

Charte de Gouvernance

De l'Institut de Cancérologie de l'Ouest, Centre de lutte contre le cancer

De la Fédération UNICANCER



Sommaire

Glossaire

Préambule

Résumé

Présentation du Centre et rappel de l'organisation légale et réglementaire d'un CLCC

1	Les risques encourus par le directeur général	16
2	La direction générale et ses pouvoirs de délégation.....	19
3	Les instances et organes de gouvernance.....	21
3.1	Le Conseil d'Administration, organe réglementaire de contrôle de la direction générale	21
3.2	Les organes de gouvernance.....	22
3.2.1	L'instance de pilotage général médico-administratif	22
3.2.2	Les comités consultatifs du management exécutif	23
3.2.3	Les éventuels Comités consultatifs du Conseil d'Administration.....	24
4	La charte de déontologie des acheteurs et le code de bonne conduite anti-corruption	25

Annexes

Annexe 1 : Code de bonne conduite anticorruption, version intégrale et synthèse

Annexe 2 : Charte de déontologie des acheteurs des CLCC.

Glossaire

- Centre de lutte contre le cancer -CLCC : Désigne les établissements de santé qui exercent leurs missions dans le domaine de la cancérologie visés à l'article L6162-1 du code de la santé publique ;

- **Charte de Gouvernance** : Ensemble des règles et des devoirs de la direction du CLCC et des organes de gouvernance mettant également en avant les risques pesant sur leurs décisions ;
- **Le Directeur général** : Désigne le directeur général du Centre de Lutte Contre le Cancer au sens de l'article L.6162-10 du Code de la santé publique ;
- **Le Conseil d'Administration** : Désigne le Conseil d'administration du Centre de Lutte Contre le Cancer au sens de l'article L.6162-9 du Code de la santé publique ;
- **Charte de déontologie des acheteurs des centres de lutte contre le cancer** : Ensemble des règles et devoirs auxquels sont soumis les acheteurs afin d'éviter tout dérive passible de sanctions pénales ;
- **Acheteur** : La fédération Unicancer elle-même et toute personne physique impliquée directement ou indirectement dans le processus de la fonction achat-approvisionnement, dans le cadre du droit de la commande publique au sein d'un CLCC.
- **Marchés publics** : Un achat pour le compte de l'acheteur pour satisfaire ses besoins en travaux, fournitures et services, en contrepartie d'un prix, dans le respect du Code de la commande publique ;

Préambule

La présente charte de gouvernance est le fruit d'une réflexion commune des Centres de Lutte Contre le Cancer membres de la fédération Unicancer.

Une gouvernance qualitative est synonyme de **transparence, de respect des règles mais également d'équilibre entre initiative et gestion des risques**. Notre objectif est de garantir une gouvernance solide, afin d'assurer la confiance des patients, des salariés et des partenaires, dans le respect de la réglementation. Cette structure de gouvernance permet également de poser un cadre managérial clair et sécurisant pour tous, lequel constitue un levier majeur d'attractivité, d'engagement et de fidélisation des acteurs du management.

Cette charte est rédigée dans l'objectif de renforcer la sécurité juridique des Centres, et plus spécifiquement celle des directeurs généraux, représentants légaux de chacun de ces établissements. En effet, certaines évolutions législatives et réglementaires des dernières années sont venues renforcer la responsabilité pénale des chefs d'établissement et augmenter les risques juridiques à maîtriser. Cette charte constitue un guide de bonnes pratiques.

Trois principes nous ont guidés dans l'élaboration de cette charte.

Le premier est le principe de la décision éclairée : la sécurisation des processus de décisions repose sur une gouvernance claire, formalisée, qui permet aux prises de décision de faire l'objet d'avis, selon un principe de **collégialité**.

Le second est que cette gouvernance ne doit pas « rigidifier » à l'excès les prises de décisions. Le directeur général d'un CLCC a un large pouvoir décisionnaire ; c'est un atout qui permet réactivité et agilité. Il doit simplement s'accompagner de règles de fonctionnement internes qui permettent au directeur général d'être accompagné et conseillé par différents **organes de gouvernance**. La décision relève bien in fine du directeur général.

Enfin tout cela s'inscrit dans un **principe de continuité du fonctionnement** des CLCC : ces derniers doivent assurer leur bon fonctionnement quels que soient les changements de dirigeants, et sans interruption, au regard de leurs missions de service public hospitalier.

La présente charte met en avant les différents risques qui peuvent peser sur la direction lors de la prise de décisions, ainsi que les organes de gouvernance mis en place dans chaque centre pour maîtriser ces risques.

Cette charte est approuvée par les CLCC et pourra être révisée si les circonstances le nécessitent.

RESUME

Cette charte constitue **un guide de bonnes pratiques visant à renforcer la sécurité juridique des Centres**, et plus spécifiquement celle des directeurs généraux, représentants légaux de chacun de ces établissements. En effet, certaines évolutions législatives et réglementaires des dernières années sont venues renforcer la responsabilité pénale des chefs d'établissement et augmenter les risques juridiques à maîtriser.

Après avoir rappelé le cadre légal et réglementaire de fonctionnement et d'organisation des CLCC, la présente charte met en avant les différents risques qui peuvent peser sur la direction lors de la prise de décisions (chapitre 1), à savoir :

- **Les fautes de gestion** : elles peuvent résulter d'une action ou inaction du dirigeant contraire à l'intérêt de son établissement (article L241-3 du Code de commerce)
- **Les fautes dans l'organisation hospitalière et médicale** : les CLCC sont titulaires d'autorisations sanitaires. A ce titre, la personne titulaire de l'autorisation demeure le seul responsable de son exploitation, notamment au regard des obligations relatives à l'organisation et à la sécurité des soins. C'est son représentant légal qui répondra de la responsabilité qui en découlerait.
- **La gestion de fait** : il s'agit du maniement de fonds publics par une personnes n'ayant pas l'habilitation pour le faire et qui sera qualifiée de comptable de fait au sens de l'article L.131-15 du Code des juridictions financières et qui peut être assujettie aux sanctions prévues par l'article L.131-18 du même code ;
- **Le non-respect des règles de commande publique** : la commande publique est régie par trois principes : la liberté d'accès à la commande publique, l'égalité de traitement des candidats et la transparence des procédures.
- **L'obligation de vigilance face à des faits de corruption et au trafic d'influence** ; mais également les situations où le chef d'établissement « procure à une personne morale, à autrui, ou à lui-même, un avantage injustifié, pécuniaire ou en nature » (Loi du 9 décembre 2016 relative à la transparence et à la lutte contre la corruption, dite « loi Sapin 2 », clé de coûte de la « compliance » française)
- **Les manquements à l'obligation de sécurité** de moyens renforcée en matière de Risques Psychosociaux (article L4121-1 et -2 Code du travail).

Face à ces risques, il est rappelé le cadre de **fonctionnement de la direction générale d'un CLCC, avec ses pouvoirs de délégation (chapitre 2)**. Sont détaillées et distinguées les notions juridiques de délégation de signature et de délégation de pouvoir.

Pour maîtriser ces risques, il existe dans les CLCC **des organes de gouvernance, réglementaires ou facultatifs** (chapitre 3).

Enfin, il est recommandé aux CLCC d'adopter un **Code de bonne pratique anti-corruption** pour compléter le dispositif de gestion des risques.

Présentation du Centre et rappel de l'organisation légale et réglementaire des CLCC

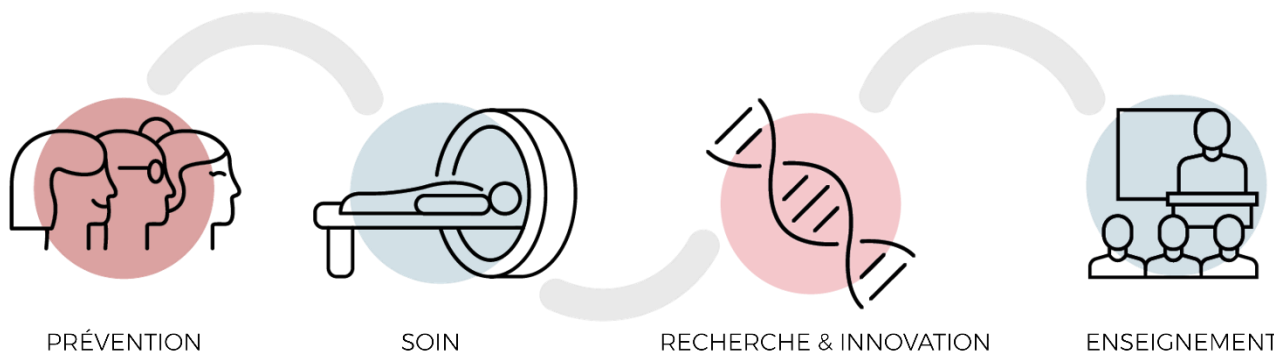
L'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), acteur majeur dans la lutte contre le cancer. Membre de la fédération Unicancer, l'ICO est dédié à l'innovation en cancérologie et à la prise en charge globale et personnalisée des patients atteints de cancer. Il se distingue par son engagement dans la recherche, la formation et l'enseignement, ainsi que par la qualité des soins qu'il prodigue.

L'institut de Cancérologie de l'Ouest a été reconnu par arrêté de l'Agence Régionale de Santé des pays de Loire n° ARS/PDL/DG/2011-003 du 22 février 2011 à la suite de la fusion du Centre de Lutte Contre le Cancer Nantes-Atlantique, René GAUDUCHEAU à Saint-Herblain et du Centre Paul PAPIN, à Angers.

Le statut juridique de l'ICO « Centre de Lutte Contre le Cancer » est défini par les dispositions des articles L 6162-1 et suivants du code de la santé publique issue de l'ordonnance n° 2005-1112 du 1er septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. L'ICO est reconnu « Centre de Lutte Contre le Cancer » au titre de ces nouvelles dispositions par arrêté du 16 juin 2005 modifié le 28 janvier 2011 fixant la liste des Centres de Lutte Contre le Cancer

Les Centres de Lutte Contre le Cancer sont des Etablissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), de ce fait ils doivent assurer les garanties du service public pour les missions qui relèvent de celui-ci (L6161-5 CSP).

L'institut de Cancérologie de l'Ouest articule son activité autour de 4 missions.



Afin de mener à bien ces missions et pour garantir une prise en charge globale et optimale tout au long du parcours de soins, l'ICO dispose sur ses deux sites, Angers et Saint-Herblain, d'une solide organisation multidisciplinaire couvrant l'ensemble des domaines de la cancérologie.

- Des professionnels formés à la cancérologie.
- Des plateaux techniques de pointe.
- Des plateformes technologiques pour le soin et la recherche.

L'organisation des Centres de Lutte Contre le Cancer est prévue par les articles L6162-1 à L6162-13 du Code de la Santé Publique.

Textes législatifs :

Article L6162-1

Les centres de lutte contre le cancer sont des établissements de santé qui exercent leurs missions dans le domaine de la cancérologie.

A titre subsidiaire et en vue d'en optimiser l'utilisation, ils peuvent, dans des conditions définies par le contrat d'objectifs et de moyens, ouvrir leurs plateaux techniques et leurs équipements à des patients relevant d'autres pathologies.

Article L6162-2

Ces établissements sont des personnes morales de droit privé. Ils peuvent recevoir des dons et legs.

Article L6162-3

Le ministre chargé de la santé arrête la liste des centres de lutte contre le cancer.

Article L6162-4

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

Article L6162-5

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

Article L6162-7

Chaque centre est administré par un conseil d'administration comportant :

1° Le représentant de l'Etat dans un des départements de la région où le centre a son siège, désigné par le représentant de l'Etat dans la région ;

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

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

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

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

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

La présidence du conseil d'administration appartient au représentant de l'Etat désigné en application du 1°.

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

Article L6162-8

Nul ne peut être membre d'un conseil d'administration :

1° A plus d'un titre ;

2° S'il encourt l'incapacité prévue à l'article L. 6 du code électoral ;

3° S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé qui n'est pas un établissement de santé privé d'intérêt collectif ;

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

5° S'il a une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre de l'agence régionale de santé.

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

Article L6162-9

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

- 1° Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 2° La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1 et le plan global de financement pluriannuel ;
- 4° Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;
- 5° Les dons et legs ;
- 6° La participation aux dispositifs spécifiques régionaux mentionnés à l'article L. 6327-6 et les actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre ;
- 7° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;
- 8° Les conventions avec des organismes de recherche et les prises de participation nécessaires à la réalisation de projet de recherche ou à l'exploitation des résultats ;
- 9° Les conventions mentionnées à l'article L. 6162-5 ;
- 10° Le règlement intérieur ;

Le président du conseil d'administration dispose d'une voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

Article L6162-10

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

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

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

En cas de vacance des fonctions de directeur général, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, pour une durée d'au plus quatre mois, un directeur général à titre intérimaire après avis du président du conseil d'administration et de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer la plus représentative.

Article L6162-11

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au 1° de l'article L. 6162-9 est exécutoire dès sa signature par l'ensemble des parties.

Le 2° bis et l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6143-4 sont applicables au 3° du même article L. 6162-9.

Les délibérations mentionnées aux 5° à 9° dudit article L. 6162-9 sont soumises au dernier alinéa de l'article L. 6143-4.

Article L6162-12

Le directeur général de l'agence régionale de santé demande à un centre de lutte contre le cancer de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe, compris entre un et trois mois, dans l'un des cas suivants :

1° Lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ;

2° Lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret.

Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

S'il n'est pas satisfait à la demande de plan de redressement du directeur général de l'agence ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelables une fois. L'administrateur doit satisfaire aux conditions définies aux deuxième à quatrième alinéas de l'article L. 811-2 du code de commerce.

L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte de l'établissement, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés et préparer et mettre en œuvre un plan de redressement. La rémunération de l'administrateur est assurée par le centre concerné. L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément à l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

En cas d'échec de l'administration provisoire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre de l'article L. 612-3 du même code.

Article L6162-13

Des décrets déterminent, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent chapitre ainsi que les adaptations ou dérogations nécessaires aux conditions afférentes au fonctionnement de l'institut Gustave Roussy et de la fondation Curie.

Textes réglementaires :

Article D6162-1

Le conseil d'administration des centres de lutte contre le cancer autres que l'Institut Gustave Roussy et la Fondation Curie est régi par les dispositions de la présente section. Les membres du conseil d'administration mentionnés au 6° de l'article L. 6162-7 sont :

- 1° Quatre représentants des personnels du centre, dont deux désignés par la commission médicale et deux par le comité d'entreprise dont un ayant le statut de cadre ;
- 2° Quatre personnalités qualifiées, dont au moins un médecin ;
- 3° Deux représentants des usagers.

Article D6162-2

Les membres du conseil d'administration mentionnés à l'article D. 6162-1 sont désignés dans les conditions suivantes :

- 1° Les représentants du personnel désignés par la commission médicale et le comité d'entreprise sont respectivement élus par et parmi les membres de cette commission et de ce comité au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, la majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le plus âgé est élu ;
- 2° Les personnalités qualifiées sont désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- 3° Les représentants des usagers sont désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation parmi les personnes proposées par les associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1 ayant une activité dans le domaine de la qualité des soins et de la prise en charge des malades cancéreux.

La liste nominative des membres mentionnés aux 4° et 5° de l'article L. 6162-7 et à l'article D. 6162-1 est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Article D6162-3

Le mandat d'un représentant du personnel prend fin à chaque renouvellement de la commission médicale ou du comité d'entreprise qui l'a élu.

Le mandat du membre désigné par le conseil économique, social et environnemental régional prend fin lors de chaque renouvellement de cette assemblée. Toutefois, ce membre continue à siéger au sein du conseil d'administration jusqu'à la désignation de son remplaçant par la nouvelle assemblée.

La durée du mandat des membres qui siègent en qualité de personnalités scientifiques désignées par l'Institut national du cancer, de personnalités qualifiées et de représentants des usagers est fixée à trois ans.

Toute personne qui perd la qualité au titre de laquelle elle a été désignée au conseil d'administration cesse d'appartenir à celui-ci.

Article D6162-4

Les membres du conseil d'administration qui tombent sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues à l'article L. 6162-8 sont déclarés démissionnaires d'office par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant six mois consécutifs d'assister aux séances du conseil d'administration est réputé démissionnaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé constate cette démission après avoir invité l'intéressé à produire des observations.

Si un membre cesse ses fonctions avant l'expiration normale de son mandat, les fonctions du nouveau membre prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles du membre qu'il a remplacé.

Les intéressés sont remplacés dans le délai d'un mois.

Article D6162-5

Le nombre minimum des séances, qui ne peut être inférieur à quatre par an, et, sous réserve des dispositions qui suivent, les modalités de convocation ainsi que les règles de fonctionnement du conseil d'administration sont fixés par le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil d'administration se réunit sur convocation de son président. L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé, sauf en cas d'urgence, au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du conseil d'administration ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative.

En cas d'urgence, le délai peut être abrégé par le président sans pouvoir toutefois être inférieur à un jour franc. Le président en rend compte au conseil d'administration, qui se prononce définitivement sur l'urgence et peut décider le renvoi de la discussion, pour tout ou partie, à l'ordre du jour d'une séance ultérieure.

La convocation est de droit à la demande écrite soit de la moitié au moins de ses membres, soit du directeur général de l'agence régionale de santé. Dans ce cas, la convocation doit intervenir dans le délai maximum de sept jours et le président est tenu d'inscrire à l'ordre du jour la ou les questions qui ont motivé la demande de séance.

La police de l'assemblée appartient au président, qui peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, le conseil d'administration doit obligatoirement être convoqué à nouveau dans un délai de quinze jours.

Le secrétariat est assuré à la diligence du directeur général.

Article D6162-6

Les séances du conseil d'administration ne sont pas publiques.

Le conseil ne peut délibérer valablement que lorsque la majorité des membres en exercice assistent à la séance.

Toutefois, quand, après une convocation régulièrement faite, la majorité requise n'est pas atteinte, la délibération prise après la deuxième convocation, qui doit avoir lieu à trois jours d'intervalle au moins et à huit jours au plus, est valable quel que soit le nombre des membres présents.

En cas de vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande.

En cas de partage égal des voix, il est procédé à un second tour de scrutin. En cas de nouvelle égalité, sauf vote à scrutin secret, la voix du président est prépondérante.

Le vote par correspondance et le vote par procuration ne sont pas admis.

Lorsque le conseil d'administration examine des questions individuelles, l'avis est donné hors la présence du membre du conseil dont la situation est examinée ou de toute personne ayant avec l'intéressé un lien de parenté et d'alliance jusqu'au quatrième degré inclus. Les votes ont lieu au scrutin secret.

Article D6162-7

Lorsque le préfet, empêché, ne peut se faire représenter, la séance est présidée par le plus âgé des membres appartenant aux catégories mentionnées aux 4° et 5° de l'article L. 6162-7 et aux 2° et 3° de l'article D. 6162-1.

Article D6162-8

Par application de l'article L. 6162-11, la composition du conseil d'administration de l'institut Gustave Roussy déroge aux dispositions des articles L. 6162-7 et D. 6162-1 sur les points suivants :

1° Le membre prévu au 1° de l'article L. 6162-7 est le préfet de la région Ile-de-France, préfet de Paris, président de droit du conseil d'administration ;

2° Outre les membres mentionnés aux 2° à 6° de l'article L. 6162-7, le conseil d'administration comporte un représentant du conseil départemental du Val-de-Marne et un représentant du conseil de Paris, respectivement désignés en leur sein par chacune de ces assemblées ;

3° Outre les personnes mentionnées au dernier alinéa du même article, le préfet du département du Val-de-Marne ou son représentant participe aux séances du conseil d'administration avec voix consultative ;

4° Le nombre de personnalités qualifiées prévu au 2° de l'article D. 6162-1 est porté à cinq.

Article D6162-9

Les dispositions des articles D. 6162-2 à D. 6162-7 sont applicables au conseil d'administration de l'institut Gustave Roussy.

Toutefois, par dérogation au 2° de l'article D. 6162-2, deux des cinq personnalités qualifiées prévues au 4° de l'article D. 6162-8 sont désignées respectivement, l'une, par le ministre chargé de la recherche et, l'autre, par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Les dispositions du dernier alinéa de l'article D. 6162-2 s'appliquent également aux membres prévus au 2° de l'article D. 6162-8.

Le mandat des représentants désignés par les collectivités territoriales prend fin lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Toutefois, ces membres continuent à siéger au sein du conseil d'administration jusqu'à la désignation de leur remplaçant par la nouvelle assemblée.

Pour l'application de l'article D. 6162-7 à l'institut Gustave Roussy, la référence au 2° de l'article D. 6162-1 est remplacée par une référence au 4° de l'article D. 6162-8.

Article D6162-10

Sous réserve des adaptations prévues à la présente section et sous réserve des dispositions législatives et des règles d'organisation et de fonctionnement de droit privé qui leur sont spécifiques, sont applicables aux centres de lutte contre le cancer les dispositions des articles D. 6143-39 à l'exception du a du 1°, R. 6145-2 à R. 6145-4, R. 6145-6 à R. 6145-11, R. 6145-13 à l'exception du 2°, R. 6145-16, R. 6145-18 à R. 6145-22, R. 6145-24 à R. 6145-26, R. 6145-28 à R. 6145-30, D. 6145-31 à D. 6145-34, R. 6145-36, R. 6145-39, R. 6145-40, R. 6145-43 à l'exception des premier et dernier alinéas, R. 6145-45, R. 6145-46 à l'exception du premier alinéa, R. 6145-47, R. 6145-49, R. 6145-65, R. 6145-66, D. 6145-67 à D. 6145-68 et R. 6145-69.

Toutefois, les arrêtés prévus aux articles R. 6145-3 et R. 6145-45 sont pris par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article D6162-11

Pour leur application aux centres de lutte contre le cancer, les articles D. 6143-39, R. 6145-6, R. 6145-10, R. 6145-29, D. 6145-32, D. 6145-34, R. 6145-40, R. 6145-65 et R. 6145-69 sont ainsi adaptés :

1° A l'article D. 6143-39, la référence à l'article L. 6143-3 est remplacée par la référence à l'article L. 6162-12 ;

2° A l'article R. 6145-6, les mots : l'" ordonnateur " sont remplacés par les mots : le " directeur " ;

3° A l'article R. 6145-10, les mots : " et à l'article L. 6145-7 " sont supprimés ;

4° A l'article R. 6145-29, les mots : " fixés par le directeur " sont remplacés par les mots : " votés par le conseil d'administration " ;

5° A l'article D. 6145-32, le mot : " fixe " est remplacé par les mots : " présente au conseil d'administration " ;

6° A l'article D. 6145-34, les mots : " fixé par le directeur " sont remplacés par les mots : " adopté par le conseil d'administration " ;

7° A l'article R. 6145-40, les mots : " prendre une décision modificative " sont remplacés par les mots : " présenter une décision modificative au conseil d'administration " ;

8° A l'article R. 6145-65, les mots : " fixé par le directeur " sont remplacés par les mots : " voté par le conseil d'administration " ;

9° A l'article R. 6145-69, le mot : " fixe " est remplacé par les mots : " présente au conseil d'administration ".

Article D6162-12

Pour l'application des articles R. 6145-39, R. 6145-46 et R. 6145-49 aux centres de lutte contre le cancer, les compétences du conseil de surveillance sont exercées par le conseil d'administration.

Article D6162-13

Le directeur général de l'institut Gustave Roussy est assisté par un directeur général adjoint. Ses fonctions sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le directeur général adjoint est nommé, pour une période de cinq ans renouvelable, par décision du directeur général de l'institut Gustave Roussy après avis du conseil d'administration.

Le directeur général de l'institut Gustave Roussy peut mettre fin par anticipation au mandat du directeur général adjoint après avis du président du conseil d'administration.

NOTA :

Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n° 2020-533 du 6 mai 2020, ces dispositions s'appliquent aux nouvelles nominations de directeur général adjoint et de directeur de la recherche prononcées postérieurement à l'entrée en vigueur du présent décret.

Article D6162-14

Le directeur général de l'institut Gustave Roussy est assisté par un directeur de la recherche. Ses fonctions sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la recherche.

Le directeur de la recherche est nommé, pour une période de cinq ans renouvelable, par décision du directeur général de l'institut Gustave Roussy après avis du conseil d'administration.

Le directeur général de l'institut Gustave Roussy peut mettre fin par anticipation au mandat du directeur de la recherche après avis du président du conseil d'administration.

1 Les risques encourus par le directeur général

Dans le cadre de ses fonctions, le directeur général est soumis à plusieurs risques lors de ses prises de décisions. Ces risques peuvent souvent engager la responsabilité personnelle du dirigeant, le soumettant à des sanctions pécuniaires et parfois même pénales. C'est pourquoi la présente charte vient en faire une liste non exhaustive, afin de pouvoir identifier les risques principaux. Cela permettra également de mieux comprendre comment les prévenir.

Voici la liste des différents risques identifiés :

- **Les fautes de gestion** : elles peuvent résulter d'une action ou inaction du dirigeant contraire à l'intérêt de son établissement (article L241-3 du Code de commerce)
- **Les fautes dans l'organisation hospitalière et médicale** : les CLCC sont titulaires d'autorisations sanitaires. A ce titre, la personne titulaire de l'autorisation demeure le seul responsable de son exploitation, notamment au regard des obligations relatives à l'organisation et à la sécurité des soins. C'est son représentant légal qui répondra de la responsabilité qui en découlerait.
- **La gestion de fait** : il s'agit du maniement de fonds publics par une personnes n'ayant pas l'habilitation pour le faire et qui sera qualifiée de comptable de fait au sens de l'article L.131-15 du Code des juridictions financières et qui peut être assujettie aux sanctions prévues par l'article L.131-18 du même code ;
- **Le non-respect des règles de commande publique** : la commande publique est régie par trois principes : la liberté d'accès à la commande publique, l'égalité de traitement des candidats et la transparence des procédures.
- **L'obligation de vigilance face à des faits de corruption et au trafic d'influence** ; mais également les situations où le chef d'établissement « procure à une personne morale, à autrui, ou à lui-même, un avantage injustifié, pécuniaire ou en nature » (Loi du 9 décembre 2016 relative à la transparence et à la lutte contre la corruption, dite « loi Sapin 2 », clé de coûte de la « compliance » française)
- **Les manquements à l'obligation de sécurité** de moyens renforcée en matière de Risques Psychosociaux (article L4121-1 et -2 Code du travail).

Il est précisé qu'un justiciable qui agit conformément aux instructions préalables de son supérieur hiérarchique et d'une personne habilitée n'est passible d'aucune sanction. La responsabilité du supérieur hiérarchique ou de la personne habilitée se substitue, dans ce cas, à la sienne.

Le directeur de l'établissement est donc responsable des instructions données au service financier, et à tous les autres services également.

À la suite de l'identification de ces risques, il est important de mettre en place une gouvernance permettant de les maîtriser.

a) Focus sur les fautes de gestion

Les fautes de gestion se caractérisent par des comportements ou des décisions prises par les dirigeants d'une entreprise qui s'écartent des règles normales de gestion et qui causent un préjudice à la société, à

ses associés ou à ses créanciers. Ces fautes peuvent être variées et sont appréciées au cas par cas par les tribunaux.

La faute de gestion est définie comme tout comportement du dirigeant contraire à l'intérêt social de la société. Les tribunaux considèrent fautif tout acte ou omission qui ne respecte pas les usages normaux de la gestion des entreprises. La faute de gestion peut être constituée par une décision ou une absence de décision, une négligence ou une imprudence, ou encore des actes malveillants.

Un dirigeant peut être considéré comme fautif s'il engage l'entreprise dans des dépenses ou des investissements disproportionnés par rapport à ses ressources financières.

La tenue d'une comptabilité incomplète ou fictive est une faute de gestion, car elle empêche le dirigeant d'apprécier la réalité économique et financière de l'entreprise.

L'absence de surveillance ou de contrôle peut être constitutive d'une faute de gestion.

Un dirigeant peut être condamné s'il utilise les fonds ou biens de l'entreprise à des fins personnelles ou pour favoriser une autre société dans laquelle il a un intérêt direct ou indirect.

b) Focus sur les fautes dans l'organisation hospitalière et médicale

L'article L 6122-3 du code de la santé publique dispose que « *Quelle que soit la forme de gestion ou d'exploitation adoptée par la personne titulaire de l'autorisation, celle-ci en demeure le seul responsable, notamment au regard des obligations relatives à l'organisation et à la sécurité des soins* ».

En matière de responsabilité médicale, l'ICO en tant que CLCC répond des dommages causés par ses professionnels de santé dans le cadre de leurs activités. La responsabilité de l'ICO est fondée sur la faute, conformément au régime général de responsabilité civile prévu par l'article 1240 du Code civil.

La jurisprudence a également précisé que la responsabilité d'un établissement peut être engagée pour des fautes commises par ses salariés, y compris en cas de négligence médicale.

Dans certains cas, la responsabilité de l'ICO peut être engagée sans faute, notamment en présence d'accidents médicaux inexpliqués ou d'infections nosocomiales.

Par ailleurs, la responsabilité pénale peut être engagée si une infraction est commise par un représentant ou un organe de l'ICO dans le cadre de ses activités professionnelles. Cela inclut les dirigeants, mais aussi les salariés ayant reçu une délégation de pouvoir.

c) Focus sur la gestion de fait :

L'article L.131-15 du Code des juridictions financières encadre la notion de gestion de fait qui se réfère à une situation où une personne non habilitée manipule des fonds publics et qui sera qualifiée de comptable de fait.

L'article L.131-18 prévoit que la Cour des comptes peut prononcer des sanctions à l'encontre du justiciable ayant été déclaré comptable de fait.

Les CLCC sont des établissements privés à but non lucratif. Ils appliquent une comptabilité de type privé.

Néanmoins, ces derniers reçoivent des financements publics (dotations de l'assurance maladie, subventions publiques, fonds de recherches publics).

Dans ce contexte, la gestion de fait peut subvenir lorsque des fonds publics sont manipulés.

La situation la plus fréquente est celle du reversement d'une subvention publique.

L'article 15 du décret-loi du 2 mai 1938 relatif au budget prévoit qu'un organisme de droit privé n'a pas le droit de reverser tout ou partie d'une subvention publique à une autre organisme de droit privé, sauf si l'autorité attributaire de la subvention l'y a autorisé expressément.

Le reversement sans autorisation d'une subvention publique par une personne morale de droit privé à une autre personne morale de droit privé est constitutif de gestion de fait. En effet, il s'agirait d'un maniement de fonds publics par une personne n'ayant pas habilitation pour ce faire et qui sera qualifiée de comptable de fait.

d) Focus sur les risques liés à la commande publique :

Le directeur général, tout comme l'ensemble de tous les personnels des CLCC sont soumis à des risques dans leurs relations en tant qu'acheteur avec les fournisseurs des CLCC dans le cadre du droit de la commande publique.

Les dérives en la matière sont en effet passibles de sanctions pénales.

Pour pallier ce risque, les CLCC Unicancer ont souhaité s'engager et mettre en place une « Charte de déontologie des acheteurs » en complément de la présente charte de gouvernance (Annexe 1).

e) L'obligation de vigilance face à des faits de corruption et au trafic d'influence

Afin de se prémunir contre ce risque, il est recommandé de mettre en place un programme de conformité anticorruption structuré autour des huit mesures suivantes :

- Code de conduite : Élaboration d'un code intégré au règlement intérieur, définissant et illustrant les comportements à proscrire, susceptibles de caractériser des faits de corruption ou de trafic d'influence. Un tel code de bonne pratique anticorruption a ainsi été rédigé par l'ICO (Annexe 2)
- Dispositif d'alerte interne : Mise en place d'un mécanisme permettant aux employés de signaler des conduites contraires au code de conduite
- Cartographie des risques : Documentation actualisée identifiant, analysant et hiérarchisant les risques d'exposition à la corruption en fonction des secteurs d'activité et des zones géographiques
- Procédures d'évaluation des tiers : Évaluation des clients, fournisseurs et intermédiaires en lien avec la cartographie des risques.
- Contrôles comptables : Procédures internes ou externes visant à s'assurer que les livres, registres et comptes ne masquent pas des faits de corruption
- Formation : Formation des cadres et personnels les plus exposés aux risques de corruption et de trafic d'influence

- Régime disciplinaire : Mise en place d'un dispositif permettant de sanctionner les violations du code de conduite
- Dispositif de contrôle et d'évaluation interne : Vérification régulière de l'efficacité des mesures mises en œuvre.

2 La direction générale et ses pouvoirs de délégation

Le directeur général, de formation médicale, est assisté d'un directeur général adjoint. Ils fonctionnent comme un binôme et assurent la bonne direction de l'établissement dans un esprit de répartition des tâches.

Le poste de directeur général est régi par le code de la santé publique à l'article L.6162-10. Ce dernier dispose que :

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

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

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

En cas de vacance des fonctions de directeur général, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, pour une durée d'au plus quatre mois, un directeur général à titre intérimaire après avis du président du conseil d'administration et de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer la plus représentative.

La direction générale est donc assurée par le binôme DG-DGA, qui est accompagné dans sa prise de décisions par le comité de direction. Les différents directeurs peuvent **les conseiller** en fonction de leur domaine d'expertise. Les sujets importants touchant à la vie de l'établissement sont abordés dans le cadre des réunions de direction (pouvant porter des noms divers : comité de direction, staff de direction...).

Comme décrit dans l'article du code de la santé publique, c'est le directeur général qui est compétent pour régler les affaires du centre. Or, il est évident qu'en pratique ce dernier ne peut s'occuper de toutes les actions et affaires nécessaires à la vie du centre. C'est pourquoi le directeur général a la possibilité de déléguer certaines de ses compétences.

Les délégations sont possibles dans deux champs :

- La délégation de signature
- La délégation de pouvoirs et de responsabilité

La délégation de signature diffère de la délégation de pouvoir car elle n'entraîne pas un transfert de responsabilité. Elle permet de fluidifier et d'assurer la continuité de la gestion des opérations.

A l'ICO, le Directeur général délègue sa signature à la direction des services, tels que :

- Directrice des achats, de la logistique et du développement durable
- Pharmacien gérant - PUI
- Directeur du développement et de l'innovation
- Directeur du système d'information
- Directeur des affaires financières
- Directrice du contrôle de gestion
- Directeur opérationnel des parcours et des activités
- Directrice de la recherche clinique
- Responsable du service « Promotion de la Recherche »
- Directrice de la communication
- Directrice des affaires juridiques
- Directeur du patrimoine et des travaux
- Ingénieur biomédical
- Déléguée générale - Persévérance fonds de dotation de l'ICO

La mise à jour de cette liste de délégation de signature est tenue à jour par le service juridique de l'ICO.

Le Directeur général ou ces directeurs eux-mêmes peuvent déléguer leur signature à leurs adjoints ou responsables.

La délégation de pouvoir et de responsabilité permet quant à elle de fluidifier la gestion des risques tout en garantissant le respect des réglementations. Elle permet au directeur général de déléguer une partie de ses compétences dans certains domaines à ses directeurs.

Cela permet, à l'instar de la délégation de signature, de se détacher de sa responsabilité pour les actes dont il n'aura plus la compétence suite à sa délégation.

A l'ICO, le directeur général procède à une délégation de pouvoir auprès du directeur général adjoint.

A noter que la personne ayant reçu la délégation de pouvoir et de responsabilité, peut-elle aussi, subdéléguer une partie des compétences lui ayant été déléguées. Cela doit avoir été autorisé de manière générale dans l'établissement de santé par le directeur général, et doit être proposé à un salarié compétent et ayant les moyens de pouvoir mener les missions qu'on souhaite lui déléguer. Ce système de délégation est un bon moyen de répartir la responsabilité ; mais également de permettre la prise de décision à différentes échelles, ce qui peut permettre une continuité du fonctionnement.

3 Les instances et organes de gouvernance

3.1 Le Conseil d'Administration, organe réglementaire de contrôle de la direction générale

Le directeur général doit rendre compte de sa politique et de sa gestion auprès du Conseil d'Administration, dont les rôles et missions, la composition, les conditions d'éligibilité et d'organisation, sont décrits dans le Code de la Santé Publique.

Rôle et missions

L'article L6162-9 du Code de la Santé Publique dispose que :

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

- 1° Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;*
- 2° La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;*
- 3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1 et le plan global de financement pluriannuel ;*
- 4° Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;*
- 5° Les dons et legs ;*
- 6° La participation aux dispositifs spécifiques régionaux mentionnés à l'article L. 6327-6 et les actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre ;*
- 7° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;*
- 8° Les conventions avec des organismes de recherche et les prises de participation nécessaires à la réalisation de projet de recherche ou à l'exploitation des résultats ;*
- 9° Les conventions mentionnées à l'article L. 6162-5 ;*
- 10° Le règlement intérieur ;*

Le président du conseil d'administration dispose d'une voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

Composition

Le conseil d'administration est composé comme prévu dans l'article L6162-7 du Code de la Santé Publique :

- 1° Le représentant de l'Etat dans un des départements de la région où le centre a son siège, désigné par le représentant de l'Etat dans la région ;*

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

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

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

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

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

La présidence du conseil d'administration appartient au représentant de l'Etat désigné en application du 1°.

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

3.2 Les organes de gouvernance

Le principe de collégialité dans la préparation des décisions s'opère, dans chaque CLCC, dans le cadre d'une gouvernance incarnée dans des organes de gouvernance.

Voici la liste de ces différents organes, obligatoires ou facultatifs.

3.2.1 L'instance de pilotage général médico-administratif : le directoire

Rôle et missions

C'est une instance de préparation collégiale des décisions stratégiques qui relèvent de la direction générale en la personne du directeur général. Il est un lieu d'échanges où le débat permet un partage des différentes cultures (gestionnaire, médicale et soin) et une analyse des situations étudiées.

Cet organe a comme objectif de conseiller la Direction générale dans la gestion et la conduite de l'établissement sur :

- Le projet médical
- L'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement
- Pour préparer le projet d'établissement

Il peut ainsi intervenir sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement et notamment donner son avis sur :

- Les demandes de recrutements médicaux et de cadres supérieurs
- Le plan d'investissement biomédical
- La politique de collaboration avec les structures hospitalières

Les décisions finales restent du ressort de la Direction générale.

3.2.2 Les comités consultatifs du management exécutif

❖ **Commission Médicale d'Etablissement (CME)**

Rôle et missions

La CME a principalement un rôle de consultation et d'information auprès de la Direction.

Elle contribue à la définition de la politique médicale ainsi qu'à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge, notamment en ce qui concerne :

- 1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- 2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- 3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- 4° La prise en charge de la douleur ;
- 5° Le plan de développement professionnel du personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique salarié de l'établissement.

Elle peut également jouer un rôle de consultation sur le projet médical, sur les éléments du CPOM, et sur certaines désignations :

- Du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- Du responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- De l'équipe opérationnelle d'hygiène

Composition

La composition de la CME n'est pas définie dans un texte réglementaire ; l'ICO a précisé la composition de la CME dans un règlement intérieur.

❖ **Le Comité Social et Economique**

Rôle et missions

Le Comité Social et Economique a pour mission d'assurer une expression collective des salariés permettant la prise en compte permanente de leurs intérêts dans les décisions relatives à la gestion et à l'évolution économique et financière de l'entreprise, à l'organisation du travail, à la formation professionnelle et aux techniques de production.

Auprès de la direction, il possède principalement un rôle de consultant et d'information. Le CSE doit en effet rendre son avis, après une consultation de 1 mois sur les projets dont la direction lui a fait part. Cette consultation est obligatoire pour tous les projets ayant un impact sur la gestion de l'établissement et les conditions de travail.

Il peut également faire remonter des alertes sur certaines situations.

Composition

Chaque CSE est composé de trois collèges d'élus différents.

Il émane du CSE également la **Commission Santé Sécurité et Conditions de Travail**.

Rôle et missions

La Commission Santé, Sécurité et Condition de Travail (CSSCT) est une émanation du Comité Social et Economique. Elle a pour mission de préparer les avis du CSE sur les domaines qui la concernent, c'est-à-dire la santé, la sécurité et les conditions de travail. Elle peut proposer des initiatives en matière de RPS.

Auprès de la direction, elle possède principalement un rôle de consultant et d'information à travers le CSE qui rend son avis.

Elle peut également faire remonter des alertes sur certaines situations.

Composition

C'est une émanation du CSE

3.2.3 Les éventuels Comités consultatifs du Conseil d'Administration

Certains CLCC mettent en place des comités consultatifs du CA, sur des domaines spécifiques comme les Achats, ou la politique de Recherche du Centre.

Ces comités consultatifs intègrent dans leur composition un membre du CA.

A noter :

Il est également important de mettre en avant et de noter que certains organes collégiaux ou certains dispositifs peuvent être mis en place pour traiter de problématiques bien spécifiques. C'est le cas notamment pour les questions de risques psycho sociaux (RPS) au sein des établissements, mais également des faits de corruptions ou de trafics d'influence (cf annexe 2 « Code de bonne conduite anti-corruption »).

Dans ces domaines, des personnes référentes sont nommées et des dispositifs de signalement sont mis en place. Il peut être créé des comités ou des organes collégiaux pour régler les différentes situations et décider d'une éventuelle sanction.

De la même manière, sur le champ des marchés publics, des dispositifs spécifiques sont déployés, pour jouer le rôle de « Commission des Achats » et valider les principes de la politique Achat du Centre (cf annexe 1 « Charte de déontologie des acheteurs des CLCC »).

4 La charte de déontologie des acheteurs et le code de bonne conduite anti-corruption

En complément de la présente charte de gouvernance, les CLCC membres de la fédération Unicancer ont souhaité engager une réflexion autour des valeurs de probité et de sécurité.

En conséquence :

- Il a été mis en place une charte de déontologie des acheteurs des CLCC (annexe 1).

Elle encadre spécifiquement les relations entre les acheteurs et les fournisseurs des CLCC notamment au regard du droit de la commande publique (marchés publics, concession etc.) et des risques d'infractions pénales afférentes.

Cette charte constitue un guide des bonnes pratiques pour l'ensemble des personnes impliquées dans l'achat, secteurs particulièrement sensibles. En effet, cette charte ne s'adresse pas uniquement à la Direction ou au personnel du service achat mais bien à tous ceux qui interviennent dans ce processus dès son commencement.

La charte de déontologie des acheteurs vise à garantir la transparence des décisions, de lutter contre le favoritisme et de respecter les principes de la commande publique que sont : la liberté d'accès à la commande publique, l'égalité de traitement des candidats et la transparence des procédures.

- L'ICO a adopté un code de bonne conduite anticorruption (annexe 2)

Dans le cadre d'une démarche éthique, la direction de l'ICO s'est engagée dans une politique de tolérance zéro à l'égard de la corruption.

Un code de bonne conduite a ainsi été instauré.

L'objectif est de se mettre en conformité avec les législations et les plus hauts standards de lutte anticorruption, d'ancrer la transparence dans toutes nos pratiques et nos processus et de sensibiliser chacun à ces risques au travers d'un guide.

Annexes

Annexe 1 : Charte de déontologie des acheteurs des CLCC.

Annexe 2 : Code de bonne conduite anticorruption, version intégrale et synthèse