



Décrets de la loi HPST gouvernance

Situation fin 2009
Jean-Louis Vaillieu



Journal officiel 31 décembre 2009



Président de commission médicale d'établissement



Décret n°2009-1762 : Président CME

- Président de CME **et** vice président directoire
- En tant que vice président du directoire
 - Elabore avec le directeur le projet médical
 - Est chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
 - Peut organiser des évaluations internes
 - Présente au directoire le programme d'actions proposé par la CME



Décret n°2009-1762 : Président CME

- En tant que président de la CME
 - Coordonne la politique médicale de l'établissement
 - Contribue à diffuser les BPM et leur évaluation
 - Veille à la coordination des soins dans l'intérêt du patient
 - Promeut la recherche médicale et l'innovation thérapeutique
 - Coordonne l'élaboration du plan de DPC



Décret n°2009-1762 : Président CME

- Le temps consacré à ces fonctions est comptabilisé dans l'obligation de service
- Une indemnité de fonction est prévue (fixée par arrêté)
- Il dispose « de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions »
- Une formation lui est proposée à la prise de fonction et, à sa demande, à l'issue de son mandat



Directeur et membres du directoire



Décret n°2009-1765 : Directeur et membres du directoire

- Le directeur peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature
- Toute délégation doit mentionner :
 - Nom et fonction de l'agent
 - Nature des actes délégués
 - Conditions ou réserves assortissant la délégation selon son jugement
- Elle est communiquée au conseil de surveillance et transmise au comptable si elle concerne des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses



Décret n°2009-1765 : Directeur et membres du directoire

- Le directoire à majorité médicale se compose :
 - en CH de 7 membres : le directeur, le président de CME, le président de la CSI RMT, et 4 membres nommés et révoqués par le directeur dont deux membres médicaux
 - en CHU de 9 membres
 - le doyen de l'UFR , vice-président du directoire
 - un vice-président chargé de la recherche, choisi sur liste établie conjointement par Pdt INSERM, Pdt de l'université et du vice-président doyen
- Membre du directoire
 - mandat de 4 ans, qui prend fin à nomination nouveau directeur ou cessation des fonctions



Décret n°2009-1765 : Directeur et membres du directoire

- Les deux membres médicaux sont nommés par le directeur à partir d'une liste proposée
 - En CH par Pdt de CME
 - En CHU : par Pdt CME et par directeur de l'UFR
- Liste de 3 noms au moins, fournie dans les 30 jours
- Si désaccord, le directeur peut demander une nouvelle liste sous 15 jours
- Si désaccord, il nomme membres de son choix
- Le directoire se réunit au moins 8 fois/an
 - Rem : Majorité d'emblée PU-PH en CHU. Les deux membres médicaux nommés devraient être PH



Indicateurs de qualité et de sécurité des soins



Décret n°2009-1763 : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins

- La non-mise à disposition du public par ES des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins entraîne :
 - La mise en demeure par DARS de mise à disposition dans les 3 mois
- Au vu des observations et engagement de l'établissement et en cas de non-respect de ceux-ci, il peut décider :
 - Une diminution de la dotation jusqu'à 1% des recettes totales d'assurance maladie de l'année de la mise en demeure



Arrêté du 30 décembre 2009 : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins

- Un arrêté fixe la liste des indicateurs à mettre à disposition du public, accompagnés des données de comparaison, dans les 2 mois suivants leur publication
- Sous le pilotage du ministère de la santé et des sports :
 - I CALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB, SCORE AGREGE
- Sous le pilotage du ministère de la santé et des sports et de l'HAS :
 - Tenue du dossier patient
 - Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation
 - Traçabilité de l'évaluation de la douleur
 - Dépistage des troubles nutritionnels
 - Tenue du dossier anesthésique



Projets de Décrets présentés par la DHOS



Conseil de surveillance des EPS



Conseil de surveillance des EPS

- Composition : 9 membres (établissement communal) ou 15 (autres)
- 3 collèges
 - Collectivités territoriales
 - Représentants du personnel
 - Personnalités qualifiées
- Président élu pour 5 ans dans collège 1 ou 3



Conseil de surveillance des EPS

- Collectivités territoriales
 - Communal (3) /intercommunal/départemental /régional et interrégional /national (5)
 - Maire de la commune siège ou représentant
 - Représentants établissement public de coopération intercommunale (Cté communes, agglomération, urbaine) ou à défaut de la commune siège
 - Pdt Conseil général ou représentant
 - Représentant de la principale commune des patients en nb entrées (autre que la commune siège)
 - Représentant Conseil général du département siège de l'ES principal
 - Représentant Conseil régional
 - Deux représentants d'une ou deux collectivités désignées par ministre de la santé



Conseil de surveillance des EPS

Représentants du personnel :

- Membre CSI RMT (1/3 ou 1/5)
- Membre désigné par CME (1/3 ou 2/5)
 - Scrutin uninominal secret et à la majorité absolue
- Membre désigné par organisation syndicale la plus représentative (1/3 ou 2/5)



Conseil de surveillance des EPS

Personnalités qualifiées (3 ou 5) :

- Désignées par le directeur de l'ARS
 - Une ou deux personnalités qualifiées
- Désignées par le représentant de l'Etat dans le département
 - Deux ou trois représentants des usagers



Commission médicale d'établissement dans les EPS



CME consultée sur :

- Projet médical
- Projet établissement
- Missions de service public
- Convention constitutive CHU et conventions L6112-1
- Projet de SI RMT
- Plan de développement professionnel continu
- Organisation interne de l'établissement
- Politique sociale et modalités de la politique d'intéressement définie par le président du directoire ainsi que le bilan social
- Statuts des fondations hospitalières créées par établissement
- Le règlement intérieur de l'établissement
- Les programmes d'investissement L6143-7



CME informée sur :

- EPRD
- Rapport annuel d'activité de l'établissement
- Contrats de pôles
- Bilan annuel des tableaux de service
- Politique de recrutement des emplois médicaux
- Elle peut être consultée sur tout sujet de sa compétence par le président du directoire, du conseil de surveillance ou le DG de l'ARS



Attributions de la CME

- Contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- Participe à la procédure de certification et propose actions en réponse aux recommandations
- Est informée des actions d'amélioration suite à l'analyse des événements indésirables
- Le programme d'actions proposé par la CME tient compte de ce bilan ainsi que des contributions de la CRUQ et de la CSIRMT
- Le programme d'actions et le rapport annuel d'activité sont **soumis pour approbation** au président du directoire et **transmis** à la CSIRMT, au CTE, au CHSCT, ainsi qu'à la CRUQ



L'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins concerne

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à prévenir et traiter l'iatrogénie et les événements indésirables liés à leur activité
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire
- La lutte contre les infections associées aux soins
- La définition de la politique du médicament et des DMS
- La prise en charge de la douleur
- Les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers



A cet effet la CME

- Propose un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi
- Organise la coordination de l'action des professionnels de l'établissement
- Veille à la mise en œuvre EPP et DPC pour le personnel médical
- Elabore rapport d'activité avec évolution des indicateurs de suivi
- Est informée des travaux, aménagements de locaux ou acquisition d'équipements ayant impact sur la qualité et la sécurité des soins



Composition CME des CH

- L'ensemble des chefs de pôle ou leurs représentants
- Des représentants responsables des structures internes, services ou UF élus par et parmi ceux-ci
- Représentants PH élus
- Représentants personnels non titulaires et contractuels
- Un représentant sages-femmes si activité gynéco-obs
- Représentants des internes (médecine générale, autres spécialités, pharmacie, odontologie)



Composition CME des CHU

- L'ensemble des chefs de pôle ou leurs représentants, si moins de 16 pôles, au-delà le RI définit mode d'élection
- Des représentants responsables des structures internes, services ou UF élus par et parmi ceux-ci
- Représentants PH et des PHU élus
- Représentants personnels non titulaires et contractuels
- Un représentant sages-femmes si activité gynéco-obs
- Représentants des internes (médecine générale, autres spécialités, pharmacie, odontologie)

- Demande INPH : équilibre PH-PHU



Composition CME

- Membres à voix consultative :
 - Président du directoire ou son représentant
 - Président CSI RMT
 - Praticien responsable DI M
 - Représentant CTE élu
 - Praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène



Mise en place CME

- Mandats de 4 ans
- CHU :
 - Si pdt HU, vice pdt PH et vice-versa
- 4 réunions au moins par an
- CME actuelles vont au terme de leur mandat
- Président n'est rééligible qu'au terme premier mandat



Organisation interne des EPS et pôles d'activité clinique ou médico-technique



Chef de pôle

- Nommé par le directeur
 - Pour période de 4 ans renouvelable
 - Sur présentation liste d'au moins 3 noms proposés par pdt CME et directeur UFR pour CHU
- En cas désaccord,
 - Demande d'une nouvelle liste sous 15 jours
 - Si nouveau désaccord, le directeur choisit
- Il est mis fin aux fonctions de chef de pôle par décision *motivée* du directeur après avis Pdt CME



Chef de pôle

- Les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles, sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du Pdt de CME, dans des conditions fixées par le RI
 - *sans préjudice des dispositions relatives à la PUI*



Conditions d'exercice du chef de pôle

- Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines
 - Avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle sur lesquelles il a **autorité fonctionnelle**
 - Dans le respect de la déontologie et des missions et responsabilités des structures, services ou UF, prévues par le projet de pôle
- Le contenu minimal de la délégation de gestion au titre de la contractualisation interne est précisé par arrêté *« pas stabilisé 1 à 2 mois »*



Conditions d'exercice du chef de pôle

- Les praticiens nommés chef de pôle sont tenus de suivre dans les 6 mois, une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions
- A défaut, ils ne peuvent être maintenus dans celles-ci au-delà d'un an
- Une précédente formation peut être prise en compte
- Le chef de pôle perçoit une indemnité dont le montant est fixé par arrêté



Conditions d'exercice du chef de pôle

- La concertation au sein du pôle est organisée par le chef de pôle
- Le projet de pôle est élaboré dans un délai de 3 mois après sa nomination
- Le contrat de pôle élaboré pour 4 ans définit les objectifs et les moyens du pôle et prévoit les indicateurs retenus pour leur évaluation



Conditions d'exercice du chef de pôle

- Ces dispositions s'appliquent aux nominations et aux découpages en pôles intervenant au sein des EPS après la parution du présent décret
- Les EPS disposent d'un délai de 6 mois, à compter de cette publication, pour définir le contenu de la délégation de gestion