

Situations individuelles complexes des praticiens hospitaliers



| FÉVRIER 2023 |

cng

des compétences,
des communautés,
des carrières.

AVANT-PROPOS

Le CNG est destinataire de signalements de situations individuelles complexes qui va en s'accroissant depuis quelques années, traduisant les profonds changements à l'œuvre au sein du monde hospitalier. Il est donc apparu nécessaire de s'adapter au nombre et à la complexité des dossiers reçus en engageant des travaux afin, d'une part, de fluidifier les procédures statutaires et, d'autre part, d'aider et d'accompagner les acteurs (établissements, ARS, praticiens) dans le repérage des éléments clés de ces procédures complexes.

Ce guide est le fruit de travaux menés par le CNG avec l'IGAS, la DGOS, les présidents des conseils de discipline, les organisations syndicales de praticiens membres des commissions statutaires nationales, ainsi que les conférences de directeurs et de présidents de CME, sur la problématique des situations humaines et administratives complexes que peuvent rencontrer les acteurs. Ce guide résulte également de la pratique et des dossiers que le CNG a pu avoir à connaître et à traiter.

L'objectif essentiel de ce guide opérationnel est de distinguer la procédure disciplinaire de celles de l'insuffisance professionnelle, de la maladie et des dispositifs d'accompagnement pour mieux organiser, traiter et orienter les dossiers. A l'appui, des études de cas permettent d'illustrer ces situations, qui sont souvent imbriquées, pour mieux accompagner établissements et professionnels dans l'orientation administrative des situations, la constitution des dossiers, depuis la réalisation des enquêtes administratives préalables jusqu'à la réunion des instances compétentes.

Au-delà des procédures statutaires liées à la discipline ou à l'insuffisance professionnelle, les situations individuelles complexes peuvent relever d'autres dispositifs qui sont également développés dans ce document. Ainsi, ce guide traite également du comité médical, de la recherche d'affectation, des dispositifs de conciliation et de médiation, de la procédure ordinale ou de la protection fonctionnelle ; ces dispositifs pouvant relever d'autres acteurs et institutions que le CNG.

Des cas pratiques sont proposés en fin de guide et permettent de disposer des clés d'appréciation d'une situation et de développer des réflexes et une méthodologie face à des situations complexes.

AVANT-PROPOS



À noter :

Le présent guide s'attache à exposer les procédures et les dispositifs dont relèvent les praticiens hospitaliers. En effet, les personnels hospitalo-universitaires et les personnels médicaux contractuels relèvent, pour partie, d'autres dispositions.

Aussi, pour les personnels hospitalo-universitaires, il y a lieu de se référer aux :

- article L952-22 du Code de l'éducation
- article 18 du décret n°2021-1645 relatif au personnel enseignant et hospitalier des CHU
- dispositions relatives à la juridiction disciplinaire compétente à l'égard des personnels enseignants et hospitaliers des CHU et des personnels enseignants de médecine générale ([Juridiction disciplinaire compétente à l'égard des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires | enseignementsup-recherche.gouv.fr](#))
- guide d'aide à la constitution des dossiers disciplinaires des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires à destination des universités et des CHU élaboré par le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation et le ministère des solidarités et de la santé- Janvier 2022 ([Guide d'aide à la constitution des dossiers disciplinaires des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)).

Et, pour les praticiens contractuels :

- se référer aux articles R6152-370 et R6152-371 du Code de la santé publique.

AVANT-PROPOS	03
I. Conciliation et médiation	06
a. Une première étape de conciliation locale	06
b. Le dispositif de médiation	06
II. Comité médical	08
III. Signalement au procureur de la République au titre de l'article 40 du code de procédure pénale	10
IV. Suspension d'un praticien hospitalier	10
a. Suspension prononcée par le directeur d'établissement	10
b. Suspension prononcée par le directeur général de l'ARS	12
c. Suspension prononcée par le directeur général du CNG	13
V. Procédure d'insuffisance professionnelle	14
a. L'engagement de la procédure	14
b. La réunion de la commission d'insuffisance professionnelle et les suites	15
VI. Procédure disciplinaire des praticiens hospitaliers	15
a. Comment définir une faute disciplinaire	15
b. Dossier disciplinaire - Comment est-il constitué ?	16
c. La gestion des dossiers disciplinaires des praticiens hospitaliers par le CNG	16
d. Le déroulé d'une procédure lorsqu'elle est engagée	17
1. Les sanctions dites de 1 ^{er} niveau	17
2. Les modalités pratiques du conseil de discipline	18
VII. Recherche d'affectation des praticiens hospitaliers	19
a. Placement à la demande du praticien	19
b. Placement à la demande de l'administration	19
c. Droits et obligations des praticiens	20
d. Rémunération	20
e. Sortie du dispositif	21

VIII. Surnombre - Article R. 6152-50-6 du Code de la santé publique	21
IX. Disponibilité d'office	21
X. Détachement d'office	21
a. Les faits pouvant mener à la procédure de détachement d'office	22
b. Le déroulement de la procédure de détachement d'office	22
c. La durée et la fin du détachement d'office	22
XI. Procédure ordinale	23
XII. Protection fonctionnelle	23
a. L'agent public poursuivi en justice	24
1. Engagement de la responsabilité civile	24
2. Poursuites pénales	25
b. L'agent public victime d'attaques	25
c. Protection fonctionnelle et procédure disciplinaire	26
d. Motivations de refus de la protection fonctionnelle	27
e. La décision d'octroi	27
XIII. Statut de lanceur d'alerte	28
Annexes	29
Études de cas et extraits de décisions	30
Références	40



I. Conciliation et médiation

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/RH3/2022/87 du 29 mars 2022 relative à la mise en place de dispositifs de conciliation locale dans les établissements de la fonction publique hospitalière.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/le-dispositif-national-de-mediation>

La médiation s'adresse aux personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, y compris les étudiants en santé, pour tous différends, qu'ils soient médicaux ou non médicaux, entre professionnels, opposant soit un agent à sa hiérarchie, soit des personnels entre eux, dans le cadre de leurs relations professionnelles et, dès lors qu'ils sont employés par le même établissement, au sein d'une direction commune ou d'un même groupement hospitalier de territoire et que ce différend porte une atteinte grave au fonctionnement normal du service.

Sont exclus du champ de la médiation les conflits sociaux, les différends relevant des instances représentatives du personnel ou faisant l'objet d'une saisine du Défenseur des droits ou d'une procédure disciplinaire ainsi que les différends relatifs à des décisions prises après avis d'un conseil médical.

a. Une première étape de conciliation locale

L'établissement met en place un dispositif de conciliation locale. Elle vise à parvenir à un accord amiable entre deux parties en conflit, dont la nature ne nécessite pas un engagement de procédure judiciaire. Un tiers conciliateur, qui peut être interne ou externe à l'établissement, proposera des solutions aux personnes en litige afin de trouver un arrangement ou un compromis.

Bien entendu, il est essentiel de formaliser la démarche pour garantir une prise en charge rapide et assurer la traçabilité, l'évaluation et le suivi des situations signalées.

Si l'action de conciliation locale est infructueuse, le recours à la médiation régionale/inter-régionale peut être envisagé.

b. Le dispositif de médiation

La médiation régionale ou inter-régionale

La médiation peut être initiée par les parties en conflit pour tenter par elles-mêmes, volontairement, de parvenir à un accord amiable, en dehors de toute procédure juridictionnelle et, dans l'optique de trouver une issue amiable et satisfaisante pour chacun à leur différend.

La médiation peut également être sollicitée par la gouvernance des établissements, l'ARS, le CNG ou le préfet de département.

L'articulation avec la médiation régionale/interrégionale est essentielle, notamment dans les situations suivantes :

- un conflit qui se prolonge au-delà de 6 mois,
- une conciliation qui se poursuit au-delà de 6 mois,
- une conciliation qui n'apporte pas satisfaction à l'une et/ou à l'autre des parties, avec la possibilité qui lui/leur est ouverte réglementairement de saisir la médiation régionale/interrégionale.

En outre, le médiateur peut en tant que de besoin également faire appel au conseil national des universités afin de convenir d'une intervention conjointe.

À l'issue de cette médiation, des préconisations sont formulées et un contrat de médiation est élaboré dans un délai de trois mois à compter du recueil écrit de l'accord des parties concernées.

Le médiateur régional peut être saisi après une tentative non aboutie de résolution du conflit par les ressources locales.

L'article 6 du Décret n°2019-897 prévoit les voies de saisine de la médiation régionale :

« Le médiateur régional ou interrégional est saisi par voie électronique. Il peut être saisi soit par l'une des parties concernées, soit par le directeur de l'établissement d'affectation lorsque le différend concerne un personnel non médical, soit par le président de la commission médicale d'établissement conjointement avec le directeur de l'établissement d'affectation pour les seuls personnels médicaux, ainsi que le doyen de l'unité de formation et de recherche concerné pour les personnels hospitalo-universitaires et les étudiants de son ressort, soit par le directeur général de l'agence régionale de santé où se situe l'établissement public de santé ou médico-social concerné par le différend, soit par le directeur général du Centre national de gestion s'agissant des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, soit par le préfet de département où se situe l'établissement social concerné par le différend.

Le médiateur régional ou interrégional accuse réception de cette saisine dans un délai de huit jours. Il en informe le directeur de l'établissement d'affectation, ainsi que le président de la commission médicale d'établissement lorsque le différend concerne au moins un personnel médical, et le doyen de l'unité de formation et de recherche concernée lorsqu'il concerne au moins un personnel hospitalo-universitaire ou un étudiant de son ressort. Il instruit la demande et organise son examen par l'instance régionale ou interrégionale de médiation avant de décider d'engager la médiation. Deux membres de l'instance, désignés par le médiateur, sont chargés de rencontrer les parties concernées et de réunir toutes informations utiles à la médiation notamment les conclusions de la conciliation locale. Si le différend remplit les critères prévus à l'article 2 du présent décret, le médiateur recueille l'accord écrit des parties concernées pour engager la médiation et accéder aux dossiers individuels des intéressés.

Préalablement à l'accord mentionné au précédent alinéa, un ou les deux membres de l'instance ayant été désignés peuvent être récusés par une partie au différend. Le médiateur régional ou interrégional désigne alors un ou deux autres membres de l'instance. Cette faculté est ouverte une fois.

Lorsqu'aucune solution n'a pu être trouvée dans un délai de trois mois à compter du recueil de l'accord écrit des parties concernées, le médiateur régional ou interrégional peut saisir le médiateur national. Le cas échéant, le médiateur régional ou interrégional en informe les parties ».

Si la médiation régionale ou inter-régionale échoue elle aussi, le médiateur régional, le directeur général du CNG ou le Ministre chargé de la Santé peuvent saisir la médiation nationale.

Cette dernière assure la coordination et l'animation du réseau des médiateurs, l'accompagnement et le soutien et si nécessaire le renfort des médiations régionales.

Lorsque le médiateur national est saisi par écrit ou par voie électronique, la demande est d'abord instruite par l'instance de médiation. Deux membres de l'instance nationale désignés par le médiateur national sont chargés de rencontrer les parties concernées et de réunir les informations utiles. Si le différend remplit les critères d'une médiation, son démarrage nécessite l'accord écrit des parties concernées.

À l'issue de cette médiation, des préconisations sont formulées et un contrat de médiation est élaboré dans un délai de trois mois à compter du recueil écrit de l'accord des parties concernées.

La commission régionale paritaire

La commission régionale paritaire peut se voir confier, à la demande du Centre national de gestion ou du directeur général de l'Agence régionale de santé, une action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits. En effet, l'article R. 6152-326 du Code de la santé publique prévoit que : « [...] La commission peut se voir confier, à la demande du Centre national de gestion ou du directeur général de l'agence régionale de santé, une action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits [...] ».



II. Comité médical - article R. 6152-36 du Code de la santé publique

Le comité médical est une instance consultative qui est chargée de donner un avis sur :

- l'aptitude physique et mentale des praticiens hospitaliers à exercer leurs fonctions,
- toute question d'ordre médical intéressant les praticiens hospitaliers (PH) pour l'application des dispositions de leur statut.

Le comité médical est saisi :

- soit par le directeur de l'établissement de santé après avis du président de CME,
- soit par le directeur général de l'ARS,
- soit par le directeur général du CNG.

Un comité médical est placé auprès de chaque préfet. Le comité comprend trois membres désignés, lors de l'examen de chaque dossier, par arrêté du préfet sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, parmi des membres du personnel enseignant et hospitalier titulaires et les praticiens hospitaliers.

La convocation au comité médical adressée au praticien rappelle que :

- le praticien est tenu de s'y présenter, et, si la demande lui en est faite, de communiquer ses pièces médicales au comité,
- le praticien peut demander que soient entendus un ou plusieurs médecins de son choix qui ont accès au dossier constitué par le comité médical.

Il ressort de l'article R. 6152-36 du code de la santé publique qu'un PH doit déférer aux convocations du comité médical. En cas de force majeure ou pour raison médicale ne permettant pas au praticien de se déplacer, le comité médical peut statuer à partir du dossier de l'intéressé.

Le dossier comporte les éléments nécessaires à apprécier l'aptitude physique et mentale du PH à exercer ses fonctions au regard de la nature et la gravité de la pathologie afin que le comité médical rende un avis consultatif et que l'administration prenne une décision en connaissance de cause.

Si le PH refuse de se soumettre à cet examen, ou de déférer aux convocations devant le comité médical sans motifs légitimes, le comité médical doit cependant se réunir (arrêt de la cour administrative de Marseille n° 99MA00684 du 20 mars 2011). Il se prononcera alors sur la base du dossier médical de l'intéressé (arrêts du Conseil d'État n° 90165 du 9 avril 1975 et n° 92117 du 20 février 2008). Ainsi, le Conseil d'État dans un arrêt du 15 juillet 2008, n° 290965 a considéré qu'un praticien hospitalier peut être placé en congé de longue durée contre son gré nonobstant son refus de se présenter devant un comité médical. La Haute juridiction administrative a estimé que le tribunal administratif ayant rejeté les conclusions du praticien hospitalier tendant à l'annulation de l'arrêté du préfet prolongeant son congé de longue durée n'a pas commis d'erreur de droit en se fondant sur le refus du professionnel de santé de se prêter à l'examen de son cas, qui a été constaté par le procès-verbal de carence établi par le comité médical et qui n'était pas justifié par un motif légitime, pour juger que le préfet avait pu, compte tenu des éléments dont il disposait, légalement prolonger le congé de longue durée sans nouvel avis du comité médical. La Cour administrative d'appel de Nantes, 3^{ème} chambre, 08/02/2019, 17NT01362 rappelle néanmoins «...Si le préfet peut légalement prolonger le congé de longue durée d'un praticien hospitalier en l'absence de nouvel avis du comité médical lorsque celui-ci a été dans l'impossibilité de se prononcer du fait du refus du praticien de se présenter devant lui sans motif légitime, ce n'est qu'à la condition que les éléments dont il dispose lorsqu'il prend sa décision lui permettent de constater l'inaptitude de l'intéressé à remplir ses fonctions...».

- aucune disposition législative ou réglementaire n'impose à l'administration de faire précéder l'avis émis par le comité médical désigné en vertu de l'article R. 6152-36 du code de la santé publique d'un rapport du médecin du travail ou d'un médecin agréé spécialiste;
- aucune disposition législative ou réglementaire n'impose à l'administration, avant la convocation qui est adressée au PH de se présenter devant le comité médical désigné en vertu de l'article R. 6152-36 du code de la santé publique, de l'informer de la procédure dont il est l'objet ou de lui permettre de prendre connaissance de son dossier administratif (CAA de Douai, 2^e chambre, 04/02/2020, 18DAO1846).

Le comité médical est consulté sur les congés de maladie (congé maladie ordinaire, congé longue maladie, congé longue durée) et le temps partiel thérapeutique. Le comité médical peut prévoir des recommandations relatives à l'aménagement du poste d'un praticien dans l'avis qu'il rend. L'administration prend l'attache du médecin de prévention afin d'échanger sur les modalités et les possibilités de mise en œuvre. Elle peut demander également au comité médical des précisions.

Le comité médical ne rend qu'un avis. Seule la décision de l'administration prise à la suite de cet avis est susceptible de recours.



III. Signalement au procureur de la République au titre de l'article 40 du code de procédure pénale

L'article 40 du Code de procédure pénale dispose que « *Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs.* »

Ainsi, tout fait susceptible de constituer un crime ou un délit doit faire l'objet d'un signalement au procureur de la République. Les faits peuvent être signalés sans délai par tout agent public, titulaire ou non¹.

L'obligation de signalement est limitée aux faits connus. Il reviendra au procureur de la République de donner une qualification pénale à ces faits et d'engager, le cas échéant, des poursuites judiciaires.

L'agent public doit transmettre au procureur de la République les éléments de preuve tangibles et objectifs des infractions criminelles et/ou délictuelles dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions, ainsi que « tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ».

Aucune forme particulière n'est exigée pour le signalement au parquet. Toutefois, en pratique, il fait l'objet d'un courrier adressé au procureur de la République. Si une telle situation se présente, l'établissement est invité à communiquer au CNG dans les meilleurs délais le signalement adressé au procureur de la République.



IV. Suspension d'un praticien hospitalier

a. La suspension prononcée par le directeur d'établissement²

Cette mesure relève de la responsabilité propre du directeur de l'établissement, et elle est prise dans le cadre de ses pouvoirs de police. Elle peut être par la suite relayée par une procédure statutaire (procédures disciplinaire ou d'insuffisance professionnelle). Le Centre national de gestion n'est pas lié par la décision de suspension du directeur, notamment s'il estime que les faits reprochés localement au praticien ne justifient pas l'engagement d'une telle procédure.

En revanche, le CNG n'a pas le pouvoir de contraindre un établissement à lever une suspension. Cette prérogative relève du juge administratif, dès lors que ce dernier est saisi.

« Le directeur représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile. [...] Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement, et en tient le conseil d'administration informé. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art. [...] » (CE, 7 février 1936 - JAMART).

Les conditions à réunir :

- l'urgence de la situation
- l'intérêt du service

¹ Les contraventions sont exclues du champ de l'article 40 du Code de procédure pénale.

² Article L. 6143-7 du Code de la santé publique

Jurisprudences relatives à la condition liée à l'intérêt du service :

« [...] que son maintien à ce poste, dans ces circonstances, aurait été susceptible de compromettre gravement la sécurité des soins apportés aux malades et la continuité du service ; que, dès lors, cette situation justifiait qu'une mesure conservatoire de suspension des activités cliniques et thérapeutiques de ce praticien hospitalier fût prise en urgence par le directeur du centre hospitalier. » (CE, 30 mars 2011 n° 318184).

« Considérant [...] que le service de chirurgie viscérale et digestive du centre hospitalier de V. connaissait, à la date de la décision attaquée, de graves dysfonctionnements en raison du niveau insuffisant de l'équipe de chirurgie et de son encadrement ainsi que de la perte de confiance des médecins correspondants entraînant une réduction importante de l'activité du service ; que les taux de mortalité, de complications opératoires et de ré interventions constatés dans ce service, notamment pour les patients opérés par le docteur X, étaient supérieurs aux chiffres habituels ; que cette situation, qui compromettait de manière grave et imminente la continuité du service et faisait courir des risques à la santé des patients, [...] que dans ces circonstances exceptionnelles et eu égard à l'urgence, le directeur du centre hospitalier de V. a pu légalement, pour assurer la continuité du service et prévenir de graves incidents, et dès lors qu'il en a référé immédiatement aux autorités compétentes pour prononcer la nomination du praticien concerné, décider de suspendre M. X de ses activités cliniques et thérapeutiques et de ses fonctions de chef de service au sein du centre hospitalier de V. » (CAA Douai 22 juin 2006 n° 04DA 00212).

« Considérant [...] que la mesure de suspension attaquée est fondée sur deux courriers, [...] dont il résulte que M. A souffre de pertes d'équilibre qui peuvent être préjudiciables à la sécurité des patients; que ces motifs sont de nature à justifier la suspension à titre provisoire et conservatoire des activités cliniques et thérapeutiques de M. A dans l'intérêt du service. » (CE 8 novembre 2010 n° 337124).

« S'il appartient, en cas d'urgence, au directeur général de l'agence régionale de santé compétent de suspendre, sur le fondement de l'article L. 4113-14 du code de la santé publique, le droit d'exercer d'un médecin qui exposerait ses patients à un danger grave, le directeur d'un centre hospitalier, qui, aux termes de l'article L. 6143-7 du même code, exerce son autorité sur l'ensemble du personnel de son établissement, peut toutefois, dans des circonstances exceptionnelles où sont mises en péril la continuité du service et la sécurité des patients, décider lui aussi de suspendre les activités cliniques et thérapeutiques d'un praticien hospitalier au sein du centre, à condition d'en référer immédiatement aux autorités compétentes pour prononcer la nomination du praticien concerné. » (CE 5 février 2020, n° 422922).

« Considérant que [...] il ne ressort pas des pièces du dossier que le comportement de M. X, s'il a conduit à des difficultés relationnelles avec son chef de service, ait eu pour conséquence de paralyser le fonctionnement du service de chirurgie générale et digestive et de porter atteinte à la sécurité des malades et ait pu ainsi justifier, en raison de l'urgence, la suspension de ce praticien de la permanence médicale » (CAA Nancy 1^{er} février 2007 n° 05NCO1161).

À NOTER : des difficultés relationnelles, si elles n'emportent pas de conséquences graves sur la prise en charge des patients, ne peuvent à elles seules justifier une décision de suspension.

Les conditions de forme :

La décision de suspension est écrite. Elle est motivée et comporte les voies et délais de recours (recours gracieux auprès du directeur de l'établissement, recours contentieux auprès du tribunal administratif). Elle est de préférence remise en mains propres au praticien contre signature d'un récépissé.

La durée de la suspension :

Il s'agit d'une mesure conservatoire. Aucune limitation de durée n'est prévue par la réglementation ni par la jurisprudence³.

Cependant, une mesure de suspension doit être justifiée par des motifs graves. Il doit être démontré que la réintégration du praticien dans l'établissement menacerait sérieusement le bon fonctionnement du service et la qualité et la sécurité de la prise en charge.

Une telle suspension ne peut intervenir que dans des circonstances exceptionnelles où sont mises en péril la continuité du service et la sécurité des patients. A défaut, elle court le risque d'être censurée par le juge administratif (CE 1^{er} mars 2006, n°279822 ou CE, 5 février 2020, n°422922).

Cette mesure ne constitue aucunement une sanction disciplinaire, et à cet égard aucune limite en termes de délai n'est prévue par la réglementation. Par ailleurs, cette mesure ne peut être assortie d'aucune retenue de traitement à l'exception des indemnités notamment liées aux gardes et astreintes.

L'établissement doit informer immédiatement les Directeurs généraux du CNG et de l'ARS d'une mesure de suspension qu'il prend à l'égard d'un praticien hospitalier⁴.

b. La suspension prononcée par le directeur général de l'ARS⁵

Médecins et chirurgiens dentistes

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut suspendre, sur le fondement de l'article L. 4113-14 du code de la santé publique et en cas d'urgence, le droit d'exercer d'un médecin qui exposerait ses patients à un danger grave pour une durée maximale de 5 mois (avec maintien des émoluments). Il entend l'intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension.

Le directeur général de l'agence régionale de santé informe immédiatement de sa décision le président du conseil départemental compétent et saisit sans délai le conseil régional ou interrégional de l'ordre des médecins lorsque le danger est lié à une infirmité ou un état pathologique du professionnel ou l'insuffisance professionnelle du praticien, ou la chambre disciplinaire de première instance dans les autres cas. Le conseil régional ou interrégional ou la chambre disciplinaire de première instance statue dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. En l'absence de décision dans ce délai, l'affaire est portée devant le Conseil national ou la Chambre disciplinaire nationale, qui statue dans un délai de deux mois. A défaut de décision dans ce délai, la mesure de suspension prend fin automatiquement.

Il informe également le représentant de l'État dans le département et les organismes d'assurance maladie dont dépend le professionnel concerné par sa décision.

Le directeur général de l'ARS peut à tout moment mettre fin à la suspension qu'il a prononcée lorsqu'il constate la cessation du danger. Il en informe le conseil départemental et le conseil régional ou interrégional compétents et, le cas échéant, la chambre disciplinaire compétente, ainsi que les organismes d'assurance maladie et le représentant de l'État dans le département.

Le médecin ou le chirurgien-dentiste dont le droit d'exercer a été suspendu peut exercer un recours contre la décision devant le tribunal administratif, qui statue en référé dans un délai de quarante-huit heures.

³ « Considérant que, [...] la mesure de suspension prise par le directeur du centre hospitalier, qui a un caractère conservatoire et ne constitue pas une sanction disciplinaire, n'avait pas à être précédée de la communication du dossier au praticien concerné ; qu'il ne résulte d'aucun principe ni d'aucune disposition qu'une telle mesure doive prévoir le terme de la période de suspension, ni qu'elle doive être accompagnée ou suivie de l'engagement d'une procédure disciplinaire ou de licenciement pour insuffisance professionnelle » (CAA Douai 22 juin 2006 n°04DA00212).

⁴ Article R. 6152-28 du Code de la santé publique

⁵ Articles L. 4113-14 et L.4113-111 à R.4113-114 du CSP pour les médecins
Articles L.4221-17 à R.4221-20 du CSP pour les pharmaciens

Pharmaciens

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut suspendre, sur le fondement de l'article L. 4221-18 du code de la santé publique et en cas d'urgence, le droit d'exercer d'un pharmacien qui exposerait ses patients à un danger grave pour une durée maximale de 5 mois (avec maintien des émoluments). Il entend l'intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension.

Le directeur général de l'agence régionale de santé informe immédiatement de sa décision le conseil régional ou le conseil central compétent de l'ordre des pharmaciens. Celui-ci statue dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. En l'absence de décision dans ce délai, l'affaire est portée devant le conseil national qui statue dans un délai de deux mois. A défaut de décision dans ce délai, la mesure de suspension prend fin automatiquement.

Il informe également le représentant de l'État dans le département et les organismes d'assurance maladie dont dépend le professionnel concerné par sa décision.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut à tout moment mettre fin à la suspension qu'il a prononcée lorsqu'il constate la cessation du danger. Il en informe le conseil régional ou le conseil central compétent, ainsi que le représentant de l'État dans le département et les organismes d'assurance maladie.

Le pharmacien dont le droit d'exercer a été suspendu peut exercer un recours contre la décision devant le tribunal administratif, qui statue en référé dans un délai de quarante-huit heures.

c. La suspension prononcée par le directeur général du Centre national de gestion

L'article L. 6143-7 du Code de la santé publique dispose que dans l'intérêt du service, le praticien qui fait l'objet d'une procédure disciplinaire peut être immédiatement suspendu par le directeur général du CNG pour une durée qui ne peut excéder cinq mois. Toutefois, lorsque l'intéressé fait l'objet de poursuites pénales, la suspension peut être prolongée pendant toute la durée de la procédure. Deux conditions cumulatives doivent être réunies pour que le directeur général puisse prononcer cette suspension :

- a) l'engagement d'une procédure disciplinaire ou d'insuffisance professionnelle
- b) l'intérêt du service

Le directeur général du CNG n'est pas habilité à prendre une mesure de suspension si aucune procédure statutaire n'a été engagée à l'encontre d'un praticien.

Le praticien suspendu conserve ses émoluments, exception faite du cas où il ferait l'objet d'une décision de justice prononçant l'interdiction d'exercer. Dans cette hypothèse, ses émoluments subissent une retenue, qui ne peut excéder la moitié de leur montant.

À NOTER : l'arrêt Renaudat (n° 161156 du 16 novembre 1956) a donné l'occasion au Conseil d'État de préciser qu'un fonctionnaire suspendu cesse d'être soumis à l'interdiction de principe du cumul de ses fonctions antérieures avec une activité privée lucrative. Cette jurisprudence a été rappelée par l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Versailles du 19 juillet 2016⁶.

La suspension du praticien n'empêche pas que celui-ci puisse bénéficier de la protection fonctionnelle (cf. chapitre XII).

⁶ « Considérant, en deuxième lieu, que si un fonctionnaire suspendu dans les conditions prévues par les dispositions précitées de l'article 30 de la loi du 13 juillet 1983 continue d'être lié au service public et doit, en conséquence, observer la réserve qu'exige la qualité dont il demeure revêtu et, notamment, s'abstenir d'exercer toute activité incompatible avec la mission du corps ou cadre d'emplois auquel il continue d'appartenir, il cesse, par contre, du fait même qu'il est dans l'impossibilité de poursuivre l'exercice de ses fonctions, d'être soumis à l'interdiction de principe du cumul desdites fonctions avec une telle activité privée rémunérée ; // [...] » CAA de Versailles, 19 juillet 2016, n° 15VE00556.



V. Procédure d'insuffisance professionnelle

Le CNG n'est pas lié par les demandes d'engagement d'une procédure d'insuffisance professionnelle qui lui parviennent. Il peut notamment réorienter le dossier vers une procédure plus adaptée : par exemple, conciliation locale, médiation régionale, comité médical, discipline.

L'insuffisance professionnelle consiste en une **incapacité dûment constatée à remplir les travaux ou à assumer les responsabilités relevant normalement des fonctions du praticien hospitalier**. L'insuffisance professionnelle est donc distincte des fautes à caractère disciplinaire⁷.

Dans un premier temps, le chef d'établissement peut, dans l'intérêt du service, suspendre un praticien hospitalier à titre conservatoire (article L. 6143-7 du CSP) (Cf. chapitre IV.a).

Il est à noter que l'insuffisance professionnelle est distincte d'un état pathologique. Par ailleurs, l'insuffisance professionnelle ne recouvre pas exclusivement le champ de la pratique clinique et peut porter sur d'autres aspects de l'exercice professionnel d'un praticien hospitalier telle que par exemple la capacité à s'insérer dans un collectif de travail.

Compte-tenu de ces éléments, si la réunion du comité médical n'est pas réglementairement requise, elle constitue un pré-requis indispensable de nature à lever tout doute éventuel.

Si le comité médical a déjà été saisi lorsque le centre hospitalier adresse le dossier au CNG, il convient d'attendre l'avis de celui-ci.

Le CNG peut demander un rapport d'expertise complémentaire.

a. L'engagement de la procédure

Si le CNG décide d'engager une procédure d'insuffisance professionnelle, l'engagement est formalisé par un courrier au praticien signé par le directeur général du Centre national de gestion.

Ce courrier est remis en mains propres par le directeur de l'établissement ou envoyé en recommandé avec accusé de réception au domicile du praticien, s'il est déjà suspendu par le directeur de l'établissement.

L'engagement d'une procédure d'insuffisance professionnelle peut être assorti d'une suspension conservatoire du praticien prise par le directeur général du CNG jusqu'à la fin de la procédure. Dans ce cas, le praticien continue à percevoir la totalité de sa rémunération. La suspension conservatoire est formalisée par un arrêté. Le praticien suspendu cesse d'être soumis à l'interdiction de principe du cumul desdites fonctions avec une telle activité privée rémunérée (jurisprudence dite Renaudat, Cf. chapitre IV.c).

Le praticien a accès à son dossier par voie électronique sécurisée. Il peut y verser toute pièce qu'il souhaite y faire figurer.

Le CNG recueille l'avis de la commission médicale d'établissement siégeant en formation restreinte aux praticiens titulaires ainsi que l'avis du directeur général de l'ARS.

⁷ Articles R. 6152-79 à R. 6152-82 du Code de la santé publique

b. La réunion de la commission d'insuffisance professionnelle et les suites

La commission statutaire nationale, siégeant en formation d'insuffisance professionnelle, est saisie par le directeur général du CNG. Un rapporteur est désigné : il s'agit, soit d'un membre de l'IGAS ayant la qualité de médecin, soit d'un médecin ou d'un pharmacien inspecteur de santé publique.

La commission se réunit, en présence du praticien, de son conseil et le cas échéant des experts ayant rédigé le rapport. Le praticien et l'administration peuvent faire citer des témoins.

La réglementation ne prévoit pas que le praticien hospitalier soit remboursé de ses frais de déplacement et de séjour. Les frais éventuellement engagés par son conseil et ses témoins ne font également l'objet d'aucun remboursement.

La commission entend toutes les personnes qu'elle estime devoir convoquer et prend connaissance des observations du directeur général de l'ARS et de la CME où exerce le praticien. A l'issue des différents témoignages, le praticien et son conseil sont invités à quitter la séance afin que les délibérations se tiennent à huis clos.

La commission délibère et le Président transmet son avis au directeur général du CNG dans un délai de quinze jours suivant la séance.

Le directeur général du CNG décide :

- soit de l'absence d'insuffisance professionnelle du praticien. Cette décision met fin à sa suspension si le praticien était suspendu et l'intéressé réintègre l'établissement ;
- soit de licencier le praticien avec indemnité. L'indemnité est calculée et versée par l'établissement employeur du praticien ;
- soit une reconversion professionnelle.

Le praticien a la possibilité d'engager un recours gracieux auprès du CNG puis une procédure contentieuse en saisissant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la décision.



VI. Procédure disciplinaire des praticiens hospitaliers

a. Comment définir une faute disciplinaire ?

Un praticien hospitalier ne respectant pas les obligations liées à sa fonction fait l'objet de poursuites disciplinaires. La faute disciplinaire est essentiellement définie par la jurisprudence. Elle constitue principalement un manquement à l'une des obligations professionnelles définies par le statut et/ou par la déontologie médicale, mais peut également résulter de certains comportements répréhensibles ne pouvant se rattacher à ces obligations.

→ De manière générale, il y a faute disciplinaire dès lors que le comportement d'un praticien hospitalier entrave le bon fonctionnement du service.

Par ailleurs, la faute disciplinaire peut également correspondre à certains comportements privés susceptibles de constituer une faute au motif qu'ils jettent le discrédit sur l'honneur de la profession ou qu'ils nuisent à l'image du service public hospitalier.

Une faute professionnelle commise par un praticien hospitalier peut engager la responsabilité de son auteur et l'application de sanctions statutaires, ordinales et pénales. Ces procédures sont autonomes et peuvent être conduites simultanément.

Les sanctions disciplinaires applicables aux praticiens hospitaliers⁸ prévues par le Code la santé publique sont les suivantes :

- 1° L'avertissement ;
- 2° Le blâme ;
- 3° La réduction d'ancienneté de services entraînant une réduction des émoluments ;
- 4° La suspension pour une durée ne pouvant excéder six mois avec suppression totale ou partielle des émoluments ;
- 5° La mutation d'office ;
- 6° La révocation.

b. Le dossier disciplinaire : comment est-il constitué ?⁹

L'établissement hospitalier qui sollicite l'engagement d'une procédure disciplinaire à l'encontre d'un praticien hospitalier doit au préalable constituer un dossier étayé et circonstancié sur les faits reprochés au praticien concerné.

Cette première instruction a pour objectif d'établir le plus précisément possible la matérialité des faits, de connaître les agissements répréhensibles et de qualifier ces derniers le cas échéant.

A cet effet, il appartient, au directeur de l'établissement ou au directeur des affaires médicales de coordonner une enquête administrative en organisant notamment la conduite d'entretiens avec le ou les praticiens dont la mise en cause est présumée, les différentes parties et l'ensemble des témoins.

Des comptes rendus d'entretien sont alors établis.

En outre, l'établissement doit recueillir le maximum de pièces : chronologie des faits, leurs circonstances, témoignages datés et signés, fiches d'événements indésirables graves, plaintes de patients ou de familles, la date à laquelle ils ont été commis ainsi que leurs conséquences sur le fonctionnement de la structure, la qualité et la sécurité des soins ou encore la sécurité des patients et/ou des personnels, signalement auprès du Procureur de la République (cf. chapitre VI), pièces numériques, arrêté de suspension par le Directeur de l'établissement, documents de traçabilité, protocoles, rappels à l'ordre éventuels.

Il peut aussi solliciter directement le directeur général de l'ARS afin qu'une inspection soit diligentée par ses services dans le but d'objectiver les faits dénoncés.

Lorsque l'établissement a constitué un dossier rassemblant les éléments de preuves matérielles, il le transmet au CNG accompagné d'un courrier de demande d'engagement d'une procédure disciplinaire statutaire sans préciser la sanction pressentie.

Il est à noter qu'un signalement peut être adressé au CNG pour information sans qu'il soit accompagné d'une demande d'engagement d'une procédure disciplinaire. Cette transmission de signalement peut parfaitement se faire au format électronique.

c. La gestion des dossiers disciplinaires des praticiens hospitaliers par le CNG

Le CNG n'est pas lié par les demandes d'engagement d'une procédure disciplinaire qui lui parviennent. Il peut notamment réorienter le dossier vers une procédure plus adaptée : par exemple, conciliation locale, médiation régionale, comité médical, insuffisance professionnelle.

⁸ Article R. 6152-74 du Code de la santé publique

⁹ Sur la conduite de l'enquête administrative, on pourra utilement se référer au rapport IGESR 2021-116 de juin 2021, il s'agit d'un vademecum : Les enquêtes administratives susceptibles de suites disciplinaires.

Le CNG, autorité investie du pouvoir disciplinaire, instruit le dossier transmis, s'assurant notamment de sa complétude. Il échange avec l'établissement et sollicite, si cela est nécessaire, en plus de l'enquête administrative, des compléments et expertises.

Le CNG ne dispose pas de pouvoirs ou de moyens propres d'investigation : c'est pour cela qu'il s'appuie sur l'inspection générale des affaires sociales, les inspections régionales de santé dépendant des ARS ou encore qu'il se lie aux investigations du Procureur en cas d'instruction pénale. Ces conclusions permettront au CNG d'objectiver les faits signalés afin d'orienter le dossier, le cas échéant, vers la procédure statutaire la plus adaptée à la situation.

d. Le déroulé d'une procédure lorsqu'elle est engagée

Après instruction du dossier, le CNG décide d'engager - ou non - une procédure disciplinaire à l'encontre du praticien. Le praticien est informé par courrier recommandé avec accusé de réception de l'engagement de la procédure à son encontre. Il peut dès lors verser au dossier toute pièce qu'il jugerait utile pour sa défense, dans le respect du principe du contradictoire.

Afin de compléter le dossier disciplinaire, le CNG doit recueillir les observations du directeur général de ARS, du directeur de l'établissement et de la CME en formation restreinte aux PH titulaires.

Les dispositions de l'article L. 121-2 du code des relations entre le public et l'administration relatives à l'organisation d'une procédure contradictoire avant la prise de décisions individuelles défavorables, et impliquant la communication préalable de leur dossier personnel, ne sont pas applicables aux relations entre l'administration et ses agents. La phase contradictoire commence ainsi à compter de l'engagement d'une procédure.

1. Les sanctions dites de 1^{er} niveau

L'avertissement et le blâme peuvent être infligés

- par le conseil de discipline s'il est réuni,
- ou par le directeur général du CNG sans consultation du conseil de discipline.

Des avis favorables sont requis dans ce cadre :

- avis de la CME en formation restreinte aux PH titulaires ;
- avis du directeur de l'établissement ;
- avis du directeur général de l'ARS.

L'avis de la CME est requis lorsque la procédure est engagée. L'établissement n'est pas tenu de réunir la CME, en formation restreinte aux praticiens hospitaliers titulaires, avant de saisir le CNG d'une demande d'engagement de procédure, mais il peut choisir de le faire pour des raisons liées à la gouvernance interne.

Cette procédure est contradictoire et le praticien peut adresser ses observations écrites. Le dossier est ainsi transmis, par le CNG et par voie sécurisée, au praticien concerné, qui est invité à communiquer ses observations. Après réception des avis locaux, ceux-ci sont communiqués au praticien qui dispose d'un délai de 15 jours pour formuler ses dernières observations.

Le directeur général du CNG prononce une sanction par une décision motivée après réception des avis locaux (CME, directeur), de l'avis du DG ARS et des observations du praticien.

Le praticien sanctionné est informé des délais et voies de recours dont il dispose pour contester cette décision. Il a ainsi la possibilité de formuler un recours gracieux auprès du CNG puis d'engager une procédure contentieuse en saisissant le tribunal administratif compétent dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la décision de sanction.

2. Les modalités pratiques du conseil de discipline

Le conseil de discipline est saisi par le directeur général du CNG. Il rend un avis comportant le cas échéant une proposition de sanction et le directeur général du CNG rend ensuite une décision.

Le praticien est convoqué au moins deux mois à l'avance par lettre recommandée avec accusé de réception et a communication intégrale de son dossier par voie électronique sécurisée. Il peut présenter des observations écrites et orales, citer des témoins et se faire assister du défenseur de son choix.

La citation de témoins est effectuée par les parties qui doivent en informer le président du conseil de discipline en lui communiquant les noms et qualités des personnes citées¹⁰. L'administration peut également citer des témoins.

Les membres du conseil reçoivent le dossier du praticien par coffre-fort sécurisé.

La réglementation ne prévoit pas que le praticien hospitalier convoqué devant le conseil de discipline soit remboursé de ses frais de déplacement et de séjour. La réglementation ne prévoit pas non plus que les frais éventuellement engagés par son conseil et ses témoins fassent l'objet d'un remboursement.

Le conseil entend toutes les personnes qu'il estime devoir convoquer et prend connaissance des observations du directeur général de l'ARS, du directeur et de la CME de l'établissement où exerce le praticien. À l'issue des différents témoignages, le cas échéant, et la parole ayant été donnée en dernier au praticien, le praticien hospitalier et son conseil sont invités à quitter la séance afin que les délibérations se tiennent à huis clos.

Le conseil peut ordonner toute enquête complémentaire susceptible de l'éclairer¹¹. Il doit se prononcer dans un délai de 4 mois à compter du jour où il a été saisi, et 6 mois lorsqu'une enquête complémentaire est effectuée. En cas de poursuite devant une juridiction pénale, le conseil de discipline peut surseoir à émettre son avis jusqu'à la décision de cette juridiction.

Le vote a lieu à bulletin secret après délibération. La sanction la plus élevée est mise aux voix la première. Une sanction ne peut être retenue qu'à la majorité absolue des membres présents. L'avis du conseil de discipline est transmis dans un délai de quinze jours au directeur général du CNG¹² qui prendra à la suite une décision (*cf. supra a/*).

Si, à l'issue de la procédure disciplinaire aucune sanction n'a été prononcée, le praticien perçoit à nouveau l'intégralité de sa rémunération, si celle-ci a été écartée. S'il a fait l'objet d'un avertissement ou d'un blâme, il a droit au remboursement des retenues opérées sur son traitement. Enfin, s'il fait l'objet de poursuites pénales, sa situation financière n'est définitivement réglée qu'après que la décision rendue par la juridiction saisie est devenue définitive.

¹⁰ Article R6152-312 du Code de la santé publique

¹¹ Article R. 6152-75 du Code de la santé publique

¹² Article R. 6152-316 du Code de la santé publique



VII. Recherche d'affectation des praticiens hospitaliers

Il y a lieu de préciser que la recherche d'affectation n'est ni un moyen de régler les conflits ni une sanction disciplinaire. Toute demande fait l'objet d'une étude quant à sa recevabilité. En outre, la demande n'est pas non plus recevable lorsqu'elle relève d'une autre procédure statutaire : médicale, disciplinaire ou d'insuffisance professionnelle.

La recherche d'affectation est la situation dans laquelle le praticien hospitalier titulaire en activité est placé, auprès du Centre national de gestion, soit sur sa demande, soit d'office, en vue de permettre son adaptation ou sa reconversion professionnelle ou de favoriser la réorganisation suite à une suppression de poste. Il existe par ailleurs des dispositions communes.

Les praticiens en période probatoire, en congés de maladie, en position de disponibilité ou de détachement ne peuvent pas bénéficier de la position de recherche d'affectation. Le Code de la santé publique fixe la durée de la recherche d'affectation à 2 ans.

a. Placement en recherche d'affectation à la demande du praticien¹³

Le praticien adresse au département de gestion des praticiens hospitaliers son projet professionnel accompagné de son CV.

Une rencontre est organisée au sein du département de gestion des praticiens hospitaliers avec un représentant du département accompagnement et coaching afin d'étudier la recevabilité du projet et d'évoquer les modalités de la recherche d'affectation. Toute demande fait ainsi l'objet d'une étude par le CNG quant à sa recevabilité.

Les avis du directeur de l'établissement et du président de la CME sur le placement en recherche d'affectation sont requis.

Le dossier ainsi constitué est présenté pour avis à la commission statutaire nationale. La décision de placement en recherche d'affectation est prise par le directeur général du CNG en fonction du projet et des avis rendus.

b. Placement en recherche d'affectation à la demande de l'administration¹⁴

Le directeur adresse sa demande au département de gestion des praticiens hospitaliers accompagnée de la décision de suppression du (des) poste(s) de praticien hospitalier occupé(s) par le(s) praticien(s) concerné(s) par la restructuration et des propositions et avis sur le placement en recherche d'affectation.

Il est précisé que l'établissement doit rechercher au préalable les possibilités de repositionnement au sein de l'établissement ainsi qu'au sein du GHT et les proposer au praticien concerné.

Lorsque la demande de placement en recherche d'affectation est présentée par le directeur de l'établissement public de santé en application de l'article L. 6143-7 du CSP, celui-ci adresse sa demande au directeur général du Centre national de gestion. Celle-ci est accompagnée de la proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne, ainsi que de l'avis du président de la commission médicale d'établissement.

¹³ Articles L. 6131-5 et L. 6143-7 du Code de la Santé Publique

¹⁴ Articles L. 6131-5 et L. 6143-7 du Code de la Santé Publique

Lorsque le directeur général de l'ARS demande au directeur de l'établissement public de santé la suppression d'emplois médicaux en application des dispositions de l'article L. 6131-5 du CSP, ce dernier demande au directeur général du Centre national de gestion le placement en recherche d'affectation des praticiens concernés. Dans ce cas, la proposition du chef de pôle et l'avis du président de la CME ne sont pas requis.

Le praticien est invité à un entretien avec le département de gestion des praticiens hospitaliers et le département accompagnement et coaching, afin de construire avec lui un projet professionnel et lui présenter les modalités de la recherche d'affectation.

Le dossier est présenté pour avis devant la commission statutaire nationale.

La décision de placement en recherche d'affectation est prise par le directeur général du CNG après avis de la commission statutaire nationale.

c. Droits et obligations des praticiens en recherche d'affectation

Le praticien bénéficie pendant toute la durée de la recherche d'affectation d'un accompagnement personnalisé par un conseiller du département accompagnement et coaching du CNG.

Le CNG établit au terme d'un ou de plusieurs échanges avec le praticien concerné dans un délai maximum de six mois suivant son placement en recherche d'affectation, un projet personnalisé d'évolution professionnelle qui a pour objectif de faciliter son affectation dans un établissement public de santé ou son accès à un autre emploi des secteurs publics ou privé. L'article R. 6152-50-2 CSP en précise le contenu.

Durant la période de placement en recherche d'affectation, le praticien hospitalier est tenu d'effectuer toutes actions et démarches déterminées avec lui, et arrêtées par le CNG, lui permettant soit de retrouver une affectation dans un établissement public de santé, soit d'accéder à un autre emploi des secteurs public ou privé et d'en apporter les preuves.

Il assure des missions dans d'autres structures publiques ou dans un établissement de santé privé : une convention est passée entre cet organisme d'accueil et le CNG.

En l'état actuel du droit, si le praticien en recherche d'affectation envisage de s'orienter vers un mode d'exercice libéral, il peut demander à bénéficier d'une mise en disponibilité. Le praticien peut bénéficier via un organisme, d'un bilan professionnel ou suivre des actions de formation.

d. Rémunération

Durant la période de recherche d'affectation, le praticien est rémunéré par le Centre national de gestion. La rémunération comprend le traitement indiciaire et l'indemnité d'engagement de service public exclusif.

Le praticien perçoit également, le cas échéant, des indemnités de participation à la permanence des soins qui lui sont versées par l'établissement d'accueil dans le cadre d'une mission qu'il y accomplit.¹⁵

Il est rappelé que les dispositions de l'article L. 6152-4 du Code de la santé publique sont applicables aux praticiens comme les règles en matière de cumul d'emplois et de rémunérations. Ainsi toute activité qui serait exercée, en dehors de la recherche d'affectation, sans y avoir été autorisé par le Centre national de gestion, constituerait un cumul d'activités illégal en violation de l'article 25 septies de la loi n° 84-634 du 13 juillet 1983.

¹⁵ En ce qui concerne les PH d'outre-mer, la recherche d'affectation entraîne une perte de l'indemnité dite « de vie chère »

e. Sortie du dispositif

Durant ou à l'issue de la recherche d'affectation, le praticien peut être réintégré dans le cadre des tours de recrutement organisés deux fois par an ou à tout moment de l'année dans le cadre des publications de postes qui peuvent intervenir entre les tours annuels de recrutement.

→ VIII. Surnombre – article R. 6152-50-6 du Code de la santé publique

Lorsque, moins de quatre mois avant la fin de la période de la recherche d'affectation, le praticien hospitalier s'est vu présenter au moins trois offres d'emploi fermes, le directeur général du Centre national de gestion peut décider, après avis du directeur de l'établissement d'accueil et du président de la commission médicale d'établissement, une nomination en surnombre (décret n° 2010-267 du 11 mars 2010). Cette dernière doit correspondre au projet personnalisé d'évolution professionnelle en tenant compte de sa situation de famille et de son lieu de résidence habituel.

Le dispositif de placement en surnombre est prévu à l'article R. 6152-50-6 CSP et impose de recueillir l'accord du futur établissement d'affectation.

→ IX. Disponibilité d'office¹⁶

Inaptitude aux fonctions :

Le praticien qui, à l'expiration de ses droits à CMO (congé maladie ordinaire), CLM (congé longue durée), CLD (congé longue durée), est reconnu définitivement inapte aux fonctions de praticien hospitalier, après avis du comité médical, est placé en disponibilité d'office par le CNG.

La durée ne peut excéder une année. Elle est renouvelable dans la limite d'une durée totale de trois ans. A l'issue de cette période, le PH est radié du corps.

Interdiction d'exercer :

Le praticien hospitalier faisant l'objet d'une interdiction temporaire d'exercer la profession de médecin, de pharmacien ou de donner des soins aux assurés sociaux est placé en disponibilité d'office pendant toute la durée de cette interdiction¹⁷.

→ X. Détachement d'office¹⁸

Le détachement d'office consiste à « transférer l'activité » d'un praticien hospitalier de son établissement d'origine pour l'affecter dans un autre établissement, généralement de la même zone géographique. Cette procédure, distincte des autres procédures statutaires, est toujours justifiée par l'intérêt du service.

¹⁶ Articles R. 6152-62 et R. 6152.243 du Code de la santé publique

¹⁷ Articles R. 6152-62 et R. 6152.243 du code de la santé publique

¹⁸ Article R. 6152-54 du Code de la santé publique

a. Les faits pouvant mener à la procédure de détachement d'office

Les faits qui peuvent conduire à organiser la mise en œuvre d'un détachement d'office sont, à titre d'exemples :

- une situation conflictuelle au sein d'une même structure ayant pour effet la détérioration extrême des relations professionnelles entre le praticien et l'équipe ;
- en raison de refus renouvelés du praticien d'accepter une affectation différente et la situation de blocage institutionnel qui en résulte ;
- lorsque le maintien du praticien dans la structure est préjudiciable à la sérénité et au bon fonctionnement du service ;
- la ferme opposition exprimée par les équipes au retour du praticien : droit de retrait, arrêts maladie ou bien démissions et départs en nombre.

b. Le déroulement de la procédure de détachement d'office

Au préalable, l'établissement saisit le CNG d'une demande de mise en œuvre de la procédure de détachement d'office à l'appui d'un dossier étayé et circonstancié. Si la demande est recevable, le CNG recherche avec l'appui de l'ARS un établissement acceptant d'accueillir le praticien dans la spécialité de son arrêté de nomination. La procédure de recueil des avis décrite à l'article du code de la santé publique susvisé n'est pas très explicite quant à l'origine des avis qu'il prescrit. Toutefois, il paraît logique de recueillir les avis tant auprès de l'établissement d'origine (avis motivé sur les faits reprochés au praticien) que de l'établissement d'accueil (donnant son accord pour l'affectation du praticien).

Le praticien est informé par courrier recommandé avec accusé de réception de la mise en œuvre de cette procédure. Il a communication des avis rendus par les établissements concernés. Il est informé de la possibilité d'avoir communication de son dossier à sa demande. Le courrier précise qu'il peut apporter ses observations dans un délai suffisant d'un mois.

Après instruction du dossier, le directeur général du CNG peut décider de mettre en œuvre le détachement d'office du praticien. Dans ce cas, il prend un arrêté prononçant son détachement d'office comportant les voies de recours devant le juge administratif. Cette décision est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception avec copies aux deux établissements parties prenantes.

Le praticien dispose d'un délai de deux mois pour s'installer sur son nouveau poste. En cas de refus de rejoindre son poste, et après constat effectué, le directeur général du CNG peut engager une procédure d'abandon de poste.

c. La durée et la fin du détachement d'office

Le détachement d'office est prononcé par le directeur général du Centre national de gestion pour une période maximale de cinq ans renouvelable, pour la même durée, par tacite reconduction.

Il prend fin lorsque la situation statutaire du praticien est modifiée ou lorsqu'il est nommé, dans les conditions prévues à l'article R. 6152-7, sur un poste de praticien hospitalier.



XI. Procédure ordinaire

Il existe trois types de procédures ordinaires : la procédure disciplinaire (article L. 4124-1 et suivants du CSP) ; la procédure pour insuffisance professionnelle (articles R. 4124-3-5 à R. 4124-3-9 du CSP) et la procédure médicale pour état pathologique ou infirmité (articles R. 4124-3 à R. 4124-3-4 du CSP).

Par ailleurs, il convient de préciser que l'une de ces procédures peut être enclenchée du fait de la suspension immédiate du praticien hospitalier par le directeur général de l'ARS comme le prévoit l'article L. 4113-14 du CSP : « en cas d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par un médecin expose ses patients à un danger grave, le directeur général de l'ARS prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois », il en est de même pour les pharmaciens en vertu de l'article L. 4221-18 du CSP.

Pour les médecins et les chirurgiens-dentistes, cette suspension entraîne la saisine immédiate par le Directeur général de l'ARS du conseil régional ou interrégional de l'Ordre lorsque le danger est lié à une infirmité ou un état pathologique du professionnel ou l'insuffisance professionnelle du praticien, ou la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre dans les autres cas. Le conseil régional ou interrégional ou la chambre disciplinaire de première instance statue dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. En l'absence de décision dans ce délai, l'affaire est portée devant le Conseil national ou la Chambre disciplinaire nationale, qui statue dans un délai de deux mois. À défaut de décision dans ce délai, la mesure de suspension prend fin automatiquement.

Pour les pharmaciens, cette suspension entraîne la saisine immédiate par le Directeur général de l'ARS du conseil régional ou du conseil central compétent de l'Ordre des pharmaciens. Celui-ci statue dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. En l'absence de décision dans ce délai, l'affaire est portée devant le conseil national qui statue dans un délai de deux mois. A défaut de décision dans ce délai, la mesure de suspension prend fin automatiquement.

Le directeur général du CNG n'a pas la compétence pour saisir directement les ordres professionnels.



XII. Protection fonctionnelle

La protection fonctionnelle peut être accordée à tout agent public.

Lorsqu'un praticien hospitalier fait l'objet de poursuites, la protection fonctionnelle ne peut lui être accordée que si aucune faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions ne lui est imputable. En effet, l'existence d'une faute personnelle du praticien hospitalier s'oppose à ce que l'administration lui accorde sa protection.

Le dispositif de la protection fonctionnelle et les modalités de sa mise en œuvre sont définies par l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. L'article L. 6152-4 (I, 1°) du code de la santé publique étend expressément ces dispositions à l'ensemble des praticiens mentionnés aux 1° à 4° de l'article L. 6152-1 du même code, au premier rang desquels figurent les praticiens hospitaliers.

Le I de l'article 11 susvisé indique que « à raison de ses fonctions et indépendamment des règles fixées par le code pénal et par les lois spéciales, le fonctionnaire ou, le cas échéant, l'ancien fonctionnaire bénéficie, dans les conditions prévues au présent article, d'une protection organisée par la collectivité publique qui l'emploie à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire ».

La protection fonctionnelle trouve à s'appliquer dans deux types de situations : lorsque l'agent fait l'objet de poursuites judiciaires ou lorsqu'il est victime d'attaques.

a. L'agent public poursuivi en justice

Cette première situation recouvre deux hypothèses : celle où la responsabilité civile de l'agent public se trouve engagée et celle où il fait l'objet de poursuites pénales.

1. Engagement de la responsabilité civile

A cet égard, le II de l'article 11 susvisé dispose que « sauf en cas de faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions, la responsabilité civile du fonctionnaire ne peut être engagée par un tiers devant les juridictions judiciaires pour une faute commise dans l'exercice de ses fonctions. Lorsque le fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable au fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui ».

Il résulte de ces dispositions que la garantie due par l'administration à l'agent public qu'elle emploie intervient à trois niveaux. Elle doit engager une procédure de dessaisissement du juge judiciaire dès lors que les faits qui sont reprochés à l'agent ne constituent pas une faute personnelle. A défaut, elle doit couvrir l'intéressé des condamnations civiles prononcées contre lui et prendre en charge ses frais d'avocat et de justice.

Dessaisissement du juge judiciaire

En application des règles de répartition des attributions entre les deux ordres de juridictions, judiciaire et administratif, le juge administratif est en effet seul compétent pour connaître des dommages résultant d'une faute de service commise par un agent public.

En conséquence, dès qu'elle est informée que la responsabilité civile de l'un de ses agents est engagée devant le juge judiciaire, l'administration doit demander au préfet, seul compétent en la matière, de présenter un déclinatoire de compétence à la juridiction judiciaire. Si la juridiction judiciaire accueille le déclinatoire, l'affaire est examinée par le juge administratif. Si elle le rejette et s'estime compétente, le préfet peut prendre un arrêté de conflit qui a pour effet de saisir le Tribunal des conflits.

Règlement des sommes résultant de la condamnation civile

Dans l'hypothèse où l'agent a été condamné par une juridiction judiciaire pour une faute de service, l'administration doit régler en lieu et place de l'agent les sommes résultant des condamnations civiles prononcées à son encontre.

Si l'agent est condamné en raison d'une faute personnelle qui coexiste avec une faute de service ou qui n'est pas détachable de l'exercice de ses fonctions, il peut se retourner contre l'administration pour en obtenir le remboursement partiel, en raison d'un cumul de responsabilités. Le juge considère qu'il incombe à l'administration de prendre à sa charge, en application de l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983, une partie des condamnations prononcées, appréciée en fonction de la mesure qu'a prise la faute de service dans la réalisation du dommage réparé par le juge judiciaire (Conseil d'Etat, 12 avril 2002, n° 238689).

2. Poursuites pénales

Le III de l'article 11 susvisé précise que l'administration doit accorder sa protection à l'agent qui fait l'objet de poursuites pénales à raison de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions. Cette protection est susceptible de jouer lorsque l'agent fait l'objet des mesures suivantes :

- Citation directe devant la juridiction pénale ;
- Mise en examen par le juge d'instruction ;
- Convocation dans le cadre d'une procédure de comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité ;
- Comparution immédiate ;
- Comparution comme témoin assisté ;
- Mise en garde à vue ;
- Composition pénale.

La protection fonctionnelle doit être accordée sans attendre l'issue de la procédure pénale dès lors qu'à la date où l'agent en présente la demande, l'administration ne dispose pas d'éléments permettant de regarder les faits dont il s'agit comme présentant le caractère de faute personnelle détachable de l'exercice des fonctions de l'agent. Le Conseil d'État considère que « pour rejeter la demande d'un fonctionnaire qui sollicite le bénéfice des dispositions de l'article 11 précité, l'autorité administrative peut, sous le contrôle du juge, exciper du caractère personnel de la ou des fautes qui ont conduit à l'engagement de la procédure pénale, sans attendre l'issue de cette dernière ou de la procédure disciplinaire; qu'elle se prononce au vu des éléments dont elle dispose à la date de sa décision en se fondant, le cas échéant, sur ceux recueillis dans le cadre de la procédure pénale ; // » (CE, 12 février 2003, req. n° 238969).

La protection accordée à ce titre consiste en la prise en charge des frais de procédure et d'avocat engagés par le praticien à l'exclusion de celle des amendes auxquelles il pourrait être condamné.

b. L'agent public victime d'attaques

Le IV de l'article 11 susvisé dispose que la collectivité publique est tenue de protéger l'agent public qu'elle emploie contre :

- les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne,
- les violences,
- les agissements constitutifs de harcèlement, moral ou sexuel,
- les menaces,
- les injures,
- les diffamations

ou les outrages dont il pourrait être victime sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputée. Elle est tenue de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en résulte.

Pour ouvrir droit à la protection fonctionnelle, les faits dont l'agent s'estime victime doivent rentrer dans l'une des catégories prévues par les dispositions précitées. à défaut, la demande de l'agent sera rejetée : « considérant qu'il résulte de l'instruction que, le 17 janvier 2003, lors d'une discussion professionnelle, un des collègues de Mme X au centre hospitalier (...) s'est avancé vers elle en exprimant dans des termes vifs son exaspération à son égard ; que cette attitude, qui n'a pas été accompagnée de menaces ou d'injures, ni de violences, n'imposait pas la mise en œuvre par l'administration de la protection prévue par l'article 11 précité de la loi du 13 juillet 1983 » (Cour Administrative d'Appel de Versailles, 22 janvier 2009, n° 07VE01198).

Par ailleurs, **les « attaques » dont l'agent a fait l'objet doivent avoir eu pour but de lui nuire en raison de ses fonctions ou de sa qualité de fonctionnaire ou d'agent public.** La jurisprudence a ainsi jugé qu'un agent s'étant fait fracturer sa voiture alors que celle-ci était garée dans l'enceinte de l'établissement pendant qu'il effectuait son service ne peut bénéficier de la protection fonctionnelle dans la mesure où l'attaque n'était pas directement liée aux fonctions exercées (Cour administrative d'appel de Versailles, 4 novembre 2004, n° 02VE01989).

Par ailleurs, il résulte des dispositions précitées de l'article 11 que, lorsque les conditions sont réunies, l'administration est tenue d'une part, de prendre les mesures de protection adaptées à la nature de l'attaque dont son agent est victime et, d'autre part, de l'indemniser des préjudices qui en résulte.

c. Protection fonctionnelle et procédure disciplinaire

La protection fonctionnelle est accordée à l'agent dès lors qu'il n'a pas commis de « faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions ». Il en résulte, a contrario, qu'elle peut lui être accordée pour des faits constitutifs d'une faute de service ou même de faute personnelle non détachable du service. Or, de telles fautes sont susceptibles d'engager la responsabilité disciplinaire de celui qui les a commises.

L'octroi de la protection fonctionnelle ne fait pas obstacle à une procédure disciplinaire.

En effet, si les circonstances de l'espèce ayant justifié l'octroi de la protection fonctionnelle mettent en évidence l'existence d'une faute disciplinaire commise par l'agent, l'obligation de protection n'exclut pas l'engagement des poursuites disciplinaires contre lui (CE, 28 octobre 1970, Delande, n° 78190).

La protection fonctionnelle est organisée par la collectivité publique qui emploie l'agent à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire. S'agissant des praticiens, il s'agit donc de l'établissement public de santé ou médico-social dans lequel ils exercent (ou exerçaient) au moment des faits.

C'est donc le directeur de l'établissement qui est compétent pour accorder ou refuser la protection fonctionnelle, en sa qualité de titulaire de l'autorité hiérarchique qu'il détient, selon le type d'établissements, soit de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique soit de l'article L. 315-17 du code de l'action sociale et des familles. Aussi, toute demande de protection fonctionnelle est adressée au directeur d'établissement.

Lorsque l'agent est, à raison de ses fonctions, l'objet de poursuites ou victime de faits prévus à l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 alors qu'il n'exerce plus, à titre provisoire ou définitif, les fonctions au titre desquelles il sollicite la protection fonctionnelle, cette demande est formulée auprès de l'autorité publique qui l'employait à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire.

Le Conseil d'État considère que si, à raison d'un différend qui l'oppose à un praticien hospitalier, le directeur d'établissement ne peut se prononcer sur la demande de protection fonctionnelle formulée par ce praticien sans méconnaître les exigences qui découlent du principe d'impartialité, il doit transmettre la demande au directeur général de l'ARS dont relève son établissement, pour que ce dernier y statue¹⁹.

d. Motivations de refus de la protection fonctionnelle

L'administration peut refuser d'accorder la protection fonctionnelle pour des faits constitutifs de faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions, en raison de la tardiveté de la demande ou si l'intérêt du service y fait obstacle.

La décision par laquelle l'administration refuse d'accorder la protection fonctionnelle à un agent doit être motivée. En cas de refus d'accorder la protection fonctionnelle, l'agent dispose de plusieurs recours :

- recours administratif préalable auprès de l'autorité hiérarchique dont il relève;
- recours pour excès de pouvoir auprès du juge administratif;
- recours de plein contentieux;
- recours tendant à engager la responsabilité de l'administration défailtante, du fait du préjudice matériel ou moral, ou du préjudice de carrière, causé par le refus fautif d'accorder la protection fonctionnelle (Cour Administrative d'Appel de Nancy, 11 déc. 2014, n° 13NC01113).

e. La décision d'octroi

En cas d'acceptation, l'administration doit indiquer selon quelles modalités elle envisage d'accorder la protection.

La décision d'octroi de la protection fonctionnelle étant une décision créatrice de droits, elle ne peut être retirée que dans un délai de quatre mois et à la condition d'être illégale, dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du code des relations entre le public et l'administration.

Cependant, le directeur d'établissement qui a accordé la protection fonctionnelle à un agent pourra légalement y mettre fin pour l'avenir, plus de quatre mois après sa décision, s'il constate, à la lumière d'éléments nouvellement portés à sa connaissance, que les conditions d'octroi de la protection n'étaient pas réunies ou ne le sont plus, notamment si ces éléments permettent de révéler l'existence d'une faute personnelle ou que les faits allégués à l'appui de la demande ne sont pas établis.

¹⁹ Conseil d'État, 29 juin 2020, n° 423996



XII. STATUT DE LANCEUR D'ALERTE

Au sein de la fonction publique, un lanceur d'alerte est défini comme un agent (fonctionnaire ou contractuel) qui révèle ou signale, de manière désintéressée et de bonne foi, un crime ou un délit, une violation manifeste d'un engagement international, une menace ou un préjudice grave pour l'intérêt général dont il a eu personnellement connaissance²⁰. Le lanceur d'alerte bénéficie d'une protection qui se distingue de la protection fonctionnelle accordée au titre de l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983. **Le statut de lanceur d'alerte est accordé par le Défenseur des droits.** Faute de cette reconnaissance, il n'est pas possible de se prévaloir de ce statut et des droits afférents.

La stricte confidentialité de l'identité du lanceur d'alerte, des personnes visées par le signalement et des informations recueillies doit être garantie.

Le lanceur d'alerte ne doit faire l'objet d'aucune sanction ou discrimination pour avoir effectué le signalement. Toute sanction ou mesure discriminatoire directe ou indirecte fondée sur ce motif serait nulle. Toutefois, il peut être sanctionné pour des faits n'ayant aucun rapport avec les faits ayant conduit à l'octroi du statut de lanceur d'alerte. Si cet agent estime que la sanction disciplinaire est motivée par son signalement ou son témoignage, il reviendra à l'auteur de la mesure de prouver que la décision est motivée par des éléments objectifs étrangers au signalement ou au témoignage effectué²¹.

²⁰Loi n°2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et la modernisation de la vie économique
Loi organique n° 2022-400 du 21 mars 2022 visant à renforcer le rôle du Défenseur des droits en matière de signalement d'alerte
Loi n° 2022-401 du 21 mars 2022 visant à améliorer la protection des lanceurs d'alerte

²¹Circulaire du 19 juillet 2018 relative à la procédure de signalement des alertes émises par les agents publics dans le cadre des articles 6 à 15 de la loi n°2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et la modernisation de la vie économique

ANNEXES



ÉTUDES DE CAS

CAS PRATIQUES



Annexes

[ÉTUDE DE CAS – PROCÉDURE DISCIPLINAIRE]

MOTS-CLÉS : DISCIPLINE – BLÂME – RÉVOCATION

PRÉSENTATION :

PH (Dr XXX) affecté dans un CH de taille moyenne (CH1) ayant rencontré une première difficulté à l'issue de sa première année probatoire. Trois ans plus tard, il fait une première fois l'objet d'une sanction disciplinaire de premier niveau. Quatre ans après, le comportement de ce PH se dégrade encore.

PROLONGATION DE LA PÉRIODE PROBATOIRE :

Le Dr XXX est nommé PH à titre probatoire au sein du CH1. À l'issue de cette première année, les instances locales expriment leur opposition à sa titularisation non pas pour des problèmes de compétences, mais pour un problème de communication, une remise en cause du chef de service et des critiques sur l'organisation ainsi que sur des difficultés avec les patients. Le dossier est soumis à la commission nationale statutaire qui propose de prolonger sa période probatoire d'un an au CH1. Cet avis est suivi par le directeur général du CNG et un plus tard le Dr XXX est titularisé.

PREMIÈRE PROCÉDURE DISCIPLINAIRE :

Le chef de service écrit que « l'exercice du Dr XXX pose problème à l'ensemble de l'équipe médicale ». Il évoque son « attitude hautaine et méprisante, manipulatrice, non déontologique, son absence de sens de l'équipe, son absence totale de respect de ses chefs de service successifs, son absence d'écoute, ses difficultés relationnelles quand il ne s'agit pas d'être en position d'enseignant, ce qu'il sait bien faire ». Il est également évoqué « un défaut flagrant de transmission orale et écrite pour les patients difficiles. »

Durant cette période la médecine du travail le déclare temporairement inapte à l'exercice de ses fonctions de médecin pendant quatre mois.

Le directeur du CH décide de son transfert vers un autre service et signale le cas du Dr XXX à la directrice générale du CNG qui décide d'engager une procédure disciplinaire. De nombreux documents sont versés au dossier : deux rapports établis par le chef de service, de nombreux courriers et courriels échangés entre les protagonistes sur les trois dernières années, les comptes-rendus de trois entretiens entre la direction et le Dr XXX. L'ARS produit un rapport soulignant que les difficultés d'intégration du Dr XXX ont pour origine le comportement inadapté de ce dernier. Dans son mémoire en défense l'intéressé s'estime victime d'une

campagne de dénigrement. Il fournit les témoignages de 2 praticiens de son service et d'un chef de service d'un autre CH en sa faveur.

La directrice générale du CNG inflige au Dr XXX un blâme. Par la suite le TA rejette la requête introduite par Dr XXX tendant à l'annulation de cet arrêté. La cour administrative d'appel rejette également sa demande.

SECONDE PROCÉDURE DISCIPLINAIRE :

Six mois plus tard en présence d'un collègue, le Dr XXX insulte Mme YYY une autre collègue absente qui a contesté une décision du Dr XXX prise en dépit des procédures et pratiques en vigueur dans le service. Les faits sont portés à la connaissance du directeur par courrier accompagné d'un compte-rendu de cet incident. Six mois plus tard il renouvelle les insultes à l'encontre de Mme YYY qui porte son témoignage au directeur par écrit et dépose plainte contre le Dr XXX. Par la suite, le Dr XXX écrit un message dévalorisant à l'encontre de Mme YYY invoquant son « attachement à la médiocrité et aux concepts médicaux dépassés » et l'accusant « d'accusations mensongères ». Le Dr XXX est reçu par son chef de service, le Dr ZZZ, accompagné d'un autre collègue de travail avec lequel le Dr XXX entretient des relations correctes. Le Dr ZZZ adresse un courrier au directeur en mettant en exergue le risque encouru pour la sécurité des patients de par les stratégies d'évitement que sont contraints de mettre en place les équipes du service. L'idée de déplacer de nouveau le Dr XXX est évoquée.

Par la suite le Dr XXX insulte violemment et menace de nouveau Mme YYY par courriel. Il insulte une cheffe de service en présence d'un patient qui signe de son nom le courrier de signalement. Vont suivre de nombreux témoignages d'insultes, de propos ou d'attitudes violentes, de menaces envers différents personnels de l'établissement. L'ensemble de ces incidents est tracé dans des courriers de signalement.

Le directeur de l'établissement suspend le Dr XXX et en informe la directrice générale du CNG ainsi que le DG ARS et demande la mise en œuvre d'une procédure disciplinaire. Le directeur lui interdit également l'accès aux locaux. La directrice générale du CNG décide d'engager une procédure disciplinaire.

CONCLUSION :

Le conseil de discipline a prononcé la révocation, considérant que les faits reprochés au Dr. XXX constituent un manquement aux règles statutaires qui régissent la fonction de praticien hospitalier d'une particulière gravité, qui rend incompatible son maintien dans le statut de praticien hospitalier. La Directrice générale du CNG a suivi cet avis et l'intéressé a été radié du corps des PH.

[ÉTUDE DE CAS – PÉNAL – PROCÉDURE DISCIPLINAIRE]

MOTS-CLÉS : PÉNAL – INSUFFISANCE PROFESSIONNELLE

PRÉSENTATION : Un praticien hospitalier (le Dr XXX) fait l'objet d'une suspension à titre conservatoire de la part du directeur général du CNG pendant la durée de la procédure pénale dont il fait l'objet.

La directrice adjointe chargée des affaires médicales du CH1 informe le centre national de gestion qu'une perquisition a été conduite par le juge d'instruction auprès du tribunal de grande instance, dans le bureau du Dr XXX dans le cadre de sa garde à vue.

À cette date, le praticien est en arrêt maladie.

Le Procureur général de la République du tribunal de grande instance transmet, en réponse à la demande formulée par le directeur du centre hospitalier, l'ordonnance de placement sous contrôle judiciaire du Dr XXX, lui interdisant notamment d'exercer toute activité médicale durant le temps de cette mesure, dans le cadre de sa mise en examen du chef d'agression sexuelle par personne abusant de l'autorité conférée par ses fonctions.

Après plusieurs échanges entre le directeur du centre hospitalier et le directeur général du centre national de gestion concernant la situation du Dr XXX et le maintien ou non de sa rémunération durant la procédure judiciaire lui interdisant d'exercer, le directeur du centre hospitalier se déclare favorable à l'engagement d'une procédure disciplinaire à l'encontre du Dr XXX.

Il s'appuie sur les données de jurisprudence transmises par les services juridiques du CNG indiquant que la mesure de contrôle judiciaire intervenant avant le placement en congé de maladie, la rémunération doit être suspendue en raison de l'interdiction professionnelle (jurisprudence : Conseil d'Etat octobre 2012, N° 346979) et sur l'article R.6152-77 du CSP.

Dans l'intérêt du service, le praticien qui fait l'objet d'une procédure disciplinaire peut être immédiatement suspendu par le directeur général du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière pour une durée maximale de six mois. Toutefois, lorsque l'intéressé fait l'objet de poursuites pénales, la suspension peut être prolongée pendant toute la durée de la procédure. Le praticien suspen-

du conserve les émoluments mentionnés au 1° de l'article R. 6152-23. Toutefois, lorsqu'une décision de justice lui interdit d'exercer, ses émoluments subissent une retenue, qui ne peut excéder la moitié de leur montant.

MODIFICATION DU CONTRÔLE JUDICIAIRE ET INTERVENTIONS DU DR XXX POUR REPRENDRE SES FONCTIONS :

Le contrôle judiciaire du Dr XXX est modifié et lui permet à nouveau d'exercer la médecine au CH1 sous les conditions suivantes :

- les consultations et interventions s'exerceront en présence d'un tiers astreint au secret médical à savoir : interne, infirmière ou aide-soignante ;
- pour chaque acte médical sera tenu un cahier précisant le nom du patient, daté et signé par le praticien ainsi que par la personne qui l'assistera (identité et qualité) ;
- ce cahier sera déposé et tenu à disposition de la justice par les services administratifs de l'hôpital, et chaque fin de mois une copie des actes sera envoyée au greffe du TGI ;
- avec interdiction de contacts sous quelque forme que ce soit avec les parties civiles et témoins.

Le directeur du CH1 fait part au CNG de ses importantes réserves sur les conséquences d'une réintégration en cours d'instruction judiciaire, du fait de la nature des faits reprochés et des conditions de contrôle qui y sont assorties ainsi que de l'absence de moyens de l'établissement pour affecter du personnel supplémentaire aux fins d'accompagner le Dr XXX dans chacun de ses actes.

Un huissier de justice intervient dans l'établissement pour signifier une sommation interpellative à la demande du Dr XXX et de l'intervention téléphonique de ce dernier auprès des secrétaires médicales pour leur signifier qu'il allait revenir travailler et à défaut d'indiquer les raisons qui s'opposeraient à sa reprise.

MODIFICATION DES CONDITIONS DE LA SUSPENSION :

A la suite le directeur général du centre national de gestion modifie les conditions de la suspension.

Le Dr XXX demande au directeur général du CNG de revenir sur sa décision de suspension à titre

conservatoire jusqu'à l'issue de la procédure pénale, demande qu'il motive par la décision du juge de lever, entre autre, l'interdiction d'exercer, par la souffrance morale invoquée de ne pouvoir exercer ses fonctions et venir en aide à ses patients, et enfin par la durée probablement longue encore de la procédure pénale.

Par ailleurs et en parallèle, le CH1 peut difficilement mettre en application les conditions d'exercice prévues par l'ordonnance et sollicite le Procureur de la République en ce sens. Il précise également, que le Dr XXX reste suspendu avec émoluments au titre des mesures conservatoires.

JUGEMENT CORRECTIONNEL ET ARRÊT DE LA COUR D'APPEL :

Suite à un article paru dans la presse, annonçant le rejet en appel du praticien de sa condamnation pour agression sexuelle à 2 ans de prison avec sursis et interdiction d'exercer pour une période de cinq ans, le CNG demande au substitut du procureur la communication de la décision rendue par jugement.

Cette demande est renouvelée par le directeur du CH qui sollicite par courrier le procureur général sur l'issue du procès et les suites éventuelles en appel.

La cour d'appel rend définitive la condamnation du Dr XXX, à 2 ans d'emprisonnement dont un avec sursis, mise à l'épreuve pendant 3 ans et inscription au Fichier Judiciaire National automatisé des infractions sexuelles, et au versement de dommages et intérêts aux plaignantes, pour faits d'agression sexuelle autre que le viol.

ENGAGEMENT DE LA PROCÉDURE DISCIPLINAIRE :

Le directeur général du CNG informe le Dr XXX, qu'elle confirme la procédure disciplinaire engagée à son encontre, et convoque le conseil de discipline des praticiens hospitaliers. Elle lui rappelle, en outre, qu'il fait l'objet d'une mesure de suspension de ses fonctions jusqu'à la réunion de ce conseil.

CONCLUSION :

Considérant qu'il fallait prendre en compte la dangerosité et le risque de récurrence, que lui confier une patiente poserait un problème et que l'intéressé ne pouvait par conséquent pas exercer dans un hôpital public, le conseil de discipline a prononcé la révocation. Le Directeur général du CNG a suivi cet avis.

[ÉTUDE DE CAS – INSUFFISANCE PROFESSIONNELLE]

MOTS-CLÉS : INSUFFISANCE PROFESSIONNELLE – MUTATION – INSPECTION – SUSPENSION – COMMISSION D'INSUFFISANCE PROFESSIONNELLE – RECONVERSION PROFESSIONNELLE – RECHERCHE D'AFFECTATION

PRÉSENTATION : PH (Dr XXX) affecté au sein d'un CH (CH1) de taille moyenne puis à l'issue d'une mutation dans un CH (CH2) de plus grande importance. Ce praticien rencontre des difficultés (professionnelles et relationnelles) dans son exercice durant une dizaine d'années jusqu'à ce que survienne un incident plus grave.

Des difficultés d'exercice qui apparaissent dès l'affectation au CH1 :

Une inspection est sollicitée par un courrier co-signé par le directeur du CH1 et le président de la CME au directeur de l'Agence régionale de la santé en raison du comportement personnel et professionnel du Dr XXX, de son caractère récurrent et des risques potentiels liés à la persistance de la situation et des perturbations occasionnées dans le fonctionnement du service.

CONCLUSIONS DE CE RAPPORT :

La période d'exercice du Dr XXX au sein du CH1 n'a pas suscité de demande d'engagement de procédure disciplinaire ni de procédure d'insuffisance professionnelle mais témoigne de difficultés objectivées par le rapport d'inspection.

Le rapport montre que l'exercice du Dr XXX au CH1 s'est déroulé dans un climat de tension qui est allé en s'exacerbant. Les auteurs précisent que le Dr XXX doit prendre conscience dans son propre intérêt et dans celui du fonctionnement du service, de la nécessité pour lui de procéder rapidement aux ajustements nécessaires dans son exercice professionnel, ceci sans attendre une nouvelle affectation, qui compte tenu du caractère récurrent de la situation apparaît souhaitable voire indispensable.

Les inspecteurs ne concluent pas à la nécessité d'engager une procédure disciplinaire ou d'insuffisance professionnelle.

NOUVELLE AFFECTATION AU CH2 :

Nouvelle affectation effectuée par voie de mutation. Cette nomination est réalisée à la suite de la candidature du Dr XXX sur ce poste qui avait conduit à son classement en 2ème position par le CH2, de même que tous les autres candidats, à l'exception du Dr ZZZ classé en première position. Deux postes de

praticiens étaient en effet vacants. La nomination du Dr XXX s'est faite alors que la CME souhaitait en fait « geler le poste ».

Un contexte de fortes tensions durant les cinq premières années d'exercice :

Les incidents s'accumulent.

Le chef de service fait part au Dr XXX, dans un courriel, des remontées de blocages répétés tant dans les essais cliniques que dans la gestion du bloc opératoire. Il précise qu'il ne comprend pas cette attitude et lui demande d'y mettre fin. Il alerte ensuite ses confrères et la direction du CH2 : « J'ai été averti d'un gros problème du fonctionnement du bloc opératoire qui dépend manifestement du Dr XXX. Celui-ci a menacé en des termes très durs des personnels d'encadrement du bloc opératoire qui me les ont rapportés. Les personnels ont eu plusieurs fois à se plaindre du Dr XXX qui, sous couvert de faire respecter une réglementation, crée des résistances incessantes et des retards ». Intimidations et menaces sont les termes qui reviennent systématiquement dans la bouche des interlocuteurs et tous ressentent ses relations comme insupportables.

Le Dr XXX écrit au directeur du CH2 pour lui demander d'assurer sa protection fonctionnelle car il s'estime victime de dénigrement.

Décisions de suspension et qualification de la procédure à engager :

INCIDENT SURVENU AU CH2 :

Le Dr XXX est entré dans le bureau du cadre de santé, brandissant les poings et a proféré des menaces de mort à plusieurs reprises à l'encontre de son chef de service « Je vais le tuer. Il est où ? ». Il écrit que le Dr XXX a assené plusieurs coups de pieds sonores contre son vestiaire, entendus par les membres de l'équipe puis est sorti de son bureau. Le cadre avait alors joint par téléphone la directrice adjointe des ressources humaines et le chef de service pour les prévenir puis avait rejoint le service, tout en prévenant le poste central de sécurité, pour s'assurer de la sécurité de la cheffe de service.

PREMIÈRE DÉCISION DE SUSPENSION :

Le Dr XXX est reçu par la Directrice adjointe et fait part de difficultés : sur l'informatique, sur la prescription médicale, les études qualitatives sur la prescription des gouttes. Elle note : « Rien sur l'incident de la veille, totalement banalisé, voire absent dans son discours ». Le directeur du CH2 prend une décision de suspension de ses fonctions à titre conservatoire du Dr XXX.

RECOURS ENGAGÉS :

Le recours gracieux du Dr XXX contre la décision de suspension fait l'objet d'un rejet implicite.

Deux procédures engagées par le Dr XXX devant le Tribunal administratif (TA) contre la décision de suspension font l'objet d'un rejet. Un référé rejeté pour défaut d'urgence et une requête demandant l'annulation de sa suspension rejetée compte-tenu de l'attitude de l'intéressé susceptible de compromettre la sécurité des soins apportés aux patients et la continuité du service.

La requête en tierce opposition formulée par une organisation syndicale visant à annuler la décision de suspension du Dr XXX est rejetée.

La Cour administrative d'appel annule le jugement du TA suite à une requête formulée par le Dr XXX.

Le Conseil d'État rejette la demande du CH visant à annuler l'arrêt de la Cour d'appel.

NOUVELLE SUSPENSION :

Les réactions de la communauté médicale du CH2 à la suite de l'information d'une prochaine reprise de fonctions du Dr XXX conduisent le directeur à prendre une nouvelle décision de suspension.

NOUVEAUX RECOURS :

A la suite d'un courrier de son conseil confirmant son retour, le CH2 informe le Dr XXX par courrier du qu'il ne serait pas en mesure de l'accueillir : « vous comprendrez que compte tenu de l'organisation actuelle du service, nous devons prendre, en accord avec votre chef de service, les dispositions nécessaires pour cela. »

La perspective du retour du Dr XXX au sein de l'établissement entraîne de fortes réactions de la part des personnels : ex Chef de service qui évoque possibilité d'exercer son droit de retrait.

La directrice adjointe du CH2 prend acte de la réintégration du Dr XXX en application de l'arrêt de la cour d'appel administrative et suspendant le Dr XXX de ses fonctions de praticien hospitalier au CH2 à titre conservatoire et dans l'intérêt du service et de la sécurité des patients.

Le TA annule, la décision de suspension du Dr XXX.

Le Dr XXX, par une requête et des mémoires, demande notamment au TA d'annuler la décision de suspension. Une organisation syndicale demande également au TA, par mémoire en intervention volontaire enregistré d'annuler la décision de suspension concernant le Dr XXX. Le TA décide d'annuler la décision de suspension.

Fragilité d'une éventuelle procédure en l'absence de rapport d'inspection

Impossibilité pour le CNG d'engager de procédure statutaire compte tenu du rejet de saisine du comité médical et de l'impossibilité de disposer d'une inspection ARS reprenant l'historique de la situation et des éléments actualisés.

Par courrier, le directeur du CH2 avait transmis au directeur général du CNG un rapport interne sur la manière de servir du Dr XXX rédigé par son chef de service 3 ans auparavant. Ces éléments avaient notamment pour but de montrer que l'incident n'était pas un fait isolé.

CONCLUSIONS DU RAPPORT D'INSPECTION :

Le DGARS transmet au directeur général du CNG le rapport définitif d'inspection réalisé suite à sa demande. Il ressort :

- Des difficultés relationnelles récurrentes avec le personnel médical, paramédical ou administratif avec des débordements vocaux éventuellement menaçants ;
- Une attitude de victimisation ;
- Un comportement non confraternel avec une attitude de dénigrement d'une collègue de sa spécialité.

Les éléments transmis mentionnent également des insuffisances professionnelles :

- Un rythme de travail inadapté ;
- Des erreurs professionnelles récupérées ou stoppées par la mise en œuvre d'actions correctives par d'autres PH ;

- Des remises en cause de stratégie thérapeutique ;
- Des complexifications de situations par des revendications répétées ;
- Un management de son secteur incomplet avec des transferts de ses responsabilités.

Évaluation de la manière de servir du Dr XXX au sein du CH2 au regard des éléments apportés par le Dr XXX

Le Dr XXX réfute point par point les accusations du CH2 quant à sa manière de servir. Il note que les remontées négatives de professionnels de santé du CH2 sont le fait d'un nombre restreint de personnes et qu'il s'agit de personnes auprès desquelles il a été abondamment dénigré. Sur la manière de servir, il a réuni des attestations de soutien des professionnels des deux derniers établissements où il a exercé : dix attestations établies en sa faveur par des membres du CH2 dont une du médecin du travail et dix courriels ou attestations émanant de membres du CH1.

Le rapport précise que le médecin du travail indique n'avoir relevé lors de ses consultations avec le Dr XXX « aucun dénigrement ni de son chef de service ni de ses collègues. » Pourtant, ce même médecin du travail mentionne « depuis l'arrivée d'un autre praticien, les difficultés pour l'intéressé se multiplient », « il dit être dépossédé de son secteur », « il dit recevoir des injonctions contradictoires de son chef de service », « son chef de service lui aurait dit : je ne te fais pas confiance. »

Les auteurs du rapport d'inspection concluent en mettant notamment en perspective les difficultés rencontrées par le Dr XXX au CH1 et au CH2.

Les auteurs du rapport d'inspection soulignent :

- des demandes réitératives d'inspection concernant le Dr XXX dans ses deux derniers établissements d'affectation, le CH1 et le CH2 ;
- des grandes similitudes entre la situation du Dr XXX au CH1 et au CH2 ;
- des remontées négatives des professionnels du CH1 comme du CH2 ;
- un comportement du Dr XXX décrit par ces deux établissements comme pouvant entraîner des perturbations sur le bon fonctionnement du service et susceptible de se répercuter sur la sécurité et sur la prise en charge des patients ;
- un comportement qui n'a pas pu être régulé par un management adapté.

Par ailleurs, le courrier d'accompagnement de l'en-

voi du rapport définitif d'inspection à la Directrice générale du CNG signé du DGARS précise que le rapport a notamment été élaboré après entretien avec les différents professionnels du CH2 et le Dr XXX. Il souligne que, compte tenu des constats relevés par la mission d'inspection, il lui semble que le retour du Dr XXX au CH2 n'est pas souhaitable et pourrait être particulièrement délétère. Il note que le comportement et la manière de servir du Dr XXX au CH2 font apparaître des manquements au code de déontologie. Le conseil national de l'Ordre décide de radier provisoirement du tableau de l'ordre le Dr XXX le temps de l'instruction du dossier.

CONCLUSION :

Le PH est convoqué devant la commission d'insuffisance professionnelle (CIP) par la DG du CNG. La CIP propose la reconversion professionnelle dans le cadre d'une mise en recherche d'affectation. La DG du CNG décide de suivre cet avis. Le PH est depuis dans une procédure contentieuse vis-à-vis de cette décision et par conséquent bien qu'en recherche d'affectation, refuse toute idée de reconversion.

[ÉTUDE DE CAS – COMITÉ MÉDICAL]

MOTS-CLÉS : COMITÉ MÉDICAL

PRÉSENTATION : PH (Dr XXX) nommé au sein d'un CH de taille moyenne depuis 10 ans.

L'intéressé a précédemment été placé en CLD durant 1 an.

DES DIFFICULTÉS D'EXERCICE :

1^{er} temps : Demande d'engagement d'une procédure disciplinaire de premier niveau.

Le directeur du centre hospitalier, adresse au CNG un dossier concernant la manière de servir d'un PH accompagnée d'une décision de suspension à titre conservatoire. Il est reproché à l'intéressé d'être souvent absent sans justification de sorte qu'il entraîne de par ses absences, une désorganisation du service (à titre d'exemple en l'espace de six mois : 73 demi-journées non effectuées). Par ailleurs, le praticien refuse à plusieurs reprises de se déplacer lorsqu'il est d'astreinte, arguant du fait que les examens demandés ne sont pas nécessaires et refuse même de répondre au téléphone.

Ses confrères font ainsi valoir une perte de confiance vis-à-vis du praticien, cette perte de confiance est aussi énoncée par le personnel paramédical.

En outre, il lui est reproché de ne pas rédiger systématiquement de compte rendu.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, le praticien affirme qu'il a effectivement refusé de pratiquer certains examens, dans la mesure où il estimait qu'ils n'étaient pas justifiés. Il ajoute « qu'il n'est pas un simple technicien amené à réaliser un geste à la demande d'un médecin, qu'il a une formation ... qui l'a conduit à avoir son propre jugement sur ce qu'il convient de faire ». Il fait par ailleurs état de dysfonctionnements dans le service.

Il est décidé d'engager la procédure disciplinaire en vue d'infliger une sanction de premier niveau (avertissement ou blâme).

2nd temps : Demande d'engagement d'une procédure d'insuffisance professionnelle.

Le directeur de l'établissement demande à ce que soit engagée à l'encontre du Dr XXX une procédure d'insuffisance professionnelle en se fondant sur de

nouveaux éléments et prend une décision de suspension de ses fonctions à titre conservatoire.

Ce dossier, transmis au CNG est composé de trois parties :

- Une sur le temps de travail : il n'effectue pas son temps de travail (par exemple : sur la période de janvier à avril 2019 et novembre/décembre 2018 : 73 demi-journées non effectuées ; sur la période de janvier à juin 2018 : 103 demi-journées non effectuées).
- Une sur la désorganisation du service : plusieurs échanges de courriels sur les absences du praticien ce qui désorganise le service. (mail du Dr YY, chef de service, qui « demande à ce qu'il passe à temps partiel car il n'assume pas son temps plein. »).
- Une troisième sur les pratiques professionnelles: il refuse de pratiquer certains examens ou de se déplacer ; absence de transmission médicale, mise en cause du personnel infirmier, compte rendu non rédigés, refuse d'appliquer les recommandations de bonnes pratiques, « taux anormalement élevé de complications », et de « nombreux examens réalisés dans un état d'ébriété manifeste ou du moins dans un état incompatible avec la concentration nécessaire ».

Il apparaît dans le dossier que certains éléments peuvent s'apparenter à de l'insuffisance professionnelle mais s'il était décidé de s'engager dans cette voie, ces faits devraient être corroborés par une inspection diligentée par l'Agence régionale de santé. Il faut également relever que dans les éléments transmis, il est fait mention d'une possible addiction du praticien, celui-ci réaliserait certains examens « en état d'ébriété ». Il faut par conséquent écarter avant tout le doute sur une pathologie de l'intéressé, sachant que celui-ci a déjà été précédemment placé en CLD pour un an. Fragilité d'une éventuelle procédure en l'absence d'avis du comité médical.

Au regard des éléments présents dans le dossier de l'intéressé sur une éventuelle pathologie liée à une addiction, le CNG doit lever le doute avant d'engager une quelconque procédure. En effet, s'il était avéré que le praticien est bien atteint d'une pathologie et est inapte à l'exercice de ses fonctions, une mesure disciplinaire ne pourrait être prise.

Le praticien devrait alors bénéficier des dispositions statutaires en lien avec sa pathologie.

AVIS DU COMITÉ MÉDICAL :

Le praticien est reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions et placé en congé de longue durée pour une durée de deux ans. L'avis du comité préconisait un suivi et un bilan médical. La décision de placement en congé de longue durée suspend l'engagement d'une procédure disciplinaire.

Après avoir pris connaissance de la décision de placement en congé de longue durée, le directeur du CH décide que la suspension initiale se poursuivra au-delà de la période de congé de longue durée dans l'attente de la réunion du nouveau comité médical.

POURSUITE DE LA PROCÉDURE :

En cas d'avis d'inaptitude rendu par le comité médical, l'intéressé continuera à bénéficier d'un placement en congé de longue durée et les procédures annexes seront alors suspendues.

En cas d'avis d'aptitude rendu par le comité médical, levant alors le doute sur une éventuelle pathologie, l'engagement d'une procédure pourra se poursuivre.

[CAS PRATIQUES ISSUS DE DOSSIERS TRAITÉS]

1- CONSEIL DE DISCIPLINE AYANT CONDUIT À LA RADIATION :

Parmi les considérants ayant conduit à la radiation d'un PH à la suite d'un Conseil de discipline lié à une procédure pénale, on peut noter :

Condamnation à quatre mois d'emprisonnement avec sursis pour les faits délictuels suivants : accès frauduleux à un système de traitement automatisé de données, atteinte au secret des correspondances émises par voie électronique, détention sans motif légitime d'équipements conçus pour porter atteinte au fonctionnement d'un système de traitement automatisé.

« Les procédures étant indépendantes, la circonstance que les faits reprochés ont déjà fait l'objet d'une condamnation pénale ainsi que d'une sanction infligée par l'Ordre des médecins ne fait pas obstacle à ce qu'ils donnent également lieu à une sanction disciplinaire statutaire. »

« un comportement contraire à la déontologie qui doit faire l'objet d'une sanction disciplinaire. »

« Ces agissements, qui portent atteinte à la vie privée et mettent en cause l'image et le bon fonctionnement du service public hospitalier, rendent incompatible le maintien, qui ne semble pas avoir pris conscience de leur gravité, dans ses fonctions de praticien des hôpitaux. »

Parmi les considérants ayant conduit à la radiation d'un PH à la suite d'un conseil de discipline sans procédure pénale :

« comportement peu respectueux et agressif, tant vis-à-vis de ses confrères que des personnels hospitaliers, médicaux, para-médicaux et sociaux, a engendré, des tensions récurrentes, préjudiciables à la qualité et à la sécurité des prises en charge qu'elle a réalisées et qui ont altéré le bon fonctionnement de l'établissement. »

2- CONSEIL DE DISCIPLINE, SANCTIONS DE 1^{ER} NIVEAU (AVERTISSEMENT OU BLÂME) :

Parmi les considérants ayant conduit à infliger une sanction de premier niveau :

« difficultés à travailler en équipe et adopte, en certaines circonstances, un comportement individualiste, fermé à toute concertation et collaboration avec ses confrères »

« attention insuffisante à l'évolution des recommandations de bonnes pratiques, qu'il critique parfois ces recommandations, allant jusqu'à « défendre oralement [...] des pratiques non recommandées, semant le doute chez les internes en apprentissage » ;

« absence de travail en équipe, le non-respect des protocoles et le refus de se former sont préjudiciables à la sécurité et la qualité des soins, qu'ils sont porteurs de risques pour les patients accueillis au Centre hospitalier. Relations conflictuelles et refus persistant de communiquer avec les équipes autrement que par écrit et de faire les transmissions orales. »

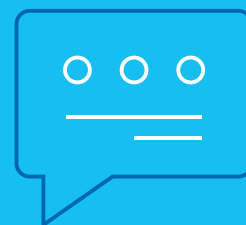
3- CONSEIL DE DISCIPLINE, MUTATION D'OFFICE :

Recherches biomédicales « sans autorisation » et « sans consentement » ainsi qu'une situation conflictuelle.

4- CONSEIL DE DISCIPLINE, PAS DE SANCTION RETENUE :

Pour deux dossiers, les faits reprochés n'ont pas été établis car insuffisamment matérialisés.

RÉFÉRENCES



RÉFÉRENCES

Codes :

- L. 315-17 du Code de l'action sociale et des familles
- L. 952-22 du Code de l'éducation
- Article 40 du Code de procédure pénale
- L. 121-2 du Code des relations entre le public et l'administration
- L. 242-1 du Code des relations entre le public et l'administration
- L. 714-12 du Code de la santé publique
- L. 4113-14 du Code de la santé publique
- L. 4113-111 du Code de la santé publique
- L. 4113-114 du Code de la santé publique
- L. 4121-2 du Code de la santé publique
- L. 4124-1 du Code de la santé publique
- L. 4221-17 du Code de la santé publique
- L. 4221-20 du Code de la santé publique
- L. 4231-1 du Code de la santé publique
- L. 6131-5 du Code de la santé publique
- L. 6143-7 du Code de la santé publique
- L. 6152-4 du Code de la santé publique
- R. 4124-3 du Code de la santé publique
- R. 4124-3-4 du Code de la santé publique
- R. 4124-3-5 du Code de la santé publique
- R. 4124-3-9 du Code de la santé publique
- R. 6143-7 du Code de la santé publique
- R. 6152-7 du Code de la santé publique
- R. 6152-23 du Code de la santé publique
- R. 6152-23 du Code de la santé publique
- R. 6152-33 du Code de la santé publique
- R. 6152-36 du Code de la santé publique
- R. 6152-50-1 du Code de la santé publique
- R. 6152-50-6 du Code de la santé publique
- R. 6152-50-7 du Code de la santé publique
- R. 6152-50-2 du Code de la santé publique
- R. 6152-62 du Code de la santé publique
- R. 6152-74 du Code de la santé publique
- R. 6152-75 du Code de la santé publique
- R. 6152-77 du Code de la santé publique
- R. 6152-79 du Code de la santé publique
- R. 6152-82 du Code de la santé publique
- R. 6152-225 du Code de la santé publique
- R. 6152-243 du Code de la santé publique
- R. 6152-312 du Code de la santé publique
- R. 6152-370 du Code de la santé publique
- R. 6152-371 du Code de la santé publique

Lois :

Loi n°84-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Loi n°2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et la modernisation de la vie économique

Loi organique n° 2022-400 du 21 mars 2022 visant à renforcer le rôle du Défenseur des droits en matière de signalement d'alerte

Loi n° 2022-401 du 21 mars 2022 visant à améliorer la protection des lanceurs d'alerte

Décrets :

Décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires

Décret n°89-822 du 7 novembre 1989 relatif à la procédure disciplinaire applicable aux fonctionnaires relevant de la fonction publique hospitalière

Décret n°2010-267 du 11 mars 2010 fixant les conditions de remboursement par le Centre national de gestion de la rémunération de certains fonctionnaires hospitaliers et praticiens hospitaliers affectés en surnombre

Décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires

Circulaire du 19 juillet 2018 relative à la procédure de signalement des alertes émises par les agents publics dans le cadre des articles 6 à 15 de la loi n°2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et la modernisation de la vie économique

Jurisprudence :

Conseil d'Etat 7 fév. 1936, n°43321

Conseil d'Etat 28 oct. 1970, n°78190

Conseil d'Etat 9 avr. 1995, n°90165

Conseil d'Etat 11 déc. 1998, n°147511

Conseil d'Etat 15 juin 2005, n°259743

Conseil d'Etat 10 octobre 2007, n°271020

Conseil d'Etat 15 déc. 2000, n°194807 200887 202841

Conseil d'Etat 12 avr. 2002, n°238689

Conseil d'Etat 12 fév. 2003, n°238969

Conseil d'Etat 20 fév. 2008, n°92117

Conseil d'Etat 15 juil. 2008, n°290965

Conseil d'Etat 8 nov. 2010, n°337124

Conseil d'Etat 30 mar. 2011, n°318184

Conseil d'Etat octobre 2012, n°346979

Conseil d'Etat 5 fév. 2020, n°422922

CAA de Douai 22 juin 2006, n°04DA 00212

CAA de Douai 4 fév. 2020, n° 18DA01846

CAA de Nancy 1er fév. 2007, n°05NC01161

CAA de Nancy 11 déc. 2014, n°13NC01113

CAA de Nantes 8 fév. 2019, 17NT01362

CAA de Marseille 20 mars 2011, n°99MA00684
CAA de Versailles 4 novembre 2004, n° 02VE01989
CAA de Versailles 22 janvier 2009, n°07VE01198
CAA de Versailles 19 juillet 2016, n°15VE00556

TA Marseille 22 nov. 2022, n°2208975

Guide d'aide à la constitution des dossiers disciplinaires des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires à destination des universités et des CHU