

Le 28 janvier 2021

Questionnaire pour l'audition de représentants des conférences hospitalières



Conférence Nationale des Directeurs de Centre Hospitalier

Contexte général et suites du Ségur de la Santé

1. **D'une manière générale, cette PPL traduit-elle des attentes que vous aviez pu exprimer dans le cadre du Ségur de la santé ? D'autres évolutions sont-elles attendues ?**

Comme précisé dans la note adressée en amont de l'audition par la commission des affaires sociales du Sénat (cf. pièce jointe), cette proposition a surpris sur plusieurs aspects et ne répond pas pleinement aux attentes de la CNDCH, même si la PPL permet de traiter certains sujets qui ont émergé lors du Ségur de la Santé.

- **La temporalité de cette proposition interroge** au regard d'une part, de l'échéancier lié à la loi OTSS qui doit se traduire par des ordonnances sur lequel un travail de concertation est engagé depuis de nombreux mois, et d'autre part, de l'échéancier découlant des 4 piliers du Ségur de la Santé. Au-delà de la notion de temporalité, la CNDCH exprime la crainte d'une inflation de textes qui conduirait non pas à la simplification et à la souplesse du système mais à une certaine insécurisation des acteurs. En cette période toujours marquée par l'épidémie qui nécessite une forte implication des équipes, cette instabilité pose problème. La CNDCH rappelle son attachement à ce que **les évolutions nécessaires se fassent dans un esprit de concorde et de sérénité**. La solidarité qui prévaut à la gestion de la crise épidémique doit à tout prix être préservée tant elle est un gage d'incitatives multiples qui favorisent réactivité et efficacité.
- **La cohérence avec le rapport relatif à la gouvernance du Professeur CLARIS**, fruit de nombreux mois de concertation ayant permis d'aboutir à un consensus pleinement soutenu par la CNDCH, n'est pas toujours établie avec la proposition de loi. Au contraire, certaines dispositions sont en-deçà de ce qui avait été proposé, conduisant à une impression de recul voire un sentiment de frustration.

- Certaines dispositions envisagées lors du Ségur de la Santé et reprises initialement par la proposition de loi n'ont pas été retenues, ce que la CNDCH regrette profondément pour l'une d'entre elles. Ainsi, **il est souhaité que la disposition relative aux professions médicales intermédiaires soit ré-introduite, avec une terminologie plus positive (nouveau métier médico-soignant)**, tant elle répond aux constats de terrain et permet d'apporter un premier niveau de réponse particulièrement aux territoires et aux établissements publics de santé confrontés à une pénurie médicale parfois criante sur certaines spécialités et qui mettent en péril certaines filières. Ces nouveaux professionnels ne devront pas être considérés comme des « sous-médecins » ou, à l'inverse, comme des « sur-infirmiers ». Ainsi, la CNDCH souligne la nécessité de revoir en profondeur **l'ingénierie des métiers de la santé et du médico-social**, à l'hôpital et en ville. Le dispositif des infirmiers de pratique avancée peine à trouver sa place et à se développer de telle sorte qu'il réponde complètement aux problèmes identifiés : cela démontre qu'il convient d'adopter une vision davantage systémique des métiers sanitaires et médico-sociaux. Dans le même esprit, même si la CNDCH est favorable au développement des délégations de compétences, elle estime que cela n'est pas suffisant pour répondre aux enjeux de modernisation du système de santé.
- D'autres dispositions mériteraient de faire l'objet d'un développement plus important comme celle relative à **l'éco-responsabilité** qui doit impérativement être envisagée à l'aune du développement durable, dans toutes ses composantes y compris sociales. Elle doit également devenir un des piliers de nouvelle politique d'investissement hospitalier. Si le législateur se saisit de ces enjeux en soulignant l'éco-responsabilité du secteur de la santé, ce que la CNDCH salue avec satisfaction, il gagnerait à le faire de façon plus forte tant la production et la gestion des déchets, les transports, la consommation énergétique, notamment, doivent évoluer en profondeur avec désormais une obligation de résultat.
- De la même façon, le Ségur de la Santé a montré **les liens indispensables qu'il s'agit d'étoffer et de structurer entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social (EHPAD, secteur du handicap et protection de l'enfance)**. En effet, la crise et désormais la campagne nationale de vaccination mettent au jour les conséquences, notamment, de la sous-médicalisation de ces structures. Aussi, le lien entre ces secteurs doit être adapté à cette réalité, malgré la complexité du sujet qui implique de nombreux acteurs. De la même façon, les questions d'accessibilité aux soins des **populations les plus précaires** et qui se révèlent déterminantes en cette phase épidémique ne trouvent pas d'écho direct dans la proposition de loi. La CNDCH estime qu'il s'agit pourtant là d'un enjeu national qui mérite d'être traité dès lors qu'il s'agit d'*« améliorer le système de santé »* comme le titre de la proposition de loi l'énonce.



- Enfin, la proposition de loi gagnerait à porter de façon plus franche les **approches territoriales en identifiant des outils concrets** permettant, notamment, de constituer des **équipes médicales territoriales** afin d'assurer le principe de responsabilité populationnelle.

Exercice en pratique avancée et protocoles de coopération (art. 1^{er} et 1^{er} bis)

2. **Avez-vous des observations sur la mise en place des pratiques avancées et protocoles de coopération à l'hôpital, ainsi que sur les évolutions proposées à l'article 1^{er} bis (dans le prolongement de l'article 97 de la loi ASAP) notamment pour prévoir des protocoles conjoints aux acteurs de la ville, de l'hôpital et du médico-social ? Est-ce une bonne réponse aux obstacles rencontrés dans le déploiement de ces protocoles ?**

La CNDCH est favorable au développement des pratiques avancées : dans un cadre sécurisé, elle permet de favoriser :

- le développement des compétences et la responsabilité des professionnels, tout en donnant de la souplesse aux organisations ;
- l'expertise dans un champ de compétences bien défini, évolution précieuse particulièrement dans les spécialités médicales qui ne peuvent plus répondre à l'ensemble des besoins d'un territoire ; ainsi, le fait de pouvoir notamment consulter et prescrire est tout à fait souhaitable et soulagera de nombreuses équipes médicales ;
- la possibilité de véritables évolutions professionnelles pour les infirmiers, ce qui concourt à l'attractivité de ce métier et à la fidélisation et l'implication de ces professionnels.

Par contre, la CNDCH estime que le dispositif actuel n'est pas suffisamment clair et ne s'inscrit pas dans une perspective large des métiers de la santé. En tout état de cause, le niveau d'expertise des infirmiers de pratique avancée qui repose sur cinq années d'étude après le baccalauréat et des années d'expérience doit être pleinement reconnu afin qu'il connaisse le succès escompté. Il est précisé que ce dispositif peut bénéficier tant en secteur hospitalier qu'en ville : en la matière, des liens entre les deux secteurs pourraient valablement se concevoir, par exemple entre des CPTS et des établissements.

Quant aux protocoles de coopération, il s'agit de mesures qui apportent une réponse moins ambitieuse et plus difficilement perceptible pour la population. Leur mise en œuvre est loin d'être aisée : ils supposent un niveau de compétence garanti et permanent au sein d'une équipe alors même que la plupart des services connaissent un certain turn-over des personnels, ce qui limite, de fait, la possibilité de mettre en œuvre ces protocoles de façon complètement



sécurisée et impose à l'encadrement d'en assurer un contrôle permanent et ardu.

L'article L.4011-4-5 prévoit une déclaration des événements indésirables suite à l'application de ces protocoles, auprès du directeur d'ARS. La CNDCH émet des réserves sur cette procédure de signalement qui serait dérogoratoire au système existant de signalement des événements indésirables. Celui-ci est rodé, en lien avec les ARS et présente l'avantage de permettre une vision exhaustive de ces événements indésirables au sein d'un établissement. Ce nouveau type de déclaration est contraire à l'objectif fixé par la proposition de loi en ce qui concerne la simplification. Il est également contraire à l'esprit du Ségur de la Santé. Enfin, la notion de « responsables des unités » qui déclareraient directement à l'ARS ces événements n'est pas suffisamment claire pour être opérationnelle et ne garantit pas le fait que les directions qualité-gestion des risques et le praticien responsable de la gestion des risques liés aux soins soient associés à l'analyse et au traitement de ces événements.

Article 3 – Recrutement des praticiens hospitaliers

- 3. L'article 3 élève au rang législatif une disposition actuellement de nature réglementaire (article R. 6152-6). Pourquoi ? L'article 3 prévoit par ailleurs plusieurs simplifications du recrutement des PH en supprimant la proposition initiale du DGARS et en écourtant le délai prévu de 15 jours à l'issue de la publication de la vacance de poste. Le droit existant est-il à ce point générateur de longueurs et ces simplifications étaient-elles attendues par la communauté médicale ?**

Si le texte actuel peut induire des longueurs, dans les faits, il est rare qu'une ARS bloque ou freine une demande de création de poste par un établissement dans la mesure où celle-ci repose toujours sur un projet argumenté. Ainsi, l'article 3 qui mérite toutefois de supprimer une étape ne réglera pas en soi le véritable problème qui est celui de la difficulté à recruter dans certains territoires et/ou dans certaines spécialités médicales. Il semble à la CNDCH qu'il ne répond pas, non plus, à une demande particulière des communautés médicales. Par contre, il est nécessaire, étant précisé que cela ne relève pas du domaine législatif, de prévoir une fréquence de publication des postes beaucoup plus importante, voire au fil de l'eau.

- 4. L'article 3 a-t-il vocation à s'appliquer aux PH contractuels, auquel cas n'ouvre-t-il pas un risque au recrutement préférentiel de ces derniers ?**

La CNDCH n'identifie pas de risque particulier, sachant que le statut de PH restera le socle des carrières médicales.

Article 4 – Nouvelles modalités de recrutement des praticiens hospitaliers dans les GHT

5. **Pourriez-vous rappeler les modalités actuelles qui régissent la création de postes de praticien hospitalier ? Dans le cadre défini par l'article 4, le CNG, l'ARS ou le ministère de la santé conserveraient-ils un rôle (à la faveur de dispositions réglementaires à venir) dans le recrutement ?**

Si l'ARS a toute sa place dans la stratégie régionale de l'offre de soin et est garante du caractère d'égalité et d'accessibilité à une offre de soin complète, la CNDCH estime qu'il n'y a pas de plus-value à ce qu'elle intervienne de façon directe dans les ressources humaines des établissements de santé qui jouissent du principe d'autonomie.

Quant au rôle du CNG ou du ministère de la Santé, il paraît incontournable du fait de la nécessaire régulation nationale, ne serait-ce que pour développer une politique ambitieuse de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : la question de la démographie médicale est majeure et relève d'un traitement national, notamment pour garantir l'ouverture de places ouvertes aux concours en nombre suffisant afin qu'elle soit en adéquation avec les besoins de la Nation. A cet égard, un pilotage plus fin de ces questions, particulièrement pour assurer une certaine équité entre les territoires, est attendu.

6. **L'article 4 permet à l'établissement support du GHT de décider de la création d'un poste au sein d'un des établissements parties, sur proposition de ce dernier. Cette disposition, en ce qu'elle laisse le pouvoir de décision à l'établissement support, ne comporte-t-elle pas des risques dans les cas de GHT faiblement intégrés (« fédératifs ») ?**

La CNDCH est favorable à toute mesure qui favorise le règlement territorial des questions relatives aux ressources médicales. Aussi, cet article ne soulève pas de demande de modification surtout qu'il prévoit d'emblée un processus de concertation large.

Intervention de bénévoles en établissements de santé (art. 4 bis et 4 ter)

7. **Des acteurs associatifs s'opposent au principe d'un bénévolat « individuel » en raison notamment d'un risque de dérive sectaire. Quelle est votre position sur ces dispositions ?**

De façon générale, la CNDCH est favorable à toute mesure permettant à la société civile de prendre toute sa place dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. En effet, comme tout lieu de prise en charge des personnes malades et-ou vulnérables et comme tout lieu qui peut souffrir une certaine forme d'éloignement de la vie sociale, les établissements doivent être ouverts et permettre à ceux qui le veulent d'apporter une écoute ou un accompagnement aux usagers.

Si le risque de dérive sectaire n'est en aucune façon à sous-estimer et se pose y compris pour les professionnels de santé eux-mêmes, selon la CNDCH, l'obligation de conventionner avec un bénévole « individuel » doit permettre de poser les mécanismes de contrôle voire de superviser ledit bénévole. De la même façon, le cadre d'activité peut être plus ou moins restrictif, notamment avec la priorisation des interventions sur des temps collectifs.

Par contre, si la CNDCH soutient toute initiative permettant à des bénévoles d'intervenir, cela ne peut en aucun cas aboutir à une confusion ou une substitution aux professionnels de santé. Le rôle et la place du bénévole doivent être très clairs et distincts. De la même façon, aucune information de nature médicale, soignante ou sociale ne peut, de façon directe ou indirecte, être communiquée à ces intervenants extérieurs.

8. Quel est le besoin pour l'intervention de praticiens bénévoles dans les établissements publics de santé ? Quelle est la réalité de ces pratiques ?

Il n'y a pas lieu de prévoir l'intervention bénévole de praticiens.

Si un praticien souhaite intervenir de façon bénévole, il serait tout à fait risqué qu'il intervienne dans la prise en charge médicale : il serait donc indispensable qu'il limite ses interventions à celles que la société civile a vocation à développer dans les établissements de santé, sans aucune confusion possible avec la prise en charge médicale et donc sans aucun accès au dossier médical.

Article 5 – Chef de service

9. La consécration du service de soins et du chef de service répond à l'une des préconisations de la mission Claris. Pour autant, le texte anticipe-t-il bien les éventuels conflits de compétence qui pourraient émerger entre le chef de pôle (dont le rapport Claris qu'il éprouve encore des difficultés en termes de « délégation de gestion ») et le chef de service ?

La CNDH est favorable à une reconnaissance réelle du rôle et de la place du service de soins dans l'organisation de l'hôpital. En cela, elle rejoint pleinement les préconisations de la Mission CLARIS.

Le risque de conflit de compétences entre le chef de pôle et le chef de service ne semble pas insurmontable dans le cadre de ce que la proposition de loi propose. En effet, le principe de délégation de compétence permet d'identifier le périmètre d'intervention du chef de service sans pour autant vider de sa substance la fonction de chef de pôle. Par ailleurs, celui-ci exercera naturellement un suivi de la mise en œuvre de sa délégation.

La charte de gouvernance et de management a vocation à poser les



principes de l'efficiace de ce schéma.

Par contre, à nouveau, la CNDCH exprime des réserves quant au principe de co-décision quand celui-ci n'est pas encadré. Sans possibilité de régulation des différends, celle-ci se marie difficilement avec le principe selon lequel les établissements publics de santé sont représentés par un seul représentant légal qui assume, de ce fait, l'ensemble des décisions précises, tant devant ses autorités hiérarchiques que devant les tribunaux. Par voie de conséquence, des modalités d'arbitrage permettant de sortir d'éventuels blocages doivent obligatoirement être prévues. La possibilité d'arbitrage, qui reste à définir, au colloque directeur/PCME incitera le tandem à trouver, par lui-même, des solutions en cas de désaccord.

Enfin, la concertation avec les personnels en ce qui concerne le choix des chefs de service n'est pas souhaitable et risque de favoriser des groupes d'opinion au sein même des services, ce qui ne facilitera pas la tâche des chefs de service et des cadres de santé. Elle induira des processus de type électif qui n'apporteront guère de plus-value en termes de qualité et sécurité des soins. Par contre, elle mobilisera beaucoup d'énergie voire, génèrera des tensions.

Si la concertation est un sujet de préoccupation légitime, les formations au management sont des vecteurs à privilégier.

Article 5 bis – Définition du projet médical d'établissement

10. **La définition du projet médical d'établissement, telle que posée par l'article 5 bis, est-elle suffisamment attentive :**
- a. **aux éventuelles « remontées de terrain » des services de soins, qui ont été précisément renforcés dans l'article 5 ?**

Selon les principes de simplicité et de confiance promus par le Ségur de la Santé, la CNDCH n'est pas favorable à une écriture encore plus détaillée de cet article sachant que dans la mesure où l'article 5 décrit la place des services, il en résulte que l'ensemble des éléments relevant du projet médical auront été vus à l'aune de nombreux éléments dont les « remontées de terrain ». Enfin, comme le chef de service, le cadre du service cité par le texte a notamment pour mission de porter ces « remontées ».

- b. **à la compatibilité de ce projet avec le PMP des GHT ?**

Le lien avec le PMP aurait pu, il est vrai, être cité car le lien entre projet de service et PMP est obligatoire.

11. **Le projet médical d'établissement définit-il suffisamment précisément les « autres établissements de santé », les « professionnels de santé libéraux » et les « établissements médico-sociaux » ? L'articulation des parcours et des filières de soins ne risque-t-elle pas de pâtir de cette imprécision ? Enfin, pourquoi avoir particulièrement insisté sur les équipes de soins primaires et les CPTS (et pas les maisons de santé ou les centres de santé) ?**

La CNDCH est favorable à toute approche qui associe l'ensemble des acteurs de santé et du secteur médico-social au projet médical. Vouloir les citer de façon exhaustive est difficile tant ils sont nombreux. Pour autant, sur le terrain, les établissements associent déjà de façon forte l'ensemble des acteurs, bien que cela ne soit pas prévu expressément par la loi.

Article 6 – Commission médico-soignante d'établissement

12. **À quel(s) objectif(s) entend répondre cette nouvelle commission ? Répond-elle à une demande particulière des personnels hospitaliers ou administratifs ?**

Si la CNDCH approuve les dispositions permettant aux hospitaliers d'expérimenter de nouveaux modes de fonctionnement, elle est dubitative quant à la pertinence et au succès de cette possibilité. En effet, dans un secteur aussi mouvant que celui de la santé, il est important que les principales communautés hospitalières aient leur espace propre d'information, de dialogue et de co-construction. Cela contribue de façon directe à la richesse des différentes cultures professionnelles.

Si des réunions parfois communes peuvent s'envisager, par exemple autour des thématiques de qualité et de sécurité des soins ce qui est souvent le cas avec les Comités Qualité, fusionner deux instances qui contribuent également à l'examen de dossiers parfois sensibles peut être risqué. Il est également à noter la volonté des soignants de se voir reconnaître leur propre légitimité ; il est à craindre que la fusion des deux instances ne contribue pas à cet objectif.

Enfin, dans cette logique, cette nouvelle instance devrait reposer non pas sur une présidence et une vice-présidence mais bien une co-présidence.

13. **Ne faudrait-il pas prévoir, dans le cas où cette commission serait instaurée, que son président et son vice-président soient membres de droit du directoire (en modifiant l'article L. 6143-7-5), en réponse à « l'importance de la participation du directeur des soins au directoire au titre de président de la CSIMT » (rapport Claris) ?**

D'ores et déjà, le Président de la CME et le président de la CSIRMT sont déjà membres de droit du Directoire.

Par contre, si cette interrogation laisse entendre que le président de la CSIRMT pourrait être élu, la CNDCH alerte sur le fait que, très souvent, les élections des membres de la CSIRMT sont investies par les organisations syndicales. Si le principe électif devait être introduit pour désigner le président de la CSIRMT, cela conduira à ce que cette présidence soit tenue par un représentant des personnels. Or, si le Président de la CSIRMT est membre de droit du Directoire, la CNDCH rappelle que cette instance, grâce à la confiance tissée entre ses membres et le principe de confidentialité qui s’y attache, permet de débattre en toute transparence de dossiers complexes et qui comportent parfois des aspects personnels non négligeables. A moins que la demande portée par certains collectifs d’introduire des représentants des personnels dans le Directoire soit de mise.

Ce sujet pose de façon plus large la question des multiples instances des établissements et des GHT. Ceci peut générer parfois des orientations contraires, de la confusion et de la lourdeur. Une des solutions à ce problème de superposition consiste effectivement à ce que les présidents intègrent des instances stratégiques, au risque toutefois que ceux-ci aient le sentiment de participer à des réunions aux sujets semblables.

Article 7 – Intérim de la direction d’un établissement partie à un GHT

14. Pour quelles raisons cet article a-t-il été supprimé par l’Assemblée nationale ? Ne pourrait-on pas le rétablir, en prévoyant à son troisième alinéa que les avis rendus par le comité territorial des élus et par le conseil de surveillance l’établissement partie soient conformes ?

Si la CNDCH est hautement favorable au développement des démarches territoriales et donc de la place des GHT, elle est défavorable à tout caractère d’automatisme des Directions communes et ce, pour plusieurs raisons :

- toute marche vécue comme forcée a des répercussions dans le temps sur le positionnement des acteurs directement concernés : il ne faut pas sous-estimer la longévité de ces répercussions ;
- le développement des directions communes est réel car il a reposé sur une association forte de l’ensemble des acteurs concernés : professionnels des établissements, élus, représentants de usagers. Cette association de toutes les forces vives d’un territoire est conforme aux orientations du Ségur de la Santé qui soulignent l’importance de l’implication de tous, notamment des élus.
- La CNDCH, comme d’autres (cf. Cour des Comptes) estime désormais indispensable, avant toute autre évolution, de revoir le périmètre de certains GHT : certains ont une taille qui manque parfois de sens et limite la possibilité de tous les établissements-partie de s’y impliquer ou de trouver leur place.



Service d'accès aux soins (art. 7 bis)

15. **Quel regard portez-vous sur les dispositions de l'article 7 bis inséré par l'Assemblée nationale pour créer le service d'accès aux soins prévu dans le Pacte de refondation des urgences pour améliorer la prise en charge des soins urgents et non programmés ? Comment se mettent en place les expérimentations sur les sites pilotes retenus pour préfigurer ce SAS ?**

La CNDCH se réjouit de cet ajout et du rôle souligné du SAMU.

Article 8 – Simplification et liberté d'organisation interne

16. **Selon vous, dans quelles proportions le droit d'option ouvert par cet article sera-t-il saisi ?**

La CNDCH doute du succès de cette disposition.

Article 9 – Composition du directoire des EPS

17. **Comment accueillez-vous cette disposition particulière ?**

D'une façon générale, la CNDCH estime que les Directoires, dans leur très grande majorité, parviennent à être des instances qui mènent des débats à la fois riches et souvent complexes. Ils y parviennent grâce à une composition resserrée où la confiance entre les membres est capitale. Le principe d'une ouverture porte en soi le risque que les débats les plus sensibles, peu à peu, se tiennent en dehors de tout cadre institutionnel, ce qui constituerait un vrai recul.

La CNDCH souhaite que l'introduction d'un « personnel non médical » par le Président de la CSIRMT soit précisée puisqu'en soi, dans l'état actuel du texte, il pourrait proposer, par exemple, un membre administratif ou logistique. Le profil « personnel soignant » ne correspond-elle pas davantage à la volonté poursuivie ? Si tel est le cas, cela permettrait de mettre en avant les réalités soignantes, même si les Directeurs-coordonnateurs des soins le font déjà de façon efficace.

Quant à l'introduction possible de personnes qualifiées, celle-ci pourrait être utile, dans le cadre d'avis à titre consultatif, en fonction de l'ordre du jour des séances.

La CNDCH réitère son opposition à ce que les étudiants, qui, par nature, ne font que de brefs passages dans les établissements, puissent être membres de cette instance hautement stratégique et ce, en qualité de personnalités qualifiées.



Quant aux représentants des usagers, si la CNDCH estime que leur place doit être renforcée, cela doit se faire via le renforcement des prérogatives des CDU et de la reconnaissance, via des indemnités spécifiques, de leur contribution au respect des droits des usagers et à leur implication dans les démarches qualité.

Article 9 bis – Conflit d'intérêt du directeur d'établissement

18. **Pourquoi avoir limité le dispositif de l'article 9 bis au seul cas où le directeur s'estimerait lui-même en situation de conflit d'intérêts ? Pourrait-on imaginer une possibilité ouverte au conseil de surveillance de saisir l'ARS d'une situation soupçonnée de conflit d'intérêts ?**

Ce dispositif présente l'intérêt d'apporter une piste de solution, certes imparfaite mais qui mérite d'être posée et répondra pour partie à certaines situations spécifiques pour lesquelles une sorte de vide juridique et de non-dit existe.

Article 10 – Lutte contre l'abus lié à l'intérim médical

19. **Dans quel contexte cette disposition intervient-elle ? Pourriez-vous rappeler les « plafonds réglementaires » de recours au travail intérimaire selon la nature du travail facturé ? / 20. L'article 10 semble substituer le rôle du comptable public à celui du contrôleur budgétaire en ce qu'il :**
- a. investit le comptable public d'un « contrôle d'opportunité » de la dépense d'intérim médical, alors que cette mission relèverait davantage du contrôle budgétaire exercé par les services de l'ARS sur le directeur d'établissement ;**
 - b. prévoit une information du DGARS par le comptable public, alors que ce dernier est un fonctionnaire du ministère du Budget ;**
 - c. prévoit la possibilité ouverte au comptable public de déférer l'acte irrégulier au tribunal administratif, alors qu'il s'agit – là encore – d'une compétence des services de l'ARS. Confirmez-vous cette lecture ? Est-ce une façon de faire peser sur le ministère du Budget un contrôle qui normalement doit relever du ministère de la Santé ?**

Comme indiqué en séance, si la lutte contre l'intérim médical est une préoccupation majeure des centres hospitaliers, la rédaction de cet article génère des risques dont il ne faut pas sous-estimer la portée, notamment en terme de continuité de certaines activités. C'est pourquoi la CNDCH a formulé une proposition d'amendement (cf. pièce jointe à la présente note). Elle souligne l'importance de l'évolution souhaitée tant les enjeux sont cruciaux.



21 Le troisième alinéa de cet article n'est-il pas redondant avec le droit commun, qui prévoit déjà cette procédure pour tout acte irrégulier ?

La CNDCH partage cet avis.

Article 11 – Création d'un projet managérial à l'hôpital

20. Qu'attendez-vous de cette disposition ?

Si sur le principe, personne ne peut être défavorable à l'édiction de règles qui favorisent les bonnes pratiques managériales, son intérêt reste sans doute modeste et risque de mobiliser durant des mois les personnels pour en rédiger le contenu.

De plus, le projet social devrait aussi pouvoir aborder ces questions qui croisent celle de l'implication des équipes.