovation d'un patrimoine immobilier est accélérée. Enfin une organisation rénovée de l'hôpital est prévue*⁸. »

⁵ CHU : Centre Hospitalier Universitaire

⁶ ANATOLE – TOUZET V., juin 2004, « *La gouvernance compromis ou étape vers un nouveau management hospitalier ?* », *Revue hospitalière de France*, n°498, p. 22

⁷ MORDELET P., *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, p. 324

⁸ ESPER C., *La nouvelle gouvernance hospitalière : vers une meilleure prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale*, Actes du colloque de Toulon (novembre 2005) – Sous la direction d'Antoine LECAS et de Geneviève REBECQ, p. 83

Le dernier volet du « plan hôpital 2007 » se concrétise par la nouvelle gouvernance hospitalière. Elle se met en place à l'hôpital selon la prescription de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 qui énonce que pour remplir leurs missions les établissements publics de santé doivent définir librement leur organisation interne grâce à un découpage en pôles d'activités cliniques, médico-techniques, administratives et logistiques pour une gestion décentralisée de l'hôpital. L'application de l'amendement liberté de la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 (Cf. annexe 7), qui autorisait déjà la gestion décentralisée de la fonction publique hospitalière en centres de responsabilité gérés par les acteurs du corps médical, paramédical et administratif se généralise.

À l'initiative de la DHOS⁹ un groupe de réflexion s'est constitué afin de construire un guide méthodologique destiné à accompagner les acteurs hospitaliers dans la mise en place de la « *nouvelle gouvernance*¹⁰. »

1.1.2 L'organisation en pôles d'activité

L'organisation en pôles d'activité propose des objectifs affichés de responsabilisation, mutualisation et évaluation. La décentralisation de l'hôpital s'opère par la mise en place obligatoire des pôles d'activité. La responsabilisation des acteurs, la mutualisation des ressources humaines et matérielles, l'évaluation et la liberté d'organisation sont les principes fondateurs de cette réforme qui devait être effective au 31 décembre 2006. Le législateur prescrit ainsi la simplification juridique des établissements publics de santé par un découpage en pôles d'activité censé encourager le travail pluridisciplinaire et améliorer la prise en charge des patients. La configuration et le nombre des pôles sont laissés à l'appréciation des établissements de santé. La mise en place des pôles poursuit un double objectif, elle devrait permettre : d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes soignées en favorisant un décloisonnement des services de soins et des métiers de l'hôpital et de maîtriser l'utilisation des ressources en confiant leur gestion aux acteurs de terrain en s'appuyant sur le principe de subsidiarité.

Les missions du pôle sont de mettre en œuvre la politique de l'établissement en cohérence avec son projet, d'assurer le fonctionnement technique du pôle et d'élaborer un projet de pôle qui prévoit son organisation générale, ses orientations d'activités, les actions à mettre en œuvre pour améliorer la qualité de soins et ses objectifs dans le champ de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les pôles d'activité sont configurés par le conseil d'administration sur proposition du conseil exécutif. Chaque pôle est dirigé par un praticien responsable de pôle qui conformément à l'article 6146-6 de l'ordonnance du 2 mai 2005 doit « *mettre en œuvre au*

⁹ DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

¹⁰ DHOS. Encadrement et nouvelle gouvernance à l'hôpital – Guide méthodologique, p.3

sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le Directeur et le Président de la CME afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle ». Le contrat de pôle doit définir : « les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats, les conséquences en cas d'inexécution du contrat ».¹¹

Pour organiser le fonctionnement technique du pôle, le responsable de pôle est assisté par un cadre de santé ou sage-femme, et d'un cadre administratif.

1.1.3 Le directeur des soins

L'infirmier général est devenu directeur des soins depuis le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Les missions du directeur des soins sont aussi définies dans le décret du 26 décembre 2005 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et au conseil de pôles d'activité qui *« peut entendre tout professionnel compétent sur une question inscrite à l'ordre du jour »* mais quelles compétences le directeur des soins devra t-il mettre en œuvre en référence à ses missions ? Les projets de pôles doivent comporter des objectifs notamment en matière d'évaluation des pratiques professionnelles et en ce sens le directeur des soins est concerné car il est lui-même chargé de la mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales dans le cadre de la certification « V2 » (Cf. annexe 8) et consulté en tant que président de la CSIRMT. Le directeur des soins est associé dans le même texte réglementaire aux conseils de pôles est-ce à dire que sa présence sera systématiquement requise en tant que membre de l'équipe de direction au niveau des conseils de pôles ?

Le référentiel de positionnement élaboré par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique pour la formation des directeurs des soins définit deux compétences dans l'un des cinq champs d'activité du directeur des soins, la gestion de projet : *« décider les orientations du projet de soins en l'inscrivant dans une démarche stratégique et référencée et diriger la conduite du projet de soins en l'inscrivant dans sa dimension stratégique et opérationnelle ».*

Afin de permettre à chacun un meilleur exercice de ses responsabilités le « Rapport Larcher » paru le 10 avril 2008, prévoit de faire évoluer les règles de gouvernance interne des hôpitaux publics et dans la partie relative aux organes décisionnels, il envisage de « resserrer » la composition du conseil exécutif *« afin de mieux valoriser sa fonction exécutive, en centrant sa dimension médicale autour des responsables de pôles,*

¹¹ DUPONT M., ESPER C., PAIRE C., *Droit hospitalier*, p. 376

responsable du management de l'activité clinique qui est l'objet même de l'hôpital, ainsi que du directeur des soins. Le principe de parité entre médecins et administratifs n'apparaît pas fondamental. » Le conseil exécutif deviendrait alors un directoire disposant de larges compétences en gestion et présidé par le chef d'établissement. Le directeur des soins serait clairement positionné à l'intérieur de ce directoire au niveau stratégique et décisionnel.

1.1.4 Le projet de soins

La méthodologie selon laquelle le directeur des soins coordonne la mise en œuvre du projet de soins décliné dans les différents pôles d'activité mérite d'être précisée.

Le projet de soins fait partie des activités principales décrites dans la fiche métier du directeur des soins et des activités paramédicales dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Il est clairement fait allusion aux déclinaisons du projet de soins qui prennent tout leur sens dans l'organisation en pôles d'activité et concrétisent sa mise en œuvre à travers ses différents axes pilotés par les cadres de santé ou cadres supérieurs de santé assistants de pôles. Le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 précise que le directeur des soins « *élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité.* » C'est là une injonction très claire à la démarche méthodologique participative.

Il est souhaitable que l'élaboration écrite du projet de soins comprenne une partie relative aux valeurs et aux missions du service des soins et les concepts fondamentaux sur lesquels il s'appuie pour fonctionner. Une deuxième partie pourrait préciser les objectifs du projet de soins et ses différentes orientations déclinées en fiches action. Une troisième partie évoquerait la méthodologie de mise en œuvre et d'évaluation ainsi que l'échéancier.

1.2 Cadre conceptuel

Afin de préciser les opportunités de positionnement du directeur des soins dans l'organisation en pôles d'activité, il convient de clarifier les concepts de « *gouvernance, de traduction, de stratégie et de management* » appliqués au contexte des missions et activités du directeur des soins dans l'organisation en pôles d'activité.

1.2.1 La gouvernance

« Le cheminement des utopies est énigmatique. Le XXe s'achève sur l'enterrement d'une grande utopie : le communisme marxiste, dont l'un des buts est l'abolition de l'Etat. Au même moment émerge l'idée de gouvernance, qui, elle aussi, a peut être pour objectif ultime la disparition de l'Etat. C'est ainsi que Philippe Moreau Defarges définit la gouvernance faisant apparaître ses contradictions ; sommes-nous en face d'une lutte

pour le pouvoir entre l'Etat et l'individu dans un contexte où le développement durable apparaît comme le principe supérieur commun à toutes les démocraties ?

La gouvernance s'organise comme un processus pour le respect de certaines valeurs, le développement durable dans la démocratie et préfère adopter un modèle de management au sens « d'art de gouverner » participatif et créatif des adhocraties¹² selon Chris Argyris plutôt qu'un modèle hiérarchique, bureaucratique au sens Weberien¹³ du terme.

Le modèle d'organisation suggéré par Chris Argyris s'appuie ainsi sur plusieurs principes d'action tels que : « *l'élargissement et l'enrichissement du travail par une participation au processus de prise de décision, une participation à la conception du travail et des informations sur les résultats atteint, la décentralisation du contrôle de gestion et la sensibilisation des salariés aux aspects économiques de leur activité.* »

La gouvernance est-elle selon Philippe Moreau Defarges, « *l'enfant de la démocratie*¹⁴ » ? Dès 1990, l'idée de gouvernance apparaît dans les pays anglo-saxons même si le terme existe depuis le XIIème siècle pour désigner les systèmes féodaux de baillages.

La gouvernance est un processus dans lequel s'inscrivent de multiples acteurs pour prendre part au gouvernement des collectivités humaines pour le respect d'une valeur de plus en plus d'actualité depuis 1970, le développement durable.

La gouvernance quel que soit son champ, mondial, européen, entrepreneurial, citoyen, a pour objectif de prendre soin des générations actuelles sans compromettre l'avenir des générations futures. Le développement durable est devenu une valeur à respecter pour tout individu vivant en collectivité qui veut préserver aujourd'hui et demain l'avenir biologique, sanitaire, social, économique-politique et écologique des êtres humains, dans un éden planétaire.

La gouvernance représente pour Jean-Pierre Gaudin une forme d'action publique en réseau. « *La gouvernance ce serait tout bonnement de l'action publique en réseaux, une pratique relationnelle de coopérations non prédéfinies et toujours à réinventer, à distance des armatures hiérarchiques du passé et des procédures routinières. Au principe de cette nouvelle action publique, s'il y a moins de commandement central et de hiérarchie que de procédures de négociation, l'ajustement entre acteurs n'en reste pas moins nécessaire*¹⁵. »

La gouvernance se conçoit dans la souplesse du pilotage des institutions ou entreprises qui fait participer l'ensemble des acteurs afin de laisser émerger l'innovation et la créativité. Pour Philippe Moreau Defarges dans la gouvernance « *la décision doit résulter*

¹² PLANE, J.M. « *Management des organisations* » Paris, Dunod, 2003, p. 96

¹³ PLANE, J.M. « *Management des organisations* » Paris, Dunod, 2003, p. 33

¹⁴ MOREAU DEFARGES P., *La gouvernance*, p. 19

¹⁵ ANATOLE – TOUZET V., juin 2004, « *La gouvernance compromis ou étape vers un nouveau management hospitalier ?* », Revue hospitalière de France, n°498, pp. 21-24

d'une négociation permanente entre les acteurs sociaux, constitués en partenaires d'un vaste jeu, le terrain de jeu pouvant être le monde, une entreprise, un état, une organisation ». Parmi ces acteurs le directeur des soins est partie prenante dans l'organisation en pôles d'activité à l'hôpital grâce à ses compétences communicationnelles et méthodologiques.

1.2.2 Analyse sociologique de la fonction de directeur des soins :

A) « Un traducteur » ?

Lors des journées d'étude des directeurs des soins le 21 mars 2006¹⁶, Xavier Bertrand précisait que les directeurs des soins « *tiennent une place essentielle dans la nouvelle gouvernance* »...leur positionnement est à la croisée des logiques...la direction des soins veillera à la cohérence de la politique menée au sein des différents pôles en lien avec le conseil exécutif. » Si le directeur des soins est perçu comme devant se positionner à la croisée des logiques professionnelles au service de la personne soignée, c'est qu'il est pressenti capable de les mettre en convergence et donc de se positionner en « *traducteur* » de ces différentes logiques médicales, soignantes, administratives, médico-techniques et logistiques.

Pour Gilles Herreros, le « *traducteur* » est celui qui est compétent pour opérer des mises en convergence de différentes logiques. Dans son article intitulé « *Changement, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital* » il explique comment pour conduire toute politique de réforme il est préférable de faire converger les logiques d'action à l'œuvre à l'hôpital, plutôt que de les hiérarchiser afin d'évoluer vers un « *agir ensemble* »¹⁷.

« *Dans le langage courant, traduire renvoie à une opération qui consiste à transformer un énoncé intelligible en un autre énoncé intelligible pour rendre possible la compréhension de l'énoncé initial par un tiers. La traduction est réussie si elle n'a pas engendré un détournement de sens... Pour les sociologues de l'innovation, ce qui relève de la traduction s'inscrit tout à fait dans le cadre de cette définition générale, à ceci près que l'opération ne concerne pas nécessairement le passage d'une langue à une autre mais toute forme de recomposition d'un message, d'un fait, d'une information*¹⁸. »

S'interroger sur les activités du directeur des soins dans le champ de la gestion du projet de soins suppose de s'intéresser au travail réel qui est le sien en l'analysant au travers

¹⁶ BERTRAND X., 2006, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Discours - Journées des directeurs des soins, [visité le 11.03.2008], disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_060321xb.htm

¹⁷ HERREROS G., décembre 1996, « *Changement, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital* », Techniques hospitalières, p. 756

¹⁸ AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN YF., *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, p. 135

d'observations directes descriptives de son quotidien au travail et d'entretiens semi directifs pour entendre ses perceptions de la coordination nécessaire à la mise en œuvre du projet de soins dans le contexte de l'organisation en pôles d'activité.

Avant d'analyser le travail du directeur des soins pour en identifier les activités, il convient de rappeler la distinction opérée par Leplat en 1997 entre tâche et activité. Pour l'auteur « *il y a toujours plus dans le travail réel (ou activité) que dans la tâche prescrite* ».

L'analyse de Leplat s'est d'abord développée au moment du taylorisme triomphant, pour montrer que même dans les activités d'exécution...il subsistait toujours un écart entre le travail prescrit et le travail réel et que c'était en analysant cet écart qu'on pouvait repérer le sens de l'activité de l'opérateur.¹⁹ »

Le contexte actuel des réformes de la nouvelle gouvernance hospitalière conduit le directeur des soins à exprimer comme tout professionnel ce que Guy Jobert appelle « *une intelligence au travail* » entre la mission qui lui est prescrite par les textes et celle qu'il accomplit dans la réalité quotidienne de la nouvelle gouvernance hospitalière. Cette « *intelligence au travail* » s'exprime au travers de ses différentes activités et notamment « *la formalisation et la réalisation du projet de soins et de ses déclinaisons en liaison avec le projet d'établissement et en partenariat avec le corps médical et les membres de l'équipe de direction* » comme l'indique le chapitre relatif aux activités dans la fiche métier « *du directeur des soins et des activités paramédicales* » du « *répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière* ».

B) Un stratège

Le directeur des soins a une mission incontournable de coordination indispensable au bon déroulement de l'organisation des soins et se positionne dans une dimension plus stratégique que hiérarchique afin d'apporter appui et accompagnement aux différents acteurs des pôles d'activité dans leurs différentes missions de délégation.

Etre stratège suppose de connaître précisément ses compétences et ses limites afin d'être en mesure d'identifier les zones d'incertitudes que l'on peut maîtriser pour mettre en place un plan d'actions en anticipant sur les intentions de ses interlocuteurs.

Le pilotage des politiques d'organisation des soins nécessite la mise en place d'une stratégie de management qui concilie les prescriptions réglementaires et la prise en compte des contextes spécifiques des situations de travail pour trouver le moment le plus propice aux évolutions des organisations des structures de soins. Le directeur des soins fait preuve de stratégie lorsqu'il choisit le moment opportun pour agir. Ainsi il peut décider de proposer au chef d'établissement d'accéder à la demande d'infirmiers exerçant en

¹⁹ PASTRE P., MAYEN P., VERGNAUD G., Janvier-février-mars 2006, La didactique professionnelle, Revue française de pédagogie, n°154, pp. 145 - 198

réanimation, de travailler sur une amplitude horaire de douze heures au moment où l'établissement public de santé applique la mise aux normes des effectifs infirmiers des services de réanimation conformément au décret n°2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique. La stratégie consiste à mettre en place une organisation du travail sur une amplitude horaire de douze heures au moment où les effectifs augmentent afin de minorer l'inconvénient d'une fatigue accrue des personnels exerçant leur fonction sur une amplitude horaire de douze heures. La stratégie est d'autant plus efficace si elle renforcée par une concertation avec l'ensemble des acteurs tels que les partenaires sociaux, les médecins réanimateurs, le médecin du travail et la direction des ressources humaines.

Lorsqu'ils évoquent le concept central de stratégie, Michel Crozier et Erhard Friedberg, précisent que le comportement de l'acteur stratège « *a toujours deux aspects : un aspect offensif : la saisie d'opportunités en vue d'améliorer sa situation ; et un aspect défensif : le maintien et l'élargissement de sa marge de liberté, donc de sa capacité à agir*²⁰. »

*Du coup, la qualité majeure de l'acteur stratège, consiste, d'une part, à connaître la stratégie de l'autre, et, d'autre part, à être lui-même imprévisible*²¹.

Ainsi le directeur des soins est censé développer une compétence d'anticipation en se positionnant en permanence dans la prospective, la prévision et la prévention.

C) Un manager

Quelque soit son niveau de responsabilité le manager devrait inscrire ses pratiques de management dans les cinq fonctions recommandées par le « *guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé* » : « *prévoir, organiser, décider, motiver et évaluer* » (Cf. annexe 9). Selon les recommandations du guide pour l'autodiagnostic des pratiques en management proposé par la Haute Autorité de Santé, le manager responsable efficace doit être capable « *de négocier, de contracter en interne et en externe, de responsabiliser en mettant en place des délégations, de motiver et d'obtenir et de partager des informations fiables*²² ».

C'est là un rôle que le directeur de soins a tout intérêt à investir pour assumer ses missions pour concevoir la politique des soins et des activités paramédicales dont il dirige la mise en œuvre selon les prescriptions de sa fiche métier du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

²⁰ CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, p. 56

²¹ ALTER N., *Sociologie du monde du travail*, p. 92

²² HAS / Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, 2005, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, p. 8

2 Le directeur des soins dans l'organisation en pôles d'activité à l'hôpital : la réponse des acteurs sur leurs perceptions de la réalité

2.1 Méthodologie

2.1.1 Les outils de recueil des données

Pour répondre à mon questionnement j'ai exploré comment le directeur des soins repense ses activités pour rendre opérationnelle la mise en œuvre du projet de soins dans la nouvelle organisation hospitalière en pôles d'activité et comment il opère des mises en convergence des différentes logiques professionnelles au service de la personne soignée. J'ai souhaité explorer l'avis des différents acteurs des pôles d'activité et de l'équipe de direction à propos du rôle du directeur des soins dans la gestion du projet de soins décliné dans les différents pôles d'activité.

La méthode de recueil des données que j'ai choisie s'appuie sur deux outils :

- « *l'observation directe*²³ » descriptive des activités professionnelles quotidiennes de deux directeurs des soins en centre hospitalier de médecine, chirurgie et obstétrique et en centre hospitalier spécialisé en santé mentale ;

- dix entretiens semi directifs en CH²⁴, CHRU²⁵ et CHS²⁶ auprès de directeurs des soins, de Praticiens Responsables de Pôle, dont deux étaient président de CME, de cadres supérieurs de santé assistants de pôle, de directeurs.

L'observation directe du quotidien de deux directeurs des soins m'a permis d'identifier l'immense travail de coordination de tous les instants mené dans le champ du formel et de l'informel et leurs différentes activités en situation de travail.

Les entretiens semi directifs d'une durée moyenne de trois quart d'heure, ont été enregistrés et retranscrits dans le respect de l'anonymat avec l'accord des personnes interviewées dont certaines ont souhaité être informées des résultats de ce travail.

D'un point de vue méthodologique, j'ai fait le choix d'une méthode qualitative en utilisant l'entretien comme outil de recueil de données. J'ai eu la volonté de respecter la méthode de l'entretien semi directif en restant toujours dans l'empathie, mais j'ai très vite ressenti que la parole qui m'était donnée pendant ces entretiens méritait qu'à mon tour je donne la mienne.

²³ ARBORIO AM., FOURNIER P., *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, p. 49

²⁴ Centre Hospitalier

²⁵ CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

²⁶ CHS : Centre Hospitalier Spécialisé en santé mentale

J'ai répondu à cette impératif de don et de contre don lors des entretiens en manifestant ma présence physique et psychique à la personne qui avait accepté que je l'interviewe. Au minimum, j'ai communiqué en non verbal ou infra verbal pendant les entretiens et selon que je ressentais de la confiance ou de la prudence dans nos échanges de la part de la personne avec qui je m'entretenais je parlais davantage. Je suis allée jusqu'à engager une véritable conversation avec certains, évoluant ainsi vers un entretien « *compréhensif* » d'autres ont pu se sentir frustrés d'une attitude d'écoute parfois trop académique. Jean-Claude Kaufmann, définit l'entretien compréhensif en le distinguant clairement du questionnaire : « *Dans le questionnaire, le ton et la formulation des questions invitent logiquement à des réponses brèves et claires : oui ou non, choix multiples, phrase « ouverte » mais succincte. Ce type de questionnement instaure une hiérarchie dans l'interaction : l'enquêté se soumet à l'enquêteur, acceptant ses catégories, et attend sagement la question suivante. Le but de l'entretien compréhensif est de briser cette hiérarchie : le ton à trouver est beaucoup plus proche de celui de la conversation entre deux individus égaux que du questionnement administré de haut*²⁷ ».

2.1.2 Les limites de ce travail

Des impératifs temporels m'ont contrainte à réaliser la majorité des entretiens des acteurs des pôles d'activité dans seulement deux centres hospitaliers et un CHRU. Ainsi en référence aux propos de Raymond Alain Thiétart l'échantillon des personnes interviewé est réduit à un « *échantillon de convenance*²⁸ ».

« *Les échantillons de convenance désignent les échantillons sélectionnés en fonction des seules opportunités qui se sont présentées au chercheur, ...* ».

Ce travail de recherche n'a aucune prétention à l'exhaustivité il s'inscrit dans une démarche méthodologique qualitative de compréhension de la réalité des situations de travail au travers du discours des acteurs médicaux, paramédicaux et administratifs qui ont accepté d'être interviewés.

2.1.3 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien (Cf. annexe 10) s'adresse à quatre types d'acteurs différents et s'articule autour de trois grands thèmes en lien avec le questionnement. Les cadres supérieurs administratifs ou attachés d'administration hospitalière était soit indisponibles soit remplacés par des directeurs référents de pôles.

²⁷ KAUFMANN, J.C. *L'entretien compréhensif*. Paris : Editions Nathan, 1996. p. 47

²⁸ THIÉTART RA., et coll., 2003, *Méthodes de recherche en management*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, p. 192

A) Les acteurs

Fonction	Etablissement
Directeur des soins 1	Centre Hospitalier Régional Universitaire
Directeur des soins 2	Centre Hospitalier MCO ²⁹
Directeur des soins 3	Centre hospitalier spécialisé en santé mentale
Cadre supérieur de santé 1	Centre Hospitalier MCO
Cadre supérieur de santé 2	Centre hospitalier spécialisé en santé mentale
Président de CME Praticien Responsable de Pôle 1	Centre Hospitalier MCO
Président de CME Praticien Responsable de Pôle 2	Centre Hospitalier Spécialisé en santé mentale
Praticien responsable de pôle 3	Centre Hospitalier MCO
Directeur adjoint au chef d'établissement 1	Centre Hospitalier MCO
Directeur chef d'établissement 2	Centre Hospitalier Spécialisé en santé mentale

B) Les trois grands thèmes explorés sont les suivants :

Thème 1 : l'organisation en pôles d'activité dans la nouvelle gouvernance hospitalière

- sous-thème 1 : les objectifs de contractualisation interne
- sous-thème 2 : le conseil exécutif

Thème 2 : le directeur des soins dans l'organisation en pôles d'activité

- sous-thème 1 : le rôle du directeur des soins
- sous-thème 2 : ses relations avec les autres acteurs

Thème 3 : le projet de soins dans l'organisation en pôles d'activité

- sous-thème 1 : articulation avec le projet d'établissement et le projet médical
- sous-thème 2 : la déclinaison du projet de soins dans les pôles d'activité

2.2 Analyse thématique du discours des acteurs interviewés

J'étudierai le discours des acteurs selon une analyse thématique en distinguant les perceptions des différentes catégories professionnelles sur les trois grands thèmes de l'organisation en pôles d'activité, du positionnement du directeur des soins et du projet de soins. J'articulerai leur discours aux concepts précédemment énoncés.

²⁹ MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

2.2.1 Les directeurs des soins

Thème 1 : l'organisation en pôles d'activité

Directeur des soins 1 en CHRU :

L'organisation en pôles d'activité s'est mise en place depuis trois ans et la contractualisation est effective. Tous les pôles d'activité au nombre de quatorze ont à leur tête un praticien responsable de pôle, un cadre supérieur administratif et un cadre supérieur de santé et sont accompagnés dans leur fonctionnement par un directeur délégué et un directeur des soins délégué. « Aujourd'hui, *sur le CHU il y a cinq directeurs des soins positionnés sur la supervision de deux ou trois pôles d'activité.* » Deux ans après la mise en place des pôles, les délégations de gestion se sont mises en place après identification de zones et de niveaux de déconcentration, notamment en termes de gestion du personnel non médical pour les mises en stage, les titularisations et tous les mouvements de personnel interpôle : « *tout ça c'est la responsabilité totale du pôle d'activité* ». Chaque pôle se voit attribuer une enveloppe financière en début d'année et est autonome dans la gestion de son enveloppe et du prévisionnel des travaux d'amélioration à réaliser sur l'année à l'intérieur du pôle d'activité et en matière de gestion du matériel biomédical : « *lorsqu'il y a des grosses opérations de restructuration par exemple, à ce moment là c'est des décisions stratégiques qui se prennent en conseil exécutif avec des enveloppes hors du pôle, avec une dimension CHU* ».

Chaque semaine le trinôme de pôle accompagné par le directeur et le directeur des soins délégués se réunit pour faire le point sur l'avancée des dossiers, les problématiques, l'analyse de l'activité et les dépenses du pôle. « *Cette rencontre hebdomadaire, permet de pouvoir suivre les dossiers, d'envisager les difficultés, les obstacles à franchir, les perspectives, les projets à mener, de dépasser les enjeux stratégiques pour aller dans la mise en œuvre et l'opérationnel.* » Les décisions finales sont prises et validées en conseil exécutif et les directeurs délégués au pôle se positionnent en soutien et en guidance pour la mise en œuvre.

Directeur des soins 2 en CH MCO :

D'après le directeur des soins la contractualisation en est à ses prémises : « *On a fait quelques petits contrats épars et souvent la contractualisation c'est vécu par les acteurs comme un moyen d'obtenir des moyens en personnel ou en matériel.* »

Le trinôme de pôle est constitué d'un praticien responsable de pôle, d'un cadre supérieur de santé assistant de pôle et d'un directeur référent assisté par un adjoint administratif.

Elle a participé à la construction des pôles d'activité en donnant son avis sur la cohérence des regroupements des unités de soins et en proposant les cadres supérieurs assistants de pôles avec qui elle « *souhaitait* » fonctionner et dont elle a défini les missions grâce à des fiches de poste. Le recrutement et la mobilité des personnels restent centralisés au niveau de la direction des soins et de la direction des ressources humaines qui a décidé

de mettre en place une « *pseudo mutualisation* » du personnel entre les différents pôles en gardant un regard sur les compétences du personnel qui effectue des remplacements d'un pôle à un autre. « *On a réussi ces cinq, six dernières années à décroisonner, c'est-à-dire qu'une infirmière de pédiatrie va aller en unité d'hospitalisation de courte durée remplacer si besoin et ce dont on doit être garant c'est que le pôle ne reclouisonne pas* ». Le directeur des soins fait une allusion très nette au risque de survenue de l'effet pervers que peut engendrer l'organisation en pôles d'activité : l'effet inverse de celui escompté, le cloisonnement et se positionne avec l'encadrement supérieur en garant du principe de décroisonnement entre les pôles. Le directeur des soins représente le personnel paramédical et siège au conseil exécutif où il représente le seul soignant non médical qui amène son expertise et a toute sa légitimité. « *Je lisais dernièrement un bilan qui disait que 80 à 90 % des conseils d'orientations stratégiques incluait le directeur de soins.* »

Directeur des soins 3 en CHS :

La contractualisation n'est pas encore en place et l'organisation en pôles d'activité doit permettre de réintroduire un itinéraire du patient plus cohérent, si nécessaire et surtout de réintroduire le médecin dans le management. Dans les établissements spécialisés en santé mentale la notion de secteur ressemble à la notion de pôle et les médecins psychiatres chefs de service avaient déjà une position qui pouvait être apparentée à celle d'un chef de pôle. En psychiatrie, l'organisation en pôles d'activité pose clairement la question de la position des divers acteurs et les conduit à se « *réinterroger* » sur les limites de leurs actions et leurs champs communs d'intervention. Le directeur des soins évoque clairement le risque de « *balkanisation* » lié à la mise en place de l'organisation en pôles d'activité. « *Il serait dommage qu'on arrive à une balkanisation plus importante alors que le désir ce n'est surtout pas de balkaniser, au contraire c'est de coordonner d'où l'importance aussi de la place du directeur des soins.* » Il ne sent pas une réelle force du conseil exécutif qui reste dans le consensus et débat sur l'organisation de l'hôpital.

Thème 2 : le directeur des soins

Directeur des soins 1 en CHRU : les directeurs des soins délégués à deux ou trois pôles d'activité au même titre que les directeurs délégués, ont un rôle d'accompagnement des acteurs du pôle dans la gestion opérationnelle des délégations de gestion. Cette organisation est perçue comme une plus value par le directeur des soins pour guider, accompagner soutenir les praticiens responsables de pôle dont la mission reste encore difficile à assumer face à leurs pairs en cas de restructurations. « *c'est parfois très difficile pour eux, de pouvoir dire tu as une unité remplie, occupée à tant pour cent, tu as une DMS³⁰ qui est de tant, la moyenne nationale est de tant, il faut travailler là-dessus,*

³⁰ DMS : Durée Moyenne de Séjour

il faut restructurer, il faut fermer des lits, ça c'est difficile, et le directeur délégué et le directeur des soins délégué viennent en soutien, en accompagnement et en aide au positionnement pour le trinôme, voilà ! »

Les directeurs des soins délégués aux pôles sont sous l'autorité hiérarchique d'un coordonnateur général des soins, membre du conseil exécutif, instance décisionnelle, qui se réunit une fois par mois et pose les perspectives de restructuration au regard de la nouvelle gouvernance et de la tarification à l'activité à 100%.

Le directeur des soins délégué aux pôles interviewé se considère comme un maillon organisationnel indispensable au fonctionnement des pôles. Il insiste sur l'importance de créer un climat de confiance avec les acteurs pour pouvoir avancer avec eux et il se positionne comme « *partie prenante dans la vie du pôle* ».

Le mot « *confiance* » apparaît à sept reprises dans le discours, c'est dire l'importance que le directeur des soins accorde aux relations interpersonnelles avec les différents acteurs du pôle. Elle ajoute qu'il faut bien un an pour créer un climat de confiance avec les différents acteurs du pôle et notamment les cadres supérieurs assistants de pôle.

Le directeur des soins considère qu'elle a un rôle d'accompagnement dans un climat de confiance et de partage : « *la notion de pouvoir, la notion de territoire, ce sont des choses qui s'estompent me semble t – il avec la nouvelle gouvernance, par contre cette notion de partage des informations, cette notion de guidance d'accompagnement jusque dans la méthodologie pour monter les projets, moi je la sens forte.* »

Directeur des soins 2 en CH MCO:

Le directeur des soins fait souvent référence à ses compétences stratégiques et utilisera dix fois le mot « *stratégie* » dans son discours d'environ trois quarts d'heures.

La direction des soins se positionne fermement lorsqu'il s'agit de défendre la mutualisation des masseurs kinésithérapeutes affectés au pôle médico-technique et mobiles sur l'ensemble des pôles ayant besoin de leurs compétences.

Le directeur des soins collabore étroitement avec la direction des ressources humaines pour le recrutement du personnel paramédical pour qui elle fait des propositions en termes de compétences validées par le directeur des ressources humaines.

Le directeur des soins propose des changements d'organisation dans les soins qu'elle fait valider par le directeur chef d'établissement, le directeur des ressources humaines en concertation avec les partenaires sociaux puis en informe le président de la CME, voir les praticiens responsables de pôles. Le directeur des soins travaille en étroite collaboration avec les cadres supérieurs assistants de pôle qu'elle rencontre en réunion hebdomadaire et à qui elle délègue différents projets émanant des grandes orientations du projet de soins. Elle rencontre les cadres de santé de proximité une fois par mois et travaille avec eux sur certains dossiers en l'absence des cadres supérieurs assistants de pôle. Le directeur des soins résume son rôle à des missions de coordination, d'animation des

équipes de cadres de proximité et de cadres supérieurs assistants de pôle, de gestion des personnels, de suivi des recrutements en termes de compétences, le tout selon une démarche stratégique d'adaptation au contexte pour garantir la continuité des soins. En cas d'absentéisme imprévu, sollicitée par les cadres supérieurs assistants de pôle et en concertation avec eux, elle prend des décisions de mobilité du personnel en se conformant strictement à la réglementation en termes de normes d'effectif. « *Elle est légitime la direction des soins, ce n'est pas une direction de pouvoir, c'est une direction de compétences et de propositions.* » Le directeur des soins considère qu'elle dispose d'un espace stratégique, de mise en place des projets et de conseil. Pour elle le directeur des soins doit favoriser le décloisonnement dans l'organisation en pôles d'activité, en faisant circuler les informations relatives à l'organisation des soins de façon ascendante et descendante en s'appuyant sur les relations de confiance établies avec les cadres supérieurs assistants de pôles.

Directeur des soins 3 en CHS:

L'organisation en pôles d'activité dans le contexte de la nouvelle gouvernance a été l'occasion pour le directeur des soins de réaffirmer et de renforcer son rôle de coordination. Il assure le fonctionnement transversal du « *service des soins* » à tous ses niveaux. Il entretient avec les responsables de pôles une relation de confiance et les rencontre régulièrement, parfois pour préciser son rôle. « *Il a fallu que je reprécise quel était le rôle du directeur des soins, quels textes appuyaient ses missions, quel était son rôle et ce que le directeur des soins ne souhaitait pas déléguer dans le cadre de la gouvernance.* » Tout le travail du directeur des soins a été de préciser ce qui restait de son espace de décision et tout ce qu'il souhaitait déléguer, déconcentrer vers les assistants de pôle qu'il rencontre hebdomadairement. Le directeur des soins considère que c'est lui qui coordonne, qui « *met en convergence* » et c'est là une allusion très nette à la définition du « *traducteur* » selon Gilles Herreros pour qui « *c'est à découvrir des traducteurs (ceux qui opèrent des mises en convergence³¹) qu'il faut s'employer en priorité, plus qu'à réfléchir aux dimensions techniques des réformes.* » Le directeur des soins ne se considère pas actif dans le projet de pôle.

Thème 3 : Le projet de soins :

Directeur des soins 1 en CHRU :

Les directeurs des soins travaillent sous la guidance du coordonnateur général des soins à l'élaboration d'un projet de soins sur les axes forts identifiés pour le projet médical.

³¹ HERREROS G., décembre 1996, « *Changement, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital* », Techniques hospitalières, p. 757

Le projet de soins est découpé en trois grands axes stratégiques, le premier concerne l'amélioration du management, de la gestion des ressources et des compétences, le second tend à rendre plus performantes les organisations des soins et les prises en charge des patients et le troisième renforce la professionnalisation pour mieux répondre aux grands enjeux de santé publique. Le projet de soins s'articule aux projets médical et social et s'échelonne sur six ans jusqu'en 2011. Chaque directeur des soins délégué aux pôles d'activité porte un axe ou certaines orientations du projet de soins et est responsable de la mise en œuvre, déclinée en transversalité sur le CHRU ou sur certains pôles d'activités au regard de la problématique et de la spécificité traitée.

Porteur d'un axe relatif à l'optimisation de la prise en charge du patient, le directeur des soins interviewé a « *réinterrogé* » la logique et le découpage du projet de prise en charge du patient conçu par site pour le retravailler au regard de la mise en place des pôles d'activité et de la nouvelle gouvernance selon une méthodologie précise regroupant les acteurs de chaque pôle d'activité. Les axes du projet de soins se déclinent au sein des différents pôles d'activité au travers de fiches projet ou actions supervisées par les cadres supérieurs de santé assistants de pôle et relayées par les cadres de santé de proximité et les équipes paramédicales selon les priorités de chaque unité de soins.

Directeur des soins 2 en CH MCO :

Le directeur des soins considère que le projet de soins est très articulé au projet médical et qu'il s'inscrit aussi dans des champs qui relèvent essentiellement de l'expertise infirmière comme la construction d'un référentiel de compétences infirmier en réanimation. Pour élaborer le projet de soins le directeur des soins a organisé plusieurs réunions participatives dans les différents pôles regroupant médecins et paramédicaux pour définir avec eux et selon les besoins de la personne soignée et les leurs, les grands axes du projet de soins. Elle l'a construit avec le concours des acteurs de l'établissement de manière générique afin de l'adapter aux évolutions contextuelles telles que la mise en place d'un service d'hospitalisation à domicile. La direction des soins donne la direction générale du projet de soins et délègue aux cadres supérieurs assistants de pôles le pilotage de ses déclinaisons telles que l'informatisation du dossier de soins en organisant des groupes de travail avec les équipes paramédicales.

Le directeur des soins coordonne l'ensemble des démarches en laissant aux acteurs suffisamment d'autonomie pour qu'ils expriment leur créativité tout « *en veillant à la cohérence avec l'organisation* ».

« *Le projet de soins il part toujours d'un besoin, soit du besoin des agents, soit du besoin du patient, tu ne décides pas comme ça, ça part toujours d'un besoin.* »

Directeur des soins 3 en CHS :

Pour le directeur des soins l'articulation entre le projet de soins et le projet médical va de soi. La politique du service de soins reste corrélée à celle de l'établissement. L'élaboration du projet de soins nécessite la participation des médecins, de même que des soignants doivent participer au projet médical. Le directeur des soins est à l'initiative du projet de soins qu'il conduit ou dont il délègue le pilotage selon une méthodologie précise qui s'appuie sur la constitution de groupes de travail faisant participer largement les soignants et « *mettant en convergence les compétences* ». Le projet de soins se décline dans les différents pôles et se formalise là aussi par l'élaboration de fiches actions. « *Le directeur des soins est le starter de la réflexion qui engage l'action.* »

2.2.2 Les cadres supérieurs assistants de pôles

Thème 1 : L'organisation en pôle d'activité

Cadre supérieur de santé 1 en CH MCO :

Le cadre supérieur interviewé a suivi une formation sur l'organisation en pôle d'activité qui a permis de délimiter le rôle de chacun et n'a pas ressenti de difficulté particulière à fonctionner en pôle puisque la nouvelle gouvernance n'a fait qu'officialiser un fonctionnement qu'elle connaissait déjà. « *Moi ça ne m'a pas fondamentalement gêné de devenir assistant de pôle étant donné que je travaillais déjà avec un directeur et un médecin chef de la filière gériatrique donc on était déjà un peu dans ce fonctionnement de triumvirat* » À son sens les directeurs auraient eu intérêt à ne pas intégrer un trinôme pour garantir au maximum leur objectivité. Les conseils de pôle ne sont pas encore constitués mais le trinôme du pôle est composé d'un praticien responsable de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un directeur de site référent. « *J'ai dû apprendre à fonctionner avec deux directeurs, le directeur coordonnateur des soins qui est mon supérieur hiérarchique et un directeur des sites et donc du pôle.* » Les délégations de gestion ne sont pas encore en place d'un point de vue financier. « *On fonctionne encore en budget global avec un fonctionnement global sur la structure en fonction des priorités.* » Les pôles fonctionnent en mutualisant les ressources humaines entre les différentes unités de soins non sans quelques difficultés.

À son sens la seule responsabilisation qui va être difficile est celle des praticiens responsables de pôle. « *Il ne faudrait pas qu'on revienne à un fonctionnement de mandarinat* ». L'intérêt de la mise en place des pôles c'est de décroiser et de favoriser la mobilité des personnels sans bloquer les agents sur un pôle en créant une balkanisation. La gestion de la mobilité des professionnels entre les pôles restent centralisée au niveau de la direction des soins grâce à un fonctionnement utilisant les services infirmiers de suppléance centralisés.

Cadre supérieur de santé 2 en CHS :

Les contrats de délégation ne sont pas encore en place et le cadre supérieur de santé interviewé souhaiterait être associé aux discussions préparant les délégations de gestion.

« C'est plein de questionnements que je soulève en réunions de cadres supérieurs assistants de pôle avec le directeur des soins, ça veut dire quoi le positionnement des assistants de pôle sur des devenirs, lorsqu'on n'est pas conviés forcément aux réunions ? Moi ça me questionne toujours un petit peu, mais bon ! »

Le cadre supérieur est associé à l'expérimentation sur la mise en place de la comptabilité analytique et observe une augmentation de sa charge de travail, relativement au suivi qualitatif des tableaux de bord sur les budgets d'équipements, de personnel. La mise en place de pôles d'activité nécessite un travail de collaboration, de « *partenariat* » de plus en plus important avec le chef de pôle. *« Dès lors qu'on parle de budget délégué à un pôle obligatoirement cela nécessite un travail de réflexion interne au pôle. »* La direction des finances attribue les budgets nécessaires à l'organisation de colloques en lien avec le projet de pôle après avoir recueilli l'avis favorable du trinôme de pôle.

Pour elle la gouvernance n'invente rien et surtout pas les objectifs de responsabilisation, de mutualisation et d'évaluation qui ne pourront pas se concrétiser dans le découpage actuel de l'établissement, un secteur égal un pôle.

Thème 2 : le directeur des soins

Cadre supérieur de santé 1 en CH MCO :

Le directeur des soins se positionne en coordonnateur général des soins et prend les décisions relatives à l'organisation des soins en accord avec le cadre supérieur de pôle. De l'avis du cadre supérieur de santé, le directeur des soins ne doit pas prendre la gestion d'un pôle, elle doit avoir une vue d'ensemble sur tous les pôles sans être partie prenante dans un pôle en particulier au risque de dysfonctionner. *« Parce que justement ça lui permet de garder cette subjectivité et ce survol en lien »*. Les cadres supérieurs de santé assistants de pôle ont des réunions hebdomadaires avec le directeur des soins et des réunions hebdomadaires de secteurs avec les cadres de proximité pour faire circuler l'information de façon ascendante et descendante.

Les cadres supérieurs de santé assistants de pôle travaillent en partenariat étroit avec la direction des ressources humaines et la direction des soins en contrôlant régulièrement leurs effectifs et ont une relative autonomie dans la gestion de leurs mensualités pour les répartir en fonction des besoins. *« Et ça c'est une décision que nous prenons seuls, la direction des soins n'intervient pas, c'est sûr qu'elle le valide, mais c'est nous qui décidons. »* Le cadre supérieur de santé fait des propositions de gestion de l'absentéisme dans le respect des textes réglementaires, les soumet au directeur des soins qui les valide. *« Le travail se fait en instantané si on a vraiment un gros souci on l'appelle. »*

Responsable de différents groupes de travail sur le risque de chute et la gestion du dossier de soins, elle fait partie de la CSIRMT et travaille donc en ligne directe avec le directeur des soins qui la positionne sur des projets régulièrement, en fonction de ses compétences et de ses connaissances. « *Et c'est vrai que c'est un travail très étroit* ».

Les cadres supérieurs de santé assistants de pôle relayent auprès de la direction des soins l'information relative à l'organisation des soins sur les différents pôles d'activité et expriment éventuellement leurs difficultés de fonctionnement.

Cadre supérieur de santé 2 en CHS :

Le cadre supérieur de santé qui a assuré l'intérim de la fonction du directeur des soins, perçoit la fonction du directeur des soins comme « *déchirée* ».

Elle souhaiterait entrer directement en relation avec les différentes directions fonctionnelles sans être obligée de faire valider ses initiatives par le directeur des soins. « *Est-ce qu'on doit toujours être dans cette autorité hiérarchique ? Je ne sais pas, est-ce que le directeur des soins n'aurait pas intérêt à être directeur à part entière d'un département de soins, plutôt que membre de l'équipe de direction ?* »

Le cadre supérieur de santé verrait plus le directeur des soins comme un interlocuteur qu'elle viendrait voir sur des dossiers particuliers en gardant son autonomie pour le reste de sa fonction. « *On ne sait plus qui fait quoi entre le Directeur des ressources humaines et le directeur des soins.* »

Elle considère qu'elle a de « *très bonnes relations* » avec le directeur des soins.

Pour elle la coordination se situe à différents niveaux, infirmier, cadre de santé de proximité et cadre supérieur de santé, elle ne la met pas en lien avec la fonction de directeur des soins. « *C'est le soin qui génère une obligation de coordonner.* »

Thème 3 : le projet de soins

Cadre supérieur de santé 1 en CH MCO :

Les cadres supérieurs de santé ont participé à l'élaboration des différents axes du nouveau projet de soins en rejoignant divers groupes de travail en s'appuyant sur le projet médical pour faire les liens. Le cadre supérieur de santé interviewé donne en exemple la mise en place d'une démarche d'éducation du patient victime d'un accident vasculaire cérébral dans le cadre de la création par le projet médical et le projet d'établissement d'une unité de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique et de rééducation. C'est à son sens une manière de dynamiser le projet de soins, médical ou d'établissement. L'évaluation de la mise en place des différents axes pilotés par les cadres supérieurs s'opère au travers du respect d'échéanciers supervisés par la direction des soins et de synthèse des avancées sur différents axes tels que la tenue du dossier de soins en termes de transmissions ciblées par exemple.

Le rôle du cadre supérieur assistant de pôle consiste à lancer des projets et à s'entourer de personnes suffisamment responsables et dynamiques pour les faire avancer en ayant

un retour de l'information et de ce qui se fait dans les groupes de travail sur les heures supplémentaires rendues aux agents. « *Et ça permet de motiver le personnel de le faire travailler sur un référentiel de compétences en travaillant sur leurs pratiques* ».

Cadre supérieur de santé 2 en CHS :

Les différents projets, de soins, médical, d'établissement doivent s'articuler et s'orienter dans le même sens, avoir une visée commune. « *Le projet de soins, je dois l'avoir quelque part* ». Un projet de soins doit tenir compte de la culture institutionnelle et doit faire l'objet d'une évaluation ; cela reste lourd à mettre en place et nécessite de constituer des groupes de travail, des rencontres, des recherches de consensus.

Le projet de soins doit se décliner dans les différents pôles et être en cohérence avec la réalité de l'organisation des soins et s'articuler avec le projet médical, « *normalement, là sur le projet qui existe il y a plutôt des intentions, mas pas déclinées en actions.* »

2.2.3 Les praticiens responsables de pôles dont deux présidents de la CME

Thème 1 : l'organisation en pôles d'activité

Président de CME 1 en CH MCO :

Pour le praticien responsable de pôle la mise en place des pôles d'activité présente un intérêt celui de redéfinir les missions de chacun des acteurs de la nouvelle gouvernance hospitalière.

Les conseils de pôle regroupent environ dix personnes et les projets de pôles restent à mettre en place. L'établissement était sous doté et l'arrivée de la tarification à l'activité présente plutôt un avantage. Il adhère aux objectifs affichés de la contractualisation interne de responsabilisation, mutualisation et évaluation qui obligent les acteurs à rendre des comptes et favorisent la solidarité entre les pôles. Il perçoit la direction moins directive laissant de l'autonomie aux acteurs du pôle pour la nomination des assistants et la gestion des budgets. Le conseil exécutif comme instance supplémentaire n'a pas beaucoup apporté et le directeur des soins y est très présent. « *Le conseil exécutif c'est bien.* »

Président de CME 2 en CHS :

Le praticien responsable de pôle se considère comme un « *acteur contraint* » de la nouvelle gouvernance hospitalière. « *La nouvelle gouvernance était prévue pour les hôpitaux généraux et les CHU.* » « *La mise en pôles c'est pour les CHU et comme d'habitude la psychiatrie, on suit le mouvement.* »

Pour ce président de CME la « *mise en pôles* » n'a pas de sens et les psychiatres ont demandé à ce qu'un secteur puisse être un pôle du fait de la spécificité de la psychiatrie. « *Et c'est écrit dans hôpital 2007, pour la psychiatrie il y a une dérogation.* »

La première réaction des médecins par rapport à la nouvelle gouvernance a été plutôt bien perçue par la plupart des chefs de service qui ont pensé qu'ils allaient pouvoir

recruter le personnel infirmier et évincer le directeur des soins. Puis les choses se sont repositionnées et notamment la présence du directeur des soins dans le conseil exécutif à l'initiative « *intelligente* » du directeur chef d'établissement, bien que ce n'était pas obligatoire. Les pôles serviront à faire des économies de structures lorsque la tarification à l'activité sera en place. « *Là on fait semblant* ».

Les chefs de pôles sont d'anciens chefs de services et le conseil exécutif est très resserré, quatre administratifs et quatre médecins, le président de la CME, deux responsables de pôles et un praticien hospitalier, « *ça a été sanglant, il y a des responsables de pôles qui n'ont pas apprécié mais je pense qu'on ne peut pas faire l'économie de travailler avec les PH. Les membres du conseil exécutif ne votent pas, car le conseil exécutif reste une instance préparatoire et non décisionnelle, contrairement au Comité Technique d'Etablissement, à la Commission Médicale d'Etablissement et au Conseil d'Administration.* »

Les délégations comprendront une partie quantitative et surtout qualitative en reprenant les Evaluations des Pratiques Professionnelles « *de la V2* ». Chaque pôle s'engagera à reprendre deux EPP³² et des contrats d'amélioration qui émergeront comme priorité comme la libre circulation des patients.

Les responsables de pôles souhaitent avoir leur mot à dire sur les affectations et prendre part au recrutement du personnel pour organiser les soins et prendre part à leur évaluation. Cela pose le problème de l'articulation avec le directeur des soins car ils n'ont pas une vision d'ensemble et ont tendance à ne s'intéresser qu'à leur pôle. « *Je pense que lorsqu'on est intelligent, on arrive chacun à trouver sa place et à faire un effort. C'est vrai qu'il y en a qui utiliseront le pôle pour essayer de prendre la place du directeur des soins.* »

Le médecin et les soignants produisent l'activité et sont « *au centre du jeu* ». *On a un taux d'occupation de 95% donc si vous ne faites pas de sorties il n'y aura pas d'entrées et les budgets vont diminuer* ». Pour le président de la CME l'organisation en pôles d'activité obligera à travailler du mieux possible mais avec moins de moyens et les médecins redoutent la « *protocolisation* » des prises en charge par l'HAS³³ qui n'est pas adaptée à la spécificité de la psychiatrie, car la prise en charge doit être individualisée. « *La psychiatrie doit s'emparer des EPP et ne pas laisser l'HAS l'imposer aux praticiens.* »

Praticien responsable de pôle 3 en CH MCO :

Le praticien responsable de pôle sur un CH MCO considère que ce n'est pas son rôle que de s'occuper de gestion à l'hôpital. Il a accepté d'être responsable de pôle car personne n'était candidat et assume sa fonction en pensant qu'il n'a pas la compétence d'un

³² EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

³³ HAS : Haute Autorité de Santé

gestionnaire. Il a connu le mandarinat « *monolithique* » qui gouvernait bien les hôpitaux. « *Je suis désolé on n'a pas la gestion dans le sang ce n'est pas notre boulot, on n'a pas été formé pour ça.* » Imposer aux médecins d'avoir des pratiques de gestionnaires risque d'avoir l'effet inverse de celui escompté « *ça risque de mal finir* ».

« *On va nous donner des obligations de rentabilité que le public n'est pas prêt à assurer* ». Contrairement aux établissements de santé privés les établissements publics doivent prendre en charge toutes les personnes soignées et « *c'est dans la logique des choses.* » Le praticien responsable de pôle ne voit pas ce que l'organisation en pôles d'activité et la tarification à l'activité vont apporter, sinon un risque de sélection des patients mais il ne pense pas représenter l'avis général.

Il pense que l'organisation en pôles d'activité n'a de sens que si elle se structure selon les filières de soins qui pourraient éventuellement dépasser le cadre de l'hôpital.

Thème 2 : le directeur des soins

Président de CME 1 en CH MCO :

Selon le praticien responsable de pôle, le directeur des soins rappelle régulièrement les prescriptions législatives et réglementaires. « *Elle est quand même présente dans beaucoup de domaines.* »

Il entre en relation directe avec le directeur des soins, souhaite qu'il exerce sa mission et considère qu'il a un pouvoir. « *Le directeur des soins doit être reconnu et respecté* ».

Il joue un grand rôle dans le recrutement et est responsable de tout ce qui concerne la qualité des soins et du projet de soins. « *C'est de sa responsabilité et après elle est chargée de faire l'interface quand même.* » Selon lui, « *elle* » est au carrefour des différentes logiques administratives et soignantes, joue un rôle majeur dans la gestion des conflits et apporte un soutien à l'encadrement.

Président de CME en CHS :

Selon le président de la CME, il faut que le directeur des soins et les PRP³⁴ ajustent leur place, que le directeur des soins accepte de déléguer certaines choses et que les PRP reconnaissent sa place.

Le président de CME est gêné par le fait que le directeur des soins soit dans l'équipe de direction et considère que le directeur des soins doit être dans les soins. « *À la limite, j'aurais préféré qu'il soit indépendant. On a toujours très mal vécu qu'il soit intégré dans l'équipe de direction, le directeur des soins, parce que pour nous il est du côté soignant et l'équipe de direction ce n'est pas des soignants.* »

³⁴ PRP : Praticien Responsable de Pôle

Le président de la CME évoque la complexité de la « *dialectique* » entre l'autorité hiérarchique du directeur des soins et fonctionnelle des médecins.

Praticien responsable de pôle 3 en CH MCO :

Il connaît peu le rôle du directeur des soins, et ne considère pas être un chef de pôle.

Thème 3 : le projet de soins

Président de CME 1 en CH MCO :

Le projet de soins s'articule au projet médical et s'inscrit dans le projet d'établissement.

Président de CME en CHS :

Le projet médical est très prégnant, rédigé à partir de constats objectifs entre médecins. Il y a un lien avec le projet de soins mais les grands axes sont très impulsés par les médecins à partir des besoins des patients.

Praticien responsable de pôle 3 en CH MCO : Le Praticien Responsable de Pôle ne s'est pas exprimé sur le sujet.

2.2.4 Les directeurs

Thème 1 : l'organisation en pôles d'activité

Directeur adjoint 1 en CH MCO :

Pour le directeur l'organisation en pôles d'activité est en passe de devenir opérationnelle grâce aux projets de pôles et au premier contrat cette année car les différents pôles n'ont pas tous été installés (trois sur onze pour l'instant). L'établissement a mis en place une charte de pôles très utile dans les préparatifs qui prévoit des réunions de contrôle de gestion qui garantissent la transparence sur les activités et les niveaux de dépenses. Cette réforme ne peut aboutir que dans un climat de confiance entre les parties prenantes. La mise en place n'a pas été simple et a fait l'objet de nombreux débats car il a fallu convaincre les acteurs qu'un pôle médico-technique assez large était nécessaire.

Les trinômes sont constitués d'un praticien responsable de pôle, d'un cadre assistant de pôle et d'un directeur référent qui doit être un relais entre l'établissement et le pôle.

Les projets de pôle socles du contrat de pôle sont une déclinaison du projet d'établissement et du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (Cf. annexe 11), « *enfin plus d'objectifs que de moyens.* »

L'établissement doit obligatoirement souscrire aux objectifs de responsabilisation, déjà largement constatés, de mutualisation et d'évaluation. La difficulté reste d'y intéresser les médecins qui n'en ont pas pris l'habitude culturelle. « *Ce n'est d'ailleurs pas une question de générations les médecins en fin de carrière ne sont pas les plus rétifs.* »

Le directeur adjoint confirme que la sous dotation historique de l'établissement « *qui n'est pas un grand établissement MCO puisque 50% de son activité est dédiée à la prise en charge des personnes âgées* » a été compensée par le passage à la tarification à

l'activité. Les mutualisations des moyens humains ou matériels difficiles à faire accepter par tous, s'imposent du fait des difficultés de recrutement de personnel pour une solidarité entre les pôles du fait même des missions du service public qui doit atteindre un niveau d'efficacité économique maximum.

L'évaluation reste essentielle en cas de contractualisation selon des critères précis et suivis. Le directeur évoque la possible évolution des établissements publics de santé vers un statut PSPH³⁵ dans le « rapport Larcher » et s'inquiète des prochains amendements à la réforme de la nouvelle gouvernance.

Le conseil exécutif se réunit tous les mois et se nomme Conseil d'Orientation Stratégique « à juste titre » car les acteurs y débattent à parité de nombreux sujets stratégiques encore insuffisamment approfondis de l'avis du directeur adjoint. Il y a encore un écart entre les textes et la réalité de fonctionnement « *et moi ce qui m'intéresse c'est de faire que ces écarts soient les moins grands possibles avec les acteurs présents et l'appui de la direction des soins pour arriver à faire passer plus au quotidien. Décréter la nouvelle gouvernance est loin de suffire.* »

Directeur chef d'établissement 2 en CHS

Pour le directeur chef d'établissement la nouvelle gouvernance est une manière de gérer différemment en permettant à des acteurs de terrain de participer à la gestion de l'établissement et de peser sur les décisions. « *Je vis la nouvelle gouvernance comme permettant à des acteurs de terrain d'être plus acteurs directs sans être pour autant des gens à qui on délègue forcément des signatures, des crédits, des pouvoirs.* »

Elle doit être l'occasion de revoir l'organisation du travail de manière fiable pour concilier davantage les objectifs de soins et les impératifs de gestion, or en psychiatrie la correspondance « *un secteur égal un pôle* » ne rend pas ça très évident contrairement au découpage en entités territoriales qui auraient pu être des pôles d'activité cliniques proposées par le directeur chef d'établissement. « *Les médecins commencent à comprendre que l'organisation en pôles actuelle permettra difficilement l'efficacité.* »

Le conseil exécutif s'est construit sur la base d'un binôme fort, constitué du directeur et du président de la CME qui stratégiquement n'a pas souhaité la mise en place d'un conseil exécutif trop important (quatre directeurs et quatre médecins).

Le directeur des soins fait partie du conseil exécutif et a été placé par le directeur « *quasiment ès qualité* ». La direction a mis en place une cellule d'analyse de gestion composée de deux analystes de gestion (un technicien supérieur hospitalier et un attaché d'administration hospitalière) qui sont référents des responsables de pôles en termes de suivi des futurs budgets de pôles.

³⁵ PSPH : Participant au service Public Hospitalier

Dans le cadre de la mise en place de la comptabilité analytique deux types de tableaux de bord ont été mis en place : d'une part la fiche d'identité du pôle (organisation des services et structures attachées au pôle en termes d'offres de soins pour les pôles cliniques) donnant un tableau des effectifs théoriques et réels des services du pôle pour permettre de définir à terme un budget de pôle ; d'autre part un tableau de bord qui permet le suivi des réalisations des dépenses mensuelles sur la base d'un comparatif entre le prévisionnel et le réel. Une charte définit les grandes règles de fonctionnement de la nouvelle gouvernance pour la constitution des conseils de pôles cliniques dans un premier temps. Les projets de pôles sont en cours de finalisation et permettront ensuite la contractualisation. « *Tout ce qu'on fait d'important à l'hôpital doit passer par le conseil exécutif* ». Il considère qu'il est trop tôt pour évaluer la mise en place des pôles. Pour lui les cadres supérieurs assistants de pôle ont un rôle majeur à jouer dans le suivi et l'utilisation des tableaux de bord précédemment cités qui transitent régulièrement entre la direction et les pôles et permettront de définir un budget net de pôle (hors dépenses institutionnelles, utilisé pour des postes vacants ou des transformations de poste de contractuels dans le respect de l'annualisation budgétaire), géré en partie en déconcentration par les responsables de pôles avec une marge de manœuvre donnée. Ainsi les budgets dédiés à la formation médicale continue, à l'organisation de colloques, à des crédits socio éducatifs sont déjà délégués. *"Je voudrais essayer d'utiliser le principe de la nouvelle gouvernance pour permettre aux acteurs de terrain d'être plus décisionnels sur des petits domaines financiers avec des gros soucis en moins et d'être très décisionnels sur d'autres choses, on nous demande de faire des miracles au moment où on a de moins en moins de crédits."*

Thème 2 : le directeur des soins

Directeur adjoint 1 en CH MCO :

« *Le directeur général des soins* » a toute sa place au sein de l'équipe de direction et l'investit pleinement ; le directeur l'a considéré comme une « *collègue* » qui a un rôle de management important. Le fonctionnement et la mise en place des trinômes de pôles de l'établissement ont été facilités par l'intervention de la direction des soins qui joue le rôle d'interface entre la logique administrative et médicale. « *Si on n'a pas les ressources humaines qui arrivent à faire vivre les outils d'une réforme on ne va pas loin.* »

La participation active du directeur des soins aux projets de l'équipe de direction et de l'établissement est selon lui, essentielle.

Directeur chef d'établissement 2 en CHS :

Le directeur des soins représente la majorité des « *agents* » de l'hôpital et à ce titre il a « *quand même une légitimité extraordinaire* ». Le directeur considère qu'il a une représentativité de plus en plus forte. « *En psychiatrie, c'est lui qui a enlevé aux médecins le pouvoir qu'ils avaient avant.* » Selon lui, les acteurs doivent travailler ensemble et

dépasser les luttes de territoire. Le directeur des soins doit agir avec la légitimité qui lui revient, c'est à lui de la vivre, de se l'approprier. *« Encore faut-il qu'on ne lui mette pas trop de bâtons dans les roues, ça peut être les médecins, ça peut être les syndicats, ça peut être la direction, mais plus en psychiatrie qu'ailleurs. »*

Le directeur des soins est considéré comme le représentant de l'ensemble de la fonction soignante de l'hôpital et *« ce serait dommage de s'en passer. »* De part sa participation au conseil exécutif le directeur des soins a une place immédiatement reconnue dans le cadre de la préparation de l'ébauche de la contractualisation en rappelant les règles sur l'évaluation des personnels, le recrutement et l'affectation des agents qui font partie des grands enjeux.

Pour le directeur, dans un établissement hospitalier, la centralisation du recrutement ne peut pas être remise en cause. Le directeur ne conçoit pas que les praticiens chefs de pôle prennent en charge l'évaluation, la notation et le recrutement des personnels mais il envisage leur participation en termes d'appréciation. Il prévoit une déconcentration ou délégation au cadre supérieur assistant de pôle en termes de gestion des affectations internes au pôle. *« La nouvelle gouvernance ce n'est pas l'éclatement de l'hôpital en pôles, c'est le regroupement des activités en pôles, c'est fondamentalement différent. »*

Le directeur des soins doit être le médiateur entre les différentes logiques médicales, paramédicales et administratives. Il a un rôle fédérateur déterminant et son positionnement révèle celui de l'encadrement. *« Le directeur des soins n'a qu'un seul pouvoir qui lui est reconnu par la réglementation, celui de proposer les affectations, ce qui l'oblige à travailler avec le directeur et le directeur des ressources humaines dans un climat de confiance en concertation. »*

Thème 3 : le projet de soins

Directeur adjoint 1 en CH MCO :

Tous les établissements ont été invités à inclure un projet *« qualité – risques »* au projet d'établissement qui s'articule au projet de soins, au projet médical et au projet social.

Directeur chef d'établissement 2 en CHS :

Selon le directeur, le projet de soins s'articule au projet d'établissement qui *« démarre »* par le projet médical et dont les orientations sont définies par un comité de pilotage dans l'institution pour présenter l'offre de service de l'établissement et son organisation.

Dès lors que le projet médical et le projet de soins sont construits, ils doivent être transmis aux pôles pour travailler sur les déclinaisons particulières des projets de pôles.

Tout projet de pôle doit être une déclinaison locale d'un projet d'établissement en totale cohérence et conformité avec les orientations du projet d'établissement de façon à ce que tous les acteurs puissent s'approprier au travers du projet de pôle à la fois le projet d'établissement et leur propre projet de pôle en y participant pour garantir sa mise en œuvre.

3 Axes de propositions émanant de la synthèse et de l'analyse du discours des acteurs interviewés

Les axes de propositions s'appuient sur la synthèse de l'analyse du discours des acteurs interviewés et concernent l'organisation en pôles d'activité, le positionnement du directeur des soins et le projet de soins.

3.1 L'organisation en pôles d'activité

Tous les acteurs interviewés sont unanimes il y a un risque de « *balkanisation* » et de cloisonnement dans l'organisation en pôles d'activité et le directeur des soins (comme le directeur chef d'établissement) a la vue d'ensemble qui lui permet, s'il en saisit l'opportunité, de coordonner et de mettre en convergence les différentes logiques au service de la personne soignée à l'hôpital.

Selon les établissements la composition des trinômes de pôles est différente et ne correspond pas strictement aux prescriptions réglementaires. En effet en CHRU le trinôme est complété par un directeur et un directeur des soins référent ; en Centre hospitalier MCO le cadre administratif est absent et un directeur référent vient compléter le trinôme qui est assisté par une cellule d'analyse de gestion et en centre hospitalier spécialisé en santé mentale le praticien responsable de pôle et le cadre supérieur de santé assistant de pôle sont simplement assistés par une cellule d'analyse de gestion en lien avec la direction des finances.

Le danger réel qui menace les directeurs des soins délégués à un pôle est la rétention d'information de la part des acteurs du pôle d'où l'importance, pour le directeur des soins, de créer un climat de confiance avec tous les acteurs du pôle pour partager les informations et être partie prenante dans les projets de pôles en termes de guidance, et d'accompagnement.

3.2 Le directeur des soins

Le positionnement du directeur des soins apparaît bien comme celui d'un médiateur qui de l'avis de la majorité des acteurs interviewés fait converger différentes logiques. Le directeur des soins exerçant ses fonctions en CHS exprime clairement que la mise en place des pôles d'activité « *réinterroge* » inévitablement ses activités. Ceci s'explique par sa légitimité controversée par le cadre supérieur de santé interviewée et les psychiatres chefs de pôle historiquement partie prenante dans les affectations des personnels paramédicaux il y a une vingtaine d'années, qui l'ont conduit à préciser ses missions.

La dimension stratégique de la fonction de directeur des soins apparaît bien dans les discours et notamment le mot stratégie a été prononcé dix fois par le directeur des soins exerçant en CH MCO. La compétence stratégique du directeur des soins se mesure dans

sa capacité à saisir les opportunités contextuelles pour mettre en place l'organisation des soins. Cette compétence de stratège se concrétise lorsqu'il propose au directeur chef d'établissement d'accepter la requête des infirmiers de réanimation de travailler en douze heures au moment même où l'établissement se conforme aux normes d'effectif prescrites réglementairement pour le renouvellement de son autorisation d'activité de réanimation.

Le partage des informations relatives à l'activité du pôle dans un climat de confiance notamment avec les cadres supérieurs de pôle de santé et administratifs et le praticien responsable de pôle est essentiel pour pouvoir agir en tant que directeur délégué positionné au niveau institutionnel. « *L'accompagnement ne peut être efficace que si les informations sont partagées.* »

Comme l'ont exprimé les directeurs des soins interviewés, c'est en manager stratégique que le directeur des soins doit se positionner. Comme le préconise le guide d'autoévaluation des pratiques de management en établissement de santé de l'HAS, il prévoit la nécessaire mutualisation interpôle des paramédicaux, organise les soins en conciliant le contexte et les prescriptions réglementaires, anticipe les besoins en effectifs soignants en construisant des dispositifs de recrutement et d'accompagnement, décide des solutions à apporter en cas d'absentéisme, motive en mettant en place des délégations par les cadres de santé assistants de pôle en instaurant un climat de confiance, évalue au travers des différents tableaux de bord à sa disposition l'efficacité de la prise en charge de la personne soignée.

Prendre garde au risque de cloisonnement paradoxalement induit par l'organisation en pôles d'activité et mettre en place les moyens de le prévenir incombe entre autres acteurs au directeur de soins qui en « *traducteur* », en stratège et en manager doit instaurer une relation de confiance avec l'ensemble des acteurs des différents pôles de façon à recevoir les informations nécessaires à son action. De plus il a une mission d'accompagnement à remplir à l'égard des acteurs du pôle et peut la concrétiser grâce à une communication régulière dont la fréquence restera à son appréciation.

Pour favoriser le décroisement il misera sur les valeurs humanistes des professionnels en étant toujours au plus près des interfaces directement en accompagnement des pôles et dans les différentes instances ou par délégation aux cadres de santé assistants de pôle en les rencontrant régulièrement. En référence aux propos des différents acteurs interviewés, le directeur de soins a tout intérêt à se positionner en manager « *consultatif* » et « *participatif* ».

Le manager « *consultatif cherche à créer un climat fondé sur la confiance et l'échange même si le système de délégation du pouvoir a certaines limites. Ce style de commandement* » (qui peut se révéler utile lors de l'élaboration du projet de soins), « *se singularise par la recherche d'une large consultation auprès des collaborateurs et vise à susciter une adhésion autour des principaux objectifs de l'entreprise.* » Le management

« *participatif* » repose sur « *l'esprit d'équipe et les dynamiques de groupe, véritables objectifs stratégiques internes à la structure et cherche à expliciter les buts à atteindre, le projet de l'entreprise. Cette approche préconisée par Likert présente également des limites...une telle conception du management suppose chez les collaborateurs une capacité de prise de recul, d'abstraction, de créativité qu'ils n'ont pas toujours et peut, comme le montre certaines expériences récentes, être source de stress et d'implication excessive*³⁶. » Le directeur des soins a une mission forte de construction collective de la politique d'établissement, d'une politique de soins et de son opérationnalité. Il n'est pas utile qu'il soit actif dans le projet de pôle mais il peut apporter son expertise méthodologique aux acteurs.

3.3 Le projet de soins

De l'avis des trois directeurs des soins interviewés le projet de soins doit s'élaborer selon une méthodologie précise qui prévoit une étape de consultation des acteurs médicaux et paramédicaux de l'hôpital en favorisant une démarche participative qui doit aboutir à la constitution de groupes de travail pilotés par les cadres assistants de pôles ou des soignants experts dans le domaine traité, réfléchissant sur les différentes orientations définies. La cohérence du projet de soins repose sur une uniformisation des outils de prise en charge du patient comme le dossier de soins qui doit néanmoins tenir compte des spécificités des activités de chaque pôle et dont le contenu doit être évalué en confrontant sans cesse les résultats obtenus aux différents référentiels utilisés pour son élaboration de façon à pouvoir réajuster si nécessaire.

Les aspects concrets du projet de soins se formalisent au travers des fiches actions découlant des différents axes de prise en charge des personnes soignées.

Il reste articulé au projet médical et au projet d'établissement de l'avis de tous les acteurs même si les directeurs des soins considèrent que vingt pour cent de ses orientations peuvent se développer indépendamment du projet médical.

Le recueil de données qualitatif issu du discours des dix acteurs de la nouvelle gouvernance hospitalière interviewés, n'est certes pas représentatif du positionnement du directeur des soins dans l'ensemble des établissements de santé publics français entrés dans la nouvelle gouvernance hospitalière. Il révèle néanmoins que l'organisation en pôles d'activité est l'opportunité pour le directeur des soins de repenser ses activités en se positionnant en « *traducteur* » des différentes logiques au service de la personne soignée et dans l'accompagnement des acteurs des pôles d'activité en termes de méthodologie et de coordination.

³⁶ PLANE, J.M. *Management des organisations*, p. 76-77

Conclusion

Dans le contexte de la « nouvelle gouvernance » et de l'organisation en pôles d'activité de l'hôpital, le directeur des soins a l'opportunité d'investir la place qui lui revient au sein des établissements de santé publics en assurant son rôle de coordination, dimension incontournable et primordiale de sa fonction.

La coordination s'opère non seulement dans le champ des activités de soins dans le respect du projet de soins pour la concrétisation de ses différents axes mais aussi dans les relations entre les différentes directions fonctionnelles et les différents pôles d'activité pour plus de collaboration au service de la personne soignée. Pour Jean-Marc Grenier, directeur des soins au CHU de Grenoble, « *la réforme doit aussi servir à donner des objectifs précis en termes de qualité et de gestion des risques et impliquer dans un même mouvement les médecins et les paramédicaux. Le CHU de Grenoble a d'ailleurs établi un projet de soins partagé... afin de développer un travail plus collaboratif autour des patients*³⁷. »

Les propositions du « rapport Larcher » souhaitent faire évoluer les règles de la gouvernance interne des hôpitaux publics en permettant à chaque acteur d'exercer au mieux ses responsabilités ce qui implique de repreciser leur rôle. Il insiste à ce titre sur la nécessité de recruter des directeurs chefs d'établissements dont les compétences seront en adéquation avec leur poste en élargissant leur recrutement à « *des cadres issus du privé, des médecins ou tout autre personne qualifiée qui pourrait après validation par un comité de sélection* » du Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, *prendre la direction d'un établissement*³⁸ ». Qu'en sera-t-il pour les directeurs des soins ?

Autre point d'importance, afin de potentialiser sa fonction de prise de décision, le conseil exécutif deviendrait un « *directoire* » à la composition resserrée présidé par le directeur et vice-présidé par le président de la CME et où le directeur des soins serait présent au même titre que les médecins « *responsables du management de l'activité clinique, ... objet même de l'hôpital*³⁹ ».

Il est intéressant de noter la disparition du caractère fondamental du principe de parité entre médecins et administratifs qui ne devra pas pour autant laisser la place à une

³⁷ ARHRA (ARH Rhône-Alpes). *La nouvelle gouvernance à la loupe*. [visité le 5 avril 2008], disponible sur Internet : http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles_id=365

³⁸ MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE
Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher [en ligne], Rapport final – Propositions p. 32

³⁹ Ibidem, p. 33

suprématie de l'un ou l'autre corps mais s'appuyer sur les compétences de manager de tous les membres du conseil exécutif.

Je considère la présence du directeur des soins au sein du futur « *directoire* » comme symbolique d'une volonté de rapprocher les logiques administrative et soignante à travers la présence d'un « directeur soignant » ou « d'un soignant directeur » qui aurait la difficile mission de « *traduire* » pour « *introduire un lien intelligible entre des activités hétérogènes*⁴⁰ » de soins et de gestion. Il serait « *l'acteur* » (parmi d'autres) « *qui, après s'être livré à l'analyse du contexte, dispose de la légitimité nécessaire, pour être accepté dans le rôle de celui qui problématise*⁴¹. »

Le directeur des soins aurait-il fait la preuve de sa légitimité comme coordonnateur au point que le législateur entérine sa présence justifiée dans le futur « *directoire* » aux fins de faire bénéficier ses différents membres de son expertise en management stratégique et en « *traduction* » ?

Ainsi le directeur des soins pourrait amener chacune des différentes logiques hospitalières à opérer un déplacement pour s'orienter vers une logique collective dans la coopération et contribuer à une gouvernance de l'hôpital en référence à la description de Philippe Moreau Defarges.

Selon lui, « *la gouvernance peut être analysée comme un système démocratique de gestion qui reprend dans une perspective de management, les ingrédients de la démocratie*⁴² » : « *un pacte fondateur* » entre les acteurs de la contractualisation, « *l'égalité* » entre les parties prenantes garantie par « *la règle du jeu* » et la « *participation* » de chaque acteur qui s'engage dans un projet commun de prise en charge des personnes soignées à l'hôpital.

⁴⁰ AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN YF., *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, p. 136

⁴¹ Ibidem, p. 157

⁴² Op. cit. p. 19

Bibliographie

Ouvrages

ALTER N., 2006, *Sociologie du monde du travail*, 1^{ère} édition, Paris : Quadrige/Presses Universitaires de France, 356 p.

AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN YF., *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, 1996, 2^{ème} édition, Paris : Editions du Seuil, 245 p.

ARBORIO AM., FOURNIER P., 1999, *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, 1^{ère} édition, Paris : édition Nathan Université, 128 p.

CLEMENT JM, 2006, *Mémento de droit hospitalier*, 11^e édition, Paris : Berger-Levrault, 404 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, 1^{ère} édition, Paris : Edition du Seuil, 500 p.

DUPONT M., ESPER C., PAIRE C., 2005, *Droit hospitalier*, 5^{ème} édition, Paris : Dalloz, 824 p.

ESPER C., 2006, *La nouvelle gouvernance hospitalière : vers une meilleure prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale – La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale*, Actes du colloque de Toulon (novembre 2005) – Sous la direction d'Antoine LECAS et de Geneviève REBECQ, 1^{ère} édition, Aix-en-Provence : Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 214 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, 2004, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, 1^{ère} édition, Rennes : Editions ENSP, 435 p.

MORDELET P., 2006, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, 1^{ère} édition, Rennes : Editions ENSP, 368 p.

MOREAU DEFARGES P, 2003, *La gouvernance*, 1^e édition, Paris : Presse Universitaire de France, 127 p.

PLANE JM., 2003, *Management des organisations*, 1^{ère} édition, Paris : Dunod, 257 p.

THIETART RA., et coll., 2003, *Méthodes de recherche en management*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 537 p.

Articles de périodiques

ANATOLE – TOUZET V., juin 2004, « *La gouvernance compromis ou étape vers un nouveau management hospitalier ?* », *Revue hospitalière de France*, n°498, pp. 21-24

HERREROS G., décembre 1996, « *Changement, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital* », *Gestions Hospitalières*, pp. 752-757

Sites internet

ARHRA (ARH Rhône Alpes). *La nouvelle gouvernance à la loupe*. [visité le 5 avril 2008], disponible sur Internet : http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles_id=365

DHOS. Encadrement et nouvelle gouvernance à l'hôpital – Guide méthodologique. 67 p. [visité le 5 avril 2008], disponible sur Internet : http://www.academie-medecine.fr/UserFiles/File/rapports_thematiques/hopital/encadrement_et_nouvelle_gouvernance_a_l_hopital.pdf

BERTRAND X., 2006, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Discours - Journées des directeurs des soins, [visité le 11.03.2008], disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_060321xb.htm

Textes législatifs et réglementaires

ASSEMBLÉE NATIONALE CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958 DOUZIÈME LÉGISLATURE. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 mars 2003. Rapport d'information déposé *en application de l'article 145 du Règlement* par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur l'organisation interne de l'hôpital et présenté par M. René COUANAU, Député. [en ligne]. [visité le 5 avril 2008], disponible sur internet : <http://www.assemblée-nationale.fr/12/rap-info/i0714.asp#P672>

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée [en ligne]. Journal officiel n° 98 du 25 avril 1996, [visité le 5 avril 2008], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000429878&dateTexte=>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal Officiel n°95 du 23 avril 2002, 7187-7191 [visité le 5 avril 2008], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000429878&dateTexte=>

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [en ligne]. Journal officiel n°190 du 17 août 2004 page 14598 texte n°2 [visité le 5 avril 2008], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000429878&dateTexte=>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation [en ligne]. Journal officiel n° 206 du 6 septembre 2003, page 15391, texte n° 26 [visité le 5 avril 2008], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000429878&dateTexte=>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [en ligne]. Journal Officiel n°301 du 28 décembre 2005, page 20112 [visité le 5 avril 2008], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000429878&dateTexte=>

MINISTERE DES SOLIDARITE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé [en ligne]. Journal officiel n°102 du 3 mai 2005 page 7626, texte n° 15 [visité le 5 avril 2008], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000429878&dateTexte=>

MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher [en ligne], Rapport final – Propositions 102 p. [visité le 4 juillet 2008, disponible sur internet : <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/publications-documentations/publications-documentation-sante/rapports/rapport-commission-concertation-missions-hopital-presidee-par-m.-gerard-larcher.html>

HAS / Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, 2005, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé* [en ligne], 40 p. [visité le 30 juin 2008], disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240341/guide-pour-lautodiagnostic-des-pratiques-de-management-en-etablissement-de-sante

Liste des annexes

Annexe 1 : Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée	III
Annexe 2 : Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé	VII
Annexe 3 : Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière	XV
Annexe 4 : Fiche métier du directeur des soins et des activités paramédicales du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière	XIX
Annexe 5 : Décret 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques	XXI
Annexe 6 : Plan hôpital 2007	XXVII
Annexe 7 : Amendement liberté de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme Hospitalière	XXIX
Annexe 8 : Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie	XXXI
Annexe 9 : Guide de l'HAS pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé	XXXV
Annexe 10 : Guides d'entretiens des acteurs interviewés	XXXVII
Annexe 11 : Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation	XLIII

Annexe 1

JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6324

ORDONNANCE

Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

NOR: TASX9600043R

Le Président de la République,

Sur le rapport du Premier ministre et du ministre du travail et des affaires sociales,

Vu la Constitution, notamment son article 38 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code pénal ;

Vu le code des juridictions financières ;

Vu la loi no 75-534 du 30 juin 1975 modifiée d'orientation en faveur des personnes handicapées ;

Vu la loi no 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu la loi no 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi no 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;

Vu la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu la loi no 89-474 du 10 juillet 1989 portant dispositions relatives à la sécurité sociale et à la formation continue des personnels hospitaliers ;

Vu la loi no 91-738 du 31 juillet 1991 modifiée portant diverses mesures d'ordre social ;

Vu la loi no 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale ;

Vu la loi no 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux structures et aux orientations dans la fonction publique ;

Vu la loi no 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire ;

Vu la loi no 95-1348 du 30 décembre 1995 autorisant le Gouvernement, par application de l'article 38 de la Constitution, à réformer la protection sociale ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 11 avril 1996 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 12 avril 1996 ;

Le Conseil d'Etat entendu ;

Le conseil des ministres entendu,

Ordonne :

TITRE III

LES CONTRATS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Art. 8. - Il est créé, au chapitre Ier A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, une section IV ainsi rédigée :

<< Section IV

<< Les contrats pluriannuels entre les agences régionales
de l'hospitalisation et les établissements de santé

<< Art. L. 710-16. - Les agences régionales de l'hospitalisation, mentionnées à l'article L. 710-17, concluent avec les établissements de santé publics ou privés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

<< La durée du contrat ne peut être inférieure à trois ans ni supérieure à cinq ans.

<< Le contrat est signé par le directeur de l'agence régionale et le représentant de l'établissement de santé concerné. Pour les établissements publics de santé, ces contrats sont conclus après délibération du conseil d'administration prise après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement.

<< Des organismes concourant aux soins, des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des instituts de recherche ou des universités peuvent être appelés au contrat, pour tout ou partie de ses clauses.

<< Le contrat fixe son calendrier d'exécution et mentionne les indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à son évaluation périodique.

L'établissement adresse un rapport annuel d'étape ainsi qu'un rapport final à l'agence régionale.

<< Art. L. 710-16-1. - Les contrats mentionnés à l'article L. 710-16 conclus avec les établissements publics de santé et les établissements de santé privés à but non lucratif mentionnés aux articles L. 715-6 et L. 715-13 déterminent les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, et définissent les conditions de mise en œuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé.

<< A cet effet, ils décrivent les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de coopération.

<< Ils définissent, en outre, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 767. Ils prévoient les délais de mise en œuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article L. 710-5.

<< Ils favorisent la participation des établissements aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements de santé mentionnés aux articles L.

712-3-2 et L. 712-3-3 ainsi qu'aux actions de coopération prévues au présent titre.

<< Ils précisent les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines nécessaires pour la réalisation des objectifs.

<< Ils fixent les éléments financiers, tant en fonctionnement qu'en investissement, ainsi que les autres mesures nécessaires à leur mise en œuvre et prévoient pour l'établissement co-contractant, le cas échéant et compte tenu de son activité, les objectifs pluriannuels de réduction des inégalités de ressources mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Ils précisent également les critères en fonction desquels les budgets de l'établissement peuvent évoluer selon le degré de réalisation des objectifs fixés.

<< En cas d'inexécution du contrat, le directeur de l'agence peut, après mise en demeure restée sans effet, mettre en œuvre les sanctions, notamment à caractère financier, prévues au contrat.

<< En l'absence de conclusion du contrat prévu au présent article, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en tient compte dans l'exercice de ses compétences budgétaires.

<< Art. L. 710-16-2. - Les contrats mentionnés à l'article L. 710-16 conclus avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 710-16-1 déterminent par discipline les tarifs des prestations d'hospitalisation. Ils sont conclus dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité

sociale et compte tenu des objectifs mentionnés à l'alinéa ci-dessous.

<< Ces contrats définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 767. Ils prévoient les délais de mise en œuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article L. 710-5.

<< Les contrats peuvent, en outre, favoriser la constitution des réseaux de soins mentionnés à l'article L. 712-3-2 et les actions de coopération prévues au présent titre.

<< Les contrats sont conformes à un contrat type annexé au contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale.

<< La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation un an avant leur échéance. En cas d'absence de réponse huit mois avant l'échéance, les contrats sont réputés renouvelés par tacite reconduction. Le refus de renouvellement doit être motivé.

<< Sans préjudice des dispositions du contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale, le contrat détermine les pénalités applicables à l'établissement au titre des deuxième et troisième alinéas ci-dessus en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues.

<< Les contrats peuvent être résiliés ou suspendus avant leur terme par l'agence régionale de l'hospitalisation en cas de manquement grave de l'établissement à ses obligations législatives, réglementaires ou contractuelles.

<< Les litiges relatifs à l'application de ces contrats sont portés devant les juridictions compétentes en matière de sécurité sociale.

<< Les conditions d'application du présent article sont définies par voie réglementaire. >> Art. 9. - I. - Les sections IV et V du chapitre IV du titre Ier du livre VII du code de la santé publique deviennent respectivement les sections V et VI.

II. - Il est créé, au sein du même chapitre, une section IV rédigée comme suit :

<< Section IV

<< La contractualisation interne

<< Art. L. 714-26-1. - Les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne.

<< A cette fin, les équipes médicales et paramédicales peuvent à leur initiative proposer au directeur de l'établissement la création de centres de responsabilité. Ces propositions sont soumises pour avis à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement. La décision du directeur est motivée.

<< Le directeur peut également décider de créer un centre de responsabilité après avis de la commission médicale d'établissement, du comité technique d'établissement et des équipes médicales et paramédicales concernées.

<< Le responsable de chaque centre de responsabilité est proposé par les structures médicales qui le composent parmi les médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens membres des unités, services, départements et fédérations concernés. Le responsable est désigné par le directeur. La décision du directeur est motivée.

<< Les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur.

<< Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. >> III. - L'article L. 714-13 du code de la santé publique est abrogé.

Annexe 2

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

NOR: SANX0500026R

Le Président de la République,
Sur le rapport du Premier ministre et du ministre des solidarités, de la santé et de la famille,
Vu la Constitution, notamment son article 38 ;
Vu le code de la santé publique ;
Vu le code de l'action sociale et des familles ;
Vu le code de la sécurité sociale ;
Vu le code général des collectivités territoriales ;
Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
Vu la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique ;
Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;
Vu la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit, notamment son article 73 ;
Vu l'avis en date du 18 mars 2005 du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière ;
Le Conseil d'Etat entendu ;
Le conseil des ministres entendu,

Ordonne :

TITRE I^{er}

DISPOSITIONS RELATIVES À LA RÉFORME DES RÈGLES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Article 1^{er}

Le chapitre III du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique (partie législative) est modifié ainsi qu'il suit :

I. – Dans l'intitulé du chapitre III, les mots : « et directeur » sont remplacés par les mots : « , directeur et conseil exécutif ».

II. – L'article L. 6143-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 6143-1.* – Le conseil d'administration arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle et délibère, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, sur :

« 1° Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement ;

« 2° La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;

« 3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, ses modifications, ses éléments annexes, le rapport préliminaire à cet état, ainsi que les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ;

« 4° Le plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;

- « 5° Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation, ainsi que le bilan social ;
- « 6° L'organisation de l'établissement en pôles d'activité et leurs éventuelles structures internes ainsi que les structures prévues à l'article L. 6146-10 ;
- « 7° La politique de contractualisation interne prévue à l'article L. 6145-16 ;
- « 8° La politique sociale et les modalités d'une politique d'intéressement ;
- « 9° La mise en œuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre, définie par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- « 10° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;
- « 11° Les baux emphytéotiques mentionnés à l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat conclus en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 et les conventions conclues en application de l'article L. 6148-3 et de l'article L. 1311-4-1 du code général des collectivités territoriales, lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique ;
- « 12° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- « 13° La prise de participation, la modification de l'objet social ou des structures des organes dirigeants, la modification du capital et la désignation du ou des représentants de l'établissement au sein du conseil d'administration ou de surveillance d'une société d'économie mixte locale, dans les conditions prévues par le présent code et par le code général des collectivités territoriales ;
- « 14° Le règlement intérieur. »

III. – Le premier alinéa de l'article L. 6143-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il comprend également les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel. »

IV. – Après l'article L. 6143-2-1, il est rétabli un article L. 6143-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6143-3.* – Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander au conseil d'administration de présenter un plan de redressement lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige.

« A défaut d'adoption par le conseil d'administration d'un plan de redressement adapté à la situation et si la dégradation financière répond à des critères définis par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut mettre en demeure l'établissement de prendre les mesures de redressement appropriées. »

V. – Avant l'article L. 6143-4, il est inséré un article L. 6143-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6143-3-1.* – Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut, par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, placer l'établissement sous l'administration provisoire de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2 lorsque la mise en demeure prévue à l'article L. 6143-3 est restée sans effet pendant plus de deux mois ou lorsque le plan de redressement adopté n'a pas permis de redresser la situation financière de l'établissement.

« Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil d'administration et du directeur, ou les attributions de ce conseil ou du directeur, sont assurées par les administrateurs provisoires. Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommément désigné, exerce les attributions du directeur. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut en outre décider la suspension du conseil exécutif. Les administrateurs provisoires tiennent le conseil d'administration régulièrement informé des mesures qu'ils prennent.

« Deux mois au moins avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Au vu de ce rapport, ce dernier peut décider de mettre en œuvre les mesures prévues à l'article L. 6122-15. Il peut également proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois. A défaut de décision en ce sens avant la fin du mandat des administrateurs, l'administration provisoire cesse de plein droit. »

VI. – L'article L. 6143-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 6143-4.* – 1° Les délibérations autres que celles prévues aux 1° et 3° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation défère au tribunal administratif les délibérations portant sur ces matières qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur réception. Il informe sans délai

l'établissement et lui communique toute précision sur les illégalités invoquées. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution. Il est fait droit à cette demande si l'un des moyens invoqués paraît de nature à justifier l'annulation de la délibération attaquée.

« 2° Les délibérations portant sur les matières mentionnées au 1° de l'article L. 6143-1, à l'exclusion du contrat pluriannuel, et au 3° du même article, à l'exclusion du rapport préliminaire et des annexes de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, sont réputées approuvées si le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés par voie réglementaire. »

VII. – L'article L. 6143-5 est rédigé ainsi qu'il suit :

« *Art. L. 6143-5.* – Le conseil d'administration des établissements publics de santé comprend trois catégories de membres :

« 1° Des représentants des collectivités territoriales ;

« 2° Des représentants du personnel médical, odontologique et pharmaceutique, de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L. 6146-9 et des représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires ;

« 3° Des personnalités qualifiées et des représentants des usagers.

« Dans les établissements comportant des unités de soins de longue durée ou gérant des établissements d'hébergement pour personnes âgées mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies dans ces unités ou établissements peut assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil d'administration.

« Les catégories mentionnées au 1° et au 2° comptent un nombre égal de membres. Les représentants mentionnés au 1° sont désignés en leur sein par les assemblées des collectivités territoriales. Les personnalités qualifiées mentionnées au 3° comportent au moins un médecin et un représentant des professions paramédicales non hospitaliers.

« Le président de la commission médicale d'établissement est membre de droit du conseil d'administration de l'établissement, au titre de la catégorie mentionnée au 2°.

« Dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical est membre de droit du conseil d'administration.

« La présidence du conseil d'administration des établissements communaux est assurée par le maire, celle du conseil d'administration des établissements départementaux par le président du conseil général.

« Toutefois, le président du conseil général ou le maire peut renoncer à la présidence du conseil d'administration pour la durée de son mandat électif. Dans ce cas, son remplaçant est élu par et parmi les membres mentionnés au 1° et au 3° ci-dessus.

« Le président du conseil d'administration désigne, parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° et au 3°, celui qui le supplée en cas d'empêchement.

« Dans les établissements intercommunaux et interdépartementaux, le président du conseil d'administration est élu par et parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° et au 3°. »

VIII. – L'article L. 6143-6 est modifié ainsi qu'il suit :

a) Le 4° est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 4° S'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres prévus au 2° et au huitième alinéa de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5, L. 6145-16, L. 6146-10, L. 6152-4 et L. 6154-4 ; »

b) Au 5°, les mots : « de la commission du service de soins infirmiers » sont remplacés par les mots : « de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques » ;

c) Après le 5° sont insérés un 6° et un 7° ainsi rédigés ;

« 6° S'il est membre du conseil exécutif à l'exception du président de la commission médicale d'établissement, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale intéressée ou, en cas de pluralité d'unités de formation et de recherche, du président du comité de coordination de l'enseignement médical ;

« 7° S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation ; »

d) Au dernier alinéa, les mots : « ou au vice-président » sont supprimés.

IX. – Après l'article L. 6143-6, il est inséré un article L. 6143-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6143-6-1.* – Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, le conseil exécutif, présidé par le directeur, associe à parité :

« 1° Le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par celui-ci ;

« 2° Le président de la commission médicale d'établissement et des praticiens désignés par celle-ci, dont au moins la moitié doivent exercer les fonctions de responsables de pôles d'activité, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralité d'unités de formation et de recherche, le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

« En outre, dans les centres hospitaliers universitaires, le président du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique prévu à l'article L. 6142-13 assiste avec voix consultative aux séances du conseil exécutif.

« Lorsque le président de la commission médicale d'établissement est en même temps directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou président du comité de coordination de l'enseignement médical, la commission médicale d'établissement désigne un de ses membres pour le remplacer.

« Le conseil exécutif :

« 1° Prépare les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel et, à ce titre, les délibérations prévues à l'article L. 6143-1. Il en coordonne et en suit l'exécution ;

« 2° Prépare le projet médical ainsi que les plans de formation et d'évaluation mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 6144-1 ;

« 3° Contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;

« 4° Donne un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et des chefs de services ;

« 5° Désigne les professionnels de santé avec lesquels la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L. 6146-9 peut conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences.

« En cas de partage égal des voix, le directeur a voix prépondérante.

« Le nombre de membres du conseil exécutif est fixé par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement dans des limites fixées par décret. »

X. – L'avant-dernier alinéa de l'article L. 6143-7 du même code est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2006.

XI. – Après l'article L. 6143-7 du même code, il est inséré un article L. 6143-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6143-7-1.* – La protection prévue à l'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires est mise en œuvre au bénéfice des personnels de direction des établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. »

XII. – A l'article L. 6143-8, les mots : « à l'article L. 6143-5 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 6143-4 et L. 6143-5 ».

XIII. – L'article L. 554-6 du code de justice administrative est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 554-6.* – La décision de suspension des délibérations des conseils d'administration des établissements publics de santé obéit aux règles définies au 1° de l'article L. 6143-4 du code de la santé publique ci-après reproduit :

« *Art. L. 6143-4.* – 1° *Les délibérations autres que celles prévues aux 1° et 3° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.*

« *Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation défère au tribunal administratif les délibérations portant sur ces matières qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur réception. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les illégalités invoquées. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution. Il est fait droit à cette demande si l'un des moyens invoqués paraît de nature à justifier l'annulation de la délibération attaquée. »*

Article 2

I. – Après l'article L. 6141-7-1 du même code, il est inséré un article L. 6141-7-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6141-7-2.* – Des conseillers généraux des établissements de santé, placés auprès du ministre chargé de la santé, assurent à sa demande, dans le cadre d'une mission de coordination financée par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, les attributions suivantes :

« 1° Proposer au ministre toutes mesures propres à améliorer le fonctionnement de ces établissements et leurs relations avec les collectivités territoriales, les usagers et l'Etat ;

« 2° Entreprendre toutes études et enquêtes portant sur la gestion administrative et financière des établissements ;

« 3° Assurer des missions d'assistance technique, d'audit et de contrôle de gestion, que les établissements peuvent demander au ministre.

« Les conseillers généraux des établissements de santé sont recrutés sur des emplois dotés d'un statut fonctionnel dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat parmi les fonctionnaires de catégorie A et les praticiens titulaires ou parmi les personnalités qui ont exercé des responsabilités dans des instances ou des organismes en relation avec l'hôpital ou ayant réalisé des travaux scientifiques dans le domaine de la santé publique. A la demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et dans les conditions prévues à l'article L. 6143-3-1, des conseillers généraux des établissements de santé peuvent être désignés par le ministre chargé de la santé pour assurer l'administration provisoire d'un établissement public de santé. »

II. – L'article 48 de la loi n° 84-575 du 9 juillet 1984 portant diverses dispositions d'ordre social est abrogé

Article 3

Le chapitre IV du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique (partie législative) est modifié ainsi qu'il suit :

I. – L'article L. 6144-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 6144-1.* – I. – Dans chaque établissement public de santé, il est créé une commission médicale d'établissement dotée de compétences consultatives et appelée à prendre des décisions dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire.

« II. – La commission médicale d'établissement comporte au moins une sous-commission spécialisée, créée par le règlement intérieur de l'établissement, en vue de participer par ses avis à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

« 1° Le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé mentionnés à l'article L. 5311-1 ;

« 2° La lutte contre les infections nosocomiales mentionnée à l'article L. 6111-1 ;

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

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

« Cette sous-commission ou ces sous-commissions spécialisées comportent, outre des membres désignés par la commission médicale d'établissement, les professionnels médicaux ou non médicaux dont l'expertise est nécessaire à l'exercice de ces missions. »

II. – L'article L. 6144-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 6144-3.* – Dans chaque établissement public de santé, il est créé un comité technique d'établissement doté de compétences consultatives dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

III. – Après l'article L. 6144-6, il est inséré un article L. 6144-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6144-6-1.* – Le conseil d'administration peut décider, après avis conforme de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, de constituer à titre expérimental, pour une durée de quatre ans, un comité d'établissement se substituant à ces deux instances pour donner un avis sur les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1. Le comité d'établissement est composé à parité de représentants désignés par la commission médicale d'établissement, d'une part, de représentants désignés par le comité technique d'établissement proportionnellement au nombre de sièges détenus dans cette instance par les organisations syndicales et d'un collège des cadres, d'autre part. Le directeur préside le comité d'établissement. »

Article 4

L'article L. 5126-5 du code de la santé publique est complété par l'alinéa suivant :

« Toutefois, dans les établissements publics de santé, cette commission est constituée par la sous-commission créée en vue d'examiner les questions mentionnées au 3° du II de l'article L. 6144-1. Sa composition, son organisation et ses règles de fonctionnement sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement. »

Article 5

L'article L. 6145-16 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 6145-16.* – Les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur.

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

Article 6

Le chapitre VI du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique (partie législative) est modifié ainsi qu'il suit :

I. – Son intitulé est ainsi libellé : « Chapitre VI : Organisation interne ».

II. – Les articles L. 6146-1 à L. 6146-6 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6146-1. – Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre.

« Dans les établissements autres que les hôpitaux locaux, le conseil d'administration définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité sur proposition du conseil exécutif. Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes.

« Les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis conformément au projet médical de l'établissement. Les structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes et médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles créés en vertu de la législation antérieure à celle issue de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

« Pour les activités psychiatriques, le secteur peut constituer un pôle d'activité.

« Par délégation du pôle d'activité clinique ou médico-technique, les services ou autres structures qui constituent assurent, outre la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins et le cas échéant l'enseignement et la recherche.

« Art. L. 6146-2. – Dans chaque pôle d'activité, il est institué un conseil de pôle dont les attributions, la composition et le mode de fonctionnement sont fixés par voie réglementaire.

« Art. L. 6146-3. – Peuvent exercer les fonctions de responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens titulaires inscrits par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle.

« Ils sont nommés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale de l'établissement. Dans les centres hospitaliers universitaires, cette décision est prise conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical. En cas de désaccord, les responsables de pôle sont nommés par délibération du conseil d'administration. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

« Le conseil d'administration définit la durée du mandat des responsables de pôle clinique et médico-technique et des responsables de leurs structures internes, ainsi que les conditions de renouvellement de leur mandat, dans des limites et selon des modalités fixées par décret.

« Les conditions d'inscription sur la liste nationale d'habilitation à diriger un pôle sont fixées par voie réglementaire.

« Les responsables des autres pôles d'activité, choisis parmi les cadres de l'établissement ou les personnels de direction, sont nommés par le directeur.

« Art. L. 6146-4. – Peuvent exercer la fonction de chef de service les praticiens titulaires nommés par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger les services mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 6146-1. Les conditions de nomination sur la liste nationale d'habilitation à diriger un service sont fixées par voie réglementaire. Ils sont affectés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. Dans les centres hospitaliers universitaires, cette décision est, outre, cosignée par le directeur de l'unité de formation et de recherche après avis du conseil restreint de gestion de l'unité de formation et de recherche.

« Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

« Art. L. 6146-5. – Les praticiens titulaires responsables des structures internes cliniques et médico-techniques autres que les services sont nommés par les responsables de pôles d'activité clinique et médico-technique. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

« Art. L. 6146-5-1. – Les praticiens mentionnés aux articles L. 6146-4 et L. 6146-5 assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

« Art. L. 6146-6. – Le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au présent article. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle. Il est assisté selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif.

« Le praticien responsable élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité de l'évaluation des soins.

« Les éléments d'activité et d'évaluation fournis, notamment au directeur et au président de la commission médicale d'établissement, dans le cadre de la contractualisation interne précisent l'état d'avancement du projet et comportent une évaluation de la qualité des soins. Les projets de pôle comportent des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles. Ces objectifs et leur suivi sont approuvés par les chefs de service du pôle. »

III. – L'article L. 6146-8 est abrogé.

IV. – L'article L. 6146-9 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6146-9.* – Dans chaque établissement, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur.

« Une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et composée des différentes catégories de personnels de soins, est consultée sur des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

Article 7

I. – Les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux mettent en place les pôles d'activité prévus à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique au plus tard le 31 décembre 2006. Jusqu'à la mise en place des pôles d'activité clinique et médico-technique, les dispositions du code de la santé publique relatives aux services, aux départements, aux unités fonctionnelles, aux fédérations et aux structures prévues à l'article L. 6146-8 continuent à s'appliquer dans leur rédaction antérieure à la publication de la présente ordonnance.

II. – Jusqu'à la date de publication de la liste nationale d'habilitation prévue à l'article L. 6146-4 du code de la santé publique, les chefs des services mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 6146-1 du même code sont nommés dans les conditions définies par la législation antérieure à la publication de la présente ordonnance.

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

Les membres des commissions médicales des établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux dont le mandat a expiré entre le 1^{er} janvier 2005 et la publication de la présente ordonnance sans que la commission ait été renouvelée délibèrent valablement jusqu'à l'échéance définie à l'alinéa précédent.

IV. – Par dérogation à l'article L. 6146-4 du code de la santé publique et pour une période de cinq ans à compter de la publication de la présente ordonnance, les chefs de service de la spécialité de psychiatrie sont nommés par le ministre chargé de la santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

V. – Dans le mois qui suit la constitution de l'ensemble de l'établissement en pôles d'activité clinique et médico-technique et au plus tard le 31 janvier 2007, la commission médicale d'établissement désigne les responsables de ces pôles appelés à siéger au conseil exécutif en vertu du 2^o de l'article L. 6143-6-1 du code de la santé publique. Jusqu'à cette date, lorsque le nombre de responsables de pôles au sein de l'établissement n'est pas suffisant pour satisfaire à la condition posée au 2^o de l'article L. 6143-6-1 du code de la santé publique, les sièges vacants sont attribués à des chefs de services, de département ou des coordonnateurs de fédération.

VI. – Jusqu'à la publication de la liste nationale d'habilitation à diriger un pôle d'activité clinique ou médico-technique, au plus tard le 31 décembre 2007, les responsables de pôles sont nommés conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 6146-3 du code de la santé publique.

VII. – Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, les centres de responsabilité constitués en vertu de l'article L. 6145-16 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la date de publication de la présente ordonnance deviennent, sauf délibération contraire du conseil d'administration, des pôles d'activité. Leurs responsables poursuivent leur mandat jusqu'à la date de publication de la liste nationale d'habilitation prévue au VI du présent article.

VIII. – Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux qui disposent à la date de publication de la présente ordonnance d'une instance associant tout ou partie de l'équipe de direction et des praticiens en vue d'assurer au moins l'une des attributions du conseil exécutif définies à l'article L. 6143-6-1 du code de la santé publique, cette instance exerce, jusqu'à la date de renouvellement de la commission médicale d'établissement, les attributions de ce conseil dans la composition qui était la sienne à la date de publication de la présente ordonnance et nonobstant les dispositions du 6^o de l'article L. 6143-6 dudit code.

IX. – La commission médicale mentionnée à l'article L. 6144-1 du code de la santé publique, le comité technique d'établissement mentionné à l'article L. 6144-3 du même code et la commission mentionnée à l'article L. 6146-9 du même code continuent à exercer les attributions qui leur étaient confiées par la législation antérieure à la publication de la présente ordonnance, jusqu'à la publication du décret fixant leurs nouvelles attributions.

Annexe 3

aux articles L. 213-1 et suivants du code de la consommation dans l'accomplissement des contrôles prévus à l'article R. 553-14 du code rural ;

Les agents exercent leurs contrôles sur les caractéristiques et les conditions de mise sur le marché des fruits et légumes, y compris les pommes de terre primeurs, dans la circonscription territoriale définie par les arrêtés des 30 juin et 29 octobre 1998 portant agrément des comités économiques agricoles.

Arrêté du 12 avril 2002 autorisant la chambre de commerce et d'industrie d'Amiens à recourir à l'emprunt

NOR : INDI0200238A

Le ministre délégué à l'industrie, aux petites et moyennes entreprises, au commerce, à l'artisanat et à la consommation,

Vu le code de commerce ;
Vu la loi du 9 avril 1898 modifiée sur les chambres de commerce et d'industrie ;

Vu la délibération de la chambre de commerce et d'industrie d'Amiens en date du 26 juin 2001 ;

Vu l'avis du directeur régional de l'industrie, de la recherche et de l'environnement de la région Picardie en date du 14 mars 2002 ;

Vu l'avis du préfet de la région Picardie, préfet du département de la Somme, en date du 19 mars 2002,

Arrête :

Art. 1^{er}. – La chambre de commerce et d'industrie d'Amiens est autorisée à recourir à des ouvertures de crédit pour un montant maximal de 8 582 880 € en vue de réaliser l'extension de la zone d'aménagement concerné de La Croix de Fer, dénommée « pôle Jules Verne ».

L'amortissement de cet emprunt, qui pourra être remboursé par anticipation, s'effectuera dans un délai maximum de cinq ans.

Le service d'intérêt et d'amortissement de cet emprunt sera couvert au moyen du produit des recettes d'exploitation du service géré.

Art. 2. – Le sous-directeur des chambres de commerce et d'industrie est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 12 avril 2002.

Pour le ministre et par délégation :
Par empêchement du directeur
de l'action régionale
et de la petite et moyenne industrie :
L'administrateur civil,
J.-P. PALASZ

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

NOR : MESH0220702D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 6143-7 et L. 6146-9 ;

Vu la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 modifiée portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, notamment son article 24 ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 65-773 du 9 septembre 1965 modifié relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, et notamment son article 16 *ter* ;

Vu le décret n° 97-58 du 21 janvier 1997 modifié relatif à l'application de l'article 24 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 modifiée portant diverses dispositions d'ordre économique et financier ;

Vu le décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 18 décembre 2001 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

TITRE I^{er}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 1^{er}. – Il est créé un corps de directeur des soins classé en catégorie A de la fonction publique hospitalière.

Ce corps comprend deux grades : le grade de directeur des soins de 2^e classe qui compte huit échelons et le grade de directeur des soins de 1^{re} classe qui compte sept échelons et un échelon fonctionnel.

Les directeurs des soins exercent leurs fonctions dans les établissements mentionnés à l'article 2 (1^{er}, 2^e, 3^e) de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, dont l'emploi de chef d'établissement est occupé par un directeur d'hôpital ou dans le cadre d'une direction commune occupée par un directeur d'hôpital.

Art. 2. – Le corps de directeur des soins est constitué, selon la formation d'origine, des cadres issus :

1^o De la filière infirmière, infirmiers généraux au sens de l'article L. 6146-9 du code de la santé publique ;

2^o De la filière de rééducation ;

3^o De la filière médico-technique.

Art. 3. – Les directeurs des soins peuvent être chargés :

1^o De la coordination générale des activités de soins ou de la direction du service de soins infirmiers ou de la direction des activités de rééducation ou de la direction des activités médico-techniques ou de la direction des activités de rééducation et de la direction des activités médico-techniques ;

2^o De la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales ou de la direction d'un institut de formation de cadres de santé ;

3^o Par détachement ou mise à disposition, auprès de l'Etat ou de l'Ecole nationale de la santé publique, des fonctions de conseiller technique ou de conseiller pédagogique à l'échelon régional ou national.

Les directeurs des soins peuvent également être chargés de missions et études ou de la coordination d'études.

Art. 4. – Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.

A ce titre :

1^o Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ;

2^o Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité ;

3^o Il participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins ;

4^o Il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation ;

5^o Il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de

l'établissement. Le cas échéant, il est membre de droit des conseils techniques des écoles ou instituts de formation des professionnels de soins de l'établissement ;

6° Il favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques ;

7° Il remet au directeur un rapport annuel d'activité des services de soins, qui est intégré au rapport annuel d'activité de l'établissement présenté aux différentes instances.

A l'administration générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille, le nombre des emplois de coordonnateur général des soins est fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 5. - Le directeur des soins, directeur d'institut de formation préparant aux professions paramédicales ou d'institut de formation de cadres de santé, est nommé par le chef d'établissement. Il est responsable sous l'autorité de ce dernier :

1. De la conception du projet pédagogique ;
2. De l'organisation de la formation initiale et continue dispensée dans l'institut ;
3. De l'organisation de l'enseignement théorique et pratique ;
4. De l'animation et de l'encadrement de l'équipe de formateurs ;
5. Du contrôle des études ;
6. Du fonctionnement général de l'institut ;
7. De la recherche en soins et en pédagogie conduite par l'équipe enseignante de l'institut.

Le cas échéant, il peut, en outre, être chargé de la coordination de plusieurs instituts.

Il participe aux jurys constitués en vue de l'admission dans les instituts de formation préparant aux professions paramédicales ou les instituts de formation de cadres de santé et de la délivrance des diplômes ou certificats sanctionnant la formation dispensée dans ces instituts.

Il participe à la gestion administrative et financière de l'institut et à sa gestion des ressources humaines.

Art. 6. - Des directeurs des soins peuvent assister ou suppléer le coordonnateur général des soins et exercer dans ce cadre les missions définies à l'article 4 du présent décret dans les domaines d'activités qui leur sont confiés, le service de soins infirmiers dans les conditions définies à l'article L. 6146-9 susvisé, les activités de rééducation, les activités médico-techniques ou, le cas échéant, l'ensemble des activités de rééducation et médico-techniques.

Un directeur des soins peut assister ou suppléer le directeur des soins, directeur d'institut de formation préparant aux professions paramédicales ou d'institut de formation de cadres de santé. Dans ce cadre, il exerce les missions définies à l'article 5 ci-dessus.

Art. 7. - Au niveau régional, la fonction de conseiller technique s'exerce auprès de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, en relation avec l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaire et social, dans les domaines ci-après :

1° Dans le domaine de la santé publique, le conseiller technique participe à l'élaboration et à la mise en place de la politique régionale de santé, notamment en matière d'organisation et de sécurité sanitaire et de conduite de programmes de santé correspondants ;

2° Dans le domaine de l'animation et de l'information des professionnels de santé, il organise des groupes de travail relatifs aux activités sanitaires et notamment aux soins infirmiers et il facilite la diffusion des travaux et études relatifs aux activités sanitaires et notamment aux soins infirmiers auprès des professionnels de santé.

Au niveau national, la fonction de conseiller technique s'exerce auprès de l'administration centrale du ministère chargé de la santé dans le champ de compétence.

Les fonctions prévues au présent article ne sont accessibles qu'aux directeurs des soins de 1^{re} classe.

Art. 8. - La fonction de conseiller pédagogique s'exerce, pour une ou plusieurs régions, auprès d'une direction régionale des affaires sanitaires et sociales, dans le champ de la formation initiale des professions paramédicales.

Le conseiller pédagogique intervient dans le domaine de l'organisation de la formation des professions paramédicales, en

participant à l'élaboration et à la mise en œuvre du schéma régional des formations, y compris l'agrément, la détermination des quotas et des capacités d'accueil des instituts et écoles publics et privés, et en apportant son concours aux jurys, conseils techniques, commissions spécialisées correspondants.

Il intervient également dans le domaine de l'évaluation de la formation des professions paramédicales. A ce titre, il participe à la mise au point d'indicateurs sur le contenu et le déroulement des programmes de formation. Il participe à l'évaluation des parcours des professionnels de santé à l'issue de leur formation, à la réflexion sur l'adéquation des enseignements aux besoins des établissements et structures de santé.

La fonction de conseiller pédagogique s'exerce, au niveau national, auprès de l'administration centrale du ministère chargé de la santé dans le même champ de compétence.

Les fonctions prévues au présent article ne sont accessibles qu'aux directeurs des soins de 1^{re} classe.

TITRE II

RECRUTEMENT, FORMATION, NOMINATION, TITULARISATION

Art. 9. - Les directeurs des soins de 2^e classe sont recrutés par concours organisés au niveau national par arrêté du ministre chargé de la santé :

1° Un concours externe sur épreuves ouvert dans chaque filière : filière infirmière, filière de rééducation, filière médico-technique. Il est ouvert aux candidats du secteur privé titulaires du diplôme de cadre de santé appartenant à la filière infirmière, de rééducation ou médico-technique, ayant exercé l'une des professions appartenant à ces filières pendant au moins dix ans, dont cinq ans d'équivalent temps plein en qualité de cadre ;

2° Un concours interne sur épreuves ouvert dans chaque filière : filière infirmière, filière de rééducation, filière médico-technique. Il est ouvert aux cadres supérieurs de santé des filières infirmière, de rééducation et médico-technique et aux cadres de santé ou aux surveillants des mêmes filières comptant, au 1^{er} janvier de l'année du concours, au moins cinq ans de services effectifs dans ce grade.

Peuvent également se présenter à ces concours selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne ou des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen.

Les candidats doivent être âgés de cinquante ans au plus. Cette limite d'âge est reculée ou supprimée dans les conditions prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Le jury est commun aux deux concours. Le programme, la nature des épreuves et les modalités d'organisation des concours ainsi que la composition du jury sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 10. - Le nombre de places offertes aux concours externe et interne est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé. En aucun cas, le nombre de places offertes au concours externe ne peut excéder 10 % du nombre total des places offertes aux deux concours.

Art. 11. - Les places offertes à chacun de ces deux concours qui n'auraient pas été pourvues par la nomination des candidats au concours correspondant peuvent être attribuées aux candidats à l'autre concours dans chaque filière. Ce report ne peut avoir pour conséquence que le nombre de places offertes au concours interne soit inférieur aux deux tiers du nombre total de places offertes aux deux concours.

Art. 12. - Les avis annonçant les concours mentionnés à l'article 9 ci-dessus sont publiés au *Journal officiel* de la République française à l'initiative du ministre chargé de la santé.

Art. 13. - Avant de se présenter au concours mentionné à 2° de l'article 9 ci-dessus, les fonctionnaires et agents des établissements énumérés à l'article 2 (1°, 2°, 3°) de la loi du 9 janvier 1986 susvisée peuvent être admis à un cycle préparatoire organisé par l'Ecole nationale de la santé publique selon des modalités fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Les candidats au concours d'accès au cycle préparatoire doivent réunir, au 1^{er} janvier de l'année où prendra fin le cycle pour lequel ils postulent, les conditions requises par le 2° de l'article 9 ci-dessus pour se présenter au concours interne.

Art. 14. – Les candidats admis aux concours externe et interne sont classés par ordre de mérite. A l'issue du concours, ils choisissent leur affectation, dans l'ordre du classement, sur les listes des postes offerts arrêtées par le ministre chargé de la santé.

Les candidats à un poste de direction d'un institut de formation aux professions paramédicales doivent être titulaires du diplôme d'Etat correspondant à la formation dispensée dans cet institut.

Ils sont nommés directeurs des soins stagiaires par le chef d'établissement d'affectation pour une durée d'un an. Au cours de leur stage, ils doivent suivre une formation d'une durée totale de douze mois.

Ce stage comporte :

a) Un cycle de formation d'une durée de neuf mois, effectué à l'École nationale de la santé publique, dont le contenu et l'organisation sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé ;

b) Un stage pratique d'une durée de trois mois dans l'établissement d'affectation.

Art. 15. – Les directeurs des soins stagiaires sont rémunérés par l'École nationale de la santé publique durant le cycle de formation prévu au a de l'article précédent et ensuite par l'établissement d'affectation.

Les directeurs des soins stagiaires issus du concours externe sont rémunérés sur la base de l'indice afférent au 1^{er} échelon du premier grade de directeur des soins.

Les directeurs des soins stagiaires issus du concours interne, ayant antérieurement la qualité de fonctionnaire, sont placés en position de détachement pendant la durée du stage et conservent, s'ils y ont avantage, le bénéfice de leur indice de traitement.

Art. 16. – La titularisation est prononcée par le chef de l'établissement d'affectation. Elle ne peut intervenir qu'après validation du cycle de formation par le directeur de l'École nationale de la santé publique.

Le chef de l'établissement peut toutefois décider, à titre exceptionnel, de prolonger le stage pratique d'une durée au plus égale à trois mois et, sur avis du directeur de l'école, de faire suivre un nouveau cycle de formation. Si le stage complémentaire a été jugé satisfaisant, le stagiaire est titularisé et classé dans les conditions fixées ci-dessous. Toutefois, la période effectuée en qualité de stagiaire n'est prise en compte dans l'ancienneté que dans la limite d'une année.

Lorsque la titularisation n'est pas prononcée, le stagiaire est soit licencié, s'il n'avait pas auparavant la qualité de fonctionnaire, soit réintégré dans son corps ou cadre d'emplois d'origine.

Art. 17. – Les agents titularisés sont classés au 2^e échelon de la 2^e classe de directeur des soins s'ils n'avaient pas la qualité de fonctionnaire. S'ils avaient cette qualité, ils sont classés à l'échelon de la 2^e classe de directeur des soins comportant un indice égal ou, à défaut, immédiatement supérieur à celui dont ils bénéficiaient dans leur corps ou cadre d'emplois d'origine.

Lorsque ce mode de classement ne leur procure pas une augmentation de traitement égale ou supérieure à celle qu'ils auraient obtenue par un avancement d'échelon dans leur précédente situation, ils conservent l'ancienneté d'échelon acquise dans leur précédent grade dans la limite de la durée de l'ancienneté moyenne exigée pour un avancement d'échelon dans leur nouveau grade.

Les agents titularisés et nommés alors qu'ils ont atteint l'échelon terminal de leur précédent grade dans leur corps d'origine conservent leur ancienneté d'échelon dans les mêmes conditions et limites que celles énoncées à l'article 13 ci-dessus, lorsque l'augmentation de traitement consécutive à leur nomination est inférieure à celle résultant du dernier avancement d'échelon dans le grade du corps d'origine.

TITRE III

AVANCEMENT

Art. 18. – Pour les directeurs des soins de 2^e classe, l'ancienneté moyenne donnant accès à l'échelon supérieur est d'un an dans le 1^{er} échelon, de deux ans dans les 2^e et 3^e échelons, et de trois ans dans les 4^e, 5^e, 6^e et 7^e échelons.

Art. 19. – La 1^{re} classe de directeur des soins est accessible par tableau d'avancement dans les conditions prévues à l'article 69 (1^{er}) de la loi du 9 janvier 1986 susvisée aux directeurs des soins ayant atteint le 4^e échelon de la 2^e classe et comptant au moins cinq ans de services effectifs dans ce grade.

Ils doivent, en outre, avoir effectué, depuis leur nomination dans le corps de directeur des soins ou dans celui de cadre de santé ou dans les grades de surveillant et surveillant-chef, au moins une mobilité, soit géographique entre les établissements visés aux 1^{er}, 2^e et 3^e de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, soit fonctionnelle. Au sein du corps de cadre de santé, la mobilité fonctionnelle soit s'accomplir entre les fonctions visées au 1^{er} et au 3^e des articles 4 et 5 du décret du 31 décembre 2001 susvisé.

Art. 20. – Pour les directeurs des soins de 1^{re} classe, l'ancienneté moyenne donnant accès à l'échelon supérieur est d'un an dans le 1^{er} échelon, de deux ans dans les 2^e, 3^e et 4^e échelons, et de trois ans dans les 5^e, 6^e et 7^e échelons.

L'échelon fonctionnel est accessible aux directeurs des soins exerçant les fonctions de coordonnateur général des soins, définies à l'article 4 ci-dessus, de conseiller technique, définies à l'article 7 ci-dessus, ou de conseiller pédagogique, définies à l'article 8 ci-dessus ou de directeur d'institut de formation chargé en outre de la coordination de plusieurs instituts, conformément au troisième alinéa de l'article 5 ci-dessus.

Art. 21. – La durée maximale et la durée minimale du temps passé dans chaque échelon sont respectivement égales à l'ancienneté moyenne majorée ou réduite d'un quart.

TITRE IV

MUTATION, DÉTACHEMENT, MISE À DISPOSITION

Art. 22. – Les emplois vacants sont pourvus soit par mutation, soit par nomination prononcée en application de l'article 14 ci-dessus, soit par détachement en application de l'article 23 ci-dessous.

La liste des emplois vacants ou susceptibles de l'être et ceux dont les titulaires envisagent un changement d'affectation est publiée au *Journal officiel* de la République française.

La publication indique pour chaque emploi la ou les classes et filières auxquelles les intéressés doivent appartenir, la nature des fonctions et s'il est accessible par mutation ou par détachement.

Art. 23. – Peuvent être détachés dans le corps de directeur des soins, à indice égal ou immédiatement supérieur, les fonctionnaires appartenant à un corps ou cadre d'emplois classés dans la même catégorie, exerçant des fonctions équivalentes, justifiant des diplômes et titres exigés pour être recruté dans le corps de directeur des soins, titulaires d'un grade ou emploi dont l'indice brut terminal est au moins égal à 966.

Les fonctionnaires détachés conservent, dans la limite de la durée d'ancienneté moyenne exigée pour un avancement d'échelon dans leur nouveau grade, l'ancienneté d'échelon acquise dans leur précédent grade, lorsque le détachement ne leur procure pas un avantage supérieur à celui qui aurait résulté d'un avancement d'échelon dans leur corps ou cadre d'emplois d'origine.

Les fonctionnaires détachés concourent pour l'avancement d'échelon et de grade avec les fonctionnaires du corps s'ils justifient d'une durée de service au moins équivalente à celle exigée des directeurs des soins. Ceux-ci peuvent, après deux ans, être intégrés, sur leur demande, dans le corps de directeur des soins après avis de la commission administrative paritaire. L'intégration est prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination, dans l'échelon atteint dans le grade concerné du corps de directeur des soins avec conservation de l'ancienneté acquise dans l'échelon.

Art. 24. – Les directeurs des soins peuvent, avec leur accord, être mis à la disposition d'une administration de l'Etat pour l'exercice des missions définies à l'article 3 ci-dessus.

Annexe 4

DIRECTEUR DES SOINS ET DES ACTIVITÉS PARAMÉDICALES

AUTRES APPELLATIONS COURANTES : Directeur du service de soins, coordonnateur général des soins

DÉFINITION

- Concevoir la politique des soins et des activités paramédicales et en diriger la mise en œuvre

SPÉCIFICITÉS DANS LE MÉTIER

- Conseiller technique régional, national, coordonnateur général des soins en établissement de santé

SOINS

ACTIVITÉS PRINCIPALES

- Formalisation et réalisation du projet de soins et de ses déclinaisons en liaison avec le projet d'établissement, et en partenariat avec le corps médical et les membres de l'équipe de direction
- Pilotage et contrôle des politiques concernant l'organisation des soins et des activités paramédicales, détermination d'objectifs et de projets
- Organisation et gestion des structures, des activités en partenariat avec le corps médical, les membres de l'équipe de direction, et l'encadrement paramédical
- Présidence et animation de la commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation
- Management et supervision de responsables et/ou d'équipes projet
- Affectation du personnel paramédical et avis sur la gestion des carrières
- Répartition des moyens et dimensionnement des effectifs
- Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans le champ des soins et des activités paramédicales
- Conseil en organisation des soins et activités paramédicales auprès des différents partenaires, instances et tutelles
- Élaboration d'un rapport d'activité
- Veille professionnelle

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FRÉQUENTES

- Équipe de direction pour le suivi des orientations politiques et stratégiques
- Président de la CME et corps médical pour la cohérence des projets, des organisations et des activités dans la prise en charge des patients
- Directeurs des écoles et instituts de formation dans le cadre de l'organisation des stages et de l'évolution des pratiques professionnelles
- Partenaires sociaux dans le cadre des conditions de travail des personnels, des organisations et des évolutions professionnelles
- Médecin du travail dans le cadre des conditions de travail et de l'aménagement des postes pour les personnels
- Conseiller technique régional en soins pour la coordination régionale

SAVOIR-FAIRE REQUIS

- Concevoir des politiques et des projets en adéquation avec les besoins, les contraintes de la structure et le projet d'établissement
- Décider et/ou influencer les choix stratégiques d'organisation des soins et activités paramédicales
- Animer, mobiliser et entraîner des équipes
- Communiquer auprès des équipes, des instances, des représentants professionnels et des publics divers
- Traiter et résoudre des situations conflictuelles
- Créer et développer un réseau de partenaires dans le domaine des soins et des activités paramédicales
- Négocier des ressources (financières, humaines, techniques, logistiques)
- Concevoir une politique de promotion professionnelle pour les agents
- Concevoir une politique de recherche dans le domaine des soins et des activités paramédicales
- Évaluer la qualité des soins et des activités paramédicales à travers la mise en place de démarches, d'outils et d'indicateurs de résultats
- Fixer des objectifs et évaluer les résultats

B4

➤ CONNAISSANCES ASSOCIÉES

Exercice, organisation, et actualités professionnelles	Conduite de projet	Gestion des ressources humaines	Économie de la santé	Droit hospitalier	Éthique et déontologie	Gestion budgétaire	Sociologie des organisations
3	3	3	2	2	2	2	2

1: Connaissances générales 2: Connaissances détaillées 3: Connaissances approfondies

CONDITIONS PARTICULIÈRES D'EXERCICE DU MÉTIER

- Travail week-end et jours fériés, astreintes

PRÉREQUIS INDISPENSABLES POUR L'EXERCER

- Diplôme professionnel paramédical permettant l'exercice dans l'une des professions paramédicales
- Diplôme cadre de santé, certificat de l'ENSP

EXPÉRIENCE CONSEILLÉE POUR L'EXERCER

- Diversité des expériences en qualité de cadre de santé et supérieur/ou de mission transversale

PASSERELLES ET ÉVOLUTIONS PROFESSIONNELLES VERS D'AUTRES MÉTIERS

Passerelles courtes

- Directeur d'institut de formation en soins, management et pédagogie et activités paramédicales
- Directeur d'hôpital
- Directeur d'établissement social et médicosocial

CORRESPONDANCES STATUTAIRES ÉVENTUELLES

- Directeur des soins

TENDANCES D'ÉVOLUTION DU MÉTIER

Les facteurs clés à moyen terme	Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences
<ul style="list-style-type: none"> ● Évolution des politiques nationales de santé (gestion par pôle, développement des mises en réseau des établissements, restructuration, fusion et réorganisation des activités médicales et paramédicales avec parfois externalisation, partages d'activité avec le secteur privé...) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Veille continue sur les évolutions réglementaires ● Connaissances accrues de l'environnement (structures de santé, épidémiologie et besoins de la population, réseaux, associations...)
<ul style="list-style-type: none"> ● Évolution des institutions hospitalières avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), et de la gestion par pôle 	<ul style="list-style-type: none"> ● Compétences renforcées en management stratégique, contrôle de gestion, négociation avec les partenaires internes et externes, systèmes d'information...
<ul style="list-style-type: none"> ● Évolution des professions paramédicales, transferts d'activités et de compétences des médecins vers les paramédicaux 	<ul style="list-style-type: none"> ● Adaptation des formations à l'évolution des métiers ● Redéfinition des missions, des procédures de prise en charge et des responsabilités au sein des équipes
<ul style="list-style-type: none"> ● Renforcement de la judiciarisation et du consumerisme de la part des usagers, des associations d'usagers ● Pression médiatique accrue sur les structures de santé (réaction de la presse à des incidents, à des actions de communication externe...) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Compétences renforcées en méthode de traçabilité, contrôle des procédures et contrôle qualité ● Connaissances en techniques de communication (s'exprimer en public) de négociation (conciliation ou médiation avec les usagers...)

FAMILLE: Soins et activités paramédicales

SOUS-FAMILLE: Management et formation

CODE METIER: 1A406

Annexe 5

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

NOR : SANH0524561D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 6146-2 et L. 6146-9 ;

Vu le titre IV du statut général des fonctionnaires ;

Vu l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. – Le chapitre VI du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires) est ainsi modifié :

I. – 1^o L'intitulé de la section 1 est remplacé par l'intitulé suivant : « Les pôles d'activité » ;

2^o Dans cette section, il est inséré une sous-section 1 intitulée « Responsables de pôle » et comprenant les articles R. 6146-1 et D. 6146-2.

II. – 1^o A la section 4, les articles R. 6146-5 à R. 6146-18 deviennent respectivement les articles R. 6146-62 à R. 6146-75 ;

2^o A la section 2, l'article R. 6146-3 devient l'article R. 6146-18 et les mots : « articles R. 714-21-1 à R. 714-24-2 » sont remplacés par les mots : « articles R. 714-21-1 à R. 714-21-25, R. 714-24-1 et R. 714-24-2 ».

Art. 2. – Il est inséré dans la section 1 du chapitre VI du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires) une sous-section 2 ainsi rédigée :

« Sous-section 2

« Conseils de pôle d'activité

« Art. R. 6146-10. – I. – Le conseil de pôle d'activité mentionné à l'article L. 6146-2 a notamment pour objet :

« 1^o De participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle, dans le respect de la déontologie médicale, s'agissant des pôles cliniques et médico-techniques ;

« 2^o De permettre l'expression des personnels, de favoriser les échanges d'informations et de faire toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et de ses structures internes, notamment quant à la permanence des soins et à l'établissement des tableaux de service.

« II. – Le règlement intérieur de l'établissement fixe les règles d'organisation et de fonctionnement des conseils de pôle d'activité.

« Art. R. 6146-11. – Seuls des personnels en fonction dans le pôle, à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie depuis plus d'un an, peuvent être membres des conseils de pôle d'activité.

« Art. R. 6146-12. – Outre le responsable du pôle, président, sont membres de droit du conseil de pôle d'activité :

« 1^o Dans les pôles d'activité clinique et médico-technique :

« a) Le praticien responsable de chacune des structures internes composant le pôle ;

« b) Le cadre supérieur de santé, la sage-femme cadre supérieur ou, à défaut, le cadre de santé ou la sage-femme cadre ainsi que le cadre administratif qui assistent le responsable du pôle ;

« c) Les cadres supérieurs de santé ou les sages-femmes cadres supérieurs qui assurent l'encadrement de plusieurs cadres mentionnés au d ci-dessous ;

« d) Le cadre de santé ou la sage-femme cadre qui assure l'encadrement du personnel dans chacune des structures internes du pôle.

« Lorsque le nombre des cadres mentionnés aux c et d ci-dessus excède celui des praticiens mentionnés au a, le nombre des cadres mentionnés au d est réduit, à due concurrence, dans des conditions définies par le règlement intérieur de l'établissement.

« 2° Dans les pôles d'activité autres que cliniques et médico-techniques :

« a) Le personnel de direction du pôle ;

« b) Le cadre qui assiste le responsable de pôle ;

« c) Les cadres qui assurent l'encadrement du personnel des structures internes du pôle.

« Art. R. 6146-13. – I. – Outre les membres de droit, le conseil de pôle comporte des membres titulaires et suppléants élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque corps ou catégorie représentés au sein de deux groupes. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des membres titulaires et suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

« II. – Les personnels mentionnés au I ci-dessus, titulaires, stagiaires ou contractuels, sont électeurs et éligibles au sein des corps et catégories de l'un ou l'autre des deux groupes ci-dessous :

« 1° Le groupe des médecins, odontologistes et pharmaciens comprend les corps ou catégories suivants : professeurs des universités-praticiens hospitaliers, maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers, praticiens hospitaliers universitaires, praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel, chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et assistants hospitaliers universitaires, assistants et assistants associés, praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels, praticiens attachés et praticiens attachés associés, internes et résidents ;

« 2° Le groupe des personnels de la fonction publique hospitalière comprend les différents corps et catégories des personnels régis par le titre IV du statut général des fonctionnaires.

« III. – Le règlement intérieur de l'établissement fixe le nombre de sièges attribués à chaque corps et catégorie de personnels de chacun des deux groupes selon les modalités suivantes :

« 1° Le nombre de sièges est calculé au prorata des effectifs des corps ou catégories des personnels au sein du groupe considéré, appréciés, en équivalents temps plein, au dernier jour du troisième mois précédant la date d'affichage prévue à l'article R. 6146-15 ;

« 2° Le nombre de représentants titulaires de chaque groupe ne peut ni être supérieur au tiers des électeurs du groupe, ni excéder trente membres. L'application des dispositions qui précèdent ne saurait aboutir à ce qu'un corps ou une catégorie ne dispose pas au moins d'un siège ni à ce que, dans le groupe mentionné au 1° du II, les praticiens titulaires ne disposent pas au moins de la moitié des sièges.

« Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par corps ou catégorie, à celui des membres titulaires. Lorsque le nombre de membres titulaires est supérieur à dix, le règlement intérieur de l'établissement peut réduire le nombre des membres suppléants à la moitié de celui des titulaires sans qu'il puisse être inférieur à dix.

« Art. R. 6146-14. – La durée du mandat des membres élus du conseil de pôle d'activité est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

« Le règlement intérieur de l'établissement définit les conditions de la suppléance des membres titulaires momentanément empêchés de siéger.

« En cas de cessation anticipée du mandat d'un membre titulaire, celui-ci est remplacé, pour la durée du mandat en cours, par le membre suppléant du corps ou de la catégorie considéré qui a obtenu le plus grand nombre de voix. Lorsque, plus de sept mois avant le renouvellement général du conseil, un corps ou une catégorie ne comporte plus de membres suppléants, il est pourvu à leur remplacement dans les conditions prévues aux articles R. 6146-13 et R. 6146-15.

« Art. R. 6146-15. – Le règlement intérieur de l'établissement fixe les modalités du scrutin, notamment les conditions du vote par correspondance.

« La date de l'élection est fixée par le directeur de l'établissement. Un mois au moins avant, le directeur publie par voie d'affichage la date retenue, la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les deux groupes au titre de chacun des corps et catégories énumérés à l'article R. 6146-12.

« Le procès-verbal des opérations électorales est affiché pendant six jours francs après le scrutin. Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au directeur de l'établissement avant l'expiration de ce délai.

« Art. R. 6146-16. – En cas d'exercice dans plusieurs pôles d'activité, le professionnel intéressé est, pour l'élection des membres des conseils de pôle, rattaché au pôle où il exerce à titre principal.

« Le règlement intérieur de l'établissement définit les conditions dans lesquelles ces professionnels assistent, avec voix consultative, aux séances d'un conseil de pôle autre que celui auquel ils sont rattachés ainsi que les modalités selon lesquelles le conseil de pôle peut entendre tout professionnel de l'établissement, compétent sur une question inscrite à l'ordre du jour. »

Art. 3. – La section 3 du chapitre VI du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires) est remplacée par les dispositions suivantes :

« *Section 3*

« *Commission des soins infirmiers,
de rééducation et médico-techniques*

« *Art. R. 6146-50.* – La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L. 6146-9 est consultée sur :

« 1^o L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

« 2^o La recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation de ces soins ;

« 3^o L'élaboration d'une politique de formation ;

« 4^o L'évaluation des pratiques professionnelles ;

« 5^o La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;

« 6^o Le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement.

« *Art. R. 6146-51.* – La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

« Les corps, grades ou emplois hiérarchiquement équivalents des personnels de la commission sont répartis en trois groupes ainsi qu'il suit :

« 1^o Groupe des cadres de santé :

« *a)* Collège de la filière infirmière : corps des infirmiers cadres de santé ; corps des infirmiers de bloc opératoire cadres de santé ; corps des infirmiers anesthésistes cadres de santé ; corps des puéricultrices cadres de santé ;

« *b)* Collège de la filière de rééducation : corps des pédicures-podologues cadres de santé ; corps des masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé ; corps des ergothérapeutes cadres de santé ; corps des psychomotriciens cadres de santé ; corps des orthophonistes cadres de santé ; corps des orthoptistes cadres de santé ; corps des diététiciens cadres de santé ;

« *c)* Collège de la filière médico-technique : corps des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé ; corps des techniciens de laboratoire cadres de santé ; corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé ;

« 2^o Groupe des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques :

« *a)* Collège des personnels infirmiers : corps des infirmiers de bloc opératoire ; corps des infirmiers anesthésistes ; corps des puéricultrices ; corps des infirmiers ;

« *b)* Collège des personnels de rééducation : corps des psychomotriciens ; corps des orthophonistes ; corps des orthoptistes ; corps des diététiciens ;

« *c)* Collège des personnels médico-techniques : corps des préparateurs en pharmacie hospitalière ; corps des techniciens de laboratoire ; corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale ;

« 3^o Groupe des aides-soignants : collège du corps des aides-soignants.

« *Art. R. 6146-52.* – I. – Présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, cette commission comprend des membres élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque collège composant les groupes mentionnés à l'article R. 6146-51.

« Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin.

« Ces électeurs sont éligibles à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie depuis plus d'un an à la date de clôture des listes.

« Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège, à celui des membres titulaires. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des titulaires et suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

« II. – Le règlement intérieur de l'établissement fixe le nombre de membres de la commission dans les conditions suivantes :

« 1^o La commission ne peut comprendre plus de trente-deux membres ;

« 2^o Les groupes mentionnés à l'article R. 6146-51 y sont représentés dans les proportions respectives de trois huitièmes pour le groupe des cadres de santé, quatre huitièmes pour celui des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques et un huitième pour celui des aides-soignants ;

« 3^o *a)* Le nombre de sièges attribués aux deux premiers groupes est calculé au prorata des effectifs des personnels de chaque collège appréciés, en équivalents temps plein, à la date d'affichage des listes électorales ;

« *b)* Chaque collège dispose à la commission d'au moins un représentant.

« Art. R. 6146-53. – La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

« Le règlement intérieur de la commission définit les conditions de la suppléance des membres titulaires momentanément empêchés de siéger. En cas de cessation anticipée du mandat d'un membre titulaire, celui-ci est remplacé, pour la durée du mandat en cours, par le suppléant qui a obtenu le plus grand nombre de voix au sein du même collège en ce qui concerne les deux premiers groupes mentionnés à l'article R. 6146-51 ou au sein du groupe des aides-soignants.

« Lorsque, au moins sept mois avant le renouvellement général de la commission, le dernier suppléant d'un collège d'un des deux premiers groupes mentionnés à l'article R. 6146-51 ou du groupe des aides-soignants est nommé titulaire, il est aussitôt pourvu au remplacement des suppléants de ce collège dans les conditions fixées à l'article R. 6146-52 et R. 6146-54.

« Art. R. 6146-54. – Le règlement intérieur de l'établissement fixe les modalités du scrutin, notamment les conditions du vote par correspondance.

« La date de l'élection est fixée par le directeur de l'établissement. Un mois au moins avant, le directeur publie par voie d'affichage la date retenue, la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges.

« Le procès-verbal des opérations électorales est établi par le directeur de l'établissement et affiché immédiatement pendant six jours francs après le scrutin. Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au directeur de l'établissement avant l'expiration de ce délai. A l'issue de ce délai, le directeur proclame les résultats du scrutin.

« Art. R. 6146-55. – Participent avec voix consultative aux séances de la commission :

« a) Le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

« b) Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement ;

« c) Un représentant des étudiants de troisième année désigné par le directeur de l'institut de formation paramédicale après tirage au sort parmi ceux élus au conseil technique de chaque institut de formation en soins infirmiers, de rééducation ou médico-techniques, rattaché juridiquement à l'établissement ;

« d) Un élève aide-soignant désigné par le directeur de l'institut de formation ou de l'école, après tirage au sort parmi ceux élus au conseil technique de cet organisme, rattaché juridiquement à l'établissement ;

« e) Un représentant de la commission médicale d'établissement.

« Art. R. 6146-56. – La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau. Elle est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du directeur de l'établissement ou de la moitié au moins des membres de la commission.

« L'ordre du jour est fixé par le président.

« Art. R. 6146-57. – La commission délibère valablement lorsque la moitié au moins des membres élus sont présents.

« Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

« Art. R. 6146-58. – Chaque séance de la commission fait l'objet d'un procès-verbal adressé au directeur de l'établissement et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.

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

« Art. R. 6146-60. – Le président rend compte chaque année de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un rapport adressé au directeur de l'établissement. »

Art. 4. – La section 4 du chapitre IV du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires) est modifiée ainsi qu'il suit :

I. – Son intitulé est ainsi libellé :

« Section 4

*« Droit à l'expression directe et collective des personnels
des hôpitaux locaux et des syndicats interhospitaliers »*

II. – Les articles R. 6144-86 et R. 6144-87 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. R. 6144-86. – Les personnels titulaires, stagiaires ou contractuels des hôpitaux locaux ou exerçant dans les syndicats interhospitaliers bénéficient selon les modalités définies à la présente section d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail.

« Art. R. 6144-87. – Le droit à l'expression directe et collective des personnels s'exerce dans le cadre de réunions organisées au moins deux fois par an dans l'enceinte de l'établissement ou du syndicat interhospitalier, en dehors des lieux ouverts au public, pendant le temps de travail.

« Dans les syndicats interhospitaliers autorisés à assurer les missions des établissements de santé, ce droit s'exerce au sein des structures créées en vertu du troisième alinéa de l'article L. 6132-3. »

III. – Au premier alinéa et au 4^e de l'article R. 6144-88 et à l'article R. 6144-89, après les mots : « le directeur de l'établissement » sont insérés les mots : « ou le secrétaire général du syndicat interhospitalier ». Au 3^e de l'article R. 6144-88, après les mots : « au directeur de l'établissement » sont insérés les mots : « ou au secrétaire général du syndicat interhospitalier ».

Art. 5. – I. – 1^o Le conseil de chaque pôle d'activité est mis en place dans le délai de six mois suivant la constitution du pôle ou dans le délai de six mois suivant la publication du présent décret en ce qui concerne les pôles déjà constitués à cette date.

2^o Les articles R. 714-22-1 à R. 714-22-11 du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) sont abrogés.

Toutefois, les conseils régis par ces dispositions sont maintenus en fonctions jusqu'à la date de mise en place des conseils de pôle, et au plus tard jusqu'au 30 juin 2007.

3^o Jusqu'à cette même date, les personnels des établissements publics de santé, autres que les hôpitaux locaux, qui ne relevaient pas des dispositions des articles R. 714-22-1 à R. 714-22-11 susvisés, continuent à exercer leur droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail dans les conditions définies par les articles R. 6144-86 à R. 6144-89 dans la rédaction antérieure à celle issue du présent décret.

II. – 1^o Chaque établissement public de santé met en place la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans le délai de six mois suivant la publication du présent décret ;

2^o Les articles R. 714-26-1 à R. 714-26-11 du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) sont abrogés.

Toutefois, jusqu'à la date de mise en place de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, la commission du service de soins infirmiers continue à exercer ses attributions dans les conditions prévues à ces articles.

Art. 6. – Le code de la santé publique (dispositions réglementaires) est ainsi modifié :

I. – Aux articles R. 1112-81 (II), R. 6111-3 et R. 6141-36, les mots : « du service de soins infirmiers » sont remplacés par les mots : « des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ».

II. – Au 4^e de l'article R. 6143-12, les mots : « après avis du préfet du département dans lequel l'établissement a son siège » sont supprimés.

III. – Au 2^o de l'article R. 6144-2 :

1^o Les mots : « hospitaliers et pharmaciens » sont remplacés par les mots : « relevant de ces dispositions » ;

2^o La référence à l'article R. 6152-222 est remplacée par la référence à l'article R. 6152-213.

IV. – A l'article R. 6144-3, les mots : « des collèges prévus » sont remplacés par les mots : « du collège prévu ».

V. – A l'article R. 6144-7, après les mots : « de ces structures » sont insérés les mots : « , autres que les unités fonctionnelles, ».

VI. – A l'article R. 6144-8 :

1^o Au dix-huitième alinéa, après les mots : « aux a et b » sont insérés les mots : « du 1^o » ;

2^o Au 5^o et au dernier alinéa du 6^o, les références aux articles R. 6152-10 et R. 6152-218 sont remplacées par les références aux articles R. 6152-16 et R. 6152-213 ;

3^o Au a du 7^o, les mots : « de l'article R. 6152-1 » sont remplacés par les mots : « de l'article 1^{er} du décret n^o 84-135 du 24 février 1984 ».

VII. – Au premier alinéa de l'article R. 6144-43, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre ».

Art. 7. – Le ministre de la santé et des solidarités est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 26 décembre 2005.

DOMINIQUE DE VILLEPIN

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et des solidarités,

XAVIER BERTRAND

Annexe 6

Plan " Hôpital 2007 "

Présentation des mesures

2. La modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics

Le constat préoccupant du rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT, appelle la mise en œuvre rapide d'un véritable plan de sauvetage de l'hôpital public, visant à rénover en profondeur sa gestion interne, afin de lui donner la souplesse, la réactivité, et l'efficacité qui lui font défaut, et font souffrir l'ensemble des professionnels qui y travaillent.

Il convient d'aller vite, mais sans précipitation. Et surtout en impliquant totalement dans l'implication de ce plan l'ensemble des acteurs concernés.

Deux grands chantiers seront donc ouverts dans les semaines qui viennent.

Chaque " groupe projet " sera confié à des professionnels de santé s'entourant d'hommes et de femmes de terrain pour mener pendant trois mois des réflexions accélérées mais approfondies sur des thèmes précis. Les deux " groupes projet " élaboreront des propositions pour la fin du premier trimestre 2003.

Pour ce faire, ils se déplaceront en régions, afin de dialoguer avec tous les acteurs concernés.

A partir de ces propositions, s'ouvrira une période de concertation nationale avec les représentants des professionnels devant conduire à des textes réglementaires et législatifs avant l'été 2003.

Le premier " groupe projet " s'attachera à deux objectifs principaux

Tout d'abord, le découplage interne de l'hôpital en révisant les règles qui régissent son organisation.

Plusieurs orientations seront étudiées, sans que le champ d'investigation soit fermé :

- L'assouplissement du régime budgétaire et financier.
- Le découplage des organisations médicales en généralisant les pôles d'activité et en instituant une contractualisation interne étendue avec le conseil d'administration.
- Une réflexion sur l'évolution des instances des établissements afin que ces derniers puissent jouer pleinement leur rôle dans le cadre d'une autonomie accrue de l'hôpital.
- La révision des modalités d'achats.

La rénovation des relations entre les acteurs au sein de l'hôpital, ensuite.

Plusieurs champs de réflexions seront ouverts :

- Fixer de nouvelles dispositions pour intéresser individuellement l'ensemble du personnel aux résultats de gestion des pôles d'activité, intéresser les médecins aux postes de responsabilités (pôles de responsabilité, CME - Commission médicale d'établissement-), expérimenter de nouveaux modes de rémunération pour les médecins, prévoir une contractualisation du chef d'établissement et de l'ARH sur des objectifs.
- Moderniser le dialogue social dans les établissements publics de santé et au niveau central.
- Déconcentrer la gestion des PH et directeurs et proposer de nouveaux outils de gestion des compétences afin de mettre celles ci en adéquation avec la stratégie des établissements.

Le deuxième " groupe projet " s'intéressera aux spécificités des CHU, telles que :

- Le développement de l'innovation, en tant que point commun aux trois missions des CHU – soins, enseignement, recherche.
- Le renforcement de la dimension régionale et inter-régionale des CHU.
- La recherche d'une nouvelle dimension aux inter relations CHU/ Faculté.
- Le recrutement des chercheurs et des enseignants.

Annexe 7



N° 714

(1^{ère} partie)

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 mars 2003.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,

FAMILIALES ET SOCIALES

sur

l'organisation interne de l'hôpital

et présenté

par M. René COUANAU,

Député.

b) Appliquer l'amendement "liberté"

Chaque hôpital devrait pouvoir organiser son activité de soins comme il le souhaite, tant l'organisation d'un CHU diffère de celle d'un hôpital général. C'est ce qu'avait prévu le législateur en adoptant « l'amendement liberté » lors des débats relatifs à la loi du 30 juillet 1991 portant réforme hospitalière, amendement devenu l'article L. 6146-8 du code de la santé publique :

« Par dérogation aux dispositions des articles L. 6146-1 à L. 6146-6, le conseil d'administration d'un établissement public de santé peut décider d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement, dans le respect du projet d'établissement approuvé.

Cette décision est prise à l'initiative du président du conseil d'administration, du président de la commission médicale d'établissement ou du directeur de l'établissement, après avis conforme de la commission médicale d'établissement siégeant en formation restreinte aux praticiens titulaires. Le comité technique d'établissement est consulté.

Dans ce cas, le conseil d'administration nomme les responsables des structures médicales et médico-techniques ainsi créées après avis de la commission médicale d'établissement qui siège en formation restreinte aux praticiens titulaires. Il prévoit, après consultation de la commission médicale d'établissement et du comité technique

d'établissement, les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement de ces structures. La mise en place de celles-ci ne peut intervenir qu'à l'occasion des renouvellements des chefs de service en fonction au 31 juillet 1991.

Les dispositions du troisième alinéa ne font pas obstacle à l'application des dispositions relatives aux sanctions prises en cas de faute ou d'insuffisance professionnelle présente un intérêt économique et sanitaire incontestable, pourrait être développée grâce à la motivation des médecins et des équipes soignantes.

Annexe 8

LOIS

LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1)

NOR: SANX0400122L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2004-504 DC du 12 août 2004 ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE

Section 1

Haute Autorité de santé

Article 35

I. – Après le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre I^{er bis} ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{er} BIS

« Haute Autorité de santé

« Art. L. 161-37. – La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :

« 1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé et réalise ou valide des études d'évaluation des technologies de santé ;

« 2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire ;

« 3° Etablir et mettre en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;

« 4° Etablir et mettre en œuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique ;

« 5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé.

« Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'Institut national de veille sanitaire et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé.

« Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.

« La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1^{er} juillet, qui porte notamment sur les travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que sur les actions d'information mises en œuvre en application du 2° du présent article.

« Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.

« Art. L. 161-38. – La Haute Autorité de santé est chargée d'établir une procédure de certification des logiciels dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique.

« A compter du 1^{er} janvier 2006, cette certification est mise en œuvre et délivrée par un organisme accrédité attestant du respect des règles de bonne pratique édictées par la Haute Autorité de santé.

« Art. L. 161-39. – La Haute Autorité de santé peut procéder, à tout moment, à l'évaluation du service attendu d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé ou du service qu'ils rendent. Elle peut également consulter, notamment par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, sur le bien-fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou catégorie de produits ou prestations et, le cas échéant, les protocoles de soins les associant.

« Sans préjudice des mesures prises par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire, et notamment celles prises en application du 2^o de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, la Haute Autorité de santé fixe les orientations en vue de l'élaboration et de la diffusion des recommandations de bonne pratique de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mentionnée à l'article L. 5311-1 du même code et procède à leur diffusion.

« La Haute Autorité peut saisir l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé de toute demande d'examen de la publicité pour un produit de santé diffusée auprès des professionnels de santé.

« Dans le respect des règles relatives à la transmission et au traitement des données à caractère personnel, les caisses d'assurance maladie et l'Institut des données de santé transmettent à la Haute Autorité les informations nécessaires à sa mission, après les avoir rendues anonymes.

« Art. L. 161-40. – Au titre de sa mission d'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population, la Haute Autorité de santé est chargée :

« 1^o De participer à la mise en œuvre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles ;

« 2^o D'analyser les modalités d'organisation et les pratiques professionnelles à l'origine des faits mentionnés à l'article L. 1413-14 du code de la santé publique relevant de son champ de compétence et de proposer aux autorités sanitaires toute mesure utile pour y remédier ;

« 3^o D'évaluer la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins.

« Art. L. 161-41. – La Haute Autorité de santé comprend un collège et des commissions spécialisées présidées par un membre du collège et auxquelles elle peut déléguer certaines de ses attributions.

« Les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code constituent des commissions spécialisées de la Haute Autorité. Leurs attributions peuvent être exercées par le collège. Les autres commissions spécialisées sont créées par la Haute Autorité, qui en fixe la composition et les règles de fonctionnement.

« Art. L. 161-42. – Le collège est composé de huit membres choisis en raison de leur qualification et de leur expérience dans les domaines de compétence de la Haute Autorité de santé :

« 1^o Deux membres désignés par le Président de la République ;

« 2^o Deux membres désignés par le président de l'Assemblée nationale ;

« 3^o Deux membres désignés par le président du Sénat ;

« 4^o Deux membres désignés par le président du Conseil économique et social.

« Les membres du collège sont nommés par décret du Président de la République. Le président du collège est nommé dans les mêmes conditions parmi ses membres.

« La durée du mandat des membres du collège est de six ans, renouvelable une fois.

« En cas de vacance survenant plus de six mois avant l'expiration du mandat, il est procédé à la nomination dans les conditions prévues au présent article, d'un nouveau membre dont le mandat expire à la date à laquelle aurait expiré le mandat de la personne qu'il remplace. Son mandat peut être renouvelé s'il a exercé ses fonctions de remplacement pendant moins de deux ans.

« Le collège est renouvelé par moitié tous les trois ans.

« Art. L. 161-43. – La Haute Autorité de santé dispose de services placés sous l'autorité d'un directeur nommé, après avis du collège, par le président de celui-ci.

« Sur proposition du directeur, le collège fixe le règlement intérieur des services.

« Le président du collège représente la Haute Autorité en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut donner mandat à cet effet au directeur.

« Le personnel de la Haute Autorité est composé d'agents contractuels de droit public, de salariés de droit public ainsi que d'agents de droit privé régis soit par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale, soit par un statut fixé par décret. Dans des conditions fixées par décret du Conseil d'Etat, des agents publics peuvent être placés auprès de la Haute Autorité dans une position prévue par le statut qui les régit.

« Les dispositions des articles L. 412-1, L. 421-1, L. 431-1 et L. 236-1 du code du travail sont applicables au personnel des services de la Haute Autorité. Toutefois, ces dispositions peuvent faire l'objet, par décret du Conseil d'Etat, d'adaptations rendues nécessaires par les conditions de travail propres à la Haute Autorité et aux différentes catégories de personnel qu'elle emploie.

« Art. L. 161-44. – Les membres de la Haute Autorité de santé, les personnes qui lui apportent leur concours ou qui collaborent occasionnellement à ses travaux ainsi que le personnel de ses services sont soumis, chacun pour ce qui le concerne, aux dispositions de l'article L. 5323-4 du code de la santé publique. Toutefois, ces dispositions peuvent faire l'objet, par décret en Conseil d'Etat, d'adaptations rendues nécessaires par les missions, l'organisation ou le fonctionnement de la Haute Autorité. Ce décret précise en particulier ceux des membres du collège ou des commissions spécialisées qui ne peuvent avoir, par eux-mêmes ou par personne interposée, dans les établissements ou entreprises en relation avec la Haute Autorité, des intérêts de nature à compromettre leur indépendance. Les membres concernés qui auraient de tels intérêts sont déclarés démissionnaires d'office par le collège statuant à la majorité de ses membres.

« Art. L. 161-45. – La Haute Autorité de santé dispose de l'autonomie financière. Son budget est arrêté par le collège sur proposition du directeur.

« Les ressources de la Haute Autorité sont constituées notamment par :

« 1^o Des subventions de l'Etat ;

« 2^o Une dotation globale versée dans des conditions prévues par l'article L. 174-2 ;

« 3^o Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;

« 4^o Une fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-6 ;

« 5^o Le montant des taxes mentionnées aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;

« 6^o Des produits divers, des dons et legs ;

« 7^o Une contribution financière due par les établissements de santé à l'occasion de la procédure prévue par les articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique. Le montant de cette contribution est fixé par décret. Il est fonction du nombre, déterminé au 31 décembre de l'année qui précède la visite de certification, de lits et de places de l'établissement, autorisés en application de l'article L. 6122-1 du même code, ainsi que du nombre de sites concernés par la procédure de certification. Il ne peut être inférieur à 2 286 €, ni supérieur à 53 357 €. Cette contribution est exigible dès la notification de la date de la visite de certification. Elle est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.

« Art. L. 161-46. – Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat, notamment :

« 1^o Les conditions dans lesquelles la Haute Autorité de santé procède aux évaluations et émet les avis mentionnés à l'article L. 161-37 ;

« 2^o Les critères d'évaluation des produits, actes ou prestations de santé. »

II. – Lors de la première constitution de la Haute Autorité de santé, sont désignés par tirage au sort, à l'exception du président, quatre membres dont les mandats prendront fin à l'issue d'un délai de trois ans.

Article 36

I. – L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Au premier alinéa, les mots : « commission dont le secrétariat est assuré par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé » sont remplacés par les mots : « commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 » ;

2^o Le dernier alinéa est supprimé.

II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o L'article L. 5123-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « commission dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret » sont remplacés par les mots : « commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret en Conseil d'Etat » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

2^o Le dernier alinéa de l'article L. 5123-4 est supprimé ;

3^o Au premier alinéa de l'article L. 5123-5 et au deuxième alinéa de l'article L. 5211-5-1, les mots : « l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;

4^o Au 5^o de l'article L. 5311-2, les mots : « de la commission de la transparence et » sont supprimés.

III. – Le même code est ainsi modifié :

1^o Dans les articles L. 1111-2, L. 1111-9, L. 1151-1, L. 1521-4, L. 1531-3, L. 4133-2, L. 4134-5, L. 4393-1, L. 4394-1, L. 6113-2, L. 6113-3 et L. 6113-6 ainsi que dans l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les mots : « l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;

2° Dans l'article L. 1414-4, les mots : « l'Agence nationale » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » et le mot : « accréditation » est remplacé par le mot : « certification » ;

3° Les articles L. 1414-1 à L. 1414-3-2 et L. 1414-5 à L. 1414-12-1 sont abrogés ;

4° Dans l'intitulé du chapitre IV du titre I^{er} du livre IV de la première partie, le mot : « accréditation » est remplacé par le mot : « certification » ;

5° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 6113-2, les mots : « instituée à l'article L. 1414-1 » sont supprimés ;

6° Au début du deuxième alinéa de l'article L. 6113-6, après les mots : « Le directeur », le mot : « général » est supprimé.

IV. – Dans les articles L. 162-12-15, L. 162-12-17, L. 162-12-18, L. 162-12-19 et L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale, les mots : « l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé ».

V. – Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est abrogé à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1^{er} janvier 2005. A compter de cette date, la Haute Autorité de santé succède à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans ses droits et obligations au titre du fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique.

VI. – La Haute Autorité de santé assume en lieu et place de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé les droits et obligations de l'employeur vis-à-vis de ses personnels. Ceux-ci conservent les mêmes conditions d'emploi.

Les biens, droits et obligations de l'agence précitée sont transférés à la Haute Autorité. Ce transfert est exonéré de tous droits ou taxes et ne donne pas lieu à rémunération.

Annexe 9

Avant-propos

Ce guide entend être une aide mise à la disposition des établissements de santé engagés dans une démarche d'autodiagnostic de la qualité du processus de leur management à tous les niveaux de responsabilité.

Il a été réalisé à la demande du conseil d'administration et du conseil scientifique de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Les travaux du groupe de réflexion constitué pour étudier la pertinence et la justification d'un guide pour l'autodiagnostic de la qualité du management en établissement de santé, et pour proposer une problématique, ont été approuvés lors de la réunion plénière du conseil scientifique du 21 novembre 2002.

Un large panel de professionnels, reflétant la diversité des établissements de santé et des missions des responsables au sein des établissements, a contribué à l'élaboration de ce guide dans le cadre des groupes de travail ou de lecture. Le groupe de travail a enrichi le texte d'exemples illustrant cette diversité et précisant le contenu de la mission du responsable selon sa position de gestionnaire, médecin ou soignant. Le groupe de lecture a validé le texte et la grille d'autodiagnostic, compte tenu de son applicabilité à l'ensemble des établissements de santé et de leurs responsables.

SOMMAIRE

JUSTIFICATION : UN GUIDE POUR QUOI FAIRE ?	6
PROBLÉMATIQUE	7
ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES CINQ FONCTIONS DU MANAGEMENT EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	11
I . LA FONCTION « PRÉVOIR »	11
<i>I.1 Le contexte</i>	<i>11</i>
<i>I.2 La fonction « prévoir » du management en établissement de santé</i>	<i>12</i>
<i>I.3 Référence et éléments d'appréciation de la fonction « prévoir »</i>	<i>15</i>
II . LA FONCTION « ORGANISER »	17
<i>II.1 Le contexte</i>	<i>17</i>
<i>II.2 La fonction « organiser » du management en établissement de santé</i>	<i>18</i>
<i>II.3 Référence et éléments d'appréciation de la fonction « organiser »</i>	<i>19</i>
III . LA FONCTION « DÉCIDER »	20
<i>III.1 Le contexte</i>	<i>20</i>
<i>III.2 La fonction « décider » du management en établissement de santé</i>	<i>21</i>
<i>III.3 Référence et éléments d'appréciation de la fonction « décider »</i>	<i>23</i>
IV . LA FONCTION « MOTIVER »	24
<i>IV.1 Le contexte</i>	<i>24</i>
<i>IV.2 La fonction « motiver » du management en établissement de santé</i>	<i>25</i>
<i>IV.3 Référence et éléments d'appréciation de la fonction « motiver »</i>	<i>26</i>
V . LA FONCTION « ÉVALUER »	27
<i>V.1 Le contexte</i>	<i>27</i>
<i>V.2 La fonction « évaluer » du management en établissement de santé</i>	<i>28</i>
<i>V.3 Référence et éléments d'appréciation de la fonction « évaluer »</i>	<i>29</i>
GRILLES D'AUTODIAGNOSTIC ET D'AIDE A L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES DE MANAGEMENT EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	30
GLOSSAIRE	36
BIBLIOGRAPHIE	37

Annexe 10

GUIDES D'ENTRETIENS

Directeurs des soins

L'organisation en pôles d'activité

1. Vous êtes un des acteurs de la nouvelle gouvernance hospitalière et vous avez été un témoin de la mise en place des pôles d'activité.

Que pouvez-vous m'en dire ?

Que pensez-vous de la contractualisation interne ?

Que pensez-vous des objectifs :

*de responsabilisation des acteurs

*de la mutualisation des moyens

*d'évaluation ?

Le directeur des soins :

2. Pouvez-vous me parler du conseil exécutif ou COS⁴³ ?

3. Quelles sont vos relations avec :

- le président de la CME

- le directeur d'établissement

- les cadres supérieurs soignants de pôles

- les cadres supérieurs administratifs de pôles ?

4. Comment vous situez-vous par rapport aux différentes logiques au service de la personne soignée ?

Comment percevez-vous votre rôle ?

Le projet de soins :

5. Pouvez-vous me parler de l'articulation entre le projet d'établissement, le projet médical et le projet de soins ?

Pouvez-vous me parler de la gestion du projet de soins ?

⁴³ COS : Conseil d'Orientation Stratégique

En quoi consiste-elle concrètement ?

Comment se concrétise la mise en œuvre du projet de soins ?

6. Comment assurer la cohérence de la mise en œuvre du projet de soins ?

Comment se décline t-elle dans les différents pôles d'activité ?

7. Comment faire vivre le projet de soins au quotidien ?

8. Pouvez-vous me parler de vos activités liées à la mise en œuvre du projet de soins dans le contexte des pôles d'activité ?

9. Comment percevez-vous votre rôle dans la mise en œuvre du projet de soins dans le contexte des pôles d'activité ?

GUIDES D'ENTRETIENS

Cadres supérieurs de santé

L'organisation en pôles d'activité

1. Vous êtes un des acteurs de la nouvelle gouvernance hospitalière et vous avez été un témoin de la mise en place des pôles d'activité.

Que pouvez-vous m'en dire ?

Que pensez-vous de la contractualisation interne ?

- des objectifs

de responsabilisation des acteurs

de la mutualisation des moyens

d'évaluation ?

Le directeur des soins

2. Quelles sont vos relations avec le directeur des soins ?

3. Comment percevez-vous son rôle ?

Le projet de soins

4. Pouvez-vous me parler de l'articulation entre le projet d'établissement, le projet médical et le projet de soins ?

5. Pouvez-vous me parler de la gestion du projet de soins ?

En quoi consiste-elle concrètement ?

Avez-vous un rôle à jouer dans ce domaine ?

6. Comment assurer la cohérence de la mise en œuvre du projet de soins ?

Comment se décline t- elle dans les différents pôles d'activité ?

7. Comment faire vivre le projet de soins au quotidien ?

8. Quel est votre rôle dans la mise en œuvre du projet de soins dans le contexte des pôles d'activité ?

GUIDES D'ENTRETIENS

Cadres supérieurs administratifs

L'organisation en pôles d'activité

1. Vous êtes un des acteurs de la nouvelle gouvernance hospitalière et vous avez été un témoin de la mise en place des pôles d'activité.

Que pouvez-vous m'en dire ?

Que pensez-vous de la contractualisation interne ?

- des objectifs

de responsabilisation des acteurs

de la mutualisation des moyens

d'évaluation ?

Le directeur des soins

2. Quelles sont vos relations avec le directeur des soins ?

3. Comment percevez-vous son rôle dans le contexte de la mise en place des pôles ?

Le projet de soins

4. Pouvez-vous me parler de l'articulation entre le projet d'établissement, le projet médical et le projet de soins ?

GUIDES D'ENTRETIENS

Présidents de CME et Praticiens Responsables de Pôles

L'organisation en pôles d'activité :

1. Vous êtes un des acteurs de la nouvelle gouvernance hospitalière et vous avez été un témoin de la mise en place des pôles d'activité.

Que pouvez-vous m'en dire ?

2. Que pensez-vous de la contractualisation interne ?

- des objectifs

de responsabilisation des acteurs

de la mutualisation des moyens

d'évaluation ?

3. Pouvez-vous me parler du conseil exécutif ou COS ?

Le directeur des soins :

4. Quelles sont vos relations avec le directeur des soins ?

5. Comment percevez-vous son rôle dans le contexte de la mise en place des pôles ?

Le projet de soins :

6. Pouvez-vous me parler de l'articulation entre le projet d'établissement, le projet médical et le projet de soins ?

Qu'en est-il de leur mise en œuvre ?

7. À votre avis comment peut-on faire vivre le projet de soins au quotidien ?

GUIDES D'ENTRETIENS

Directeurs d'établissements

L'organisation en pôles d'activité

1. Vous êtes un des acteurs de la nouvelle gouvernance hospitalière et vous avez été un témoin de la mise en place des pôles d'activité.

Que pouvez-vous m'en dire ?

2. Que pensez-vous de la contractualisation interne ?

- des objectifs

de responsabilisation des acteurs

de la mutualisation des moyens

d'évaluation ?

3. Pouvez-vous me parler du conseil exécutif ou COS ?

Le directeur des soins

4. Quelles sont vos relations avec le directeur des soins ?

5. Comment percevez-vous son rôle ?

Le projet de soins

6. Pouvez-vous me parler de l'articulation entre le projet d'établissement, le projet médical et le projet de soins ?

Qu'en est-il de leur mise en œuvre dans le contexte de la mise en place des pôles ?

7. À votre avis comment peut-on faire vivre le projet de soins au quotidien ?

Annexe 11

JORF n°206 du 6 septembre 2003 page 15391
texte n° 26

ORDONNANCE

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

NOR: SANX0300081R

Le Président de la République,

Sur le rapport du Premier ministre et du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu la Constitution, notamment l'article 38 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu le code de la construction et de l'habitation ;

Vu le code rural ;

Vu le code des marchés publics ;

Vu la loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 modifiée relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée ;

Vu la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit, notamment les articles 2, 6, 20, 21 et 34 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 2 juillet 2003 ;

Le Conseil d'Etat entendu ;

Le conseil des ministres entendu,

Ordonne :

- TITRE Ier : TRANSFERT DE COMPÉTENCES DÉTENUES PAR LE MINISTRE OU LE PRÉFET AU DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION

- Article 7

I. - Le chapitre IV du titre Ier du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Chapitre IV

« Contrats pluriannuels conclus par les agences régionales de l'hospitalisation

« Art. L. 6114-1. - Les agences régionales de l'hospitalisation concluent avec les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens d'une durée de cinq ans.

« Les contrats sont signés par le directeur de l'agence régionale et les personnes physiques et morales mentionnées à l'alinéa précédent.

« Ils peuvent faire l'objet d'une révision par avenant.

« Des organismes concourant aux soins, des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des instituts de recherche ou des universités peuvent être appelés au contrat pour tout ou partie de ses clauses.

« Pour les établissements publics de santé, ces contrats sont conclus après délibération du conseil d'administration prise après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement.

« La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation un an avant leur échéance. L'agence est tenue de se prononcer sur cette demande dans un délai de quatre mois à compter de sa réception. Le refus de renouvellement doit être motivé.

« Les contrats peuvent être résiliés ou suspendus avant leur terme par l'agence régionale de l'hospitalisation en cas de manquement grave du titulaire de l'autorisation aux dispositions législatives et réglementaires ou à ses obligations contractuelles.

« Les contrats fixent les éléments nécessaires à leur mise en œuvre, le calendrier d'exécution et mentionnent les indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à leur évaluation périodique. Le titulaire de l'autorisation adresse à l'agence régionale un rapport annuel d'étape ainsi qu'un rapport final.

« Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-6 du code de

la sécurité sociale, les contrats déterminent les pénalités applicables aux titulaires de l'autorisation au titre des articles L. 6114-2 et L. 6114-3 en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues.

« Art. L. 6114-2. - Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements, groupements de coopération sanitaire et titulaires d'autorisations sur la base des schémas d'organisation sanitaire.

« Ils décrivent les transformations qu'ils s'engagent à opérer dans leurs activités et dans leurs actions de coopération.

« Ils fixent, le cas échéant par avenant, les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre, au plus tard trois mois après la délivrance de cette autorisation. A défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés dans l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1.

« Art. L. 6114-3. - Les contrats définissent les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par le conseil régional de santé prévu à l'article L. 1411-3.

« Ils comportent le calendrier de la procédure d'accréditation mentionnée à l'article L. 6113-3 ainsi que les engagements nécessaires pour faire suite à cette procédure.

« Pour les établissements publics de santé, ces contrats précisent également les transformations relatives à leur organisation et leur gestion ainsi qu'un volet social.

« Art. L. 6114-4. - Pour les établissements de santé privés autres que ceux placés pour tout ou partie sous le régime de financement prévu à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, les contrats fixent les tarifs des prestations d'hospitalisation et le montant du forfait annuel dans le respect des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5 et L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale. Les litiges relatifs à l'application de ces contrats sont portés devant les juridictions compétentes en matière de sécurité sociale.

« Pour les établissements publics de santé, ils fixent les éléments financiers ainsi que les autres mesures nécessaires à leur mise en œuvre.

« Art. L. 6114-5. - Les conditions d'application des articles L. 6114-1 à L. 6114-4 sont définies par décret. »

II. - A l'article L. 6115-1 du code de la santé publique, les mots : « par les articles L. 6121-8, L. 6122-10 et L. 6122-13 » sont remplacés par les mots : « par l'article L. 6121-4 ».

III. - L'article L. 6115-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Définit par activité et équipement les territoires de santé mentionnés à l'article L. 6121-2 ; »

2° Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Arrête le schéma d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-1 ; »

3° Les 4° à 9° sont numérotés 3° à 8° ;

4° Il est ajouté un 9° ainsi rédigé :

« 9° Passe les conventions relatives à la santé mentale mentionnées à l'article L. 3221-1 ; »

5° Il est ajouté un 10° ainsi rédigé :

« 10° Prend la décision d'admission à participer au service public hospitalier mentionnée à l'article L. 6161-6. »

IV. - A l'article L. 6112-7 du code de la santé publique, les mots : « mentionnées à l'article L. 6122-3 » sont supprimés.