Loi du 26 janvier 2016
de modernisation de notre système de santé

Gouvernance administrative et médicale (art. 104 et 195 de la loi)

Rôle des collectivités territoriales

Dans un contexte où vont prochainement être constitués des groupements hospitaliers de territoire (GHT), la loi réaffirme de façon générale la participation des collectivités territoriales à la gouvernance des établissements publics de santé.

« *Les collectivités territoriales participent à (la) gouvernance (des établissements publics de santé). Elles sont étroitement associées à la définition de leurs stratégies afin de garantir le meilleur accès aux soins et la prise en compte des problématiques de santé dans les politiques locales* » (art. L.6141-1, al. 3 CSP).

La loi précise par ailleurs que les établissements publics de santé sont dotés d'un statut spécifique, qui tient compte en particulier de leur implantation locale et de leur rôle dans les stratégies territoriales pilotées par les collectivités territoriales (art. L.6141-1, al 1 CSP).

Organisation médicale

Etant rappelé que pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve qu'ils doivent être organisés en pôles d'activités, la loi prévoit désormais que les pôles sont composés de « **services, départements, d'unités fonctionnelles et de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés** » (art. L. 6146-1, CSP).

On rappellera que les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés « **pôles hospitalo-universitaires** ».

Dorénavant l'organisation en pôles est facultative en dessous d'un certain seuil qui sera exprimé en nombre d'agents en équivalents temps plein (ETP) et prévoit une **taille maximale** pour la constitution de ces mêmes pôles. Un décret viendra en préciser les modalités.

Un projet de décret (relatif notamment aux fonctions de responsable de services, de structures internes ou unités fonctionnelles des établissements publics de santé) prévoit dans sa rédaction actuelle que les **responsables de services**, de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles seront nommés pour une période de **quatre ans** renouvelable.

Contrat de pôle

S'il demeure que le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle :

- pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, ce contrat est **contresigné** par le président de la CME, qui atteste de sa conformité avec le projet médical ;
- pour les pôles hospitalo-universitaires, le contrat est contresigné par le président de la CME et par le directeur de l'UFR médicale (le doyen) ou, en cas de pluralité d'UFR, par le président du comité de coordination du comité de l'enseignement médical.

Concertation interne au sein du pôle

Le chef de pôle doit organiser la concertation interne et favoriser le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle (dialogue interne dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte)

Fonctionnement des pôles

Les **grands principes de fonctionnement des pôles** doivent figurer dans le règlement intérieur de l'établissement.

Nomination des chefs de pôles

Le directeur général nomme les chefs de pôles sur « proposition » du président de la CME et du directeur de l'UFR médicale ou, en cas de pluralité d'UFR médicales, du président du comité de coordination de l'enseignement médical.
La loi ne prévoit plus que cette nomination soit effectuée sur « présentation » d'une liste (d'au moins trois) noms établie par le président de la CME et le doyen ou, en cas de pluralité d'UFR, par le président du comité de coordination de l'enseignement médical ; ni la possibilité pour le directeur général d'imposer la nomination d'un praticien non proposé par le président de la CME et le doyen (ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical)

CME

Il est précisé que la CME est composée de représentants des personnels médicaux, odontologiques, **maïeutiques** et pharmaceutiques (art L. 6144-2, CSP), ceci permettant de rendre plus visible la place des sages femmes dans l'organisation médicale de l'hôpital.
Ceci prolonge les dispositions du décret du 20 septembre 2013 (relatif notamment à la CME), qui avaient déjà modifié la composition de la CME en ce sens.

Charte de gouvernance

Une **charte de gouvernance** doit être conclue entre le président de la commission médicale d'établissement et le Directeur général et fixer :
a) Les modalités des relations entre le Président de la CME et les pôles d'activité clinique et médico-technique ;
b) Les modalités de la représentation de l'établissement auprès des autorités ou organismes extérieurs par le Président de la CME ;
c) Les moyens matériels et humains mis à disposition du Président de la CME.

Suppression des dispositions réglementaires sur les modalités d'exercice de leurs fonctions par les présidents de CME.

Directoire. Nomination des membres appartenant aux professions médicales.

Sans changement, le directeur général nomme ces membres sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME et le doyen ou en cas de pluralités d'UFR médicales, le président du comité de coordination de l'enseignement médical. En cas de désaccord, le directeur peut demander une nouvelle liste.

Ce qui change est qu'en cas de nouveau désaccord, le directeur nomme ces membres après avis du président de la CME et non plus les membres « de son choix ».

Prises de participation et création de filiales

La loi permet désormais les prises de participation et les créations de filiales ayant pour missions d'assurer, à titre subsidiaire, des prestations de service, la valorisation des activités de recherches et leurs résultats ainsi que l'exploitation des brevets et des licences dans le cadre des services industriels et commerciaux réalisés par l'établissement.

Ces prises de participation et créations de filiales requièrent une délibération du Conseil de surveillance (art. L. 6143-1, CSP). Elles sont soumises au Conseil de surveillance par le directeur général après concertation avec le directoire (art. L. 6143-7, CSP)

La Commission des usagers (CDU)

Désormais une Commission des usagers (CDU) remplace la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) (art. L.1112-3, CSP).

Une fiche pratique DAJ spécifique précise sa composition et ses modalités de fonctionnement nouvelles sera diffusée dès la parution du décret d'application donnant actuellement lieu à concertation.