



Propositions d'amendements

(Après la première lecture à l'Assemblée Nationale)

Loi « Hôpital, Patients,
Santé, Territoire » (HPST)

Conférence des Présidents de CME de CHU

Conférence des Présidents de CME de CH

Conférence des Présidents de CME de CHS

**Conférence des Doyens des Facultés de
Médecin**

Les conférences de président de CME de CHU, de CH et de CHS poursuivent leur défense d'une **vision médicalisée de la gouvernance hospitalière** et proposent 8 amendements au projet de loi relatif à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires présenté par Madame la ministre de la santé, après la première lecture à l'Assemblée Nationale.

L'esprit de ces propositions n'est pas de remettre en cause l'objectif d'efficacité dans la prise de décision à l'hôpital public. Il est en revanche de permettre le maintien d'un **principe de médicalisation des décisions à l'hôpital public, seule garantie à nos yeux du respect en toute occasion des principes éthiques.**

En clair, notre position ne revient pas à refuser la reconnaissance d'un véritable « patron » à l'hôpital, qui soit en capacité, *in fine*, de décider, a fortiori dans les situations de blocage. Mais elle consiste à garantir l'existence d'un dialogue, préalablement aux prises de décisions les plus importantes dont se voit doté le directeur de l'hôpital dans le cadre du projet de loi.

Cette position se veut donc avant tout constructive.

L'ensemble des amendements présentés ci-après doivent être considérés comme étant la déclinaison d'une seule et même proposition et constituent un tout.

Amendement n°1

Il est proposé une nouvelle rédaction de l'article 6 du projet de loi modifiant l'article L 6143-7 du code de la santé publique relatif au pouvoir de nomination du président de directoire :

Le Président du Directoire dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre de national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et **sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis de la commission médicale d'établissement**, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L.6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire.

Exposé des motifs :

Le projet de loi introduit une possibilité de contractualisation avec les praticiens lors des recrutements. Celle-ci devra préciser le projet médical, les objectifs du médecin, les moyens mis à sa disposition par l'établissement, les critères de jugement. Elle précisera également les modalités de rémunération, avec la possibilité d'un socle commun auquel s'ajouteront des éléments de valorisation individuelle prenant en compte l'activité de soins ou de recherche et/ou d'enseignement, voire de gestion. Les recrutements médicaux ne peuvent cependant en aucun cas répondre à des objectifs uniquement financiers, ils doivent s'intégrer dans une stratégie médicale, non seulement du pôle, mais d'établissement.

Il est donc essentiel de préciser que le Président de la CME puisse, au même titre que le chef de pôle, être à l'origine d'une proposition de nomination des personnels médicaux, après avis de la CME.

Amendement n°2

Il est proposé une nouvelle rédaction de l'article 6 du projet de loi modifiant L 6143-7 du code de la santé publique et portant sur les compétences du directoire :

Après avis du directoire, le président du directoire :

....

2° Arrête le projet médical de l'établissement **sur proposition du président de la CME et** après avis de la commission médicale d'établissement, et décide, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins **préparée par la Commission Médicale d'Etablissement**, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;

6° Arrête l'organisation interne de l'établissement définie à l'article L.6146-1, **conformément au projet médical et au projet de l'établissement, et conclut, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement**, les contrats de pôle d'activité en application de l'article L 6146-1.

Exposé des motifs :

Il s'agit d'un article fondamental du projet de loi en ce qu'il transfère un certain nombre de compétences, des instances actuelles des établissements, vers le directoire.

Cela doit permettre une meilleure efficacité et une plus grande réactivité dans le processus de prise de décision au sein des établissements publics de santé.

Cependant, la formulation actuelle de cet article ne permet pas une réelle prise en compte :

- du nécessaire maintien de la Commission Médicale d'Etablissement comme instance consultative représentant la communauté médicale ; cela n'est pas une revendication catégorielle mais la conviction profonde que **l'hôpital public ne peut être piloté sans la « pensée médicale »**.
- des conséquences d'une **compétence première du Président de la CME dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement** (voir amendement n°4) : s'il doit être le garant de sa mise en œuvre, le Président de la CME doit être associé au processus de décision dans le cadre des contrats internes (délégations de gestion) et de l'organisation interne de l'établissement conçue comme une déclinaison opérationnelle du projet médical.

La qualité des soins produits, et l'efficience (rapport coût/efficacité) du fonctionnement hospitalier dans un contexte de forte contrainte budgétaire et de raréfaction de la ressource médicale, repose sur l'implication forte des responsables hospitaliers, tant gestionnaires que médicaux et pharmaceutiques, dans le fonctionnement et l'organisation, sur la base d'un projet commun, et d'un positionnement stratégique clair dans l'environnement territorial. Le personnel médical a une responsabilité particulière puisqu'il génère l'activité, l'attractivité de l'établissement et induit les dépenses. Il convient donc de renforcer aux yeux des communautés médicales, pharmaceutiques et odontologiques, l'acceptabilité et la légitimité des décisions concernant le recrutement et le fonctionnement

médical. L'association du président de la commission médicale d'établissement, gage de cette légitimité, aux nominations médicales et à la conclusion des contrats de pôle est réalisée, sans difficulté particulière, depuis l'ordonnance de 2005 ; nous proposons de la maintenir, en réintroduisant des décisions conjointes, directeur et président de CME, sur ces points. L'avis de la commission médicale d'établissement sur le projet médical, base du projet d'établissement, permet une information et une appropriation de ce projet par les praticiens, condition nécessaire à sa mise en œuvre. L'organisation du fonctionnement de la structure (périmètre des pôles, interface entre les unités, etc.), qui n'est pas une fin en soi, est destinée à répondre aux objectifs assignés à l'établissement et doit s'appuyer sur le projet médical.

Amendement n°3

Il est proposé une nouvelle rédaction du paragraphe 24 de l'article 6 du projet de loi modifiant l'article L 6143-7 relatif aux compétences du directoire :

Le Président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Les modalités d'exercice de sa fonction sont précisées par décret. Il **est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre**, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, du projet médical de l'établissement **qui est arrêté par le président du directoire après avis de la commission médicale d'établissement qui l'aura préparé sous la responsabilité de son Président**. Il coordonne la politique médicale de l'établissement, ~~sous l'autorité du directeur.~~

Exposé des motifs :

La reconnaissance de la prééminence de la communauté médicale dans la définition de la stratégie médicale des établissements est seule garante de la cohésion et du développement de l'hôpital public. Cela constitue **la clé de voûte de l'ensemble du dispositif**.

Le Président de la commission médicale d'établissement, en tant que Vice-Président du directoire, doit être reconnu comme étant responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, qui est arrêté par le directoire après avis de la commission médicale d'établissement qui l'aura préparé sous la responsabilité de son Président.

Amendement n°4

Il est proposé une nouvelle rédaction de l'article 6 du projet de loi modifiant l'article L 6143-7 relatif à la procédure de nomination des membres du directoire :

(...) Les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique sont majoritaires au sein du directoire. Les autres membres du directoire sont nommés par le président du directoire de l'établissement, **sur proposition** du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel, pharmaceutique et odontologique. (...).

Exposé des motifs :

Il est indispensable que son vice-président dispose d'un pouvoir de proposition s'agissant des membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique. Cette procédure doit garantir la présence au directoire de responsables médicaux porteurs de la vision institutionnelle de la Commission Médicale d'Etablissement.

Que penser de l'objectivité des débats dès lors que le directoire verra sa dimension médicale centrée autour de responsables de pôles ? On peut craindre en effet qu'ils ne soient tentés par une vision intéressée, sinon « patriotique », en faveur de leur pôle, et ce plutôt que d'avoir une vision collective. On peut aussi craindre qu'ils ne soient pas totalement libres à l'égard du « patron » qui les aura nommés et leur aura délégués certaines prérogatives.

Amendement n°5

Il est proposé une nouvelle rédaction de l'article 8 du projet de loi modifiant l'article L 6146-1 du code de la santé publique relatif à l'organisation de l'établissement en pôles d'activité :

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical de l'établissement, **sur proposition du président de la commission médicale d'établissement et dans les CHU du Directeur de l'unité de formation et de recherche médicale** Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activité quand l'effectif médical de l'établissement le justifie.

Exposé des motifs :

Le Président de la CME, garant de la mise en œuvre du projet médical élaboré sous sa responsabilité, doit être associé aux processus de décision dans le cadre des contrats internes (délégations de gestion) et de l'organisation interne de l'établissement conçue comme une déclinaison opérationnelle du projet médical.

Par ailleurs, pour les Centres Hospitaliers Universitaires, il importe d'avoir une **vision claire et coordonnée de la stratégie médicale, universitaire et scientifique**. En effet, demain, les CHU seront le produit d'une contractualisation entre l'université autonome et un pôle d'activité de l'hôpital, portant notamment sur des projets de recherche biomédicale particulièrement remarquables. L'excellence ne pourra résulter de la seule « construction gestionnaire » des pôles, et il est indispensable que le Président de la CME et le directeur de l'UFR de médecine soient associés à cet acte fondamental.

Amendement n°6

Il est proposé une nouvelle rédaction de l'article 8 du projet de loi modifiant L 6146-1 du code de la santé publique relatif à la nomination des responsables de pôles d'activité :

Les chefs de pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le directeur, **après avis du conseil restreint de pôle et sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, et dans les CHU du Directeur de l'unité de formation et de recherche médicale après avis de son conseil de gestion**, pour une durée fixée par décret.

Exposé des motifs :

Pour les mêmes raisons que celles évoquées dans le cadre de l'exposé des motifs de l'amendement n°5, il convient de prévoir un processus de nomination des responsables de pôles associant le Président de la CME et le Doyen de la Faculté de Médecine dans les CHU.

La durée des mandats sera fixée par le règlement intérieur, mais il serait souhaitable de l'aligner sur la durée de mandat des CME, soit 4 ans.

Amendement n°7

Il est proposé une nouvelle rédaction de l'article 8 du projet de loi modifiant L 6146-1 du code de la santé publique relativement à la procédure de signature des contrats internes avec les pôles d'activité :

Le directeur, **le président de la commission médicale d'établissement et le Directeur de l'unité de formation et de recherche médicale signent, sur la base du projet d'établissement**, avec le chef de pôle un contrat de pôle qui précise les objectifs et les moyens du pôle.

Exposé des motifs :

Déclinaison des principes évoqués précédemment.

Amendement n°8

Il est proposé une nouvelle rédaction de l'article 8 du projet de loi modifiant L 6146-2 du code de la santé publique s'agissant de la procédure d'autorisation d'une activité libérale pour les praticiens attachés :

Dans le respect des disposition relatives au service public hospitalier, et dans les conditions fixées par voie réglementaire, le président du directoire d'un établissement public de santé peut admettre, **sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle**, des professionnel médicaux exerçant à titre libéral autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1 à participer à l'exercice des mission de cet établissement. Des professionnels non médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer à ces missions lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné.

Exposé des motifs :

Le Président de la CME, responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie médicale et associé à ce titre au processus de nomination des praticiens au sein de l'établissement, doit également l'être dans le cadre d'accords passés avec des praticiens libéraux.

Il est en effet **garant des conditions d'attractivité** des professionnels médicaux. Il est également le garant de l'inscription de ces accords dans le cadre d'une **stratégie de coopération globale** de l'hôpital et de son inscription dans son environnement, de proximité voire régional pour les CHRU.

L'engagement de praticiens sur contrat, qui est une nécessité mais pose des questions d'acceptabilité et d'équité dans les équipes médicales, doit s'intégrer dans la politique médicale de l'établissement, et justifie l'avis du chef de pôle, sous l'autorité fonctionnelle duquel il va exercer, dans le respect de la déontologie et en conformité avec le projet de pôle et le projet d'établissement.

Compte tenu de l'impact de ces nouveaux contrats sur le fonctionnement médical global de l'établissement et les équilibres internes, la proposition est portée, du fait de sa forte légitimité institutionnelle, par le président de la commission médicale; s'agissant de contrat au sens juridique, seul le directeur, responsable légal, peut les signer.