

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

NOR : SANX0500028P

Monsieur le Président,

Le Gouvernement a pris toute la mesure des attentes de l'ensemble des professionnels de santé et de leur attachement à l'institution hospitalière. Il en tire les conséquences dans cette ordonnance portant simplification du régime juridique des établissements de santé.

Plusieurs rapports parlementaires ou administratifs récents convergent d'ailleurs, au-delà du constat partagé d'insatisfaction, pour demander que soient levés, afin de ne pas laisser perdurer le dangereux « désenchantement » des praticiens et de l'ensemble du personnel soignant ou administratif, les freins qui pèsent sur les hôpitaux, au moment où ces derniers, confrontés à des exigences économiques et de sécurité croissantes, doivent au contraire témoigner d'un dynamisme sans faille.

Ces freins ont leur source dans l'ensemble des dispositions de nature à diluer les responsabilités.

L'hôpital est, par nature, appelé à s'adapter et à repenser son organisation, en fonction des besoins sanitaires de son environnement dont à bien des égards il est le miroir, en reflétant les valeurs, les savoirs, les techniques et l'économie de l'époque et du lieu. S'il puise dans sa longue et complexe histoire ses valeurs d'accueil, d'égalité et de qualité des soins, d'humanité et de fraternité, aujourd'hui conjuguées avec des exigences de technicité, il n'est pas toujours parvenu à s'affranchir de ses pesanteurs.

La présente réforme, qui s'applique pour l'essentiel aux établissements publics, hôpitaux locaux – partiellement –, centres hospitaliers et centres hospitaliers universitaires, ambitionne de donner aux acteurs des établissements les moyens de leur réorganisation. Ses maîtres mots sont souplesse, reconnaissance et responsabilisation.

L'ordonnance recentre le conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'évaluation et de contrôle et s'emploie, par la création d'un conseil exécutif et de pôles ou par la révision des compétences des principales instances, à associer les directeurs et les praticiens à la gestion et à la mise en œuvre des orientations fondamentales de l'établissement.

Le recours à une démarche de contractualisation avec les pôles d'activité – dotés d'une masse critique suffisante pour constituer le support d'une gestion déconcentrée – doit permettre le « décloisonnement » des hôpitaux et ainsi améliorer la prise en charge des patients aussi bien que la qualité du travail pluridisciplinaire.

Les personnels hospitaliers participent au fonctionnement de cette organisation dans le cadre des conseils de pôles.

La responsabilité de l'Etat est cependant préservée, à travers l'instauration d'un dispositif de mise sous administration provisoire d'établissements en situation durable de difficulté financière.

Plus particulièrement, pour les centres hospitaliers et universitaires, le cadre de la collaboration hospitalo-universitaire est renouvelé par la conclusion de nouvelles conventions qui re-dynamisent leurs missions de soins, d'enseignement, de recherche et d'innovation.

La coordination et l'interpénétration de ces missions, aujourd'hui insuffisantes, trouvent de nouveaux fondements : la représentation de l'université au sein des instances hospitalières est renforcée par la présente ordonnance. Les représentants de l'université et des établissements publics scientifiques et technologiques seront parties aux contrats d'objectifs et de moyens conclus entre l'agence régionale de l'hospitalisation et les centres hospitaliers universitaires, du moins pour celles de leurs clauses qui les concernent, lesquelles sont rendues obligatoires.

Ces dispositions, conformes à la volonté de l'ensemble des partenaires de renouveler et d'affirmer la collaboration hospitalo-universitaire, appelleront, réciproquement, une modification prochaine du code de l'éducation pour définir les conditions d'intégration et de participation des responsables hospitaliers tant aux instances universitaires et de recherche qu'au processus d'élaboration du contrat quadriennal conclu entre les universités et l'Etat.

Une nouvelle organisation budgétaire et comptable est définie en cohérence avec la réforme du financement de ces établissements ainsi que pour les établissements de santé privés financés par dotation globale.

Le régime des centres de lutte contre le cancer institué par une ordonnance de 1945 définissant leurs missions ainsi que leurs règles d'organisation, de fonctionnement et de gestion est modernisé.

Enfin, des mesures relatives à certains personnels de la fonction publique hospitalière visent à actualiser et à simplifier leur gestion ou constituent des aménagements découlant de la réforme de la « gouvernance ».

Le **titre I^{er}** réforme l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé.

Les lignes de force en sont la rénovation des instances, l'allègement de la tutelle, la responsabilisation des acteurs, la simplification et l'assouplissement du fonctionnement interne des hôpitaux.

L'article 1^{er} modifie les attributions du conseil d'administration et du directeur et instaure le conseil exécutif, en créant ou réécrivant plusieurs articles du code de la santé publique.

Le **I** de l'article 1^{er} modifie l'intitulé du chapitre III du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique pour tenir compte de la création du conseil exécutif.

Au **II**, l'article L. 6143-1 recentre les missions du conseil d'administration des établissements publics de santé sur la définition de la stratégie de l'établissement et l'évaluation et le contrôle de sa politique. De ce fait, quelques compétences sont retirées au conseil d'administration et relèveront désormais de la compétence du directeur : les actions judiciaires et les transactions, les dons et legs et les hommages publics. Par ailleurs, la compétence relative à la définition des règles locales d'emploi des différentes catégories de personnel disparaît du fait que, désormais, tous les emplois font l'objet de dispositions législatives ou réglementaires.

Inversement, les compétences du conseil d'administration sont élargies ou précisées en ce qui concerne la politique d'amélioration continue de la qualité et la politique sociale ; d'autres sont adjointes : organisation en pôles d'activité de l'établissement, définition de la politique de contractualisation interne, adoption d'un plan de redressement.

Au **III**, l'article L. 6143-2 est modifié pour affirmer le caractère cardinal du projet d'établissement. Exercice stratégique majeur, le projet d'établissement, basé sur le projet médical, intègre les dimensions de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information. Ce projet doit être compatible avec le schéma d'organisation sanitaire et s'inscrire dans le cadre des territoires de santé qui se substituent aux secteurs sanitaires.

Par ailleurs, les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel, qui en est la traduction financière, sont introduits comme composantes du projet d'établissement.

Au **IV**, l'article L. 6143-3 confère au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation le droit de demander au conseil d'administration de présenter un plan de redressement lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige. En l'absence de mesures proposées par l'établissement et si le déséquilibre financier répond à des critères qui seront précisés par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation mettra en demeure l'établissement de prendre les mesures de redressement appropriées.

Au **V**, l'article L. 6143-3-1 introduit la possibilité d'une administration provisoire, d'une durée maximale de douze mois, de l'établissement par un ou plusieurs conseillers généraux des établissements de santé à la demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, en cas de situation durablement dégradée et lorsque la mise en demeure prévue à l'article L. 6143-3 n'aura pas été suivie d'effet ou en cas d'échec du plan de redressement. Dans ce cas, les attributions du conseil d'administration et du directeur, ensemble ou séparément, sont assurées par les administrateurs provisoires ; cette mesure peut s'assortir d'une suspension du conseil exécutif.

Au **VI**, l'article L. 6143-4 étend le nombre des délibérations du conseil d'administration exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Seules restent soumises à approbation préalable les délibérations relatives à l'état des prévisions de recettes et de dépenses et au projet d'établissement. L'article renvoie à un décret en Conseil d'Etat le soin de définir les conditions d'approbation tacite de ces délibérations. Il supprime, par ailleurs, la saisine par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de la chambre régionale des comptes en cas d'absence de vote du projet d'état des prévisions de recettes et de dépenses par le conseil d'administration de l'établissement.

Au **VII**, l'article L. 6143-5 relatif à la composition du conseil d'administration des établissements publics de santé prévoit que leurs membres sont désormais répartis en trois collèges regroupant respectivement les représentants des collectivités territoriales, les personnels et les personnalités qualifiées ainsi que les représentants des usagers. Les représentants des collectivités territoriales sont à nouveau désignés par et parmi les membres de leurs assemblées délibérantes. Le conseil d'administration des établissements communaux et départementaux reste présidé par le maire ou le président du conseil général, dont la responsabilité est ainsi réaffirmée en raison de l'importance de l'hôpital pour les populations des collectivités considérées. Si le président de droit renonce à la présidence, son remplaçant est désormais élu par les collèges des représentants des collectivités territoriales (premier collège) et des personnalités qualifiées et usagers (troisième collège) et en leur sein. Par ailleurs, le représentant des familles qui assiste avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration représentera dorénavant non seulement les familles des personnes accueillies dans les unités de soins de longue durée mais également celles des personnes âgées hébergées dans les établissements médico-sociaux gérés par les établissements publics de santé.

Le **VIII** modifie l'article L. 6143-6 relatif au régime des incompatibilités. L'incompatibilité tenant au fait d'être lié à l'établissement par contrat est étendue et précisée. Deux nouvelles incompatibilités sont introduites : la première, à l'égard des membres du conseil exécutif, exception faite 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 intéressées, du président du comité de coordination de l'enseignement médical ; la seconde, à l'égard de toute personne membre de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation ou exerçant un pouvoir de tarification sur l'établissement.

Au **IX**, afin de mieux associer les praticiens à la gestion des centres hospitaliers, des centres hospitaliers régionaux et des centres hospitaliers universitaires, l'article L. 6143-6-1 instaure un conseil exécutif. Ce conseil est composé à parité de praticiens de l'établissement dont le président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, le doyen et de membres de l'équipe de direction dont le directeur, président de droit et dont la voix est prépondérante en cas de partage égal des voix. Le conseil exécutif prépare l'ensemble des mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel dont les projets de délibérations mentionnées à l'article L. 6143-1. Il en coordonne et en suit l'exécution. Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement fixent conjointement le nombre des membres du conseil exécutif dans des limites fixées par décret.

Au **X**, l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6143-7 est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2006. En effet, compte tenu de la suppression du caractère limitatif des crédits ainsi que des groupes fonctionnels, le comptable n'exerce plus de contrôle de disponibilité des crédits compte par compte.

Au **XI**, l'article L. 6143-7-1 vient préciser que si la mise en œuvre de la protection juridique des personnels des établissements de santé relève dorénavant du directeur de l'établissement, cette compétence est transférée au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation lorsqu'elle concerne les personnels de direction.

L'article 2 confie aux conseillers généraux des établissements de santé des missions d'audit, d'assistance technique et, le cas échéant, le soin d'assurer l'administration provisoire d'un établissement public de santé. Placés auprès du ministre chargé de la santé et recrutés sur statut d'emploi, ces conseillers assurent leurs attributions dans le cadre d'une mission de coordination.

Le conseil général des hôpitaux, créé par l'article 48 de la loi n° 84-575 du 9 juillet 1984, est quant à lui supprimé.

L'article 3 est relatif aux organes représentatifs des établissements publics de santé.

Au **I**, l'article L. 6144-1 du code de la santé publique dispose que la commission médicale d'établissement est consultée sur des matières et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Le décret d'application étendra les attributions de cette instance qui sera consultée sur tous les projets de délibérations soumis au conseil d'administration et chargée d'organiser l'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens.

Les divers comités et commissions de vigilance réglementés (commission du médicament et des dispositifs médicaux, comité de lutte contre les infections nosocomiales, etc.) jugés trop nombreux sont remplacés par une ou plusieurs sous-commissions de la commission médicale d'établissement créées à cet effet par le règlement intérieur de chaque établissement ; il doit en résulter une simplification de leur fonctionnement, la possibilité d'une réduction de leurs membres, une meilleure coordination de leurs propositions. Pour les petits établissements, cette mesure peut se traduire par la constitution d'une seule sous-commission. Les établissements les plus importants pourront, s'ils le souhaitent, maintenir sous cette nouvelle organisation l'ensemble des comités et commissions existants.

Au **II**, l'article L. 6144-3 prévoit que le comité technique d'établissement est consulté sur des matières et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Le décret d'application étendra les attributions de cette instance qui sera consultée sur tous les projets de délibérations soumis au conseil d'administration.

Au **III**, l'article L. 6144-6-1 permet, à titre expérimental, la constitution locale d'un comité d'établissement se substituant à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement pour l'examen de projets de délibération. Présidé par le directeur de l'établissement, ce comité est composé à parité de membres de la commission médicale d'établissement, d'une part, et de membres du comité technique d'établissement ainsi que d'un collègue de cadres, d'autre part.

L'article 4 complète l'article L. 5126-5 pour indiquer que, dans les établissements publics de santé, la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles est constituée par la sous-commission spécialisée de la commission médicale d'établissement à laquelle le règlement intérieur a confié le soin de participer à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et à l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes.

L'article 5 modifie l'article L. 6145-16 pour organiser au niveau des pôles d'activité la procédure de contractualisation interne antérieurement définie dans le cadre des centres de responsabilité. Le contrat interne s'accompagne d'une délégation de gestion du directeur au responsable de pôle.

L'article 6 instaure l'organisation des établissements de santé en pôles d'activité.

L'organisation en pôles obéit à une logique de simplification et de déconcentration de la gestion. Afin d'obtenir des structures de taille critique suffisante les pôles regroupent des services ayant des activités communes ou complémentaires. Au lieu que le directeur ait à coordonner des services nombreux, cloisonnés et peu aptes à assurer les préoccupations de gestion de l'établissement, il contractualisera avec des pôles en nombre moindre, qui géreront librement, dans ce cadre, leurs moyens. Les conseils de pôle se substituent aux conseils de service et de département.

Au **I**, l'intitulé du chapitre VI du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est modifié pour tenir compte du fait que la nouvelle organisation interne ne s'applique plus seulement à l'organisation des soins et au fonctionnement médical mais s'étend également aux activités administratives et logistiques.

Au **II**, l'article L. 6146-1 indique que les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne. Toutefois, les centres hospitaliers, centres hospitaliers régionaux ou centres hospitaliers universitaires doivent s'organiser en pôles d'activité, créés par le conseil d'administration sur la base du projet d'établissement. La dénomination, le nombre, la taille et la composition des pôles sont laissés au choix de l'établissement ; leur dimension doit cependant atteindre une taille critique permettant la contractualisation. Les pôles d'activité cliniques ou médico-techniques peuvent comporter des structures internes. Ces structures sont soit librement définies par le conseil d'administration, soit constituées par les services et unités fonctionnelles.

Les éventuelles structures internes des pôles d'activité exercent leurs missions par délégation du pôle.

L'article L. 6146-2 substitue aux conseils de service ou de département les conseils de pôle dont les attributions, la composition et le mode de fonctionnement sont définis par voie réglementaire.

L'article L. 6146-3 précise que les pôles d'activité clinique ou médico-technique sont sous la responsabilité d'un praticien titulaire nommé par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du conseil exécutif et de la commission médicale d'établissement, parmi les candidats inscrits sur une liste nationale d'habilitation arrêtée par le ministre chargé de la santé. Dans les centres hospitaliers universitaires, cette décision est, en outre, cosignée par le directeur de l'unité de formation et de recherche.

Aux termes de l'article L. 6146-4, lorsque le pôle d'activité comporte des services, les chefs de ces services, choisis parmi les candidats nommés sur une liste nationale d'habilitation par le ministre chargé de la santé, sont affectés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. Dans les centres hospitaliers et universitaires, cette décision est, en outre, cosignée par le directeur de l'unité de formation et de recherche.

L'article L. 6146-5 définit les conditions de nomination par les responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique, des responsables des autres structures internes constituant éventuellement le pôle.

L'article L. 6146-5-1 précise le cadre des missions et responsabilités des chefs de service et des praticiens responsables des autres structures cliniques et médico-techniques.

L'article L. 6146-6 définit les attributions du praticien responsable d'un pôle d'activité. Celui-ci dispose, dans le respect de la déontologie médicale, d'une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des équipes médicales, soignantes et d'encadrement. Il est assisté dans ses fonctions par au moins un cadre de santé et un cadre administratif, au besoin une sage-femme cadre. La contractualisation interne lui garantit les moyens permettant d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Le projet de pôle doit obligatoirement comporter un volet relatif à la qualité et à l'évaluation des soins, et des objectifs d'évaluation des pratiques professionnelles approuvés par les chefs de service des pôles.

Au **III**, l'article L. 6146-8 communément appelé « amendement liberté », devenu sans objet, est supprimé.

Au **IV**, l'article L. 6146-9, substitue la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques à la commission du service de soins infirmiers.

L'article 7 comporte les dispositions transitoires relatives au calendrier et aux modalités de mise en œuvre de la nouvelle organisation interne.

Le **I** maintient en vigueur la législation antérieure relative à l'organisation des soins et au fonctionnement médical jusqu'à la date de mise en place des pôles d'activité et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2006.

Le **II** prévoit que, jusqu'à la date de publication de la liste nationale d'habilitation à diriger un service, les chefs de ces services continuent à être nommés dans les conditions prévues par la législation antérieure.

Le **III**, au premier alinéa, proroge les mandats en cours des membres des commissions médicales des établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux jusqu'à l'expiration d'un délai de quatre mois suivant la constitution de l'ensemble de l'établissement en pôles ou jusqu'à l'expiration d'un délai de quatre mois suivant la publication du décret fixant la nouvelle composition de ces commissions si la constitution de l'établissement en pôles est achevée avant la date de cette publication. Le second alinéa du **III** proroge, jusqu'à l'échéance prévue au premier alinéa, les fonctions des membres de ces commissions dont le mandat aura expiré entre le 1^{er} janvier 2005 et la date de publication de l'ordonnance sans que la commission ait été renouvelée.

Compte tenu de l'organisation et des contraintes spécifiques de la lutte contre les maladies mentales, le **IV** maintient transitoirement, pour une période de cinq ans à compter de la publication de la présente ordonnance, le régime actuel de désignation des responsables des services en charge de cette activité, qui sont nommés par le ministre dans des conditions définies réglementairement.

Le **V** assure la mise en place effective du conseil exécutif et prévoit en conséquence le mode de désignation des représentants des praticiens tant que le nombre des responsables de pôle ne permet pas de pourvoir le quota de sièges qui leur est réservé.

Le **VI** définit les conditions dérogatoires dans lesquelles les responsables de pôle d'activité sont nommés, dans l'attente de la publication de la liste nationale d'habilitation à diriger un pôle et de la constitution des conseils de pôle.

Le **VII** prévoit que, sauf délibération du conseil d'administration, les centres de responsabilité créés en vertu de la législation antérieure deviennent des pôles d'activité.

Le **VIII** indique que, jusqu'au renouvellement de la commission médicale d'établissement, les instances créées par les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux avant la date de publication de la présente ordonnance et qui assurent au moins une des fonctions du conseil exécutif exercent les attributions de cette nouvelle instance, éventuellement dans une composition dérogatoire.

Le **IX** dispose que, jusqu'à la publication des décrets d'application prévus aux articles L. 6144-1, L. 6144-3 et L. 6146-9, la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement et la commission du service de soins infirmiers continuent à exercer les attributions qui leur étaient confiées par la législation antérieure.

Le **titre II** traite de l'organisation hospitalo-universitaire.

L'article 8 modifie les articles L. 6114-1 et L. 6114-3 en ce qui concerne les modalités de conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les centres hospitaliers universitaires et les agences régionales de l'hospitalisation.

Le processus de contractualisation est organisé de manière à répondre à une double exigence : l'évaluation de l'efficacité de l'action publique et l'amélioration de la lisibilité des missions et de l'organisation des centres hospitaliers universitaires au niveau européen et international. Face à ces enjeux, il importe de disposer d'une vision claire des relations entre les partenaires, de la contribution de chacun d'entre eux et de leur contribution partagée.

Les dispositions prévues permettent aux universités, aux établissements publics scientifiques et techniques, particulièrement l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, ou d'autres organismes de recherche, d'être parties aux contrats d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé et les agences régionales de l'hospitalisation et rendent obligatoire, dans les centres hospitaliers universitaires, un volet relatif à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation.

Par ailleurs, il est précisé que la durée de cinq ans des contrats d'objectifs et de moyens est une durée maximale pour l'ensemble des établissements de santé. Cette mesure est de nature à permettre notamment l'harmonisation des calendriers entre le contrat d'objectifs et de moyens et le contrat quadriennal passé entre l'université et l'Etat.

L'article 9 modifie l'article L. 6142-13 pour substituer au comité de coordination hospitalo-universitaire un comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique dont les attributions, déterminées par décret en Conseil d'Etat, portent notamment sur les conditions dans lesquelles l'établissement organise sa politique de recherche conjointement avec l'université et les établissements publics scientifiques et technologiques concernés.

Le **titre III** regroupe les dispositions financières.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a substitué au système de financement par dotation globale, fondé sur un financement des structures et une régulation par autorisation limitative de dépenses, un mode de financement fondé sur la rémunération de l'activité des établissements et une régulation par les recettes versées par l'assurance maladie. Celles-ci, déterminées auparavant dès le budget primitif, en fonction des dépenses que l'établissement était autorisé à engager, dépendront fortement, dans ce nouveau système, du niveau réel de l'activité valorisée sur la base de tarifs nationaux de prestations.

Ce nouveau mode de financement conduit au remplacement du budget limitatif actuel, fondé sur les dépenses autorisées, par un état des prévisions de recettes et de dépenses élaboré sur la base d'une prévision d'activité, conférant ainsi un caractère évaluatif tant aux prévisions de recettes qu'à celles de dépenses. L'état des prévisions de recettes et de dépenses offre davantage de souplesse de gestion et permet une meilleure réactivité des établissements aux évolutions d'activité observées. Il s'accompagne d'une simplification et d'un assouplissement des contraintes pesant actuellement sur les gestionnaires et permet, par ailleurs, de mieux garantir la sincérité des comptes. Sa mise en œuvre nécessite d'adapter les règles budgétaires et comptables.

Parallèlement, il convient d'accroître l'autonomie des établissements sur la gestion de leurs dépenses, en clarifiant les responsabilités respectives de l'établissement et de l'agence régionale de l'hospitalisation dans l'élaboration et le contrôle de l'état des prévisions de recettes et de dépenses et en allégeant le contrôle budgétaire *a priori*, notamment en limitant les décisions modificatives soumises à approbation, au profit de nouveaux dispositifs d'alerte, d'injonction ou de substitution aux gestionnaires des établissements, notamment en cas de déséquilibre financier persistant.

L'article 10, au **I**, modifie l'article L. 6145-1 pour adapter le dispositif d'élaboration et d'approbation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses aux nouvelles modalités de financement des établissements de santé introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

L'état des prévisions de recettes et de dépenses présente la différence essentielle par rapport au budget de privilégier le caractère évaluatif et non limitatif des crédits qui y sont inscrits. Il est donc nécessaire d'adapter le cadre budgétaire et comptable des établissements publics de santé pour introduire, en gestion interne, la souplesse permettant aux établissements de réagir aux variations d'activité et aux fluctuations de recettes. En externe, la simplification des relations des établissements avec les agences régionales de l'hospitalisation consistera à clarifier les responsabilités respectives, en allégeant l'exercice de la tutelle budgétaire, notamment en limitant les décisions modificatives soumises à approbation, et en accroissant corrélativement la responsabilisation des établissements sur la détermination de leurs dépenses et sur le suivi de l'exécution de leur état des prévisions de recettes et de dépenses.

Les conditions d'approbation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont prévues par décret en Conseil d'Etat.

Par ailleurs, dans le cadre du passage à la tarification à l'activité, la procédure et la présentation budgétaires applicables aux établissements de santé sont précisées.

Le **II** abroge l'article L. 6145-2 pour tenir compte de l'incidence de la mise en place de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

Au **III**, l'article L. 6145-3 prévoit que, si le conseil d'administration de l'établissement n'a pas voté l'état des prévisions de recettes et de dépenses avant une date fixée par décret en Conseil d'Etat, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête ledit état. Cette décision a pour conséquence de conférer un caractère limitatif aux crédits pour la totalité de l'exercice concerné.

L'article L. 6145-4 institue, afin d'assurer la continuité du service public, un pouvoir de substitution du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en cas de défaillance du conseil d'administration dans les situations suivantes :

- lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation modifie les dotations accordées à l'établissement, le conseil d'administration doit délibérer sur un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses ;
- lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation constate que les dépenses réalisées par l'établissement s'écartent des dépenses prévisionnelles ou lorsque l'activité est en retrait par rapport aux prévisions initialement établies, il peut demander également à l'établissement de prendre une décision modificative.

Si le conseil d'administration ne délibère pas dans les cas cités ci-dessus, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

Dans le cadre des marchés publics, les dispositions de l'article L. 6145-5 sont modifiées pour tenir compte, d'une part, du passage à la notion de crédits évaluatifs et, d'autre part, des dispositions induites par la transposition de directives européennes en matière de marché public et de délai de paiement.

Au **IV**, l'article L. 6145-6 est modifié pour être en conformité avec les dispositions du code des marchés publics.

Au **V**, les établissements sont autorisés à valoriser les résultats de leurs activités de recherche dans le cadre des activités subsidiaires.

Au **VI**, les conditions de mise en œuvre de la réquisition du comptable par l'ordonnateur sont également adaptées. Les crédits inscrits à l'état des prévisions de recettes et de dépenses présentant un caractère évaluatif, l'insuffisance de crédits sur un compte n'est plus un motif permettant au comptable de ne pas déférer à la réquisition.

L'article 11 modifie les articles L. 1611-5, L. 1617-4 et L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales, pour préciser les conditions de leur application aux établissements publics de santé.

L'article L. 6145-9 du code de la santé publique est modifié pour préciser que les créances des établissements sont recouvrées comme il est dit à l'article L. 1611-5 et à l'article L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales.

L'article 12 s'applique aux établissements de santé privés.

Au **I**, cet article étend aux établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier ou ayant opté pour le financement par dotation globale, le pouvoir d'injonction du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, lorsqu'il constate un déséquilibre budgétaire significatif et prolongé ou des dysfonctionnements dans la gestion de l'établissement. S'il n'est pas déféré à cette injonction, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut suspendre le contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'établissement.

Les dispositions des **II** et **III** étendent aux établissements de santé privés qui bénéficiaient d'un financement par dotation globale les nouvelles règles applicables aux établissements publics de santé en matière budgétaire.

L'article 13 comporte des dispositions diverses découlant de la réforme du financement.

Le **I** donne compétence au tribunal des affaires de sécurité sociale pour connaître des litiges relatifs à l'application des dispositions financières des contrats d'objectifs et de moyens conclu entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé privés mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Le **II** modifie les articles L. 6142-17 et L. 6161-8, l'état des prévisions de recettes et de dépenses remplaçant la référence au budget.

La loi de financement pour 2004 prévoit une période transitoire jusqu'en 2012 pour la mise en œuvre complète de la tarification à l'activité. Ainsi, de 2005 à 2012, les établissements factureront une fraction du tarif, le complément de ressources leur sera accordé sous la forme d'une dotation annuelle complémentaire arrêtée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Il convient donc de déterminer la juridiction compétente pour statuer sur les recours formés contre ces dotations annuelles complémentaires fixées pendant la période transitoire. Le **III** attribue cette compétence au tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale.

Le **IV** maintient à titre transitoire, en 2005, les notions de budget et de groupe fonctionnel.

Le **V** précise que, dans l'attente de la fixation des nouveaux éléments de ressources des établissements de santé qui se substituent à la dotation globale, les caisses pivots continuent de verser aux établissements des allocations mensuelles de la dotation globale sur la base de leur dotation de l'année 2004.

Le **titre IV**, constitué par l'article 14, modifie le régime juridique des centres de lutte contre le cancer.

Il s'agit de confirmer la place tenue par ces centres dans les missions du service public hospitalier, de systématiser la conclusion, entre ces centres, les universités et les CHU, de conventions d'association en vue de

définir une organisation commune en matière de soins, d'enseignement et de recherche en cancérologie, de garantir la prise en charge globale des patients par une organisation pluridisciplinaire et transversale, de moderniser et simplifier l'organisation et le fonctionnement de leurs instances, en particulier le conseil d'administration et le directeur général et, enfin, de clarifier leurs domaines respectifs de compétences.

I. – Aux termes des articles L. 6162-1 à L. 6162-3 du code de la santé publique, les centres de lutte contre le cancer, établissements de santé privés à but non lucratif figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé, assurent de plein droit le service public hospitalier. A la différence des autres établissements privés à but non lucratif, ils n'ont donc pas à solliciter leur admission à participer à l'exécution du service public hospitalier. Toutefois, leur régime budgétaire ainsi que les conditions d'emploi de leurs personnels renvoient clairement aux dispositions des articles L. 6161-7 et L. 6161-8 régissant les établissements admis à participer au service public hospitalier.

L'article L. 6162-4 impose aux centres de lutte contre le cancer une organisation pluridisciplinaire et transversale.

L'article L. 6162-5 fait obligation aux centres de lutte contre le cancer de conclure avec les universités et les centres hospitaliers universitaires des conventions d'association, en vue de définir une organisation commune, en matière de soins, d'enseignement et de recherche en cancérologie et de garantir la prise en charge globale des patients des centres de lutte contre le cancer par une organisation pluridisciplinaire et transversale. Les CHU et les centres de lutte contre le cancer seront ainsi fortement incités, en lien avec l'université, à élaborer des stratégies communes pour leurs missions hospitalo-universitaires et à assurer une fluidité des ressources humaines et technologiques soignantes au sein des plates-formes cancérologiques régionales.

L'article L. 6162-7 énumère les grandes catégories de membres du conseil d'administration. La composition détaillée sera définie par décret. La présidence demeure confiée au représentant de l'Etat dans le département. Une représentation des usagers est instaurée dans ces conseils ; les caisses d'assurance maladie cessent d'être représentées ; le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales n'est plus membre du conseil d'administration.

L'article L. 6162-8 organise un régime d'incompatibilité applicable aux fonctions d'administrateur, inspiré de celui qui est opposable aux membres des conseils d'administration des établissements publics de santé.

L'article L. 6162-9 définit limitativement les attributions du conseil d'administration des centres de lutte contre le cancer, chargé d'arrêter la stratégie de l'établissement, d'évaluer et de contrôler la politique mise en œuvre.

L'article L. 6162-10 précise que le directeur général est compétent sur tous les autres domaines. Il est nommé par le ministre chargé de la santé après avis du président du conseil d'administration et de la fédération nationale la plus représentative.

Sont abrogées les dispositions des actuels articles L. 6162-5, L. 6162-7 et L. 6162-12, respectivement relatifs au comité technique remplacé par la commission médicale prévue à l'article L. 6161-8, aux conventions passées entre les centres de lutte contre le cancer et les autres établissements de santé pour fixer le nombre et l'emplacement des lits mis en permanence à la disposition des centres devenus obsolètes et aux dispositions financières spécifiques aux centres désormais régis par les dispositions de l'article L. 6161-7 applicables aux établissements privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier.

Au **II**, l'article L. 6112-2 est complété par un 4^o disposant que les centres de lutte contre le cancer assurent le service public hospitalier.

Le **titre V** comporte des dispositions relatives à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

Ces mesures visent à moderniser et à simplifier la gestion de ces personnels ou constituent des aménagements découlant de la réforme de la gouvernance.

L'article 15 prévoit ainsi, au 1^o du **I**, l'alignement des modalités de nomination des directeurs généraux de six centres hospitaliers universitaires sur celles des directeurs généraux des Hospices civils de Lyon et de l'Assistance publique de Marseille. En effet, les très hautes missions qui incombent aux chefs des plus gros CHU, notamment en termes de management, de gestion financière et administrative, justifient que leurs responsables, qui appartiennent à la haute fonction publique hospitalière, soient nommés par décret du Premier ministre.

Le 2^o adapte le dispositif actuel de logement par nécessité absolue de service des personnels de direction. Aux termes de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, « un décret fixe la liste des catégories de fonctionnaires astreints de par leurs fonctions à résider dans l'établissement et détermine les conditions dans lesquelles ces fonctionnaires peuvent bénéficier d'avantages en nature ».

Les personnels de direction de la fonction publique hospitalière sont actuellement soumis aux dispositions de l'article 72 du décret n° 891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, qui disposent qu'« en sus du traitement, les directeurs, directeurs économiques, sous-directeurs et économistes ont droit au logement, au chauffage et à l'éclairage. Les établissements hospitaliers ne pouvant leur assurer ces avantages leur versent une indemnité compensatrice égale à 10 % du traitement ».

Dans la pratique, de nombreux établissements hospitaliers ne disposent pas de logement dans leur enceinte. Mais certains ont un patrimoine immobilier leur permettant de loger les cadres de direction hors établissement. Par ailleurs, il est admis que les établissements ne disposant d'aucun logement de fonction peuvent louer ce

dernier, sous réserve d'une délibération en ce sens du conseil d'administration. Cependant, certains conseils d'administration ne souhaitent pas prendre en charge une location et préfèrent verser une indemnité compensatrice. Pour répondre à la notion de nécessité absolue de service, le logement, qu'il soit loué par l'hôpital ou par le cadre de direction bénéficiant d'une indemnité compensatrice, est obligatoirement situé à proximité de l'établissement.

Le projet de décret sur les avantages en nature prend en compte ces données. Cependant, le deuxième alinéa de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ne prévoit la résidence que dans l'établissement. Il est donc nécessaire de modifier cet article afin d'y intégrer ces autres possibilités, qui répondent à la situation actuelle du parc hospitalier.

Le **II** de l'article 15 est relatif à l'organisation de l'intérim des fonctions de directeur d'établissement.

Le protocole d'accord signé le 25 mai 2004 avec les deux principales organisations syndicales représentatives de la profession ainsi que le projet de décret portant statut particulier des personnels de direction concernés prévoient que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est saisi pour avis lors de la nomination d'un directeur ou d'un secrétaire général de syndicat interhospitalier. De plus, il est envisagé qu'en ce qui concerne l'évaluation ainsi que l'attribution du régime indemnitaire de ces personnels, la compétence relève du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, à l'exception des directeurs généraux de centres hospitaliers régionaux et des centres hospitalo-universitaires qui seront évalués par le ministre chargé de la santé. Dès lors, afin d'être en cohérence avec ce nouveau dispositif, il est proposé de transférer la compétence du préfet en matière de désignation de l'intérim, en cas de vacance d'emploi ou d'absence d'un directeur d'établissement ou d'un secrétaire général de syndicat interhospitalier, au directeur régional de l'hospitalisation.

L'article 16 comporte des dispositions relatives à la prise en charge, par le fonds pour l'emploi hospitalier, de la cessation progressive d'activité et la création d'un fonds mutualisé pour le financement des études promotionnelles.

L'article 14 de 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 a créé le fonds pour l'emploi hospitalier, lequel a notamment pour mission de prendre en charge les deux tiers des surcoûts de l'indemnité exceptionnelle allouée aux agents qui bénéficient de la cessation progressive d'activité instituée par l'ordonnance n° 82-298 du 31 mars 1982.

Le régime de la cessation progressive d'activité ayant été sensiblement modifié par l'article 73 (7°) de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, il est nécessaire de compléter les dispositions prévues à l'article 14 de la loi du 25 juillet 1994 précitée, afin de permettre au fonds pour l'emploi hospitalier de continuer à prendre en charge les deux tiers des surcoûts de la rémunération versée par les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux aux agents qui bénéficient du nouveau dispositif de cessation progressive d'activité institué à compter du 1^{er} janvier 2004.

Il convient de rappeler que les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière acquittent une contribution au fonds pour l'emploi hospitalier fixée depuis le 1^{er} janvier 2002 à 1 % des traitements soumis à retenue pour pension.

Le **II** crée un fonds mutualisé de financement de la promotion professionnelle.

Les établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière consacrent actuellement 2,1 % de leur masse salariale au financement d'actions de formation.

Les catégories d'actions susceptibles d'être financées ont été précisées par voie réglementaire. Il s'agit des actions de préparation aux concours et examens, des études promotionnelles, des actions d'adaptation et de conversion.

La création d'une nouvelle obligation légale de financement des études relatives à la promotion professionnelle traduit la volonté du Gouvernement de mieux prendre en compte les besoins en formation et en personnels qualifiés des établissements, d'adapter l'offre de personnel qualifié aux perspectives démographiques en mettant en œuvre le volet emploi-formation du protocole portant mesures d'adaptation relatives à la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière signé par le Gouvernement et les organisations syndicales représentatives le 9 janvier 2003. Elle permettra également de favoriser la promotion sociale par les études promotionnelles.

L'adhésion obligatoire des établissements à un organisme paritaire collecteur agréé par l'Etat permettra d'assurer la mutualisation des fonds dédiés aux études relatives à la promotion professionnelle et d'établir un financement unifié et cohérent de ces études promotionnelles. Le taux de la contribution, dont le montant ne peut excéder 0,6 % des salaires versés, sera fixé par décret.

Le **titre VI** comporte des dispositions diverses.

Le **I** et le **II** de l'**article 17** modifient respectivement les articles L. 6113-9 et L. 6161-4 pour en assurer la cohérence avec les dispositions issues de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Le **III (A)** de l'article 17 tient compte des nouvelles modalités de financement des établissements de santé. Les dispositions du **B** visent à permettre à l'autorité de tarification de modifier la dotation annuelle complémentaire, pendant la période transitoire, si la situation de l'établissement le justifie.

Le **IV** transpose le dispositif de contractualisation interne aux syndicats interhospitaliers autorisés à assurer les missions des établissements de santé par l'organisation de structures *ad hoc* et le **V** actualise la liste des attributions que le conseil d'administration d'un syndicat interhospitalier ne peut déléguer à son bureau.

Le **VI** comporte lui aussi une modification de cohérence. Seules les délibérations relatives au projet d'établissement et à l'état des prévisions de recettes et de dépenses donnant lieu à approbation, est abrogé l'article L. 6148-6 qui soumet la conclusion des contrats de partenariat et des baux emphytéotiques à approbation.

L'**article 18** modifie les articles L. 351-1 et L. 351-6 du code de l'action sociale et des familles afin de faire entrer dans le champ de compétence des juridictions tarifaires les litiges relatifs aux nouvelles dotations créées dans le cadre de la réforme du financement des établissements de santé.

Tel est l'objet de la présente ordonnance que nous avons l'honneur de soumettre à votre approbation. Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre profond respect.