La gouvernance des établissements publics de santé

Gilles GRELAUD

Hôpital d'instruction des armées Desgenettes (Lyon)

gilles.grelaud64@orange.fr / gilles.grelaud@sante.defense.gouv.fr

La gouvernance des établissements publics de santé

1- Management et gouvernance des organisations

2- La gouvernance hospitalière

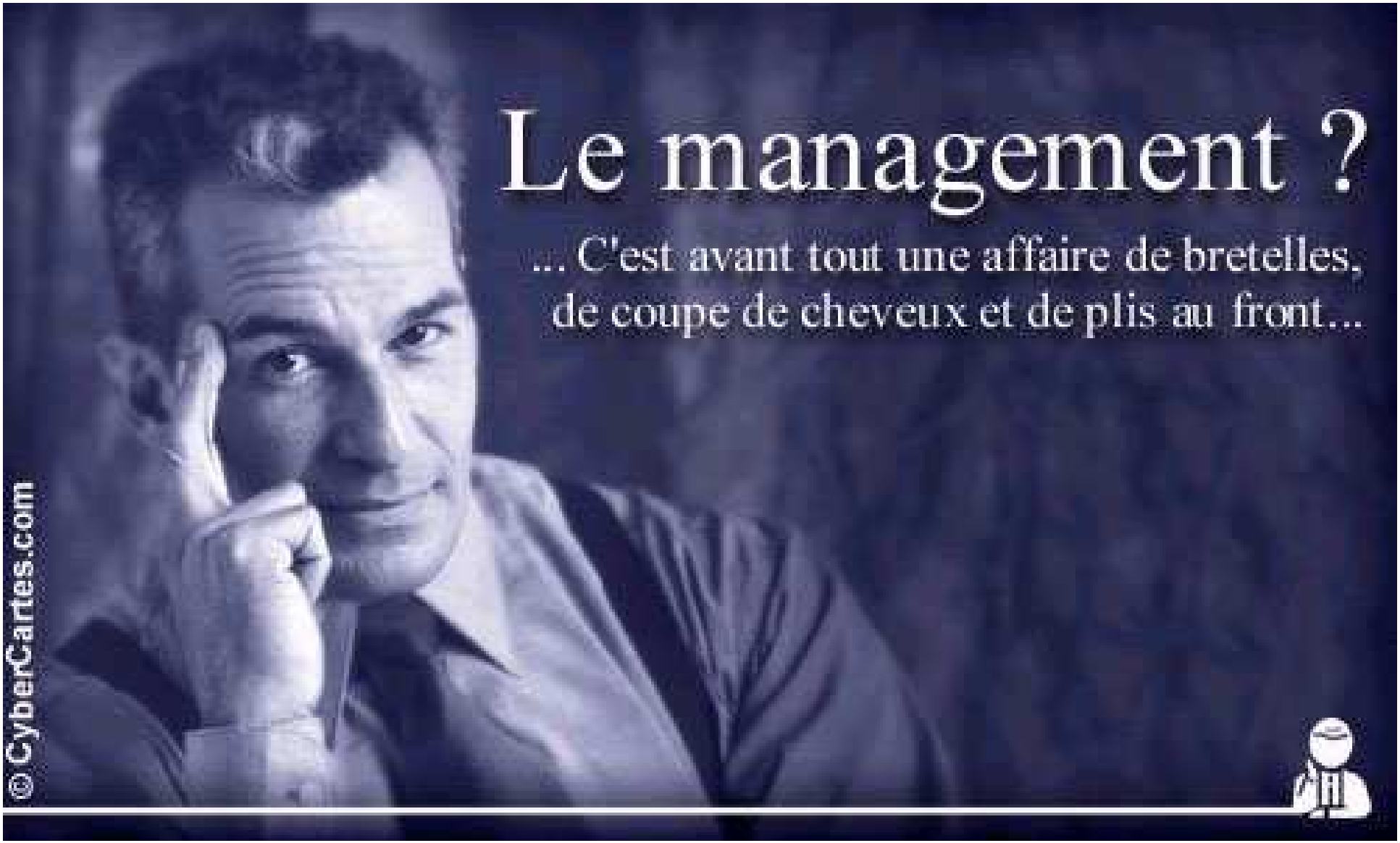
3- Les organes de direction et de pilotage

4- Les instances de concertation

5- L'organisation en pôles d'activités

6- La contractualisation interne et externe

1- Management et gouvernance des organisations



Les organisations

Une organisation = Ensemble finalisé (structuré et coordonné) d'éléments en interaction constituant une réalité sociale, économique et technique

Une organisation est caractérisée par :

- Des objectifs communs (les buts et missions)
- Des structures d'organisation (les modes de répartition du travail)
- Des systèmes de production et de pilotage (les moyens)
- Des ressources humaines (les hommes et les femmes)
- Une culture (plus ou moins commune) et des valeurs

Sociologie des organisations

Des théories, des concepts et des représentations qui s'appliquent aux différents types d'organisations (entreprises, collectivités, systèmes, …)

Des approches (mécanistes) parfois tournées vers le fonctionnement des systèmes et des organisations

Des approches (humanistes) parfois orientées vers les interactions entre les individus au sein des organisations

Management des organisations (1)

Le management correspond à l'ensemble des techniques d'organisation de toutes les ressources mises en œuvre pour obtenir une performance satisfaisante

C'est une façon de diriger et de gérer rationnellement une organisation, d'organiser les activités, de fixer des objectifs, de bâtir des stratégies en mobilisant les ressources à partir d'une connaissance rigoureuse des faits (économiques, sociaux, humains) et des opportunités offertes par l'environnement

Le management se veut être distinct de la gestion (notion souvent à connotation trop quantitative et/ou économique) et de l'administration (notion trop associée en France au service public et à la fonction publique)

Management des organisations (2)

Les éléments constitutifs du management

Définir des objectifs, une stratégie et une politique générale

Structurer l'organisation du travail

Définir les moyens et ressources nécessaires à la production

Définir les éléments de gestion et de pilotage nécessaires (*cf.* indicateurs)

Faire des choix (tactiques et opérationnels) et décider

Mettre en œuvre la politique définie (ou veiller à cette mise en œuvre)

Piloter l'ensemble de l'organisation en veillant à sa cohérence mais aussi à sa performance

Management des organisations (3)

Les 5 piliers du management

La stratégie (prévision et anticipation par prise en compte de l'environnement)

L'organisation (répartition des ressources, capacités et compétences et organisation de la production)

Le pilotage (commandement)

La coordination (information et communication)

Le contrôle (suivi et analyse des indicateurs de gestion, contrôle de gestion, audit interne)

Management des organisations (4)

Les modes d'exercice du management

Management directif ou autoritaire (autocratie)

Management participatif ou démagogue (démocratie)

Management délégatif ou collaboratif (république)

Management persuasif ou paternaliste (utopie)

Management adaptatif ou réaliste

Gouvernance des organisations : forme moderne du management (?)

« Manière de concevoir et d'exercer l'autorité à la tête d'une entreprise, d'une organisation ou d'un État »

Avis de la Commission générale de terminologie et de néologie
(Journal officiel de la République Française en date du 22 avril 2009)

La gouvernance désigne les règles, processus et comportements caractérisant l'exercice du pouvoir au sien d'une organisation

Elle s'intéresse à l'exercice du pouvoir, à la répartition (éventuelle) de ce pouvoir et à l'interaction entre les acteurs concernés (acteurs internes et externes à l'organisation)

En matière politique, le terme « gouvernance » tend à se substituer à celui de « gouvernement »

Critères de « bonne » gouvernance

Transparence des informations sur l'organisation, sa gouvernance et ses résultats à l'égard des divers « ayant droit » (actionnaires, citoyens, financeurs, tutelles, ...)

Participation des acteurs

Partage des responsabilités

Organisation interne

Efficience et performance

Existence d'éléments objectifs de preuve (indicateurs)

L'émergence de la gouvernance d'entreprise

Rationalisation et optimisation des modes d'organisation et de management des entreprises

Responsabilisation des dirigeants et évaluation de leur performance par développement de la transparence

Transparence de la performance de l'entreprise

Régulation des entreprises par les états (cf. exigence de la gouvernance introduite en droit français par la Loi n° 2001-420 du 15 mai 2001 sur les nouvelles régulations économiques)

Modèles « moniste » (le pouvoir est partagé entre le conseil d'administration et la direction générale) et « dualiste » (le pouvoir est réparti entre un directoire à fonction exécutive et un conseil de surveillance à fonction de contrôle)

L’émergence de la gouvernance politique

Intégration de la dimension démocratique dans la conduite des politiques publiques (états et collectivités publiques) et des politiques internationales (institutions internationales)

Développement de la démocratie participative au sein des services publics et collectivités publiques et de la responsabilisation des acteurs

Développement des obligations de transparence et d’efficience

Substitution du terme de gouvernement par le terme de gouvernance

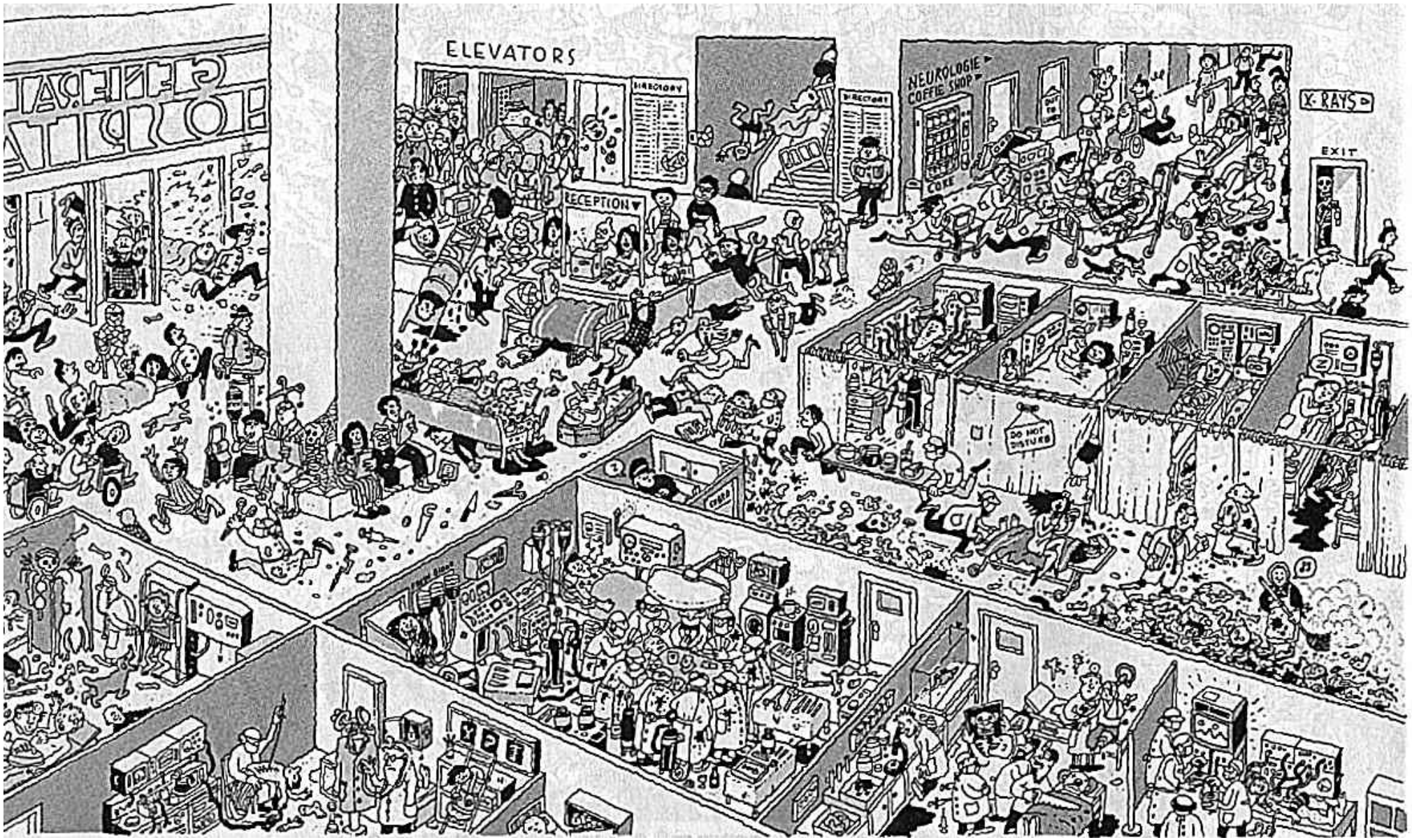
Gouvernance et politiques publiques

D'inspiration européenne (cf. Charte européenne des services publics), la gouvernance constitue un principe clé de la Réforme de l'État (cf. Décentralisation et Révision générale des politiques publiques) qui permet à l'État d'alléger sa tutelle sur l'administration et les services publics et de se dégager de sa propre gouvernance

Des objectifs en termes de démocratie (participation et information des citoyens), de performance et d'efficience (meilleure organisation pour un fonctionnement au meilleur coût)

Un transfert du pouvoir de décision et de la responsabilité politique du pilotage des administrations

2- La gouvernance hospitalière



Les besoins d'une gouvernance hospitalière

L'hôpital, une organisation complexe et cloisonnée

Des acteurs multiples disposant de logiques (et de cultures) différentes voire antagonistes

Un fonctionnement hospitalier traditionnellement marqué par des conflits d'intérêts et par un cloisonnement excessif

Une organisation interne habituellement établie par les hommes et par les traditions sans prise en compte d'une vision transversale basée sur la prise en charge des patients

Des hôpitaux plus administrés que managés

De multiples rapports et constats ont relevés une gestion courante et peu dynamique des hôpitaux, sans réelle vision stratégique et valorisation des forces et opportunités

Un management insuffisamment participatif des hôpitaux

Des déficits en termes de transparence, de responsabilité, d'efficience et de performance

L'instauration de la gouvernance hospitalière

La « nouvelle » gouvernance des EPS comme axe majeur du Plan Hôpital 2007

- Réforme de l'organisation interne des hôpitaux
- Modernisation et simplification de la gestion des hôpitaux
- Motivation des acteurs hospitaliers
- Modernisation de la gestion sociale des hôpitaux et de la gestion des ressources humaines et des compétences
- Amélioration de l'organisation et de la qualité des activités hospitalières

Les évolutions apportées par la Loi HPST

- Une « structuration » de la gouvernance calquée sur le modèle de la gouvernance des entreprises et d'inspiration libérale
- Des missions et attributions des organes de direction et des instances de concertation redéfinies et redistribuées

La « nouvelle » gouvernance du Plan Hôpital 2007

Mise en œuvre législative par Ordonnances n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé et n° 2005-1112 du 1er septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière (articles L.6143-1 à L.6146-11 du Code de la santé publique)

Dispositions réglementaires par décrets publiés en 2005 et 2006

- Recentrage du conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'évaluation et de contrôle
- Création d'un Conseil exécutif médico-administratif
- Renforcement du rôle de la Commission médicale et du Comité technique d'établissement
- Redéfinition du rôle des instances hospitalières
- Création des pôles d'activité
- Régulation par la tutelle (pouvoirs d'injonction et de suspension des ARH)

La réforme de la gouvernance par la Loi HPST

Un conseil de surveillance, organe délibérant recentré sur la définition des orientations stratégiques, au lieu d'un conseil d'administration

Un directeur conforté et responsabilisé

Un directoire, conseil exécutif resserré impliquant fortement les praticiens, au lieu d'un Conseil exécutif médico-administratif

Des missions et attributions redistribuées en conséquence

Un contrôle par les ARS des établissements de santé centré sur des indicateurs d'efficience et de qualité (→ performance)

3- Les organes de direction et de pilotage

Le directeur (1)

Attributions générales du directeur

Le directeur est président du directoire de l'établissement

Il conduit la politique générale de l'établissement et règle les « affaires courantes »

Il représente l'établissement dans tous ses actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement (notion de représentant légal)

Il exécute les décisions prises suite aux délibérations du conseil de surveillance

Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement

Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel

Il dispose d'un pouvoir de nomination au sein de l'établissement en proposant au Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints, du directeur des soins, des chefs de pôles et des praticiens (après avis de la commission administrative paritaire ou de la commission médicale de l'établissement selon le cas)

Le directeur (2)

Attributions particulières du directeur (a)

Il conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS

Il soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement

Il décide avec le président de la CME de 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

Il détermine le programme d'investissement en ce qui concerne les équipements médicaux (après avis de la CME)

Il fixe l'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD), le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations (non couverts par l'assurance maladie)

Il arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance

Le directeur (3)

Attributions particulières du directeur (b)

Il arrête l'organisation interne de l'établissement et le règlement intérieur et signe les contrats de pôle d'activité

Il propose au directeur général de l'ARS la constitution et la participation à des formes de coopération

Il conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux (de plus de 18 ans)

Il conclut les délégations de service public

Il présente (le cas échéant) à l'ARS un plan de redressement et de retour à l'équilibre financier

Il décide de l'organisation du travail et des temps de repos (à défaut d'un accord avec les organisations syndicales)

Il arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement

Le directeur (4)

Désignation du directeur

Pour les CHU et CHR, le directeur est nommé par décret

Pour les autres EPS, il est désigné par le directeur du Centre national de gestion à partir d'une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le directeur général de l'ARS, après avis du président du conseil de surveillance

Suspension du directeur

Le directeur peut se voir retirer son emploi « dans l'intérêt du service » par le directeur du Centre national de gestion après avis d'une commission administrative paritaire

En cas de décision d'administration provisoire prise par l'ARS, le directeur est placé « en recherche d'affectation » auprès du Centre national de gestion

Le directoire

Attributions et compétences du directoire

Approbation du projet médical

Préparation du projet d'établissement

Conseil du directeur (+ concertation) en matière de gestion et de conduite de l'établissement

Composition du directoire

Le directeur est président de droit du directoire

Le président de la Commission médicale d'établissement est le vice-président

Le président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Quatre membres nommés (et révoqués !) par le directeur parmi les personnels de l'établissement

Dans les CHU, le directoire comporte un vice-président doyen et un vice-président chargé de la recherche

Le conseil de surveillance (1)

Une instance de pilotage stratégique de l'établissement de santé qui exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement

Une instance qui peut opérer les vérifications et contrôles qu'elle juge opportuns

Une instance dans laquelle sont représentés les collectivités territoriales, les personnels et les usagers

Le conseil de surveillance (2)

Une composition en trois collèges (équilibrés)

Au plus cinq représentants des collectivités territoriales (désignés au sein des membres du Conseil municipal dans les établissements communaux ou du Conseil général dans les établissements départementaux, dont le Maire ou le Président du Conseil Général)

Au plus cinq représentants du personnel médical et non médical

Au plus cinq personnalités qualifiées (deux personnalités désignées par le directeur général de l'ARS et deux représentants des usagers désignés par le préfet)

Le président est élu par les membres du conseil de surveillance parmi les membres du 1er collège et ceux du 3ème collège

Nul ne peut être membre du conseil de surveillance et du directoire

Le conseil de surveillance (3)

Les personnalités assistant aux séances avec voie consultative

Le directeur général de l'ARS ou son représentant

Le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique lorsqu'elle existe au sein de l'établissement

Le directeur de la caisse d'assurance maladie

Le directeur de l'UFR médicale (ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical) pour les CHU

Un représentant des familles pour les établissements assurant une activité de SLD ou gérant un établissement d'hébergement de personnes âgées

Le vice-président du directoire

Le conseil de surveillance (4)

Une instance qui délibère sur les éléments stratégiques de l'établissement

Le projet d'établissement

Le compte financier et l'affectation des résultats

Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur

Les conventions et contrats impliquant l'établissement

Le conseil de surveillance (5)

Une instance qui donne son avis au directeur

La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques

Les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

Le règlement intérieur de l'établissement

Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux et les contrats de partenariats

Le conseil de surveillance (6)

Une instance qui assure un contrôle permanent de la gestion de l'établissement

Délibération sur le compte financier et l'affectation des résultats

Délibération sur le rapport annuel d'activité présenté par le directeur

Opérations de toutes vérifications et contrôles jugés opportuns

Capacité de désignation d'un commissaire aux comptes pour la certification des comptes

Audition du directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et sur le programme d'investissement

La tutelle s'exerçant sur les EPS

Approbation par l'ARS des délibérations du conseil de surveillance

Approbation de l'EPRD et du plan global de financement pluriannuel

Transmission à l'ARS des décisions du directeur

Contrôle de légalité des délibérations du conseil de surveillance et décisions du directeur (→ délibérations et décisions éventuellement déférées au Tribunal administratif)

Pouvoir de l'ARS de se faire communiquer par les établissements de santé toutes pièces, documents et archives ou de procéder à toute vérification au sein des établissements

Pouvoir du directeur général de l'ARS d'inscrire à l'ordre du jour des conseils de surveillance toute question jugée utile et d'assister aux réunions

Les pouvoirs de l'ARS (1)

Pouvoirs de substitution

Fixation de l'EPRD en cas de non décision de fixation du directeur au 15 mars

Arrêt des comptes et de l'affectation des résultats en l'absence d'une délibération en la matière du conseil de surveillance

Pouvoirs d'ingérence dans l'administration de l'ES

Mise en demeure du conseil de surveillance d'adopter un plan de redressement lorsque l'ARS estime que la situation financière de l'établissement l'exige ou lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier (critères définis par décret)

Mise sous administration provisoire en cas de difficulté financière grave et durable ou en l'absence de mise en œuvre d'un plan de redressement

Les pouvoirs de l'ARS (2)

L'administration provisoire

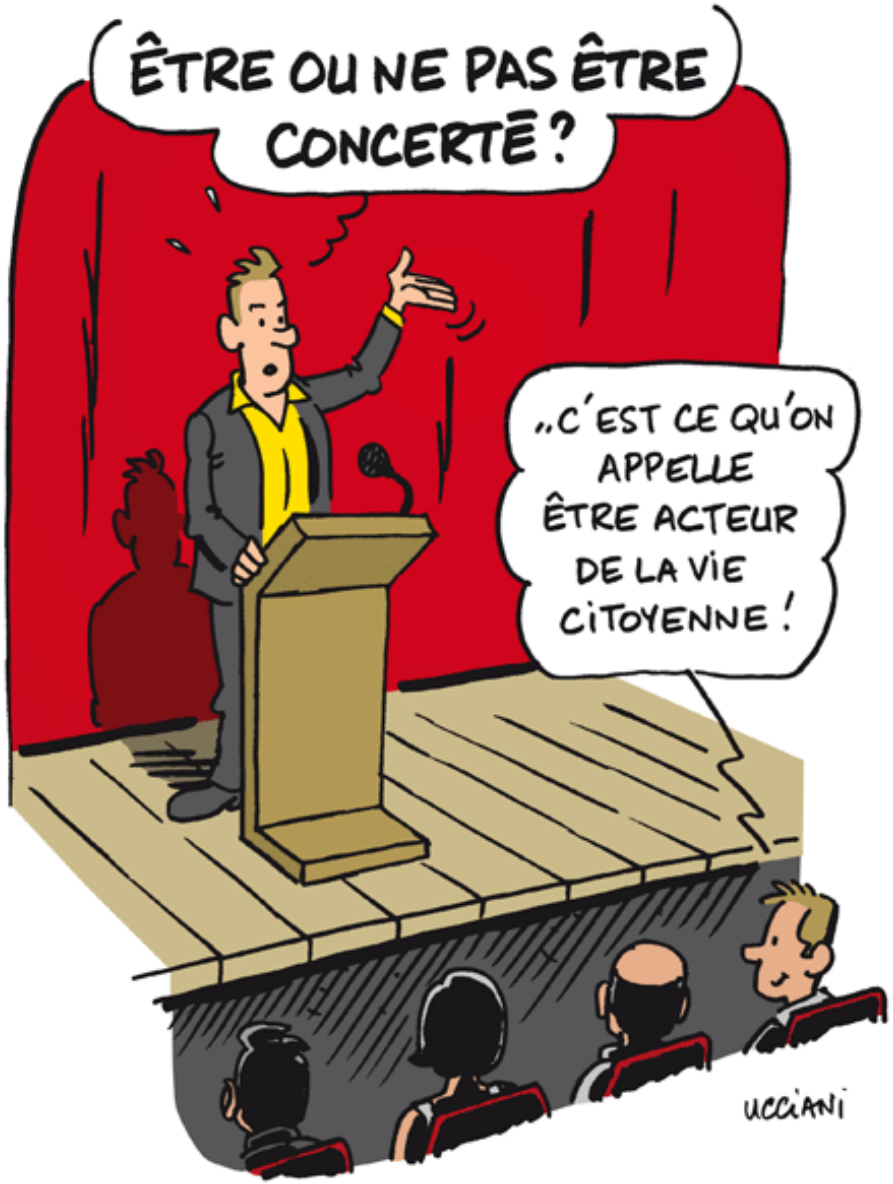
L'ARS peut saisir au préalable la Chambre régionale des comptes pour recueillir son avis sur la situation financière de l'établissement et sur les propositions de plan de redressement

Les attributions du conseil de surveillance et/ou du directeur sont assurées par des administrateurs provisoires désignés par l'ARS

Le directoire peut par ailleurs être suspendu

L'administration provisoire est limitée à 12 mois (voire prolongation de 12 mois)

4- Les instances de concertation



La commission médicale d'établissement (CME)

Composition

Des membres de droit : les chefs de pôle d'activité clinique et médico-technique, les chefs de service, le pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur

Des praticiens membres élus en nombre égal aux membres de droit, représentant les praticiens titulaires

Des praticiens non titulaires (assistants, praticiens attachés, praticiens contractuels)

Des représentant des internes et une sage-femme

Présidence de la CME

Le président de la CME est élu par les membres et parmi les membres de la CME

Il est de droit vice-président du directoire

Attributions générales de la CME

Participation à l'élaboration de 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, avec proposition au directeur d'un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi

Consultation pour avis sur le programme d'investissement en ce qui concerne les équipements médicaux

Consultation pour avis sur la nomination des chefs de pôles d'activités et des praticiens

Compétences consultatives de la CME

Ensemble des matières donnant lieu à délibération du conseil de surveillance

Actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins

Fonctionnement des pôles d'activité (y compris des pôles autres que cliniques et médico-techniques lorsque ce fonctionnement intéresse la qualité des soins ou la santé des malades)

Évaluation des conditions d'exécution des contrats internes

Nominations des responsables des pôles d'activité clinique et médico-technique

Projet médical de l'établissement

Projet des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Plans de formation et de développement continu des praticiens

Plans d'évaluation des pratiques professionnelles

Compétences particulières de la CME

Dispositif de vigilance appliqué aux produits de santé

Lutte contre les infections nosocomiales

Définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles

Organisation de la lutte contre les affections iatrogènes

Prise en charge de la douleur

Le comité technique d'établissement (CTE)

Le comité technique d'établissement (CTE) permet une représentation des différentes catégories de personnels de l'établissement et des organisations syndicales

Le CTE dispose de compétences consultatives

- Ensemble des matières donnant lieu à délibération du conseil de surveillance
- Conditions et organisation du travail dans l'établissement
- Politique générale de formation du personnel et plans de développement continu
- Critères de répartition des différentes primes (prime de service, prime forfaitaire technique et prime de technicité)

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans la cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Politique de formation et de développement continu des personnels paramédicaux

Évaluation des pratiques professionnelles

Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

Projet d'établissement

Organisation interne de l'établissement

5- Organisation en pôles d'activités

Les pôles d'activités (1)

L'article L.6146-1 du Code de la santé publique indique que *« pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne »* mais impose l'obligation d'organiser l'ensemble des activités cliniques, médico-techniques, administratives et logistiques en pôles

Le directeur général de l'ARS peut autoriser l'établissement à ne pas créer de pôles quand l'effectif médical le justifie

L'existence de pôles ne fait pas obstacle au découpage interne par services ou entités cliniques, médico-techniques, administratives et logistiques et de fait les pôles ne se substituent pas aux services

Les pôles d'activités (2)

Les pôles ont vocation à assurer une gestion déconcentrée avec un principe de délégation de gestion

Les pôles structurent l'hôpital pour un pilotage et une gouvernance internes à l'établissement et également pour une responsabilisation des acteurs

Les pôles sont constitués dans une logique pluridisciplinaire pour l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients

Constitution et mise en place des pôles d'activités

Le règlement intérieur de l'établissement doit définir le cadre organisationnel des pôles (découpage de l'établissement en pôles et structuration interne des pôles) et la durée du mandat des chefs de pôles

Les chefs de pôles doivent être nommés

Les contrats internes doivent être conclus et signés

Les délégations de gestion doivent être accordées par le directeur aux chefs de pôle

Les conseils de pôle doivent être mis en place

La structure interne des pôles d'activités

Les pôles peuvent éventuellement comporter des structures internes (services et unités fonctionnelles pré-existants ou autres entités)

L'organisation interne est définie par le directeur après avis du conseil de surveillance et est précisée dans le règlement intérieur de l'établissement

Dans les services et entités internes, les chefs et responsables sont nommés par les chefs de pôle d'activité

Les chefs de pôles d'activités

Les chefs des pôles cliniques et médico-techniques sont nommés par le directeur sur proposition du président de la CME ainsi que du Doyen (ou président du comité de coordination de l'enseignement médical) dans les CHU

La nomination du chef de pôle est réalisée après avis du conseil de pôle et de la CME

Le mandat de chef de pôle est compris entre 3 et 5 ans (durée fixée par le règlement intérieur de l'établissement)

Dans les pôles administratifs et logistiques, les chefs de pôle sont choisis parmi les cadres de l'établissement ou les personnels de direction et nommés par le directeur

Les pouvoirs des chefs de pôles d'activités

Mise en œuvre de la politique générale de l'établissement au sein du pôle et des moyens attribués par le contrat interne

Organisation du fonctionnement technique du pôle

Modalités d'organisation et de fonctionnement du pôle

Élaboration du contrat interne et du projet de pôle avec le conseil de pôle

Conclusion et exécution du contrat interne de pôle

Désignation des responsables des entités constitutives du pôle

Choix des collaborateurs

Les conseils de pôles d'activités

Composition (présidence par le chef de pôle)

- Les praticiens responsables des structures internes composant le pôle
- Le cadre supérieur de santé du pôle et le cadre administratif du pôle
- Les cadres de santé du pôle
- Des membres élus parmi les praticiens personnels du pôle

Attributions

- Participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle
- Permettre l'expression des personnels du pôle
- Favoriser les échanges d'informations notamment en matière de moyens attribués au pôle
- Faire toute proposition sur le fonctionnement du pôle et de ses structures internes

Le contrat interne de pôle d'activités

Le contrat négocié entre le pôle et l'établissement fixe les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens attribués, les indicateurs de suivi des pôles, les modalités d'intéressement des pôles aux résultats de leur gestion ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat

Le contrat est élaboré par le conseil de pôle

Le contrat est signé par le directeur d'une part et chaque chef de pôle d'autre part, après avis du président de la CME pour les pôles d'activité clinique et médico-technique

L'exécution du contrat est évaluée annuellement

Le projet de pôle d'activités

Le projet de pôle est élaboré par le chef de pôle avec le conseil de pôle en cohérence avec le projet d'établissement et le contrat interne de pôle

Le projet de pôle prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins

Le projet de pôle comporte également des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles

Les délégations de gestion

Après signature du contrat interne, le directeur accorde des délégations de gestion

La mise en œuvre de ces délégations s'accompagne de la mise en place de tableaux de bord intégrant les données médico-économiques et des données relatives à la qualité des soins permettant au chef de pôle de disposer de données objectives sur le fonctionnement du pôle et sur l'exécution des objectifs contractuels

Les délégations de gestion peuvent correspondre à des « marges de manœuvre » (*cf*. « enveloppes de pôles »)

Les délégations de gestion peuvent également correspondre à des délégations de compétence (avec délégations de signature) en matière de recrutement du personnel de remplacement, de changement d'affectation d'agents entre les entités internes et de gestion des agents du pôle

6- La contractualisation interne et externe

La contractualisation

Contractualisation = Action consistant en la passation d'un accord (contrat) et en l'exécution des obligations résultant de cet accord

Pour les établissements de santé, la contractualisation est une forme de management ou de gouvernance qui conduit ces établissements à établir des contrats institutionnels avec les tutelles et les partenaires externes (contractualisation externe), et avec les différentes structures et entités constituant ces établissements (contractualisation interne)

La contractualisation induit (ou suppose) la négociation entre les parties contractantes

Notion de contrat

Un contrat est une *« convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose »* (article 1101 du Code civil)

Le contrat est dit bilatéral (ou synallagmatique) lorsque *« les contractants s'obligent réciproquement les uns envers les autres »* (article 1102 du Code civil)

Un contrat est générateur d'obligations

Le contrat est signé et établi entre plusieurs personnes physiques et/ou morales

Le contenu du contrat détermine les obligations respectives des parties (contractants) sous forme de clauses fixant les conditions et dispositions du contrat

Contenu d'un contrat

Identification des parties prenantes signataires (contractants et co-contractants)

Engagements généraux et particuliers

- Obligations financières et/ou budgétaires
- Obligations en termes d'action, d'activité, de moyens et/ou de résultats
- Objectifs quantitatifs ou qualitatifs

Modalités d'exécution du contrat (durée, échéances, incidences financières éventuelles, suivi, renouvellement, résiliation, …)

Sanctions et pénalités en cas d'inexécution (le cas échéant)

Modalités d'exécution d'un contrat

Durée du contrat déterminée par la date d'application (éventuellement différente de la date de signature du contrat) et la date du terme du contrat

Suivi de l'exécution du contrat par le choix prédéterminé d'indicateurs (fiables, pertinents, sensibles et facilement mesurables)

Calendrier d'exécution comportant les échéances particulières de suivi (rapports d'étape et rapport final)

Terme du contrat / Modalités de renouvellement et/ou de résiliation du contrat / Possibilité de prolongation (par avenant) du contrat

Nature des sanctions et pénalités (voire à l'inverse des mesures incitatrices) éventuellement déterminées dans le contrat et modalités de mise en œuvre

Les divers contrats concernant les établissements de santé

Contrats institutionnels avec les tutelles (cf. contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et contrats de bon usage des produits de santé)

Contrats institutionnels avec des partenaires (contrats de coopération, contrats de réseau, conventions de formation, d'enseignement et de recherche, …)

Contrats internes à l'institution (cf. contrats internes des pôles d'activité, contrats inter-pôles, contrats de services,…)

Autres contrats (contrats de travail, contrats d'externalisation et de sous-traitance d'activités, marchés publics)

Qui signe les contrats pour les établissements de santé ?

Lorsque l'un des contractants est une personne morale, le signataire est une personne physique dûment autorisée et habilitée à signer au nom et pour le compte de cette personne morale

Dans le cas d'un établissement de santé, c'est le directeur d'établissement qui est le signataire

Dans le cas d'un contrat interne de pôle d'activité, c'est le chef de pôle qui est habilité à signer ce contrat pour le pôle

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (1)

« Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens déterminent les orientations stratégiques des établissements, groupements de coopération sanitaire et titulaires d'autorisations sur la base du projet régional de santé et du schémas d'organisation des soins. Ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.

Ils précisent leurs engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que leurs autres engagements, notamment de retour à l'équilibre financier. »

(article L.6114-2 du Code de la santé publique)

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (2)

« Ils précisent les engagements pris par l'établissement de santé en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopération.

Les contrats fixent les éléments relatifs aux missions de service public ainsi que ceux relatifs à des missions de soins ou de santé publique spécifiques qui sont assignées à l'établissement de santé par l'ARS

Ils fixent les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre. »

(article L.6114-2 du Code de la santé publique)

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (3)

« Les contrats définissent les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent les engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

Ils intègrent des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, et d'évolution et d'amélioration des pratiques.

Ils fixent des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements de santé.

Les contrats des établissements publics de santé décrivent les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion. Ils comportent un volet social et culturel. »

(article L.6114-3 du Code de la santé publique)

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (4)

La notion de CPOM a été introduite par la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière de façon concomitante à celle de projet d'établissement

Les CPOM participent à la planification hospitalière et au pilotage du système de santé par les ARS (tutelle)

Les CPOM constitue la base de la contractualisation externe entre les établissements de santé et les ARS

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (5)

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont établis entre les établissements de santé et les agences régionales de santé (ARS) pour une durée maximale de 5 années

Ils peuvent faire l'objet d'une révision par avenant

Pour les établissements publics de santé, ils sont conclus après délibération du conseil de surveillance prise après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement

L'établissement de santé adresse à l'ARS un rapport annuel d'étape ainsi qu'un rapport final permettant un suivi de l'exécution des engagements de l'établissement

Les objectifs du contrat sont révisés à l'occasion de son renouvellement

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (6)

Les contrats peuvent être résiliés ou suspendus avant leur terme par l'ARS en cas de manquement grave de l'établissement de santé aux dispositions législatives et réglementaires ou à ses obligations contractuelles

Les contrats et leurs modifications sont portés à la connaissance de l'assurance maladie

Les contrats déterminent les pénalités applicables aux établissements de santé en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues (pénalités proportionnées à la gravité du manquement constaté et ne pouvant excéder 1 % des recettes d'assurance maladie)

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (7)

Éléments « déterminés » par les CPOM

Orientations stratégiques de l'établissement de santé

Les missions et structures de l'établissement en cohérence avec le plan régional de santé et le SROS

Les missions d'intérêt général et les activités de soins dispensés à des populations spécifiques

Les modalités de participation de l'établissement aux programmes de santé publique et de prévention

Les conditions d'accès aux soins et de continuité des soins

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (8)

Les objectifs fixés par les CPOM

Objectifs relatifs à la sécurité des soins et à l'amélioration continue de la qualité (gestion des risques, respect des recommandations et référentiels de bonnes pratiques, évaluations des pratiques professionnelles, évaluation de la satisfaction des patients et des usagers …)

Objectifs de transformation des activités de l'établissement et d'actions de coopération

Objectifs quantifiés relatifs aux activités de soins et aux équipements matériels lourds soumis à autorisation

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (9)

Les engagements de l'établissement de santé

Des engagements « précis et mesurables » de l'établissement de santé en matière d'amélioration du service rendu au patient et de renforcement de l'efficacité de sa gestion par une meilleure utilisation de ses ressources et le développement d'outils de gestion

Des engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours et du plan régional de santé publique

Des engagements de retour à l'équilibre financier (le cas échéant)

Les engagements de l'ARS

Autorisations d'activité de soins et d'équipements matériels lourds

Actions d'accompagnement des établissements de santé

Mesures d'intéressement aux résultats constatés

Les contrats internes des pôles d'activité (1)

« Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :

1° Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;

2° Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;

3° Dépenses à caractère hôtelier ;

4° Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;

5° Dépenses de formation de personnel. »

(article R.6146-8 du Code de la santé publique)

Les contrats internes des pôles d'activité (2)

« Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

1° Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;

2° Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;

3° Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;

4° Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;

5° Affectation des personnels au sein du pôle ;

6° Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;

7° Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques. »

Les contrats internes des pôles d'activité (3)

« Le contrat de pôle précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

Il est conclu pour une période de quatre ans. »

« Le chef de pôle organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel. »

(article R.6146-9-1 du Code de la santé publique)

Les contrats internes des pôles d'activité (4)

Ces contrats internes constituent l'un des deux éléments de structuration des pôles d'activité avec les projets de pôles

Ils constituent le versant interne de la contractualisation applicable aux établissements de santé

La durée des contrats internes doit être cohérente avec celle des projets de pôles (4 années)

Le contrat négocié entre le pôle et l'établissement fixe les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens attribués, les indicateurs de suivi des pôles, les modalités d'intéressement des pôles aux résultats de leur gestion ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat

Les contrats internes conditionnent les délégations de gestion accordées par le directeur aux chefs de pôle

Les contrats internes des pôles d'activité (5)

Le contrat est élaboré par le chef de pôle avec la participation du conseil de pôle et est négocié avec la direction de l'établissement

L'élaboration et la négociation de chaque contrat interne s'effectuent dans le cadre d'une politique de contractualisation qui doit être préalablement définie au sein de l'établissement par le conseil de surveillance

Chaque contrat interne est établi en cohérence avec la politique générale de l'institution et avec les autres contrats internes établis

Le contrat est cosigné par le directeur et le président de la CME d'une part et chaque chef de pôle d'autre part

Chaque chef de pôle d'activité est responsable de la bonne exécution du contrat interne et de l'atteinte des objectifs assignés

Les contrats internes des pôles d'activité (6)

L'exécution du contrat est évaluée annuellement sur la base de critères indiqués dans le contrat et fixés par le conseil de surveillance après avis du conseil de pôle, de la CME et du directoire de l'établissement

Le contrat précise les éventuelles mesures de délégation de gestion accordées par la direction de l'établissement à la signature du contrat voire selon les résultats de la gestion des pôles

- « Marges de manœuvre » et « enveloppes de pôles »
- Délégations de compétence en matière de recrutement du personnel de remplacement, de changement d'affectation d'agents entre les entités internes, de gestion et de formation des agents du pôle

En l'absence d'intéressement pécuniaire des agents, seul l'intéressement des structures est possible

Pour en savoir plus …

Code de la santé publique, version en vigueur
(http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665)

Cahier spécial sur la gouvernance hospitalière, Gestions Hospitalières 2003, n° 430, 708-731
(http://www.gestions-hospitalieres.fr/article.php?ref_article=1875)

Numéro spécial consacré au pilotage hospitalier, Gestions Hospitalières 2006, n° 452, 9-15
(http://www.gestions-hospitalieres.fr/index.php)

Du Rapport Larcher à la Loi HPST, la réforme de la gouvernance ?,
A Madoire et S Péan, Gestions Hospitalières 2010, n° 492, 9-15
(http://www.gestions-hospitalieres.fr/article.php?ref_article=2910)

Organisation: bilan à deux ans de la mise en place de pôles d'activité,
T Saint-Marc et *al.*, Gestions Hospitalières 2010, n° 494, 137-151
(http://www.gestions-hospitalieres.fr/article.php?ref_article=2929)