

CONFEDERATION DES PRATICIENS DES HOPITAUX

La loi HPST sortie de l'Assemblée Nationale

I. Montet, J.-P Salvarelli, J.-C Pénochet, J. Trévidic.

Discutée du 10 février au 18 mars, la loi HPST votée à l'Assemblée Nationale est maintenant en attente de présentation au Sénat le 11 mai et reprend les principaux points du projet malgré les multiples amendements déposés (majorité et opposition).

Le Directoire remplace le Conseil Exécutif, les pouvoirs du directeur sont renforcés

- Composé de 7 membres du personnel de l'établissement (9 dans les CHU) : il y est prévu que la majorité du personnel sera médical, pharmaceutique et odontologique (dont le directeur de l'UFR médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical dans les CHU), mais **sa composition reste déterminée par le directeur.**
- Prépare le projet de l'établissement « **notamment** » sur la base du projet médical et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.
- Toujours **présidé par le directeur** qui :
 1. exerce son autorité sur l'ensemble du personnel.
 2. nomme et peut récuser les autres membres du directoire, après **simple avis** du président de la CME pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique).
 3. est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. et a le pouvoir de transiger.
 4. **arrête le projet médical** de l'établissement après avoir pris **les avis** de la CME et des membres du directoire.
 5. dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement :
 - **nomme les chefs de pôle et signe avec eux des contrats de pôle** : le président de CME n'y joue plus désormais de rôle
 - **propose au directeur général du CNG la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux**, pharmaceutiques et odontologiques après simple **avis** consultatif du président de la CME et proposition du chef de pôle
- Le président de la CME est le vice-président du directoire.

L'organisation en Pôles est déterminée sur des objectifs de gestion

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en **pôles d'activité** conformément au projet médical de l'établissement (qu'il aura lui-même arrêté).

Le responsable de pôle devient chef de pôle.

- Il est **nommé par le directeur**, après avis du président de la CME pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique (et avis du directeur de l'UFR ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical pour les CHU).
- Il met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.
- Il a une "autorité fonctionnelle" sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle.
- Il signe **avec le directeur** de l'établissement un contrat de pôle qui précise les objectifs et les moyens du pôle (le président de CME n'intervient plus).

Le conseil de pôle est supprimé.

Il n'y aura plus de création de service.

Le Président de la CME et la CME perdent leurs prérogatives dans le fonctionnement médical de l'établissement

Le président de CME n'est plus chargé d'élaborer le projet médical mais de le "préparer", et il est absent du processus de contractualisation interne qui nourrit et décline le projet médical, et de la préparation du CPOM avec le directeur de l'ARS.

Le président de la CME ne fait plus que « au plus » donner un avis tant pour la nomination des chefs de pôle ou des praticiens hospitaliers que pour la désignation des représentants médicaux au directoire.

La CME perd la grande partie de ses prérogatives et des avis qu'elle avait jusqu'alors à donner (sur les projets de l'établissement, sur les nominations tant des praticiens hospitaliers que des chefs de pôle, etc.).

Le Praticien Hospitalier sous contrôle

Un nouveau mode de nomination et de gestion: c'est le directeur de l'établissement qui propose au directeur général du CNG la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques après avis du président de la CME et proposition du chef de pôle.

Un nouveau statut possible: celui de **clinicien hospitalier contractuel**. Il concernera des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus. La rémunération contractuelle des praticiens comprendra des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs. Les PH en exercice pourront être recrutés sur ce type de contrat en étant placés en détachement sur une durée maximale de deux ans.

De nouvelles obligations de gestion et sanctions pour les médecins:

- Une obligation de transmission en temps réel des informations sur les lits disponibles est créée

- Une obligation de transmission par les médecins "des données de facturation" dans un délai compatible avec celui imposé à l'établissement est créée. Le projet de loi prévoit que, si cette obligation n'est pas respectée, une retenue sur rémunération pourra être opérée.

Renforcement des mesures disciplinaires (article L4124-2) : jusqu'alors, les actes des PH relevaient en première intention de la commission statutaire de discipline et les PH ne pouvaient être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre que par le Ministre, le Préfet ou le Procureur de la République : ils pourront désormais l'être également par le Conseil de l'Ordre et le Directeur de l'ARS.

Obligation de formation recentrée sur la formation à visée évaluative :

Le « Développement Professionnel Continu » remplace le dispositif FMC – EPP et a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de Santé Publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Pour chaque professionnel, au minimum une action de formation évaluation par an. Un organisme unique gestionnaire de la DPC pour l'ensemble des professions de santé : administré par un conseil de gestion avec des sections spécifiques à chaque profession, sa composition, les modalités de création des sections spécifiques et les règles d'affectation des ressources dans chaque section seront fixées par voie réglementaire. L'organisme de gestion assurera « la gestion financières des actions de DPC ».

Les Conseils départementaux de l'ordre seront chargés de vérifier le respect de l'obligation de DPC sur un échantillon de professionnels chaque année.

Le Conseil de Surveillance remplace le Conseil d'Administration

Dirigé par le directeur de l'établissement, il se prononce sur la stratégie et exerce le **contrôle de l'établissement**. Il délibère sur le projet d'établissement, la convention constitutive des CHU et les conventions passées entre les universités et les CHR, sur le compte financier et l'affectation des résultats, sur le rapport annuel d'activité de l'établissement présenté par le président du directoire,

Il donne un avis :

- sur la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins, de la gestion des risques et sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- sur l'adhésion ou le retrait d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) et d'un groupement de coopération sanitaire (CGS).

Composé de trois collègues :

- collectivités territoriales (5 représentants maximum),
- personnel médical et non médical (1 représentant désigné par la commission des soins infirmiers, 2 par la CME et 2 par les organisations syndicales)
- personnalités qualifiées nommés par le directeur de l'ARS (5 dont 2 représentants des usagers).

Siègent également au directoire avec voix consultative : le directeur de l'ARS, le directeur de la CPAM et le directeur de l'UFR dans les CHU.

Coopérations entre établissements

▪ Les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT)

Les CHT ont pour objectif de "mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités, grâce à des **délégations ou transferts de compétences entre établissements membres**".

Conclue par les directeurs des établissements membres après avis de leurs conseils de surveillance, la **convention** constitutive d'une communauté hospitalière de territoire fixe :

- "la répartition des droits et obligations des établissements membres" et désigne l'établissement siège de la CHT.
- "le **projet médical commun** et les compétences ou activités, déléguées ou transférées entre les établissements membres de la communauté ;
- la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la CHT (CME), qui comprennent chacun des représentants des établissements membres
- les modalités de mise en œuvre des dispositions relatives à la cohérence des CPOM, des projets médicaux, des projets d'établissement, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement".
- "les modalités de coopération entre les établissements membres de la CHT en matière de gestion ainsi que les modalités de **mise en commun des ressources humaines** et des systèmes d'information hospitaliers
- les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements membres de la CHT au bénéfice des autres établissements en contrepartie des missions assurées par ceux-ci pour leur compte".

Les établissements médico-sociaux peuvent figurer au sein d'une CHT par le biais du statut de "membre associé", tout en leur assurant une place, avec voix consultative, au sein du conseil de surveillance de l'établissement siège.

Les projets d'établissement des établissements membres doivent être "rendus compatibles" avec celui de l'établissement siège de la CHT ; de même, les projets médicaux des établissements membres devront décliner, chacun pour ce qui le concerne, le projet médical commun de la CHT.

Les établissements qui s'engageront dans une démarche de CHT bénéficieront de soutiens financiers qui pourront provenir des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (Migac) ou du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

▪ Les Groupements de Coopération Sanitaire

Après les GCS de moyens et les GCS supports juridiques d'un réseau de santé, une nouvelle forme de GCS est créée : le **GCS établissement de santé**.

Le GCS établissement de santé aura une structure et un fonctionnement calqué sur un établissement de santé classique :

- pourra être de droit public ou de droit privé,
- est "autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins" par l'ARS (actuellement un GCS ne peut qu'assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et n'est pas identifié comme acteur de soins).
- Doté de la personnalité morale (contrairement au CHT), il pourra être constitué entre des établissements de santé (public ou privé), des établissements médico-sociaux, des professionnels médicaux libéraux, à titre individuel ou sous forme de société collective, des centres de santé. D'autres professionnels de santé et d'autres organismes peuvent également adhérer au groupement à condition d'y être autorisés par le directeur général de l'ARS.

Le GCS continuera de poursuivre "un but non lucratif" mais, nouveauté, il pourra être autorisé à "valoriser les activités de recherche et leurs résultats menées dans le cadre de ses attributions" et à "déposer et exploiter des brevets ou des licences".

En attente

- **Une mission chargée de traiter de l'ensemble du recrutement médical hospitalier** lancée fin février par Roselyne Bachelot pour préparer les nouveaux décrets statutaires :

Cette mission composée de Elie Aboud, député UMP de l'Hérault et médecin hospitalier, le Dr François Aubart, président de la CMH, le Dr Alain Jacob, médecin au centre hospitalier Sud-francilien, secrétaire général de l'INPH, chargé des CH non universitaires, et du Dr Bruno Mangola, président de la CME et chef des urgences du centre hospitalier de Mâcon, ancien président du Syndicat des Urgences Hospitalières, membre de la CMH.(aucun membre de la CPH n'a été désigné) bénéficiera de l'appui du CNG et de la Dhos et devra rendre "ses premières conclusions d'ici la fin du mois d'avril 2009.

- En détachant les aspects « enseignement et recherche » du projet de loi HPST, le Président de la République a chargé le Pr Jacques Marescaux de piloter une **commission chargée de proposer une réforme pour les CHU** qui doit rendre ses premières conclusions vers la mi-avril.

Or les textes législatifs qui en résulteront ne pourront être intégrés au projet de loi HPST que lors de la lecture sénatoriale : en raison de l'urgence déclarée sur le projet de loi HPST (une lecture par chambre) l'Assemblée Nationale ne pourrait pas les discuter, ce qui est jugé comme anti-constitutionnel par de nombreux députés.

Il ne resterait alors que deux voies législatives : un nouveau projet loi spécifique aux CHU, ce qui prendrait un temps certain compte tenu de l'encombrement parlementaire, ou retirer l'urgence déclarée au projet de loi HPST, ce qui permettrait une deuxième lecture à l'Assemblée Nationale.