

Décret relatif à la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, notamment son article 5 ;

Décète

Titre 1 **Attributions**

Art 1 **Compétences consultatives**

La conférence médicale d'établissement est consultée, pour avis, sur les matières suivantes :

- La mise en œuvre des missions de service public qui ont été dévolues à l'établissement en application de la procédure prévue à l'article L.6112-1 ;
- Le plan de développement professionnel continu ;
- Le projet médical ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Elle peut être consultée sur tout sujet par le représentant légal de l'établissement.

Art 2 **Compétence dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins**

La conférence médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins notamment en ce qui concerne :

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités mentionnée à l'article L.6111-2 ;
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- La lutte contre les infections associées aux soins mentionnée à l'article L. 6111-2 ;
- La définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 6111-2 ;
- La prise en charge de la douleur mentionnée à l'article L. 1112-4 ;
- Les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

A cet effet, la conférence médicale d'établissement :

- Propose un programme d'actions mentionné à l'article L.6144-1 assorti d'indicateurs de suivi ;
- Veille à la mise en place des démarches d'évaluation des pratiques ;
- Élabore un rapport annuel d'activité présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi ;
- Est informée lors de la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

Elle est tenue informée de tous les événements indésirables survenus dans l'établissement. Toutefois, les données à caractère personnel ne sont transmises à ses membres qu'après avoir été rendues anonymes.

Art 3 **Exécution**

Le ministre chargé de la santé est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris le

Le Premier ministre

Le ministre de la santé et des sports

Décret relatif aux conseils de surveillance des établissements publics de santé

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, notamment son article 9 ;

Décète

Titre 1

Disposition générales

Art 1^{er}

Nombre maximal de membres

Le nombre des membres du conseil de surveillance des établissements publics de santé mentionnés à l'article L. 6141-1 du CSP est égal à 9 membres ou à 15 membres.

Le directeur général de l'ARS arrête le nombre ainsi que la répartition des membres des conseils de surveillance pour chaque établissement public de santé qui relève de sa compétence.

Art 2

Durée des mandats

La durée des fonctions de membre de conseil de surveillance est fixée à cinq ans.

Le mandat des membres du conseil de surveillance prend fin en même temps que le mandat ou fonction au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Le mandat des membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales prend fin lors du renouvellement de ces assemblées. Toutefois, ces membres continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à désignation de leurs remplaçants par la nouvelle assemblée.

Le mandat des membres désignés sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives expire lors de chaque renouvellement du comité technique d'établissement.

Titre 2

Composition des conseils de surveillance des établissements publics de santé

Art 3

Composition du collège des représentants des collectivités territoriales

Sont membres des conseils de surveillance des établissements publics de santé, au titre des représentants des collectivités territoriales :

- au moins un représentant de la commune siège de l'établissement principal, dont le maire de la commune ou son représentant ;
- le président du conseil général du département dans lequel est située la commune siège, ou son représentant ;

Suivant le ressort de l'établissement public de santé concerné, sont aussi membres :

Pour les établissements publics de santé de ressort communal :

- au moins un représentant d'un établissement public de coopération intercommunal dont la commune de ressort est membre ou, à défaut, au moins un autre représentant de la commune siège de l'établissement principal ;

Pour les établissements publics de santé de ressort intercommunal :

- au moins un représentant d'un établissement public de coopération intercommunal du ressort de l'établissement ou, à défaut, au moins un autre représentant des communes de rattachement de l'établissement principal ;

Pour les établissements publics de santé de ressort départemental et interdépartemental :

- au moins un autre représentant du ou des conseils généraux du ou des départements de rattachement de l'établissement ;

Pour les établissements publics de santé de ressort régional et interrégional :

- au moins un représentant du ou des conseils régionaux, dont le ou les présidents de la région de rattachement ou leurs représentants ;

Pour les établissements publics de santé de ressort national :

- au moins un représentant nommé par le ministre chargé de la santé.

Art 4

Composition du collège des représentants du personnel médical et non médical

Sont membres des conseils de surveillance des établissements publics de santé au titre des représentants du personnel :

- un représentant de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- au moins un représentant de la commission médicale d'établissement ;
- au moins un membre désigné par les organisations syndicales compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement.

Art 5

Composition du collège des personnalités qualifiées

Sont membres des conseils de surveillance des établissements publics de santé au titre des personnalités qualifiées :

- au moins une personnalité qualifiée désignée par le directeur général de l'agence régionale de santé et deux personnalités qualifiées désignée par le représentant de l'Etat dans le département dont un représentant des usagers.

Art 6

Représentation de l'agence régionale de santé

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut se faire représenter aux séances du conseil de surveillance.

Titre 3

Modalités de nomination

Art 7

Nomination des membres du conseil de surveillance

Le DGARS saisit les instances susceptibles d'être représentées au sein des conseils de surveillance afin qu'elles communiquent le nom des membres devant y siéger.

Les membres des conseils de surveillance des établissements publics de santé sont alors désignés en fonction de la nature de leur établissement et dans les conditions suivantes :

1° Représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements.

Les représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements sont élus, en leur sein, par les organes délibérants de ces collectivités ou de leurs groupements.

Pour les établissements publics de santé de ressort intercommunal, dans l'hypothèse où il existe plusieurs établissements publics de coopération intercommunal (EPCI), il appartient alors au représentant de l'Etat dans le département de désigner l'EPCI chargé de désigner le représentant, dans un délai d'un mois après la saisine du DGARS.

A défaut d'accord ou de proposition des collectivités territoriales ou de leurs groupements dans un délai de deux mois après la saisine du DGARS, il appartient au représentant de l'Etat dans le département ou dans la région de désigner lesdits représentant devant siéger au conseil de surveillance.

2° Représentants de la commission médicale d'établissement.

Les représentants de la commission médicale d'établissement sont élus au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un deuxième tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.

Les fonctions de membres du directoire sont incompatibles avec les fonctions de membre du conseil de surveillance.

3° Représentants des organisations syndicales.

Les représentants des organisations syndicales sont désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé compte tenu du nombre total des voix qu'elles ont recueillies, dans chaque établissement, à l'occasion des élections au comité technique d'établissement.

Lorsque le conseil de surveillance comprend un représentant du personnel, le siège est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix.

Lorsque le conseil de surveillance comprend deux représentants du personnel, le premier siège est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix ; le deuxième siège est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes.

4° Représentant de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Le représentant de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est élu, en son sein, par cette commission, à l'exclusion de son président, qui est membre de droit du directoire.

5° Représentants des personnalités qualifiées.

Les personnalités qualifiées sont désignées en application du 3° de l'article L 6143-5 du CSP.

Titre 4 **Présidence**

Art 8 **Election du président du conseil de surveillance**

Le conseil de surveillance procède à l'élection de son président. La présidence de séance est assurée par le doyen d'âge et le secrétariat de séance est assuré par le membre la plus jeune.

Le président du conseil de surveillance est élu pour une durée de cinq ans.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un deuxième tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Si le président du conseil de surveillance élu dans les conditions rappelées ci-dessus cesse d'être membre du conseil de surveillance du fait de la fin d'un mandat électif, un nouveau président est élu, selon les mêmes modalités, pour la durée du mandat qui reste à courir.

Art 9 **Suppléance du président**

Le président du conseil de surveillance désigne parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées un vice-président, qui préside le conseil de surveillance en son absence.

En cas d'absence du président et du vice-président, ou jusqu'à l'élection de ceux-ci, la présidence des séances est assurée par le doyen d'âge.

Titre 5 **Fonctionnement**

Art 10 **Frais de déplacements**

Les fonctions de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit.

Toutefois, les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions sur la base de l'indemnité prévue au II de l'article L.3261-3 du code du travail.

Art 11 **Modalités de convocation**

Le conseil de surveillance se réunit sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres.

Les modalités de convocation sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement. L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé, sauf en cas d'urgence, au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du conseil de surveillance ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative.

En cas d'urgence, le délai peut être abrégé par le président. Le président en rend compte au conseil de surveillance qui peut décider le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une séance ultérieure.

Pour la réunion inaugurale du conseil de surveillance, les convocations sont adressées par le président du directoire.

Art 12 **Organisation des débats**

Les séances du conseil de surveillance ne sont pas publiques. Le président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, le conseil de surveillance est réuni à nouveau dans un délai compris entre trois et huit jours.

Art 13 **Quorum et vote**

Le conseil de surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la majorité au moins des membres en exercice assiste à la séance.

Toutefois, quand, après une convocation régulière, la majorité requise n'est pas atteinte, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion, qui doit avoir lieu à trois jours d'intervalle au moins et à huit jours au plus, est valable quel que soit le nombre des membres présents.

En cas de vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande.

En cas de partage égal des voix, un deuxième tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, sauf vote à scrutin secret, la voix du président est prépondérante.

Le vote par correspondance n'est pas admis. Le vote par procuration est autorisé, chaque votant disposant au maximum d'une procuration.

Art 14 **Nombre de séances**

Le nombre annuel minimum des séances du conseil de surveillance est fixé par le règlement intérieur de l'établissement. Il ne peut toutefois être inférieur à quatre séances par an.

Art 15 **Registre des délibérations**

Les délibérations sont conservées dans un registre conservé sous la responsabilité du président du directoire. Ce registre est tenu à la disposition des administrateurs et du public, qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des délibérations.

Les délibérations sont transmises sans délai au directeur général de l'agence régionale de santé.

Art 16 **Procès-verbaux et comptes-rendus de séances**

Les procès-verbaux sont signés par le président de séance et par un membre du conseil ayant assisté à la séance.

En outre, les membres du conseil de surveillance reçoivent un compte rendu de séance dans les quinze jours suivant chaque réunion du conseil de surveillance.

En outre, les membres du conseil de surveillance ainsi que les autres personnes présentes sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel ou indiquées comme telles par le président.

Art 17 **Publicité des actes**

Les délibérations du conseil de surveillance sont notifiées aux personnes physiques et morales qu'elles concernent. Les avis et les délibérations du conseil sont affichés sur des panneaux spécialement aménagés à cet effet et consultables par les personnels et les usagers. Lorsque ces avis ou délibérations font grief à d'autres personnes que les usagers et les personnels, elles sont, en outre, publiées au bulletin des actes administratifs de la préfecture du département dans lequel l'établissement a son siège.

Art 18 **Pouvoir de vérification et de contrôle**

Le conseil de surveillance formule ses observations sur les comptes de l'exercice qui lui sont adressés par le directeur aux fins de vérification.

Art 19 **Fin des fonctions de membre**

Les membres des conseils de surveillance qui tombent sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues à l'article L. 6143-6 sont déclarés démissionnaires d'office par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du conseil de surveillance est réputé démissionnaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé constate cette démission en la notifiant à l'intéressé qui est remplacé dans un délai d'un mois.

Si un membre cesse ses fonctions avant l'expiration normale de son mandat, il est pourvu, dans le délai d'un mois, à son remplacement dans les mêmes formes. En ce cas, le mandat du nouveau membre prend fin à la date où aurait cessé celui du membre qu'il a remplacé.

Art 20 **Moyens de fonctionnement**

Le conseil de surveillance dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à sa disposition par le président du directoire.

Décret relatif au directoire et au président du directoire dans les établissements publics de santé

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, notamment son article 6 ;

Décrète

Titre 1 **Président du directoire**

Sous-titre 1 **Délégations du directeur**

Art 1^{er} **Délégations de signature et délégations de gestion**

Le directeur d'un établissement public de santé peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature. Cette délégation de signature peut être retirée à tout moment.

Le directeur peut également, sous sa responsabilité, mettre en place une délégation de gestion au titre de la procédure de contractualisation interne avec les pôles d'activité.

Art 2 **Précision de la délégation**

Toute délégation doit être écrite et mentionner, notamment :

- 1° Le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée ;
- 2° La nature des actes délégués ;
- 3° Les conditions ou réserves le cas échéant dont le directeur estime opportun d'assortir la délégation.

La délégation fait l'objet des mesures de publicité prévues à l'article R. 6143-38.

Art 3 **Communication des délégations de signature**

Les délégations sont communiquées au conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses.

Titre 2 **Vice-président du directoire**

Art 4 **Préparation du projet médical**

Le vice-président du directoire, président de la commission médicale d'établissement, élabore le projet médical avec le directeur.

Le projet médical comprend notamment :

- Le contenu de l'offre de soins ;
- Le parcours de soin du patient ;
- Le cas échéant les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;
- L'organisation des moyens médicaux ;
- Un volet permettant l'articulation avec les objectifs déclinés dans le SROS.
- Un volet spécifique précisant le périmètre des pôles d'activité clinique ou médico-technique et, dans les centres hospitaliers universitaires, les missions et le périmètre des pôles hospitalo-universitaires

Le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans.

Titre 3 **Directoire**

Sous-titre 1 **Mandats et nomination des membres du directoire**

Art 5 **Durée des mandats des membres du directoire**

La durée du mandat des membres du directoire nommés par le président du directoire de l'établissement est de cinq ans.

Le mandat d'un membre du directoire prend fin si ce dernier n'occupe plus les fonctions au titre desquelles il a été désigné.

Les mandats des membres du directoire nommés par le président du directoire cessent à compter de la fin des fonctions du président du directoire.

Art 6 **Procédure de nomination des membres médicaux**

Dans les centres hospitaliers, le président de la CME dispose de 30 jours ouvrables, à compter de la réception de la saisine du directeur, pour lui proposer une liste d'au moins trois noms de personnes appartenant aux professions médicales susceptibles d'occuper les fonctions de membre du directoire.

En cas de désaccord sur ces noms entre le président de la CME et le directeur, ce dernier peut demander au PCME de lui transmettre, dans les meilleurs délais, une seconde liste. En cas d'absence de proposition dans le délai précité ou de désaccord sur cette seconde liste, le directeur nomme les membres de son choix.

Dans les centres hospitalo-universitaires, la proposition est faite, suivant la même procédure, par le président de la CME et le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Art 6 bis **Procédure de nomination du vice-président chargé de la recherche dans les centres hospitaliers universitaires**

Le président de l'établissement public à caractère scientifique et technologique placé sous la tutelle conjointe du ministre chargé de la recherche et du ministre chargé de la santé, le président de l'université dont relève l'unité de formation et de recherche médicale et le vice-président doyen disposent de 30 jours, à compter de la réception de la saisine du directeur, pour lui proposer une liste conjointe d'au moins trois noms de personnes susceptibles d'occuper les fonctions de vice-président chargé de la recherche.

En cas d'absence de proposition conjointe ou à défaut de proposition dans le délai précité, le directeur nomme le vice-président chargé de la recherche.

Sous-titre 2 **Fonctionnement du directoire**

Art 7
Présidence du directoire en l'absence du président

En cas d'absence temporaire du président du directoire ou dans l'attente de la désignation mentionnée à l'article L.1432-2, le vice-président du directoire préside le directoire.

Dans cette hypothèse, le vice-président du directoire assure l'ensemble des missions et compétences dévolues au président du directoire afin d'assurer le fonctionnement courant et la continuité régulière de l'établissement.

Art 8
Gratuité des fonctions

Les fonctions de membre du directoire sont exercées à titre gratuit.

Art 9
Convocation

Le directoire se réunit sur convocation de son président.

L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé à l'ensemble des membres au moins deux jours francs avant la date de la séance.

Art 10
Organisation des débats

Les séances du directoire ne sont pas publiques.

L'organisation des débats appartient au président qui peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, le directoire est de nouveau réuni dans un délai de huit jours.

Art 11
Nombre de séances et comptes-rendus

Le directoire se réunit au moins huit fois par an.

Les membres du directoire reçoivent un compte rendu de séance au plus tard quinze jours après chaque réunion.

Les membres du directoire ainsi que les personnes éventuellement entendues par le directoire sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et présentées comme telles par le président.

Art 12
Moyens de fonctionnement

Le secrétariat et le fonctionnement matériel du directoire sont assurés à la diligence de son président.

**Décret relatif aux fonctions de président de commission médicale d'établissement,
vice-président de directoire dans les établissements publics de santé**

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu la loi n°2009-..... duportant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, notamment ses article 10 et 13 ;

Décrète

Titre 1

Fonctions au sein du directoire

Art 1

Mission du vice-président du directoire

Le président de la CME, vice-président du directoire, est chargé en son sein du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin.

A ce titre, il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent de la procédure de certification prévue à l'article L.6113-3 du code de la santé publique.

Il élabore le projet médical avec le directeur et en assure la mise en œuvre et le suivi.

Le vice-président du directoire est informé de tout événement indésirable grave survenant au sein de l'établissement.

Il présente au directoire un rapport annuel, assorti d'indicateurs de suivi des actions, sur la gestion opérationnelle de la qualité et de la sécurité des soins.

En cas d'empêchement ou d'absence prolongée du président du directoire, le vice-président du directoire assure la coordination et la continuité des travaux du directoire.

Titre 2

Fonctions au sein de la commission médicale d'établissement

Art 2

Fonctions de président de la commission médicale d'établissement

Le président de la CME assure notamment les missions suivantes :

- Il diffuse les bonnes pratiques médicales et contribue à leur évaluation ;
- Il veille à la coordination des soins dans l'intérêt du patient ;
- Il contribue à la promotion de la recherche médicale dans les centres hospitalo-universitaires ;
- Il favorise l'innovation thérapeutique ;
- Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu.

Le président de la CME présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale.

Art 3

Remplacement du président de la commission médicale d'établissement

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la CME, ses fonctions sont assumées, à titre transitoire, par le premier vice-président de la CME.

Art 4

Obligations de service

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, sont prises en compte dans le décompte des obligations de service des praticiens concernés.

Art 5

Logistique et secrétariat

Le président de la CME dispose de moyens logistiques et humains pour mener à bien ses missions.

Art 6

Article d'exécution

Article d'exécution

Décret relatif à l'organisation interne des établissements publics de santé et aux pôles d'activité clinique ou médico-technique

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,
Le Conseil d'Etat entendu

Vu le code de la santé publique ;
Vu la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, notamment son article 2 ;

Décète

Chapitre 1

Durée et procédure de nomination

Art 1^{er}

Durée de nomination

Dans les centres hospitaliers et les centres hospitaliers universitaires, les chefs de pôles sont nommés pour une période de cinq ans renouvelable.

Art 2

Procédure de nomination

Nomination des chefs de pôle :

Dans les centres hospitaliers, le président de la CME dispose de 30 jours ouvrables, à compter de la réception de la saisine du directeur, pour lui proposer, pour chaque pôle, une liste d'au moins trois noms de praticiens susceptibles d'occuper les fonctions de chef de pôle clinique ou médico-technique.

En cas de désaccord sur ces noms entre le président de la CME et le directeur, ce dernier peut demander au PCME de lui transmettre, dans des délais identiques, une seconde liste. En cas d'absence de proposition dans le délai précité ou de désaccord sur la seconde liste, le directeur nomme les chefs de pôle de son choix.

Dans les centres hospitalo-universitaires, la proposition est faite, suivant la même procédure, par le président de la CME et le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Nomination des responsables de structures internes :

Dans les centres hospitaliers et les centres hospitalo-universitaires, les responsables de structures internes sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, dans des conditions fixées par le règlement intérieur.

Chapitre 2

Conditions d'exercice

Art 3

Mission des chefs de pôle

Dans le cadre de ses attributions, le chef de pôle exerce la responsabilité du pôle dont il a la charge. A cette fin et 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, il est doté d'une autorité fonctionnelle sur tous les personnels exerçant dans le pôle et rattaché à ce dernier.

Art 4
Formation des chefs de pôles

Les praticiens nommés dans les fonctions de chefs de pôles sont tenus de suivre, dans les six mois suivant leur nomination, une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. A défaut, ils ne peuvent être renouvelés dans ces fonctions.

Dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé, les chefs de pôle peuvent faire valoir une précédente formation ou une validation des acquis de l'expérience afin de satisfaire à cette obligation de formation.

Chapitre 3
Indemnisation des fonctions

Art 5
Indemnité de chef de pôle

Une indemnité forfaitaire de fonction est versée aux chefs de pôles. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget.

Titre 2
Gestion et projets des pôles

Art 6
Contrats de pôles et délégations de gestion

Le contrat de pôle mentionné à l'article L.6146-1 définit les objectifs et les moyens du pôle et décline, dans ce cadre, les indicateurs retenus pour le suivi de ces objectifs.

Le contrat de pôle précise le champ et les modalités des délégations de gestion qui sont accordées aux responsables de pôles ainsi que, le cas échéant, les modalités d'intéressement des pôles aux résultats de leur gestion ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

Les contrats de pôle sont élaborés pour une période de cinq ans. Ils font l'objet d'un bilan annuel validé par les différents cosignataires.

Le responsable de pôle dispose de 30 jours ouvrables, à compter de la réception de la saisine du directeur, pour lui proposer un projet de contrat de pôle.

En cas d'accord sur le projet de pôle entre le responsable de pôle et le directeur, ces derniers signent, sans délai, le contrat de pôle.

En cas de désaccord sur ce projet de contrat de pôle entre le responsable de pôle et le directeur, ce dernier peut demander responsable du pôle de lui transmettre, sous 15 jours ouvrables, un autre projet. En cas d'absence de proposition dans le délai précité ou de désaccord sur le second projet, le directeur met fin aux fonctions du chef de pôle et procède à la nomination d'un nouveau chef de pôle.

Art 7
Projets de pôles

Le chef de pôle élabore, dans un délai de deux mois après sa nomination, un projet de pôle qui, pour une période de cinq ans, prévoit l'organisation générale du pôle et ses objectifs en termes d'activité et de soins déclinés, lorsqu'elles existent, en fonction des structures internes. Il fait l'objet d'un bilan annuel.

Le projet de pôle peut être modifié à l'issue du bilan annuel.

La préparation du projet de pôle fait l'objet d'une concertation entre le chef de pôle et le directeur. Une fois finalisé, le projet de pôle est formalisé par écrit et diffusé à l'ensemble des personnels du pôle.

Le projet de pôle définit les missions et les responsabilités confiées aux structures internes, ainsi que le rôle de celles-ci dans la prise en charge des patients au sein du pôle. Il détermine les orientations relatives à l'évolution de leur périmètre et de leurs moyens à venir en fonction des perspectives d'activité et décline, à la lumière du contrat de pôle, la mise en œuvre opérationnelle des objectifs déterminés en son sein.

Le chef de pôle vérifie la conformité des projets des structures internes et de leur activité au projet du pôle ainsi qu'au projet médical de l'établissement. Il peut modifier l'affectation des agents à l'intérieur du pôle et assurer temporairement la gestion des structures d'accueil des patients.

Arrêté du * fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.**

NOR:

La ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 6144-1 et L. 6161-2
Vu le décret relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à la disposition du public par l'établissement de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Arrête :

Article 1

L'établissement de santé met à la disposition du public chaque année, dans un délai de deux mois à compter de la publication nationale, les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins retenus par le ministère chargé de la santé et listés en annexe. La présentation des résultats de chaque établissement est accompagnée de données de comparaison figurant dans les publications nationales.

L'établissement peut présenter d'autres informations ou indicateurs disponibles visant à mesurer son engagement et ses actions en faveur de la qualité et de la sécurité des soins.

Article 2

Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur le premier janvier 2010.

Article 3

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation de soins et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le

Roselyne Bachelot-Narquin

ANNEXE

LISTES DES INDICATEURS DE QUALITE ET DE SECURITE DES SOINS

LISTE OBLIGATOIRE POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ CONCERNES PAR LE RECUEIL DE CES INDICATEURS

Seuls peuvent être retenus des indicateurs portant sur des domaines prioritaires de la qualité hospitalière, répondant à une potentialité d'amélioration et définis à la suite d'un processus d'expérimentation dans des établissements de santé que ce soit en France ou à l'étranger.

Sous le pilotage du ministère chargé de la santé les 5 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales :

- 1- ICALIN (indice composite des activités de LIN) pour la troisième année ;
- 2- ICSHA (indice de consommation des solutions hydro-alcooliques) pour la deuxième année ;
- 3- SURVISO (surveillance des infections du site opératoire) pour la deuxième année ;
- 4- ICATB (indicateur de bon usage des antibiotiques) pour la première année.
- 5- un **score agrégé**, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs.

Les fiches de présentation de ces indicateurs et les données de comparaison sont disponibles sur le site internet du ministère chargé de la santé.

Sous le pilotage du ministère et de la Haute Autorité de santé, 11 indicateurs de qualité issus du dossier du patient :

Sur le thème de la conformité du dossier :

- 1 - Tenue du dossier patient,
- 2- Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation,
- 3- Traçabilité de l'évaluation de la douleur
- 4- Traçabilité des troubles nutritionnels ;

Sur le thème du dossier anesthésique :

- 5 - Tenue du dossier anesthésique ;

Sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde :

- 6- Prescription d'aspirine,
- 7- Prescription de bêta-bloquant,
- 8 - Mesure de la FEVG (Fraction Éjection Ventriculaire Gauche) et prescription d'IEC (Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion),
- 9 - Prescription de statine et suivi à distance du bilan lipidique,
- 10 - Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques,
- 11 - Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac

Les fiches de présentation de ces indicateurs et les données de comparaison sont disponibles sur le site internet de la Haute Autorité de santé.

DECRET n°2009- du
Relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à la disposition du public par
l'établissement de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6144-1 et L. 6161-2

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 174-2-1, L. 174-18, L. 162-1-14

DECRETE :

Article 1^{er} – Il est ajouté à la section * du chapitre * du titre * du livre * de la * partie du code de la santé publique, partie réglementaire, une sous-section [**] ainsi rédigée :

Les manquements dans la mise à disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins par l'établissement de santé prévue aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2 sont constatés par le directeur général de l'Agence régionale de santé.

Ces manquements correspondent notamment aux situations suivantes :

- Absence de mise à disposition du public des résultats des indicateurs de qualité ;
- Publication incomplète ou insuffisante des résultats des indicateurs de qualité ;
- Défaut de justification ou d'explication visant à expliciter l'absence ou le caractère incomplet de la publication.

Dès lors qu'un manquement est constaté par le directeur général de l'Agence régionale de santé, ce dernier adresse au directeur de l'établissement de santé une mise en demeure en vue d'une publication sans délai des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. A défaut de publication des indicateurs, le directeur de l'établissement présente ses observations écrites ou orales dans un délai de trois mois à compter de la réception de cette mise en demeure.

Au terme du délai, le directeur général de l'ARS évalue l'engagement de l'établissement en vue d'une amélioration des manquements constatés.

En l'absence d'amélioration ou d'engagement de la part du directeur de l'établissement, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce alors, dans le cadre d'une décision motivée et publiée, une pénalité qui représente 0,1% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

La pénalité est notifiée à l'établissement de santé. Le directeur général de l'agence régionale de santé indique le délai et les modalités de paiement des sommes en cause. Le montant de la sanction est comptabilisé par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2-1 ou L. 174-18. Elle recouvre ce montant dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 162-1-14.

Le directeur général de l'agence régionale de santé informe le ministère chargé de la santé des sanctions prise à l'encontre d'un établissement.

Article 2. - Les dispositions du présent décret entrent en vigueur à compter du premier janvier 2010.

Article 3. - *Le ministre chargé de la santé est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel de la République française.*

Fait à Paris, le

Par le Premier ministre

La ministre de la santé et des sports

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

DECRET

Portant diverses dispositions relatives aux communautés hospitalières de territoire.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé

Vu la loi n° du et particulièrement son article 22

Vu le Code de la Santé Publique

[Organisme consulté modifié]

DECRETE

Chapitre unique Autorisations

Article 1

Dans le cas d'une cession entre établissements partenaires d'activités de soins ou d'équipement matériel lourd soumis à l'autorisation prévue à l'article L.6122-1, le cessionnaire adresse au directeur général de l'agence régionale de santé une demande de confirmation de l'autorisation.

Cette demande de confirmation est assortie d'un dossier comprenant notamment les pièces énumérées aux a, b, d, e et f du 1° de l'article R.6122-32-1 (version actuelle/ pré-HPST) ainsi que celles mentionnées au 2°, au b et c du 3° et au 4° de cet article.

Le directeur général de l'agence régionale de santé refuse la confirmation de l'autorisation si le dossier présenté par le cessionnaire fait apparaître des modifications qui seraient de nature à justifier un refus d'autorisation en application des articles R. 6122-34 (version actuelle/pré HPST) ou qui seraient incompatibles avec le respect des conditions et engagements auxquels avait été subordonnée l'autorisation cédée.

Art 2

Le ministre de la santé est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le []
Par le Premier ministre :

L[] ministre de []

DECRET n° [] du []
Portant diverses mesures relatives aux communautés hospitalières de territoire

Le premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu la loi n° du

Vu le code de la santé publique

Le Conseil d'État [section] entendu,

DECRETE

Article 1

Toute convention de communauté hospitalière de territoire prévoit le délai au terme duquel les établissements parties à la convention établissent des comptes combinés.

Article 2

Les comptes combinés prévus à l'article L 6132-2 ont vocation à traduire la réalité et la sincérité des comptes des communautés hospitalières de territoire.

Ils sont transmis, pour information, aux conseils de surveillance de l'ensemble des établissements parties à la communauté hospitalière de territoire.

Ils font l'objet, tout autant, d'une transmission notifiée au directeur général de l'ARS ou, si les sièges établissements figurent sur différentes régions, auprès des directeurs généraux d'ARS concernés.

Ils ne font pas l'objet d'un dépôt auprès du juge des comptes.

Ils ne sont pas soumis à la procédure de certification prévue à l'article L 6145-16 du code de la santé publique.

Article 3

Les comptes combinés concernent les comptes de l'ensemble des établissements publics de santé parties à une convention de communauté hospitalière de territoire.

Ils résultent du cumul des comptes annuels des établissements publics de santé concernés, après neutralisation des opérations et positions réciproques.

Article 4

Les comptes combinés comprennent le bilan combiné, le compte de résultat combiné et l'annexe aux comptes combinés. Ils incluent un tableau de financement.

Art 5

La ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le []

Le Premier ministre,

L[] ministre de []