

Commission Médicale d'Établissement 9 mars 2010

Impacts de la loi HPST sur l'organisation médicale et le rôle de la CME



Les missions du conseil de surveillance

- Se prononce sur **la stratégie** (rôle général)
- Exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement
- Délibère sur (rôle décisionnel) :
 - le projet d'établissement**
 - la convention constitutive des CHU**
 - le compte financier et l'affectation des résultats
 - toute mesure relative à la participation de l'établissement à une CHT lorsqu'un CHU est partie prenante et tout projet de fusion
 - le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur
 - toute convention intervenant entre l'EPS et l'un des membres de son directoire ou de son CS
 - les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement
 - la désignation de l'établissement siège de la CHT dont l'établissement est membre

Les missions du conseil de surveillance

- Donne son avis sur (rôle d'avis) :
 - la **politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins** et de la **gestion des risques** ainsi que les **conditions d'accueil et de prise en charge des usagers**
 - les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat public privé
 - le **règlement intérieur de l'établissement**
 - la convention de CHT qui ne comporte pas de CHU
- Communique au DG de l'ARS ses observations sur le rapport annuel d'activité et sur la gestion de l'établissement
- Nomme le commissaire aux comptes en charge de la certification des comptes
- Entend le directeur sur l'EPRD et le programme d'investissement
- Est informé avant la nomination et la révocation des membres du directoire

Les compétences du directeur

- Le directeur est le président du directoire
- Le directeur dispose de compétences propres pour :
 - **Assurer la conduite de la politique générale de l'établissement**
 - Représenter l'établissement dans tous les actes de la vie civile
 - Agir en justice au nom de l'établissement
 - Régler les affaires de l'établissement autres que celles qui impliquent une concertation avec le directoire et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance
 - Participe aux séances du conseil de surveillance et en exécuter les délibérations.
 - **Exercer 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
 - Ordonner les dépenses et les recettes de l'établissement
 - Transiger
 - **Déléguer sa signature**

Art.
L6143-7
CSP

Les compétences du directeur

- Après concertation du directoire, le directeur est compétent pour :
 - Conclure le CPOM
 - Décider, conjointement avec le président de la CME, de 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
 - Arrêter le bilan social et définir les modalités d'une politique d'intéressement
 - Déterminer le programme d'investissement après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux
 - Fixer l'EPRD, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations
 - Arrêter le compte financier et le soumettre à l'approbation du CS
 - Arrêter l'organisation interne de l'établissement et signer les contrats de pôle d'activité
 - Proposer la constitution et la participation à une forme de coopération sanitaire

Les compétences du directeur

- Après concertation du directoire, le directeur est compétent pour :
 - Conclure les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans
 - Conclure les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat PPP et les conventions de location
 - Soumettre au conseil de surveillance le projet d'établissement**
 - Conclure les délégations de service public
 - Arrêter le règlement intérieur de l'établissement**
 - A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, **décider de l'organisation du travail et des temps de repos**
 - Présenter à l'ARS le plan de redressement

Les compétences du directeur

- Le directeur gère les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre du projet d'établissement
- A cet effet, il dispose d'un pouvoir de nomination :
 - Pouvoir de nomination complet pour le PNM (hors personnels de direction)
 - Personnels de direction : le directeur propose au DG du CNG la nomination des directeurs-adjoints et des directeurs de soins, après avis des CAPN
 - **PM titulaires hospitaliers : le directeur propose au DG du CNG leur nomination sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME**
 - **Peut, sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME, admettre des PM exerçant à titre libéral à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à l'établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement**

Les compétences du directeur

D. 30/12/09
Art. D6143-
35-2 CSP

■ Le directeur nomme et révoque :

□ Les membres du directoire

- À l'exception des membres de droit
- Après information du CS
- Pour les membres médicaux du directoire, cette nomination intervient sur présentation d'une liste de propositions (au moins 3 noms) établie par le président de la CME et, dans les CHU, par le président de la CME conjointement avec le directeur de l'UFR ou le président du CCEM
- En cas de désaccord, le directeur peut demander une nouvelle liste. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix

□ Les chefs de pôle

- Sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME pour les pôles cliniques et médico-techniques
- En cas de désaccord, le directeur demande une nouvelle liste
- Si un nouveau désaccord intervient, il nomme les chefs de pôle de son choix
- Dans les CHU, les listes sont établies conjointement par le président de la CME et le directeur de l'UFR ou le président du CCEM

Missions du directoire

■ Remplacement du conseil exécutif par un directoire investi des missions suivantes :

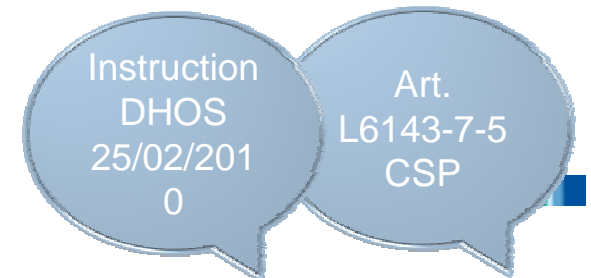
- Conseil stratégique au directeur dans la conduite générale de l'établissement
- Consultation sur les principales décisions
- Approbation du projet médical
- Préparation du projet d'établissement

■ Structure non investie de pouvoirs de décision au sens juridique

- Le directeur, président du directoire, prend ses décisions après « concertation » du directoire
- La « concertation » ne limite pas le pouvoir décisionnaire du directeur
- Article D.6143-35-5 CSP (D. du 30/12/09) : « *La concertation se déroule à l'initiative et selon des modalités définies par le président du directoire* »

Composition du directoire

- 9 membres dans les CHU (majorité médicale → mini 5 médecins)
- Le directeur, président
- Le président de la CME, 1^{er} VP chargé des affaires médicales
- Le président du CCEM, 2^{ème} VP chargé de l'enseignement
- Un 3^{ème} VP chargé de la recherche, nommé par le directeur sur proposition conjointe du pdt INSERM, du 2^{ème} VP et des pdts université
- Le président de la CSIRMT
- 4 membres nommés par le directeur dont au moins 3 médecins
- Durée du mandat des membres nommés : 4 ans
- Les mandats des membres du directoire nommés par le directeur cessent à compter de la fin de ses fonctions



Le président de la CME

■ Pouvoirs institutionnels

- 1^{er} vice-président du directoire
- Assure la coordination et la continuité des travaux du directoire en cas d'empêchement ou d'absence prolongée du président du directoire
- Proposition pour la désignation des membres médicaux du directoire
- Participation à titre consultatif aux séances du conseil de surveillance
- Proposition pour la désignation des chefs de pôle
- Avis sur la nomination et la mise en recherche d'affectation des PM
- Avis sur les projets de contrats de pôle
- Avis sur l'admission par contrat de praticiens libéraux

■ Fonctions

- Elaboration et suivi du projet médical conjointement avec le directeur
- Définition et suivi de 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 (sous réserve des attributions de la CME et conjointement avec le directeur)
- Diffusion et évaluation des bonnes pratiques médicales
- Coordination de la prise en charge du patient
- Promotion de la recherche médicale et de l'innovation
- Elaboration du plan de DPC
- Rapport annuel au directoire et au CS

Art.
L6143-7-3
CSP

D.
30/01/09

Compétences de la CME

Dernière
version du
projet de
décret

■ Saisie pour consultation (avis)

- Projet d'établissement
- Projet médical
- Missions de service public prises en charge
- Conventions constitutives CH&U
- Projet de SIRMT
- Plan de DPC
- Organisation interne
- Politique sociale, modalités politique d'intéressement, bilan social
- Statut des fondations hospitalières
- Règlement intérieur
- Programmes d'investissement
- Tout sujet relevant de son champ de compétence par le pdt du directoire, le pdt du CS ou le DG ARS

Compétences de la CME

Dernière
version du
projet de
décret

■ Saisie pour information

- EPRD initial et ses modifications, compte financier et affectation du résultat
- CPOM
- Rapport annuel d'activité
- Contrats de pôles
- Bilan annuel des tableaux de service
- Politique de recrutement des emplois médicaux
- Organisation de la formation des étudiants et des internes et la liste des postes ouverts

Compétences de la CME

■ Contribution à la politique d'amélioration qualité et sécurité des soins et à la prise en charge des usagers

- Gestion globale des risques
- Dispositifs de vigilance
- Lutte contre les infections associées aux soins
- Définition de la politique du médicament et des DMS
- Prise en charge de la douleur
- Conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- Evaluation de la prise en charge des urgences
- Evaluation des admissions non programmées
- Fonctionnement de la PDS
- Filières de soins
- Formation des internes et des étudiants
- Evaluation des pratiques
- Contribution à l'élaboration du plan de DPC
- Participation à la procédure de certification

Dernière
version du
projet de
décret

Compétences de la CME

Dernière
version du
projet de
décret

■ Perte des compétences suivantes :

- Avis sur l'EPRD
- Information régulière sur la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement et des créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens hospitaliers
- Désignation des responsables de structures internes
- Avis sur les questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des praticiens

■ CME/CCM

- Possibilité d'instituer des CCM par le règlement intérieur
- CME peut déléguer tout ou partie de ses attributions aux CCM via une délibération spécifique

Composition de la CME de l'AP-HP

Dernière
version du
projet de
décret

■ Composition :

- Des représentants des praticiens HU élus par et parmi ceux-ci
- Des représentants des praticiens H élus par et parmi ceux-ci
- Des représentants des personnels temporaires, non titulaires, contractuels ou exerçant à titre libéral élus par et parmi ceux-ci
- 10 représentants des chefs de pôle élus par et parmi ceux-ci
- 5 représentants des présidents de CCM élus par et parmi ceux-ci
- 4 représentants des internes
- 1 représentant sages-femmes

■ Avec voix consultative :

- Président du directoire (DG)
- Président CSIRMT
- DIM
- Responsable EOH
- Représentant CTE
- Représentation des directeurs d'UFR non prévue à ce stade

Composition de la CME

Dernière
version du
projet de
décret

■ Elections :

- Scrutin secret uninominal majoritaire à 2 tours
- Nul ne peut être électeur ou éligible à plus d'un titre
- 1 suppléant pour chaque siège attribué
- Répartition, modalités de désignation, nombre de sièges → déterminés, pour chaque catégorie, par le règlement intérieur

■ Représentants des internes :

- Désignés tous les 6 mois à chaque début de stage
- Modalités de désignation arrêtées par le règlement intérieur

■ Durée des mandats : 4 ans

■ CME actuelles achèvent leurs mandats

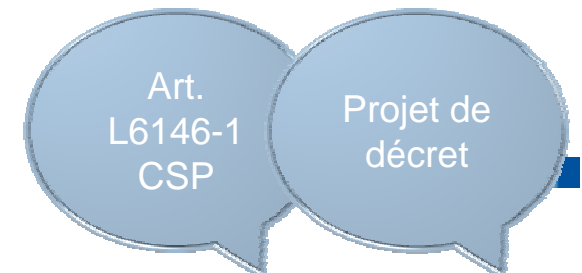
■ CME définit librement son organisation interne à travers son règlement intérieur (sous-commissions)

Organisation interne

- Principe de la liberté d'organisation interne au niveau des structures : seule structure obligatoire : le pôle, éventuellement composé de structures internes
- Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME et, dans les CHU, du directeur de l'UFR médicale.
- Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées
- « Dans les CHU, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires »

Compétences du chef de pôle

- Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle
- Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle
- Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.
- Le chef de pôle peut modifier l'affectation des agents à l'intérieur du pôle et assurer temporairement la gestion des structures d'accueil des patients



Désignation du chef de pôle

- Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique et médico-technique tous les personnels médicaux, quels que soient leurs statuts (yc consultants, praticiens contractuels et associés, praticiens à temps partiel...)
- Disparition du système de la liste nationale d'habilitation (fin exigence 5 ans d'ancienneté dans un grade de titulaire)
- Mandat de 4 ans renouvelable + indemnité forfaitaire de fonction
- Obligation de suivi d'une formation à l'emploi dans les 6 mois suivant leur nomination. A défaut, maintien impossible au-delà d'un an. Possibilité de faire valoir une formation antérieure
- Possibilité de mettre fin aux fonctions de resp. de structures internes par décision du directeur après avis pdt CME, directeur UFR et pdt CCEM
- Maintien des chefs de pôle en fonction jusqu'à échéance de leurs mandats

Fonctionnement du pôle

- **Contrat de pôle**
 - Objectifs et moyens du pôle ; Indicateurs retenus pour l'évaluation des objectifs
 - Champs et modalités des délégations de gestion accordées au chef de pôle
 - Modalités d'intéressement des pôles aux résultats de leur gestion
 - Contrat signé pour 4 ans entre le directeur et le chef de pôle après avis du président de la CME et du directeur de l'UFR
- **Délégation de gestion**
 - Obligation pour le directeur
 - Contenu minimal sera précisé par arrêté
 - Le directeur peut toutefois la retirer à tout moment
- **Projet de pôle**
 - Définition des missions et des responsabilités confiées aux structures internes
 - Evolutions du périmètre et des moyens de ces structures internes en fonction des perspectives d'activité
 - Déclinaison, sur la base du contrat de pôle, de l'organisation à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs assignés
 - Elaboré par le chef de pôle dans un délai de 3 mois après sa nomination
 - Le chef de pôle organise la concertation au sein du pôle en associant toutes les catégories de personnel
 - Disparition des conseils de pôle

Les structures internes aux pôles

- Liberté d'organisation permettant de structurer les pôles en services, départements, UF, UC, etc.
- Les responsables de structures internes aux pôles sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME, dans des conditions fixées par le règlement intérieur
- Possibilité de mettre fin aux fonctions de resp. de structures internes par décision du directeur après avis pdt CME, directeur UFR et pdt CCEM
- Disparition de la catégorie juridique propre des « chefs de service »
 - Possibilité d'un maintien par la voie du règlement intérieur
 - Disparition de toutes les dispositions spécifiques (liste nationale d'habilitation + procédure de nomination)
 - Y compris pour les chefs de service de psychiatrie
 - Exception non traitée : les gérant de PUI

Enjeux

■ Mise à jour du règlement intérieur de la CME

- Compétences : liste actuelle → liste future + niveau de délégation
CME → CCM de GH
- Composition : répartition par discipline et modalités de désignation des membres élus
- Fonctionnement : sous-commissions

■ Mise à jour du règlement intérieur de l'AP-HP

- CCM : compétences, composition, fonctionnement
- Organisation médicale : nature et périmètre des structures internes, champs de compétences des responsables de structures internes, modalités de désignation

Proposition

■ Travaux préparatoires : mars/avril 2010

- Recensement de l'existant
- Identification détaillée des évolutions impliquées par HPST
- Propositions de modification des textes actuels
- Groupe de travail restreint : DPM, pdt CME, vice-pdt CME, 1 représentant pdts CCM, 1 représentant médical, 1 représentant chirurgical

■ Présentation à la CME de mai ou de juin en fonction des dates de parution des décrets d'application