

# **H**ôpital **P**atients **S**anté **T**erritoires

## **Loi HPST :**

# **V**ers une liberté d'organisation interne des hôpitaux publics

Constituant un train de réformes sans précédent, la loi HPST du 21 juillet 2009 implique des modifications d'organisation dans les secteurs sanitaire, hospitalier et ambulatoire, ainsi que dans le secteur médico-social.

Liant qualité et performance de gestion, elle initie une réforme ambitieuse des établissements publics de santé reposant sur un nouveau statut, une chaîne de décision clarifiée, une liberté d'organisation renouvelée, de nouvelles instances visant à une meilleure responsabilisation et des circuits décisionnels déconcentrés.



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SPORTS

## Un statut unique

Les établissements publics de santé disposent désormais d'un statut unique qui simplifie leur mode de gestion et développe leur capacité d'adaptation. La catégorie

## Un pilotage clarifié

Les pouvoirs et l'autonomie du chef d'établissement sont renforcés. Président du directoire, le directeur se voit confier la pleine responsabilité de la gestion de l'établissement de santé, afin d'être en mesure de prendre des décisions rapidement, de répondre aux attentes des médecins souhaitant faire évoluer leurs pratiques, de passer des conventions et d'adapter les activités de soins aux besoins de la population. A titre d'exemple, le chef d'établissement fixera dorénavant l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) après concertation avec son directoire, ce qui lui confère la maîtrise du budget de la structure qu'il dirige.

Afin d'exercer ses attributions, le directeur sera assisté d'un directoire, inspiré du conseil exécutif. Ce directoire, dont le vice-président de droit est le président de la CME et au sein duquel les professions médicales sont majoritaires, voit ses attributions renforcées. La plus grande partie des décisions essentielles de l'hôpital fera dorénavant l'objet d'une concertation

juridique des hôpitaux locaux est supprimée : ceux-ci deviennent des centres hospitaliers à part entière tout en gardant leurs modalités pratiques de fonctionnement.

à l'initiative du président du directoire. Afin que le pilotage des établissements demeure efficace, la composition du directoire, instance à la fois souple et collégiale, est resserrée.

Parallèlement, un conseil de surveillance remplace le conseil d'administration. Ses attributions sont recentrées sur une double compétence : la définition des orientations stratégiques - notamment celles contenues dans le projet d'établissement - et le contrôle de la gestion et du fonctionnement de l'établissement. Ce conseil délibère notamment sur le compte financier de l'établissement.

La composition du conseil de surveillance est diversifiée, à travers 3 collèges égaux en nombre : élus, personnels, personnalités qualifiées (pour ces dernières, afin de mieux prendre en compte la société civile). Le président du conseil de surveillance peut être élu parmi les membres des collèges des élus et des personnalités qualifiées.

## Une organisation interne fondée sur la notion de responsabilisation

La simplification du cadre juridique en matière d'organisation interne des établissements va de pair avec une logique de résultats et une recherche d'opérationnalité dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins. Ainsi, chaque établissement devra définir un programme d'actions comportant des indicateurs de suivi.

Les enjeux de ces modifications sont une responsabilisation de tous les intervenants, qui repose sur :

- > la liberté, pour les établissements publics, de constituer une ou des sous-commission(s) de la CME spécialisée(s) dans le domaine de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;

- > la mise en œuvre, en pleine responsabilité, des objectifs de qualité et de sécurité définis, en fonction de besoins spécifiques ;
- > le renforcement des missions de la CME avec la définition du programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi, devenant ainsi, en lien avec la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), garante de la cohérence des mesures proposées.

La simplification des procédures et la clarification des responsabilités doivent aller de pair avec une association de l'ensemble des personnels à la démarche de qualité des soins.

## Des circuits décisionnels déconcentrés

Les pôles d'activités cliniques et médico-techniques sont les relais opérationnels de la politique d'établissement conduite par le directeur et le directoire. Ils sont confirmés en tant qu'entités de gestion de taille critique et comme lieux de développement de stratégies médicales coordonnées.

Afin d'être plus opérationnels et plus réactifs, les chefs de pôle bénéficieront, dans le cadre de la contractualisation interne, d'une délégation de gestion de la part du directeur. En effet, il est prévu que

le directeur signe, avec les chefs de pôle, un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens de la structure. La délégation de signature dont bénéficiera le chef de pôle sera ainsi la contrepartie naturelle des objectifs qui lui seront fixés à travers le contrat de pôle.

Par ailleurs, l'« autorité fonctionnelle » du chef de pôle a été conçue pour lui permettre d'adapter l'organisation et les moyens du pôle aux évolutions de l'activité. Cette autorité s'étend à l'ensemble des personnels affectés au pôle, qu'ils soient médicaux ou non

médicaux et quel que soit leur statut. Au-delà de son autorité fonctionnelle, le chef de pôle s'appuiera sur les responsables de structures internes, ainsi que sur des cadres sages-femmes, infirmiers et administratifs, en fonction des activités du pôle.

Il appartiendra à chaque établissement de déterminer l'opportunité de mettre en place des structures internes à l'intérieur des pôles, qui pourront être des services, des unités fonctionnelles ou toute autre forme d'organisation.

## Une nouvelle gouvernance évaluée

Un comité d'évaluation de la mise en œuvre des dispositions de la loi a été créé : il sera chargé de produire une évaluation et un bilan, qui donneront lieu à des recommandations adressées au ministre chargé de la santé.

Cette évaluation sera complétée par un rapport remis au parlement en 2011, 2 ans après la promulgation de la loi HPST.

## Les textes de référence

- > **Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- > **Décret no 2010-361 du 8 avril 2010** relatif au conseil de surveillance des établissements publics de santé
- > **Décret n° 2009-1765 du 30 décembre 2009** relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé
- > **Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009** relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé