

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

02/05/2005

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 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 Ier DISPOSITIONS RELATIVES À LA RÉFORME DES RÈGLES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ Article 1

Le chapitre III du titre IV du livre Ier 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 :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ordonnance-n-2005-406-du-2-mai-2005-simplifiant-le-regime-juridique-des-etablissem-ents-de-sante/>

« 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 oeuvre 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 <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ordonnance-n-2005-406-du-2-mai-2005-simplifiant-le-regime-juridique-des-etablissements-de-sante/>

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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 1er 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 oeuvre 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 <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ordonnance-n-2005-406-du-2-mai-2005-simplifiant-le-regime-juridique-des-etablissem-ents-de-sante/>

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.

Voir pour application :

- Décret n° 2006-720 du 21 juin 2006 relatif au statut d'emploi de conseiller général des établissements de santé

Article 3

Le chapitre IV du titre IV du livre Ier 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 Ier 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 ou 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 le 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 d'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, en 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 oeuvre 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 oeuvre 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 pôle. 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 oeuvre pour développer la qualité et 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 1er 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° 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° 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° 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.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE ET UNIVERSITAIRE

Article 8

I. - L'article L. 6114-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ordonnance-n-2005-406-du-2-mai-2005-simplifiant-le-regime-juridique-des-etablissements-de-sante/>

1° Au premier alinéa, après le mot : « durée », est inséré le mot : « maximale » ;

2° Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Des organismes concourant aux soins, des universités, des établissements publics scientifiques et technologiques ou d'autres organismes de recherche ainsi que des professionnels de santé exerçant à titre libéral, peuvent être appelés au contrat pour tout ou partie de ses clauses. En cas de pluralité d'organismes de recherche, le contrat est signé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. »

II. - Le dernier alinéa de l'article L. 6114-3 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Pour les établissements publics de santé, ces contrats précisent également les transformations relatives à leur organisation et leur gestion. Ils comportent un volet social. Dans les centres hospitaliers universitaires, le volet relatif à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation est préparé avec les universités associées et, dans les conditions définies à l'article L. 6114-1, les organismes de recherche. »

Article 9

Le chapitre II du titre IV du livre Ier de la sixième partie du même code est modifié ainsi qu'il suit :

I. - L'article L. 6142-13 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6142-13. - Dans chaque centre hospitalier et universitaire, il est créé un comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique consulté sur des matières déterminées par voie réglementaire, notamment sur les conditions dans lesquelles l'établissement organise sa politique de recherche conjointement avec les universités et avec les établissements publics scientifiques et technologiques ou autres organismes de recherche ayant passé une convention d'association au fonctionnement du centre hospitalier universitaire dans les conditions prévues à l'article L. 6142-5. »

II. - Le 3° de l'article L. 6142-16 est abrogé.

TITRE III DISPOSITIONS FINANCIÈRES Article 10

Le chapitre V du titre IV du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique (partie législative) est modifié ainsi qu'il suit :

I. - L'article L. 6145-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6145-1. - L'état des prévisions de recettes et de dépenses est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, de ceux des consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, de ceux des médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code, des forfaits annuels prévus à l'article L. 162-22-8 du même code, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue à l'article L. 162-22-14 du même code et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 du même code, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'état des prévisions de recettes et de dépenses donne lieu à révision du plan global de financement pluriannuel mentionné à l'article L. 6143-2. Il est présenté par le directeur de l'établissement au conseil d'administration et voté par ce dernier.

« Dans le cas où l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas approuvé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le directeur de l'établissement présente au conseil d'administration un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses tenant compte des motifs du refus opposé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Si un nouvel état n'est pas adopté ou si ce nouvel état ne tient pas compte des motifs du refus opposé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, ce dernier arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 6145-3.

« Les modifications de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont établies dans les mêmes conditions.

« Le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont présentés périodiquement au

conseil d'administration et transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation. »

II. - L'article L. 6145-2 est abrogé.

III. - Les articles L. 6145-3 à L. 6145-5 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6145-3. - Si l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas adopté par le conseil d'administration à une date fixée par voie réglementaire, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Cet état a alors un caractère limitatif.

« En cas de carence de l'ordonnateur, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut, après mise en demeure restée sans suite au terme d'un délai fixé par voie réglementaire, procéder au mandatement d'office d'une dépense ou au recouvrement d'une recette régulièrement inscrite à l'état des prévisions de recettes et de dépenses initial et aux décisions modificatives éventuelles.

« Art. L. 6145-4. - I. - Pour permettre le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou des autres objectifs mentionnés au code de la sécurité sociale, en cas de révision de leur montant, ou en cas de révision des tarifs des prestations mentionnées au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande aux établissements de délibérer sur une modification de leur état des prévisions de recettes et de dépenses prenant en compte, le cas échéant, les éléments suivants :

« 1° Une modification des éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du même code ;

« 3° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code.

« II. - Lorsqu'il apparaît que l'évolution de l'activité réelle de l'établissement ou du niveau de ses dépenses constatées sont manifestement incompatibles avec le respect de son état des prévisions de recettes et de dépenses, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande à l'établissement de délibérer sur une modification de cet état tenant compte de l'écart entre l'activité réelle et l'activité prévisionnelle ou de l'écart entre les dépenses constatées et les dépenses prévisionnelles prises en compte lors du vote de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

« III. - A défaut d'adoption par le conseil d'administration de la décision modificative mentionnée au I ou II ci-dessus, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation modifie l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

« Art. L. 6145-5. - Dans le cadre des marchés publics les conditions de règlement des intérêts moratoires sont fixés conformément à l'article 55 de la loi n° 2001-420 du 15 mai 2001 relative aux nouvelles régulations économiques. Le comptable assignataire informe l'ordonnateur de la date de mise en paiement du principal et lui rappelle ses obligations de mandater les intérêts moratoires dans un délai de trente jours à compter de la date de mise en paiement du principal.

« En cas de carence de l'ordonnateur, le comptable informe le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, qui engage alors la procédure de mandatement d'office dans des conditions fixées par voie réglementaire.

« Si, dans le délai dont il dispose pour mandater les intérêts moratoires, l'ordonnateur notifie un refus d'exécution motivé par l'insuffisance des crédits disponibles, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, après avoir constaté cette insuffisance, met en demeure l'établissement d'adopter une décision modificative de l'état des prévisions des recettes et des dépenses. En cas de carence du conseil d'administration, il modifie l'état des prévisions des recettes et des dépenses et procède ensuite au mandatement d'office. »

IV. - L'article L. 6145-6 est ainsi modifié :

A. - Au premier alinéa, le mot : « quand » est remplacé par le mot : « quant ».

B. - Au second alinéa, les mots : « les marchés passés sans formalités préalables en raison de leur montant » sont remplacés par les mots : « les marchés passés selon la procédure adaptée ».

V. - L'article L. 6145-7 est ainsi modifié :

A. - Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Sans porter préjudice à l'exercice de leurs missions, les établissements publics de santé peuvent :

« 1° A titre subsidiaire, assurer des prestations de service, valoriser les activités de recherche et leurs résultats, exploiter des brevets et des licences dans le cadre de services industriels et commerciaux ; ».

B. - Le quatrième alinéa est abrogé.

VI. - L'article L. 6145-8 est ainsi modifié :

A. - Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :
« 2° De mauvaise imputation comptable des dépenses ; ».

B. - Après le 3° est inséré un 4° ainsi rédigé :
« 4° De dépenses mandatées sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants lorsque ces crédits ont un caractère limitatif. »

Article 11

I. - A l'article L. 1611-5 du code général des collectivités territoriales, après le mot : « locaux » sont ajoutés les mots : « ainsi que celles des établissements publics de santé ».

II. - L'article L. 1617-4 du même code est ainsi modifié :

1° Les mots : « , à l'exception des établissements publics de santé » sont supprimés ;

2° L'article est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, elles ne sont pas applicables aux établissements publics de santé, sauf disposition particulière du code de la santé publique. »

III. - Il est inséré au début de l'article L. 1617-5 du même code un alinéa ainsi rédigé :
« Les dispositions du présent article s'appliquent également aux établissements publics de santé. »

IV. - L'article L. 6145-9 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6145-9. - 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. »

Article 12

I. - Après l'article L. 6161-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6161-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6161-3-1. - Dans les établissements de santé privés mentionnés aux articles L. 6161-4 et L. 6161-6, lorsque le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévus à l'article L. 6145-1 font apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements, et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements prévus au chapitre VI du titre Ier du livre Ier de la sixième partie du présent code, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés, dans un délai qu'il fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

« Cette injonction peut porter sur des mesures de réorganisation, d'économie ou de cessation d'activité.

« S'il n'est pas déféré à l'injonction, l'agence régionale de l'hospitalisation peut suspendre le contrat mentionné à l'article L. 6114-1. »

II. - Le premier alinéa de l'article L. 6161-4 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les établissements de santé privés à but non lucratif ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier, mentionnés au c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ayant opté pour le financement par dotation globale sont, pour ce qui concerne les activités définies par les articles L. 6111-1 et L. 6111-2 et les modalités de tarification applicables, soumis aux dispositions fixées à l'article L. 6161-7. »

III. - Le premier alinéa de l'article L. 6161-7 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le dernier alinéa de l'article L. 6143-4 et l'article L. 6145-1 sont applicables aux établissements mentionnés à l'article L.

6161-6 pour ce qui concerne leurs activités de participation au service public. »

Article 13

I. - La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 6114-4 du code de la santé publique est remplacée par les dispositions suivantes :

« Les litiges relatifs à l'application des dispositions financières de ces contrats sont portés devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale. »

II. - A l'article L. 6142-17 du même code, les mots : « le budget » sont remplacés par les mots : « l'état des prévisions de recettes et de dépenses ».

A l'article L. 6161-8 du même code, les mots : « de budget » sont remplacés par les mots : « d'état des prévisions de recettes et de dépenses ».

III. - Le 2° du A du V de l'article 33 de la [loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003](#) de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complété d'une phrase ainsi rédigée : « Les litiges relatifs à la dotation annuelle complémentaire sont formés devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles. »

IV. - A. - En 2005, les dispositions de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique s'appliquent dans leur rédaction antérieure à la publication de la présente ordonnance. Pour l'application en 2005 des articles L. 6122-16, L. 6142-17, L. 6143-1, L. 6143-4, L. 6145-1, L. 6145-3, L. 6145-4, L. 6145-5, L. 6161-8 et L. 6162-9 du même code, les mots : « état des prévisions de recettes et de dépenses » ou : « état » sont remplacés par le mot : « budget ».

B. - Les dispositions de l'article L. 6145-1 du même code dans leur rédaction issue de la [loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003](#) de financement de la sécurité sociale pour 2004 s'appliquent au budget de l'exercice 2005. Toutefois, pour cet exercice et par dérogation à ces dispositions, le budget est présenté par groupes fonctionnels dans les conditions prévues à cet article dans sa rédaction antérieure à la publication de la loi du 18 décembre 2003.

C. - En 2005, le contrôle du comptable s'effectue selon les modalités prévues par l'article L. 6145-8 du même code dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente ordonnance.

V. - Dans l'attente de la notification des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale, de la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1 du même code, de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du même code et de la dotation annuelle complémentaire mentionnée au 2° du A du V de l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003 susmentionnée, pour l'exercice 2005, la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 verse aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale des allocations mensuelles égales au douzième de la dotation globale accordée en 2004, dans les conditions fixées en application de l'article L. 174-2 susmentionné.

TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES AUX CENTRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER Article 14

I. - Le chapitre II du titre VI du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique (partie législative) est remplacé par les dispositions suivantes :

« Chapitre II
« Centres de lutte contre le cancer

« Art. L. 6162-1. - Les centres de lutte contre le cancer assurent les missions des établissements de santé et celles du service public hospitalier, dans le domaine de la cancérologie.

« A titre subsidiaire et en vue d'en optimiser l'utilisation, ils peuvent, dans des conditions définies par le contrat d'objectifs <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ordonnance-n-2005-406-du-2-mai-2005-simplifiant-le-regime-juridique-des-etablissem-ents-de-sante/>

et de moyens, ouvrir leurs plateaux techniques et leurs équipements à des patients relevant d'autres pathologies.

« Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les articles L. 6161-7 et L. 6161-8 sont applicables aux centres de lutte contre le cancer.

« Art. L. 6162-2. - Ces établissements sont des personnes morales de droit privé. Ils peuvent recevoir des dons et legs.

« Art. L. 6162-3. - Le ministre chargé de la santé arrête la liste des centres de lutte contre le cancer.

« Art. L. 6162-4. - Chaque centre doit disposer d'une organisation pluridisciplinaire garantissant une prise en charge globale du patient et comprenant au moins des moyens en chirurgie, oncologie médicale, radiothérapie et anatomo-cytopathologie.

« Art. L. 6162-5. - Les centres de lutte contre le cancer passent avec les universités et les centres hospitaliers universitaires les conventions mentionnées à l'article L. 6142-5 en vue de définir une organisation commune en matière d'enseignement et de recherche cancérologiques.

« Art. L. 6162-6. - La centralisation des renseignements médicaux recueillis par les centres est assurée par l'Institut national du cancer.

« Art. L. 6162-7. - Chaque centre est administré par un conseil d'administration comportant :

« 1° Le représentant de l'Etat dans le département ;

« 2° Le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine avec laquelle le centre a passé la convention prévue à l'article L. 6142-5 ou, en cas de pluralité d'unités de formation et de recherche, le président du comité de coordination de l'enseignement médical ;

« 3° Le directeur général du centre hospitalier universitaire avec lequel le centre a passé la convention prévue à l'article L. 6142-5 ou, en cas de contractualisation avec plusieurs centres hospitaliers universitaires, le directeur général de l'un d'entre eux, désigné par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ;

« 4° Une personnalité scientifique désignée par l'Institut national du cancer ;

« 5° Un représentant du conseil économique et social régional désigné par cette assemblée ;

« 6° Des personnalités qualifiées, des représentants des personnels du centre et des représentants des usagers, dans des conditions définies par voie réglementaire.

« La présidence du conseil d'administration appartient au représentant de l'Etat dans le département.

« Le directeur général du centre, accompagné des collaborateurs de son choix, et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou son représentant assistent au conseil avec voix consultative.

« Art. L. 6162-8. - Nul ne peut être membre d'un conseil d'administration :

« 1 A plus d'un titre ;

« 2 S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;

« 3 S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé qui n'assure pas l'exécution du service public hospitalier ;

« 4 S'il est lié à l'établissement par contrat, notamment s'il est agent salarié de l'établissement ;

« 5° S'il a 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.

« Toutefois, l'incompatibilité prévue au 4° ci-dessus n'est opposable ni aux représentants des salariés mentionnés au 6° de l'article L. 6162-7 ni aux représentants mentionnés aux 2° et 3° du même article ayant passé avec le centre la convention prévue à l'article L. 6142-5 ni à ceux mentionnés au 6° ayant conclu avec lui les contrats prévus aux articles L. 1110-11 et L. 1112-5. Au cas où il est fait application d'une autre incompatibilité à ces représentants, la commission médicale, le comité d'entreprise, le conseil de l'unité de formation et de recherche, le comité de coordination de l'enseignement médical, ou le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation désignent un remplaçant.

« Art. L. 6162-9. - Le conseil d'administration arrête la politique générale du centre ainsi que sa politique d'évaluation et de contrôle. A ce titre il procède aux contrôles et vérifications qu'il juge opportuns et délibère sur :

« 1° Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

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

« 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° Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;

- « 5° Les dons et legs ;
- « 6° La participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et les actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre ;
- « 7° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;
- « 8° Les conventions avec des organismes de recherche et les prises de participation nécessaires à la réalisation de projet de recherche ou à l'exploitation des résultats ;
- « 9° Les conventions mentionnées à l'article L. 6162-6 ;
- « 10° Le règlement intérieur ;
- « Le président du conseil d'administration dispose d'une voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

« Art. L. 6162-10. - Le directeur général du centre est compétent pour régler les affaires du centre autres que celles énumérées à l'article L. 6162-9. Il assure la conduite générale de l'établissement et en rend compte au conseil d'administration. Il représente le centre en justice et dans tous les actes de la vie civile.

« Le directeur général est nommé, pour une période de cinq ans renouvelable, par le ministre chargé de la santé après avis du conseil d'administration et de la fédération nationale la plus représentative des centres de lutte contre le cancer.

« Le président du conseil d'administration peut demander au ministre chargé de la santé de mettre une fin anticipée au mandat du directeur du centre.

« Art. L. 6162-11. - Des décrets déterminent, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent chapitre ainsi que les adaptations ou dérogations nécessaires aux conditions particulières de fonctionnement de l'institut Gustave Roussy et de la fondation Curie. »

II. - Après le 3° de l'article L. 6112-2 du même code, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Par les centres de lutte contre le cancer. »

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES À CERTAINS PERSONNELS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

Article 15

I. - La portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est modifiée ainsi qu'il suit :

1° Le 2° de son article 3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° Directeur général de l'assistance publique de Marseille, directeur général des hospices civils de Lyon et directeur général des centres hospitaliers régionaux de Toulouse, Bordeaux, Nancy, Montpellier, Lille, Strasbourg. » ;

2° Le deuxième alinéa de son article 77 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Un décret fixe la liste des catégories de fonctionnaires astreints, du fait de leurs fonctions, à résider dans ou à proximité de l'établissement. Les établissements ne pouvant assurer le logement de ces fonctionnaires leur versent une indemnité compensatrice. Le décret détermine les conditions dans lesquelles ces fonctionnaires peuvent bénéficier d'avantages en nature. »

II. - Après le quatorzième alinéa de l'article L. 6115-3 du code de la santé publique, il est inséré l'alinéa suivant :

« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la , à l'exception des centres hospitaliers régionaux et des établissements mentionnés aux articles L. 6141-5 et L. 6147-4 du code de la santé publique. »

Article 16

I. - Le 1° de 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 est ainsi modifié :

1° Avant les mots : « de l'ordonnance n° 82-298 du 31 mars 1982 précitée », sont insérés les mots : « de l'article 4 » ;

2° Après le mot : « précitée », sont ajoutés les mots : « et, à compter du 1er janvier 2004, les deux tiers de la différence entre le traitement, l'indemnité de résidence, les primes et les indemnités de toute nature correspondant aux quotités de <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ordonnance-n-2005-406-du-2-mai-2005-simplifiant-le-regime-juridique-des-etablissem-ents-de-sante/>

travail à temps partiel réellement effectuées et le traitement et les rémunérations accessoires effectivement servies aux bénéficiaires de la cessation progressive d'activité rémunérés dans les conditions prévues par l'article 2-1 de la même ordonnance ».

II. - Les établissements énumérés à l'article 2 de la portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière versent une contribution, dont le taux est fixé par décret et ne peut excéder 0,6 % du montant des salaires versés au sens des chapitres Ier et II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, à un organisme paritaire agréé par l'Etat, chargé de la gestion et de la mutualisation de ces fonds, aux fins d'assurer le financement des études relatives à la promotion professionnelle des personnels des établissements mentionnés à l'article L. 970-5 du code du travail. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent II.

TITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 17

I. - A l'article L. 6113-9 du code de la santé publique, les mots : « à l'article L. 6114-3 » sont remplacés par les mots : « au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ».

II. - A l'article L. 6161-4 du même code, la référence : « L. 6114-2 » est remplacée par la référence : « L. 6114-1 », et, à l'article L. 6161-8, les mots : « aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 6114-1 ».

III. - A. - L'article L. 6122-16 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6122-16. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander, dans le cadre d'une opération de restructuration ou de coopération, la suppression d'emplois médicaux et la révision du contrat d'objectifs et de moyens, et réduire en conséquence le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale ou des crédits de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du même code.

« Lorsqu'il s'agit d'un établissement public de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut également demander à l'établissement de délibérer sur une modification de son état des prévisions de recettes et de dépenses pour prendre en compte la modification de ses recettes et aux établissements publics de santé susceptibles de reprendre l'activité des services supprimés ou convertis de délibérer sur la création d'emplois médicaux et non médicaux.

« A défaut de l'adoption de ces mesures dans un délai fixé par voie réglementaire par les conseils d'administration des établissements, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation prend les décisions qui rendent ces mesures exécutoires de plein droit dès leur réception par les établissements.

« Les praticiens hospitaliers titulaires demeurent nommés sur les emplois transférés. »

B. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 6122-16 du même code, entre 2005 et 2012, la réduction des dotations prévues à cet article peut porter sur les crédits prévus à la dotation annuelle complémentaire mentionnée au 2° du A du V de l'article 33 de la [loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003](#) de financement de la sécurité sociale pour 2004.

IV. - A. - Au premier alinéa de l'article L. 6132-3 du même code, les mots : « et V » sont remplacés par les mots : « , V et VIII ».

B. - Après le deuxième alinéa du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du 5° de l'article L. 6143-1 et de l'article L. 6145-16, les syndicats interhospitaliers autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé organisent leurs activités en structures permettant la conclusion de contrats internes. »

V. - La deuxième phrase du quatrième alinéa de l'article L. 6132-7 du même code est remplacée par les dispositions suivantes :

« Cette délégation ne peut porter sur les matières énumérées aux 1° à 3°, 5° à 8°, 10° et 12° de l'article L. 6143-1 ni sur les attributions mentionnées à l'article L. 6143-3. »

VI. - L'article L. 6148-6 du même code est abrogé.

Article 18

I. - L'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Après les mots : « dotations globales », sont insérés les mots : « les dotations annuelles, les forfaits annuels, les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » ;

2° Après les mots : « de statut public ou privé », sont insérés les mots : « et d'organismes concourant aux soins ».

II. - A l'article L. 351-6 du même code, après les mots : « dotations globales », sont insérés les mots : « , les dotations annuelles, les forfaits annuels ».

Article 19

Le Premier ministre, le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et le ministre de la fonction publique et de la réforme de l'Etat sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente ordonnance, qui sera publiée au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 2 mai 2005.

ANNEXE

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

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 oeuvre 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 Ier 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 1er 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 1er modifie l'intitulé du chapitre III du titre IV du livre Ier 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
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ordonnance-n-2005-406-du-2-mai-2005-simplifiant-le-regime-juridique-des-etablissem-ents-de-sante/>

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 oeuvre 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 1er 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 oeuvre 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 Ier de la sixième partie du code de la santé publique est modifié pour tenir <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ordonnance-n-2005-406-du-2-mai-2005-simplifiant-le-regime-juridique-des-etablissem-ents-de-sante/>

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 oeuvre 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 <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ordonnance-n-2005-406-du-2-mai-2005-simplifiant-le-regime-juridique-des-etablissem-ents-de-sante/>

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 1er 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.

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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 plateformes 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 oeuvre.

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° 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° 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° adapte le dispositif actuel de logement par nécessité absolue de service des personnels de direction. Aux termes de l'article 77 de la 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 économes, sous-directeurs et économes 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 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 1er 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 1er 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 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 oeuvre 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.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre profond respect.

Source : Journal officiel de la République française n° 102 du 3 mai 2005 page 7626