



**Ministère de la santé, de la famille  
Et des personnes handicapées  
Direction de l'hospitalisation  
Et de l'organisation des soins**

Sous-direction de la qualité et du fonctionnement  
des établissements de santé  
Bureau Droits des usagers et fonctionnement  
général des établissements de santé (E1)

**Paris, le 13 février 2004**

Le ministre de la santé, de la famille et des  
personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des  
agences régionales de l'hospitalisation  
(pour information)

Mesdames et Messieurs les Préfets de  
département  
Directions départementales des affaires  
sanitaires et sociales  
(pour information)

Mesdames et Messieurs les directeurs  
d'établissement public de santé  
(pour mise en œuvre)

CIRCULAIRE DHOS/E1 n°61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation  
de la nouvelle gouvernance hospitalière.

Résumé : Modalités d'anticipation de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics  
de santé autres que les hôpitaux locaux

**TEXTES DE REFERENCE :**

- code de la santé publique, notamment les articles L. 6143-7, L. 6145-16 et L. 6146-8

**Introduction**

Réformer la gouvernance de l'hôpital répond à la nécessité, reconnue de façon consensuelle,  
de lutter contre les rigidités et les cloisonnements qui pèsent sur le fonctionnement de  
l'institution.

Il s'agit de permettre aux établissements de mieux assumer leurs missions au service du  
patient en assouplissant leur organisation et en clarifiant les responsabilités.

Ces objectifs se trouvent garantis par le projet actuel qui résulte d'un accord équilibré entre  
les partenaires intéressés au terme d'une large concertation menée depuis septembre 2003.

Cette réforme sera complétée par des dispositions spécifiques à l'organisation hospitalo-  
universitaire et appuyée par les résultats des négociations sur l'évolution des statuts de  
praticiens hospitaliers et de directeurs d'hôpital ainsi que sur le dialogue social, l'évolution de  
l'emploi hospitalier et la validation des acquis par l'expérience.

.../...

L'économie générale de la réforme repose sur la rénovation des instances :

- Le conseil d'administration voit ses compétences centrées sur la définition des axes stratégiques, l'évaluation et le contrôle ;
- La compétence générale du directeur de l'établissement est réaffirmée ;
- Un conseil exécutif est créé dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux. Cette instance paritaire, présidée par le directeur, associe étroitement les praticiens désignés par la CME et les membres de l'équipe de direction autour de la préparation de l'ensemble des projets nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat objectif de moyens ;
- La commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement sont étroitement associés au fonctionnement de l'établissement notamment par la participation de leurs représentants au conseil d'administration et le pouvoir d'alerte qui leur est conféré en cas de constat d'une situation financière durablement dégradée de l'établissement ;
- La commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation voit ses compétences élargies et renforcées : elle est consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles.

La réforme a également pour objet de simplifier l'organisation interne et les procédures :

- Les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux sont organisés en pôles d'activité, créé par le conseil d'administration sur la base du projet d'établissement. Ces pôles peuvent être constitués d'un ou plusieurs services et unités fonctionnelles. Leur nombre, leur taille et leur composition sont laissés au choix de l'établissement ;
- Chaque responsable de pôle contractualise avec le directeur et le président de la CME les objectifs du pôle et les moyens dont il dispose à cet effet. Il élabore un projet de pôle avec un conseil de pôle, dont les membres sont élus (et non plus tirés au sort comme dans les actuels conseils de service) ;
- Les divers comités et commissions de sécurité et de vigilance réglementés (CLIN, etc.) jugés trop nombreux sont maintenus comme sous-commissions de la commission médicale d'établissement ; il doit en résulter une simplification de leur fonctionnement, la possibilité d'une réduction de leurs membres, une meilleure coordination de leurs propositions ;
- La composition et les missions du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) demeurent, par ailleurs, inchangées.

\*\*\*

Les dispositions législatives vont être préparées et entrer en vigueur au cours de l'année 2004 et la nouvelle organisation interne de l'hôpital devra être mise en place avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Afin de faciliter le passage de l'actuelle législation à celle sur laquelle les partenaires syndicaux et institutionnels se sont accordés, il est essentiel de s'appuyer, à partir de l'analyse de leurs réussites et des obstacles rencontrés, sur les expériences déjà en cours dans certains établissements et d'en susciter d'autres en sollicitant la participation d'établissements volontaires pour s'engager dans la demande de changement.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a installé le 10 février 2004, le comité de suivi associant les partenaires ayant manifesté leur accord par la signature du « relevé de conclusions sur le projet de réforme de la gouvernance ». Ce comité aura pour mission de contribuer à la mise en œuvre cohérente du projet de réforme, en participant à l'élaboration des textes réglementaires et en assurant le suivi et l'accompagnement des établissements candidats à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance.

## A) Objectifs

---

Il s'agira, au sein d'un groupe d'établissements volontaires d'anticiper, sur la base des dispositions législatives actuellement en vigueur, la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance hospitalière.

A cet égard, il conviendra :

- \* d'une part, d'identifier les facteurs clés du succès pour la mise en œuvre du changement au sein de l'hôpital,
- \* et d'autre part, de mettre en lumière les mesures et modalités pratiques devant accompagner le changement lors de la mise en œuvre des textes pour tous les établissements (telles que les formations à prévoir pour les responsables de pôle par exemple).

## B) Conditions de réalisation

---

Les établissements retenus s'engagent à anticiper la réforme par la mise en place :

- \* d'une part, d'une préfiguration du conseil exécutif,
- \* et d'autre part, d'une organisation, au moins partielle, en pôles d'activité s'inscrivant dans une démarche de contractualisation interne donnant lieu à des délégations de gestion et à la définition d'une politique d'intéressement. Cette organisation est d'ores et déjà permises par les actuels centres de responsabilités (L. 6145-16 du CSP) et l'utilisation de « l'amendement liberté » (L. 6146-8 du CSP)

Ils s'engagent dans cette démarche d'anticipation jusqu'à la fin de l'année 2005.

Ils devront, par ailleurs, faire connaître au comité de suivi l'état d'avancement de leur démarche et organiser aux plans local et régional, en lien avec l'ARH, des réunions d'informations périodiques à destination des autres établissements publics de santé.

## C) Conditions de candidature

Il sera proposé à une cinquantaine d'établissement (CHU, CH, CHS) de participer à la démarche d'anticipation.

Pourront faire acte de candidature :

- \* d'une part, les établissements ayant déjà mis en œuvre un changement de leur organisation interne et qui souhaitent le poursuivre ;
- \* d'autre part, les établissements vierges de toute démarche antérieure, volontaire pour s'y engager.

Il est souhaitable que les établissements candidats disposent d'une comptabilité analytique par séjour, qu'ils aient satisfait à la procédure d'accréditation et conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sur la base d'un projet d'établissement approuvé. Néanmoins, aucune de ces conditions, n'est formellement requise pour participer à la démarche d'anticipation.

#### D) Dossiers de candidature

---

Le dossier de candidature figure en annexe de la présente circulaire. Il comporte un tableau relatif à la description sommaire de l'établissement qui doit être renseigné par les établissements candidats.

Ces dossiers seront soumis au secrétariat du comité de suivi (DHOS – Sous-Direction E) assorti, au minimum, d'un engagement commun formel du directeur et du président de la CME avant le 25 février 2004 pour un lancement de la démarche d'anticipation dès le 15 mars 2004.

#### E) Sélection des candidats et suivi de la démarche d'anticipation

---

Le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins préside le comité de suivi et en fait assurer le secrétariat par la Sous-Direction E. Ce comité a pour rôle d'assurer, conformément au « relevé de conclusions », le suivi de la démarche.

Le comité procédera, tout d'abord, à la sélection des établissements début mars 2004. Son choix sera porté à la connaissance des établissements et deviendra définitif après confirmation, par les instances (commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, conseil d'administration) des établissements sélectionnés, de leur engagement dans la démarche.

Chaque établissement retenu se verra déléguer, par l'ARH, un crédit annuel de 80 000 euros pour couvrir les frais afférents à la démarche (études, management du changement ...), pendant toute sa durée.

Les établissements s'engagent à fournir au comité de suivi des informations trimestrielles sur l'état d'avancement de leur démarche. Le comité de suivi en effectuera des bilans réguliers.

La mutualisation des retours d'expérience des établissements les plus avancés dans la démarche sera assurée par la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH). Cette mutualisation permettra d'élaborer un premier document pratique sur les méthodologies du changement.

Vous voudrez bien me tenir informé, sous le timbre de la DHOS-Sous-direction E, des difficultés que vous pourrez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire.

Le Directeur de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins

Edouard COUTY



#### **Article L6143-7**

Le directeur représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement. Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration et met en oeuvre la politique définie par ce dernier et approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées à l'article L. 6143-1. Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement, et en tient le conseil d'administration informé. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le directeur ordonnateur des dépenses peut procéder en cours d'exercice à des virements de crédits entre les comptes d'un même groupe fonctionnel. Ces virements sont portés, sans délai, à la connaissance du comptable, du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et du conseil d'administration dans sa plus proche séance. Le directeur peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par décret.

#### **Article L6145-16**

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 pro-posé 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 par décision 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.

#### **Article L6146-8**

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 et aux décisions prises dans l'intérêt du service.