CONFEDERATION DES PRATICIENS DES HÔPITAUX

AMUF - FNAP - SMARNU - SNBH - SPH - SPHP - USP - SPF - SYNGOF

HPST en bref

Où en sommes nous ?

avril 2009

- La loi a été adoptée par l'assemblée nationale

- Le Sénat délibèrera à partir du 11 mai pour une promulgation de la loi à la mi-juin

- Dans les grandes lignes :
  un « pouvoir exécutif » fort
  avec une représentation médicale diminuée

Conseil de surveillance (remplace le CA)

- **Dirigé par le directeur de l'établissement**
- **Se prononce sur la stratégie**
- **Exerce le contrôle de l'établissement**
- **Délibère sur :**
  - ✓ **le projet d'établissement**
  - ✓ **la convention constitutive des CHU et les conventions passées entre les universités et les CHR**
  - ✓ **le compte financier et l'affectation des résultats**
  - ✓ **le rapport annuel d'activité de l'établissement**
- **Composé de trois collèges :**
  - ✓ **au maximum 5 représentants des collectivités territoriales**
  - ✓ **5 représentants du personnel médical et non médical**
  - ✓ **5 personnalités qualifiés nommés par le directeur de l'ARS**
    - dont 2 représentants des usagers

Directoire (remplace le CE)

- Prépare, en conformité avec le CPOM, le projet médical de l'établissement « notamment » sur la base du projet médical
- Conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement
- Composé par des membres du personnel de l'établissement :
  - ✓ dans la limite de sept membres ou neuf membres dans les CHU, dont son président(directeur) et son vice-président (président de CME)
  - ✓ les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique y seraient majoritaires mais sa composition est déterminée par le directeur
  - ✓ un décret déterminera la durée du mandat des membres du directoire

Directoire (remplace le CE)

- **Présidé par le directeur de l'établissement qui:**
  - ✓ **nomme les autres membres du directoire, après simple avis du président de la CME pour les membres du personnel médical, pharmaceutique**
  - ✓ **peut mettre fin aux fonctions des membres du personnel médical après information du conseil de surveillance et simple avis du président de la CME**
  - ✓ **exerce son autorité sur l'ensemble du personnel.**
  - ✓ **est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. et a le pouvoir de transiger.**
  - ✓ **arrête le projet médical de l'établissement après avoir pris les avis de la CME et des membres du directoire.**
  - ✓ **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

Pôle et chefs de pôle

- Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical de l'établissement
- Le responsable de pôle devient chef de pôle
- Le chef de pôle est nommé par le directeur :
  - ✓ après simple avis du président de la CME pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, pour une durée fixée par décret
  - ✓ renouvellement de mandat dans les mêmes conditions
  - ✓ dans les CHU, les chefs de pôle sont nommés après avis du directeur de l'UFR ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical
- Le directeur signe avec le chef de pôle le contrat de pôle qui précise les objectifs et les moyens du pôle (disparition du président de CME)
- Le conseil de pôle est supprimé
- Il n'y aura plus de création de service
- Le chef de pôle peut instituer des modalités d'intéressement financier (collectif) des personnels

Président de la CME

- **Les présidents de CME :**
  - ✓ **ne sont plus chargés d'*élaborer* le projet médical mais de le "*préparer*"**
  - ✓ **sont absents du processus de contractualisation interne qui nourrit et décline le projet médical**
  - ✓ **et de la préparation du CPOM avec le directeur de l'ARS**
- **Les chefs de pôle**
  - ✓ **sont nommés par le directeur après un simple avis du président de la CME**
  - ✓ **qui donne également un simple avis pour la désignation des représentants médicaux au directoire**
- L'amendement introduit par le Pr Debré (UMP) introduisant une concordance d'avis entre directeur et président de CME a été supprimé

Statut de clinicien hospitalier contractuel

- Un statut de clinicien hospitalier est créé
- Il concernera des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat
- La rémunération contractuelle des praticiens comprendra des éléments variables
  - ✓ fonction d'engagements particuliers
  - ✓ et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs.
- Les praticiens hospitaliers (PH) en exercice pourront être recrutés sur ce type de contrat
  - ✓ en étant placés en détachement sur une durée maximale de deux ans.

Nouvelles obligations pour les médecins

- **Information sur les lits disponibles**
  - Une obligation de transmission en temps réel des informations sur les lits disponibles est créée
- **Transmission des données d'activité - Cotation des actes**
  - **Obligation de transmission par les médecins "des données de facturation" dans un délai compatible avec celui imposé à l'établissement,**
  - **Renforce l'obligation de codage des actes par les médecins par des pénalités : une sanction par retenue sur rémunération pourra être opérée.**
  - **La mesure vise clairement à empêcher des mouvements de grève du codage**
  - **cette sanction semble renvoyer au statut de fonctionnaire d'Etat, ce qui signifie que la retenue sur la journée de salaire ne serait pas divisible…**

Renforcement des mesures disciplinaires (article L4124-2).

- Jusqu'à maintenant, 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

- La loi prévoit qu'il pourront l'être désormais également par le Conseil de l'Ordre et le Directeur de l'ARS

- Pour les actes relevant de l'exercice de leur fonction, ils relevaient en première intention de la commission statutaire de discipline

Développement Professionnel Continu (DPC)

- **Réorganisation du dispositif FMC - EPP en un seul dispositif :**
  - ✓ **« Développement Professionnel Continu »**

- **Obligation de formation recentrée sur la formation à visée évaluative :**
  - ✓ **« Le Développement Professionnel Continu 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**

- **L'obligation de DPC, les critères de qualité, les modalités d'agrément des actions ou des organismes par l'instance gestionnaire du DPC seront fixés par décret**

Développement Professionnel Continu (DPC)

- **Un conseil national du DPC auprès du Ministre de la Santé sera chargé de le conseiller :**
  - ✓ sur les modalités d'organisation du dispositif
  - ✓ sur les priorités et sur les critères d'enregistrement des organismes de formation
- **Un organisme unique gestionnaire de la DPC pour l'ensemble des professions de santé qui assurera « la gestion financières des actions de DPC »**
  - ✓ administré par un conseil de gestion avec des sections spécifiques à chaque profession
  - ✓ tous les financements seront regroupés dans ce fonds
- **La fédération des spécialités médicales (FSM) fédèrera les collèges de bonnes pratiques (1 collège par spécialité réunira libéraux et hospitaliers)**
- **Les Conseils départementaux de l'ordre seront chargés de vérifier le respect de l'obligation de DPC sur un échantillon de professionnels chaque année**

Les revendications de la CPH

- La nomination des praticiens sur leurs postes doit se faire avec avis de la CME et du directoire transmis au CNG; en cas d'avis divergents, celui de la Commission Nationale Statutaire doit être requis. Pour la discipline psychiatrie, les praticiens sont nommés sur leur poste directement par le Ministre chargé de la santé
- Le projet médical doit être adopté par la CME avant d'être arrêté par le directeur
- Le projet d'établissement doit être débattu et voté en conseil de surveillance
- Le programme d'investissement, l'EPRD, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale relèvent du conseil de surveillance et pas du seul directeur
- La composition du directoire ne peut être laissée à la seule volonté du directeur: le directeur des soins infirmiers doit en faire partie, les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique doivent être désignés par la CME

Les revendications de la CPH

- L'organisation en pôles et en services (à maintenir) doit être définie en accord avec le projet médical et avis conforme de la CME
- Les chefs de pôle d'activité et les chefs de service doivent être nommés conjointement par le directeur et le président de CME
- Le contrat de pôle doit être cosigné entre chef de pôle et directeur + président de CME (et pas seulement avec le directeur)
- Suppression des sanctions financières en cas de non transmission par les médecins des données relatives à l'analyse d'activité
- La convention constitutive de la CHT doit être conclue par les directeurs des établissements membres après avis de leurs CME, de leurs directoires, et avis conforme de leurs conseils de surveillance
- Les règles disciplinaires propres à l'exercice des PH doivent être maintenues (pas de saisine de la chambre disciplinaire de première instance par l'ARS)