

SÉGUR
DE LA SANTÉ

Mieux manager
pour mieux soigner

Edito ministre

Document de travail

INTRODUCTION.....	4
1 Gouvernance de l'hôpital.....	5
1.1 Renforcer la place des médecins et des soignants dans la gouvernance.....	5
1.2 Fonctionnement du binôme directeur – président de la CME.....	5
1.3 Projet médical.....	7
1.4 Projet de soins.....	7
1.5 Mise en place d'une cellule projet.....	8
2 Liberté d'organisation interne.....	9
2.1 Réinvestir l'échelon du service de soins.....	9
2.2 Liberté d'organisation des activités médicales et médico-techniques (pôle/service).....	9
2.3 Liberté d'organisation de la gouvernance (CME, CSIRMT, ...).....	10
3 Simplification du fonctionnement interne.....	10
3.1 Favoriser la démarche participative et le fonctionnement médico-soignant.....	10
3.2 Démarche de gestion de projet au sein d'un service.....	12
3.3 Apaiser les relations interpersonnelles.....	12
3.4 Simplifier le fonctionnement interne.....	13
3.5 Délégation de gestion.....	13
4 Le management, facteur de de qualité de vie au travail et de qualité des soins.....	14
4.1 Management de proximité.....	14
4.2 Repérer, accompagner et valoriser les managers.....	15
5 Projet de gouvernance et de management participatif.....	16
FICHE 1 : LE BINOME DIRECTEUR GENERAL/ PRESIDENT DE LA CME.....	18
FICHE 2 : LA CONCERTATION MEDICALE, ADMINISTRATIVE ET SOIGNANTE DU DIRECTOIRE.	20
FICHE 3 : LA NOUVELLE DYNAMIQUE DE LA CME.....	21
FICHE 4 : LES FORMATIONS AUX RESPONSABILITES.....	22
FICHE 5 : LA DELEGATION DE GESTION AUX SOIGNANTS.....	23
FICHE 6 : LA CELLULE PROJET.....	24

INTRODUCTION

Le présent guide s'adresse à l'ensemble des managers hospitaliers, directeurs, directeurs des soins, présidents de commission médicale d'établissement, chefs de pôle, chefs de service, cadres de santé et cadres administratifs. Il vise à récapituler l'ensemble des leviers mis à leur disposition par le Ségur de santé, et les invite à s'en saisir pour améliorer le fonctionnement interne, le management et la gouvernance de leur établissement, de leur pôle, de leur service, en l'adaptant évidemment aux spécificités de chaque situation.

Les travaux engagés depuis plusieurs années répondent à une attente forte des professionnels hospitaliers pour leur donner les moyens d'un hôpital apaisé. Le déploiement d'un management participatif, incluant les notions de bienveillance et disponibilité, ainsi que la réactivité dans la gestion des problèmes quotidiens, contribuent à l'amélioration de la qualité de vie au travail, à dispenser de meilleurs soins, dans une meilleure ambiance, et à attirer et fidéliser les professionnels.

Le consensus trouvé autour des évolutions réglementaires récentes, et les circonstances, obligent désormais l'ensemble des acteurs à un déploiement rapide et efficace des bonnes pratiques identifiées par la mission sur la gouvernance et la simplification à l'hôpital menée en 2020, dont le rapport est annexé.

Néanmoins, la diversité des situations impose une démarche adaptée à chaque établissement de santé. Elle est en effet dépendante de leur taille et de la typologie de leurs activités, de la maturité des organisations, de la démographie des professionnels et des personnes. C'est pourquoi la forme non normative d'un guide a été retenue.

En prenant appui sur l'élaboration du projet de gouvernance et de management participatif intégré au projet d'établissement, la gouvernance médico-administrative des établissements doit pouvoir lancer sans délai une large concertation auprès des personnels hospitaliers pour :

- Partager ces enjeux avec l'ensemble des équipes (médicales, soignantes, techniques, administratives, logistiques, informatiques...);
- Appliquer l'ensemble du nouveau corpus législatif et réglementaire ;
- Mieux impliquer **l'ensemble des** professionnels de santé dans le fonctionnement de l'hôpital ;
- Donner aux responsables les moyens pour agir ;
- Mobiliser autour d'une dynamique de projets ;
- S'interroger sur l'organisation interne de l'établissement et de ses instances ;
- Améliorer la connaissance de la gouvernance du système de santé et de la gouvernance hospitalière auprès des professionnels et inciter à la prise de responsabilités ;
- Garantir une plus grande autonomie et une bienveillance du management à tous les échelons et avec tous les acteurs ;
- Simplifier les modalités de fonctionnement au sein de l'établissement, en lien avec son environnement extérieur ;
- Associer les usagers et les représentants de ville lorsque cela s'avère nécessaire.

Une première étape est attendue pour le **1^{er} janvier 2022**, en cohérence avec l'application des deux décrets du 27 mai 2021 relatifs au groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital, et aux présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement. Le suivi de la mise en œuvre fera l'objet d'une évaluation régulière.

Ce guide précise aux responsables hospitaliers, **qu'ils soient directeurs, directeurs des soins, présidents de CME, chefs de pôle, chefs de service, cadres de santé ou cadres administratifs, les bonnes pratiques et évolutions attendues**, appréhendées dans leur globalité, de la gouvernance institutionnelle aux pratiques managériales de proximité. Il récapitule les bonnes pratiques et les outils (fiches ; recommandations de pratique ; rapport de la mission gouvernance et simplification à l'hôpital de juin 2020) pour accompagner ce déploiement et atteindre le changement de paradigme annoncé par le Ségur de la santé et attendu.

L'ambition portée par ce guide, et l'ensemble des travaux qui l'ont précédé, est en effet de pouvoir changer le fonctionnement interne et la gouvernance de l'hôpital public, de capitaliser sur les bonnes pratiques mises en place durant la crise de la COVID pour qu'à l'issue de la crise l'hôpital retrouve un fonctionnement apaisé et un avenir serein.

Alors que les accords du Ségur de la santé ont permis un choc d'attractivité en revalorisant la rémunération de l'ensemble des hospitaliers et en replaçant le collectif de travail au centre des préoccupations (à travers la promotion de l'engagement collectif par exemple), la fidélisation des personnels hospitaliers passe par la promotion d'un management bienveillant et par l'amélioration en profondeur des conditions de travail.

Car tel est bien le fil conducteur du présent guide : les facteurs organisationnels, les facteurs managériaux, la gouvernance, la mise en place d'une démarche participative, qui sont la matière-même de ce guide, sont des déterminants majeurs de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins. Mieux manager pour mieux soigner.

Qualité de vie au travail et qualité des soins doivent donc devenir les axes managériaux prioritaires, et l'ensemble des évolutions à mettre en place dans le prolongement de ce guide doivent s'inscrire dans cette orientation.

1 Gouvernance de l'hôpital

1.1 Renforcer la place des médecins et des soignants dans la gouvernance

L'atteinte des objectifs de mise en œuvre des mesures législatives et réglementaires repose sur une politique institutionnelle volontariste portée par la gouvernance médico-administrative de l'établissement.

Elle s'appuie notamment sur plusieurs leviers :

- l'adoption d'un projet de gouvernance et de management participatif ;
- le développement des délégations de gestion aux responsables médicaux et non médicaux ;
- la définition d'une politique de communication sur les évolutions de la gouvernance ;
- l'actualisation du règlement intérieur des instances (CME, CSIRMT, Directoire) en prenant appui sur les bonnes pratiques managériales ;
- la conclusion d'une charte de gouvernance entre le directeur et le président de la CME **présentée** à la CME;
- l'élaboration d'une procédure d'instruction des sujets relevant d'un avis simple de la CME et de la CSIRMT ;
- la définition des conditions d'élaboration, d'examen et de mise œuvre des propositions de la CME ;

Une participation large de la communauté hospitalière est nécessaire pour s'assurer de l'adhésion des communautés hospitalières aux évolutions qui en découleront.

1.2 Fonctionnement du binôme directeur – président de la CME

Le binôme directeur – président de la CME est la clef de voûte de la gouvernance hospitalière. Cette responsabilité managériale qui lui incombe, l'oblige à créer les conditions d'une collaboration fluide et efficace au service de l'institution. Chacun des deux acteurs, en ayant accepté sa part de responsabilités, s'engage implicitement à respecter cette collaboration, et particulièrement le cadre de fonctionnement défini avec la charte de gouvernance.

La conclusion d'une charte de gouvernance concrétise cet engagement réciproque et garantit un pilotage médico-administratif équilibré, dans lequel le président de la CME dispose des moyens nécessaires à l'exercice de ses responsabilités.

L'ARS ainsi que toute autre autorité ou tutelle associent systématiquement **le directeur et** le président de la CME aux correspondances et réunions qu'elle peut organiser avec l'établissement, pour tous les domaines relevant de **leur** compétence. A défaut la direction organise le relais systématique d'information auprès du président de la CME.

Principaux outils et références

SÉGUR DE LA SANTÉ

La mesure 22 du Ségur de la Santé vise à mieux associer les soignants et les usagers à la vie de l'hôpital, notamment en remédialisant leur gouvernance. A cette fin, les décisions relevant du domaine médical doivent mieux associer le président de la commission médicale d'établissement (CME).

LOI AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

Article 22 : les chefs de service sont nommés par décision conjointe du directeur d'établissement et du PCME, après avis du chef de pôle.

TEXTES GHT MÉDICALISATION DES DÉCISIONS À L'HÔPITAL

Définition de la charte de gouvernance et élargissement du champ de co-décision : codésignation des chefs de pôles, des chefs de service, des responsables médicaux, cosignature des contrats de pôle, Codécision sur l'organisation interne des activités médicales et médico-techniques (article L.6143-7-3) Rôles et compétences du PCME (articles D.6143-37 à D. 6143-37-5)

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT CLARIS

Recommandation n°2 : Décider conjointement le projet médical et la politique de qualité et de sécurité des soins par le directeur et le président de CME.

Recommandation n°3 : Rendre obligatoires des cosignatures par le directeur et le président de CME sur les sujets suivants, a minima : désignations individuelles de praticiens à des postes de responsabilité, contrats de pôles ; modification d'organisation interne

Recommandation n°8 Réinvestir la CME de ses compétences, dans le champ déjà réglementairement attribué, en matière d'élaboration du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Recommandation n°31 : Donner aux PCME les compétences et les moyens nécessaires pour assumer leurs responsabilités

Recommandation n°45 : Associer systématiquement au chef d'établissement le président de CME pour les réunions et échanges des établissements avec les tutelles (ARS, Assurance maladie...), pour tous les sujets relevant de ses compétences.

BONNES PRATIQUES DU RAPPORT CLARIS

Généraliser la préparation du Directoire et des instances collégiales de chefs de pôle par le directeur et le président de CME. Le PCME est associé à la préparation du Conseil de Surveillance et le directeur à celle de la CME.

*Systematiser la signature conjointe du directeur et du PCME de l'ordre du jour et des relevés de **conclusions** du Directoire.*

1.3 Projet médical

L'élaboration du projet médical est un enjeu de mobilisation des équipes et d'appropriation des enjeux d'organisation des soins. Coordonné par le président de la CME, il concourt à recentrer et mieux communiquer sur la stratégie de l'établissement et ses perspectives qui s'inscrivent aujourd'hui dans les nouvelles capacités d'investissement issues du Ségur.

La CSIRMT, les usagers et les représentants de ville sont associés en tant que de besoin avec un objectif de décloisonnement et de prise en compte de leurs attentes.

Les travaux engagés sur le volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques du projet social et du projet managérial complètent utilement cette dynamique qui a démontré son importance en termes d'attractivité et de fidélisation.

Principaux outils et références

SÉGUR DE LA SANTÉ

Grâce à la mesure 22 du Ségur « Mieux associer les soignants et les usagers à la vie de l'hôpital », les CME se voient confier un rôle dans l'élaboration du projet médical de l'établissement.

TEXTES GHT MÉDICALISATION DES DÉCISIONS À L'HÔPITAL

L'article R6144-1 modifié au 1^{er} janvier 2022 par le décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 définit la procédure d'élaboration du projet médical.

LOI AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

L'article 24 définit le contenu et le but du projet médical : il doit fixer les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens médicotechniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population. Le projet médical se veut également moderne, et doit tenir compte des évolutions récentes des stratégies de prise en charge, notamment thérapeutiques.

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT CLARIS

Recommandation n°7 : la CME élabore et propose au Directoire le projet médical, qui est intégré au projet d'établissement. Le PCME coordonne son élaboration et sa mise en œuvre avec le directeur, selon une procédure médico-administrative partagée. Après concertation en Directoire, le directeur et/ou le PCME peuvent demander à la CME de compléter et / ou d'amender la proposition de projet médical dans une nouvelle proposition. Le projet final est voté par la CME pour être proposé au Directoire. Il est partie intégrante du projet d'établissement voté par les instances, comme la réglementation le prévoit déjà.

BONNES PRATIQUES DU RAPPORT CLARIS

Associer les usagers et des représentants de la médecine de ville aux travaux relatifs au projet médical, à la qualité et à la sécurité de soins, et aux conditions d'accueil des patients, et ponctuellement à la CME selon des modalités inscrites au règlement intérieur de celle-ci.

1.4 Projet de soins

Le projet de soins et le projet médical sont élaborés de manière concertée avec des représentants de la CSIRMT et de la CME pour converger vers un projet médico-soignant. Leur participation aux instances du groupement hospitalier de territoire assure la conformité au projet médical et au projet de soins partagés.

Les règlements intérieurs de la CME et de la CSIRMT prévoient leur articulation pour mener des projets communs. Lorsqu'elle répond à une demande des équipes, la fusion de la CME et de la CSIRMT est une option qui peut être mise en œuvre pour simplifier les échanges et faciliter ces travaux.

Principaux outils et références

LOI AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

L'article 24 détaille les modalités de d'élaboration du projet de soins infirmiers. Comme le projet médical, il doit fixer, pour ce qui le concerne, les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens médicotechniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population. Le projet médical se veut également moderne, et doit tenir compte des évolutions récentes des stratégies de prise en charge, notamment thérapeutiques.

L'article 36 consolide également la place et le contenu du projet psychologique (activités cliniques des psychologues, activités de formation et de recherche et modalités d'organisation).

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT CLARIS

Recommandation n°38 : Encourager la définition conjointe de projets médicaux et de soins partagés pour créer les conditions d'une dynamique médico-soignante associant également les usagers et les professionnels de ville.

1.5 Mise en place d'une cellule projet

L'installation d'une cellule de gestion de projets, chargée de centraliser puis de sélectionner les projets facilite leur conduite dès le début du processus. Ses modalités de fonctionnement s'appuient sur la gouvernance de l'établissement et des critères transparents et partagés à l'avance propres à chacun. Elle permet notamment de répondre à des projets émergents en complément des cycles EPRD et PGFP.

Dans les établissements où une direction ou une cellule projet dédiée préexiste, les membres de la CME sont associés dans ce processus de conduite de projets. Lorsque ce n'est pas le cas, cette cellule, **qui doit s'adapter à l'organisation de l'établissement**, est copilotée par un directeur et un membre désigné de la CME, et dotée des moyens de fonctionnement dédiés.

Principaux outils et références

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT CLARIS

Recommandation n°13 : mettre en place dans chaque établissement une cellule de gestion de projets copilotée par un directeur et un membre de la CME, visant à faciliter le lancement de projets médicaux et soignants sur la base d'une sélection transparente puis d'une contractualisation interne avec la gouvernance de l'établissement, associant les services supports.

2 Liberté d'organisation interne

2.1 Réinvestir l'échelon du service de soins

La complémentarité entre le chef de service et le cadre de santé, leurs capacités de dialogue et de confiance réciproques constituent des atouts pour assurer un management de proximité efficace, garant de réactivité, qualité de vie au travail, prévention des risques psycho-sociaux et des conflits. Elle s'appuie sur des formations régulières au management. En fonction de la taille du service, le règlement intérieur peut prévoir la désignation d'un chef de service adjoint.

L'élaboration concertée du projet de service et la définition des délégations qui leur sont confiées garantissent une plus grande implication des équipes dans les processus de décision.

Principaux outils et références

SÉGUR DE LA SANTÉ

La mesure 18 du Ségur, « Réhabiliter le rôle et la place du service au sein de l'hôpital pour mettre fin aux excès de la loi HPST » vise à donner plus de marges de manœuvre et de responsabilité aux services, avec des délégations de gestion accordées aux pôles et aux services dans chaque établissement sur la gestion des ressources humaines, ou encore des choix d'investissements courants.

LOI AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

L'article 22 confère une assise législative au chef de service, au cadre de santé ainsi qu'au service de soins en tant qu'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT CLARIS

Recommandation n°14 : reconnaître réglementairement la fonction de chef de service, et particulièrement ses responsabilités en matière de qualité et de sécurité des soins, de qualité de vie au travail des équipes, et d'encadrement des internes et des étudiants en santé.

Recommandation n°15 : intégrer le service dans le processus de délégation de gestion

Recommandation n°16 : permettre la désignation conjointe par le directeur et le PCME d'un chef de service adjoint en fonction de la taille de l'établissement, afin d'assurer une permanence de la gouvernance dans le service, sur la base d'une proposition du chef de service.

Recommandation n°17 : faire du chef de service et du cadre de santé un binôme managérial équilibré et opérationnel.

2.2 Liberté d'organisation des activités médicales et médico-techniques (pôle/service)

Elle assure une capacité d'adaptation des organisations médicales et soignantes aux spécificités de l'établissement, rendant optionnelle l'obligation de créer des pôles. Elle s'inscrit en cohérence avec le projet médico-soignant et avec l'organisation des filières. Elle favorise les délégations et l'implication des équipes dans un cadre qu'elles ont contribué à définir. Elle implique une collaboration avec les doyens dans les CHU.

Les modalités d'application de l'article 29 de la loi seront précisées par un décret à venir.

Principaux outils et références

SÉGUR DE LA SANTÉ

La mesure 18 du Ségur, « Réhabiliter le rôle et la place du service au sein de l'hôpital pour mettre fin aux excès de la loi HPST » vise à permettre à chaque établissement public de santé de proposer et d'adapter son organisation interne à son contexte local.

LOI AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

L'article 29, permet, sur décision du directeur et du PCME, aux établissements publics de santé de déroger aux règles d'organisation interne (pôles, services) après avis conforme de la CME et de la CSIRMT et après consultation du CTE.

2.3 Liberté d'organisation de la gouvernance (CME, CSIRMT, ...)

Elle est un levier de simplification mais aussi d'appropriation par les acteurs des circuits de décision et d'instruction de projet, variable selon la typologie et la taille des établissements. Elle garantit le même niveau de consultation et de participation de chacun, même si les instances s'organisent différemment. Elle nécessite une adhésion collective et l'accord de chacune des parties prenantes.

Les modalités d'application de l'article 29 de la loi seront précisées par un décret à venir.

Principaux outils et références

SÉGUR DE LA SANTÉ

La mesure 19 du Ségur, « Donner la capacité aux établissements et aux territoires d'adapter les règles du code de la santé publique » a vocation à donner la possibilité aux établissements d'adapter leurs organisations internes et leur gouvernance à leur situation locale et à leurs projets.

LOI AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

L'article 25 ouvre la possibilité de fusionner la commission médicale d'établissement et la commission des soins.

L'article 29, permet, sur décision du directeur et du PCME, aux établissements publics de santé de déroger à certaines règles relatives à leur gouvernance (directoire, CME, CSIRMT) après avis favorable de la CME et de la CSIRMT et, le cas échéant, du CTE et du conseil de surveillance.

3 Simplification du fonctionnement interne

3.1 Favoriser la démarche participative et le fonctionnement médico-soignant

La communication verticale et horizontale au sein d'un service ou d'un pôle, constitue un vecteur d'information essentielle dans la vie institutionnelle. Elle permet de partager un socle commun d'informations nécessaires à leur bon fonctionnement. Elle favorise l'expression des professionnels, la transmission d'informations, l'amélioration de la qualité de vie au travail, l'identification voire le traitement des « irritants » du quotidien.

Les réunions de service ou de pôle, les réflexions pluriprofessionnelles régulières, les revues de mortalité/morbidité ou les comités de retour d'expérience, la définition des parcours patients, contribuent à la qualité, à la sécurité et à la pertinence des soins. La politique institutionnelle accompagne cet objectif, décliné par pôle et services, pour intégrer les temps de cohésion nécessaires à ces différentes participations en équipe.

Chaque service renforce sa cohésion interne en organisant des sessions de formation impliquant tout le personnel et en tenant compte des axes du projet de service, de pôle et d'établissement.

Les usagers, représentés dans des instances (commission des usagers, conseil de surveillance, directoire, commission de conciliation avec les usagers, ...) ou dans des directions des usagers, sont des interlocuteurs privilégiés pour participer à l'amélioration du fonctionnement interne des services. Dans certains CHUs, ils sont impliqués dans des formations universitaires sous la responsabilité des doyens des facultés de santé.

Le renforcement du fonctionnement médico-soignant doit permettre d'élaborer une réflexion entre les professionnels médicaux et soignants pour optimiser l'organisations des modes de prise en charge des patients et des conditions de travail des professionnels. L'animation du projet est de la responsabilité du médecin responsable du service et du cadre de santé.

Les objectifs de ce renforcement sont :

- De consolider la collaboration entre les médecins et l'ensemble des personnels paramédicaux par une réflexion collective menée sur la convergence des

organisations médicales et soignantes, et sur la pénibilité que génère la non-prise en compte du travail de l'autre, le stress induit par des défauts de coordination,

- D'améliorer la qualité de vie au travail des professionnels au sein des services de l'établissement, en développant l'implication des acteurs et le travail en équipe sur les thématiques relatives à l'organisation de leurs activités autour de la prise en charge du patient et la sécurisation des pratiques,
- D'appliquer des règles de fonctionnement normalisées mais non plus personnalisées, une organisation plus fluide qui permet de trouver de nouvelles marges de manœuvre et d'action, au cœur de l'organisation des équipes et dont l'intérêt est axé sur les pertes de temps et les pertes de chance pour le patient évitées
- D'intégrer au sein des contrats de pôle une charte de convergence médico-soignante, évaluable, évolutive et avant tout opposable

Un accompagnement managérial est essentiel pour :

- développer la qualité de communication des acteurs et les compétences managériales,
- permettre de créer ensemble des outils et donner davantage de repères pour conforter les pratiques au quotidien,
- sensibiliser sur diverses thématiques (Ex: qualité de vie au travail, intégration des nouveaux professionnels, etc...),
- travailler sur la posture managériale et de responsabilités : prendre des décisions et les assumer, déléguer, motiver, communiquer
- échanger des bonnes pratiques, partager les expériences.

La coordination des professionnels est fondamentale afin d'améliorer la circulation des informations nécessaires à la fluidité et à l'efficacité du parcours du patient. Le pilotage médico-soignant participe à la qualité de la prise en charge du patient, de l'organisation des soins et des conditions de travail des soignants. Cette méthodologie embarquée permet de redonner du pouvoir d'agir à tous les acteurs de terrain, valoriser leur travail et participe à l'amélioration de leur qualité de vie au travail

Principaux outils et références

LOI AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

L'article 25 ouvre la possibilité de fusionner la commission médicale d'établissement et la commission des soins.

L'article 31 ouvre plus largement la composition du directoire, notamment aux soignants, aux représentants des usagers et aux étudiants.

3.2 Démarche de gestion de projet au sein d'un service

Elle est la 2ème composante d'une démarche participative. Elle peut bénéficier d'une approche globale sous la forme d'un projet de service. Elle peut revêtir une approche plus ciblée avec des groupes de travail sur des problématiques de terrain soulevées par les patients ou les soignants, ou pour la mise en place de nouvelles procédures.

Son importance est primordiale pour de nombreuses raisons :

- Elle permet aux soignants de construire et d'améliorer le soin en équipe à partir de l'analyse du travail quotidien

- Elle confère une réelle autonomie aux soignants en contribuant à l'amélioration du soin ou et au fonctionnement du service
- Elle fournit à chacun la preuve de l'efficacité de l'intelligence collective
- Elle est indispensable pour la mise en place des restructurations

La pluriprofessionnalité des groupes de travail, et la qualité des échanges et de la communication sont les garants de la réussite de la démarche. Cela implique la tenue de réunions de service régulières pour que les responsables des groupes de travail puissent présenter et faire valider les avancées de leurs travaux.

3.3 Apaiser les relations interpersonnelles

Les facteurs de tension entre les personnels hospitaliers sont multiples : défaut de communication au sein de l'équipe, qualité de la relation équipe non médicale / médicale / encadrement, climat de travail insatisfaisant, sous-effectif, adaptation des protocoles de manière variable et personnalisée, manque de bienveillance et de soutien social par les collègues...

Les établissements définissent dans leur projet managérial une politique d'établissement ou de groupement et peuvent notamment s'appuyer sur :

- une gestion des situations locales de tension en prenant appui sur des procédures internes et externes de gestion des conflits ou de conciliation
- un recours à des médiateurs régionaux certifiés, en prenant appui sur les commissions régionales paritaires ou dans le cadre de la médiation nationale
- la formation initiale au travail en équipe et multi-professionnelle, au développement du savoir être des étudiants en santé à partir de leur 2^{ème} cycle
- la formation des managers aux démarches de conciliation, de prévention des risques psycho-sociaux, ainsi qu'aux méthodes de renforcement de travail collectif en équipe de type PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe) mis au point par la HAS

Principaux outils et références

SÉGUR DE LA SANTÉ

La mesure 23 du Ségur vise à « Mieux prévenir les conflits à l'hôpital ». Pour y parvenir, cette mesure prévoit de favoriser la prévention et le règlement des conflits aux niveaux de proximité grâce à des réunions de dialogue professionnels, ou à l'intervention de tiers en cas de blocage.

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT CLARIS

Recommandation n°23 : former systématiquement les trios (pôle) et duos (service) managériaux aux démarches de médiation, de prévention des risques psycho-sociaux ainsi qu'aux méthodes de renforcement de travail collectif en équipe de type PACTE (programme d'amélioration continue du travail en équipe) mis au point par la Haute Autorité de Santé.

3.4 Simplifier le fonctionnement interne

Cette priorité institutionnelle, portée par la gouvernance de l'établissement, se déploie dans la durée et à tous les échelons.

Elle peut notamment prendre appui sur les recommandations et retours d'expérience établis par la mission « sur la gouvernance et la simplification hospitalière » :

- Amélioration de la réactivité des services support et directions fonctionnelles auprès des instances, pôles et services et réciproquement ;
- Adaptation des systèmes d'information en favorisant l'interopérabilité ;
- Promotion des circuits courts de décision ;
- Réduction des tâches de secrétariat, qui peuvent être numérisées, pour concentrer celles-ci sur l'accueil et l'information patient, et l'assistance aux responsables médicaux et non médicaux ;
- Généralisation du « bed-management » ;
- Simplification des procédures de remplacement en prenant appui sur des délégations de gestion ;
- Réponse dans des délais définis, en encourageant la pratique de l'accusé de réception.

Il s'agit d'une démarche d'amélioration continue, susceptible d'évoluer à partir des propositions formulées par les hospitaliers dans leur domaine de compétence. Une vigilance particulière est accordée aux modes de communication dématérialisés qui ne peuvent remplacer les échanges directs et présentiels.

3.5 Délégation de gestion

Elle représente un levier majeur pour médicaliser les décisions en prenant appui sur des responsables médicaux et paramédicaux. La délégation de gestion au chef de pôle, ou au chef de service, pour la mise en œuvre du contrat de pôle, s'inscrit dans le cadre de plusieurs prérequis :

- l'adhésion du responsable médical à qui une délégation est proposée ;
- la formation au management ;
- la mise à disposition des moyens permettant d'assumer cette délégation (indicateurs, aide technique/administrative....) selon une feuille de route/lettre de mission ;
- des circuits courts de décision imposant une réorganisation des processus administratifs ;
- un dialogue de gestion régulier et constructif ;
- un bilan de mandat avant le renouvellement de la responsabilité de chef de pôle/chef de service.

L'élaboration d'un guide de délégation de gestion pourrait accompagner et faciliter la démarche au sein de l'établissement, définissant notamment les différents niveaux de responsabilité (direction, président de la CME, pôle, service, UF) et l'articulation entre chacun.

La délégation cible progressivement les domaines suivants : gestion des ressources humaines (masse salariale sur la base du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés, crédits de remplacements et d'intérim), petits investissements du quotidien, formation, **actions et initiatives relatives à la** qualité de vie au travail.

Principaux outils et références

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT CLARIS

Recommandation n°19 : engager une démarche affirmée de délégation aux pôles volontaires portée par la gouvernance de l'établissement, tout en sécurisant les prérequis préalables :

- *Disposer d'un système d'information adapté et robuste permettant une comptabilité analytique performante ;*
- *Prendre appui sur des chefs et collaborateurs de pôles formés et responsables ;*
- *Cibler progressivement les champs suivants : ressources humaines (masse salariale et sur la base du Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés, remplacements, intérim), petits investissements du quotidien, formation, qualité de vie au travail.*

4 Le management, facteur de de qualité de vie au travail et de qualité des soins

4.1 Management de proximité

Le management de proximité relève d'un binôme chef de service / cadre de santé en capacité de mener et motiver les équipes pour atteindre les objectifs fixés par le projet d'établissement. Leur politique managériale contribue directement à la qualité de vie au travail du personnel et de la qualité des soins dispensés au patient, notamment au travers des facteurs suivants :

- L'adaptation du management en fonction des équipes et des circonstances, à même d'induire la motivation de l'équipe, un encouragement à travailler ensemble ;
- La communication, l'écoute, l'échange, notamment avec l'encadrement direct ;
- La collégialité des décisions, qui permet la recherche de solution collectives ;
- Le soutien à l'autonomie dans le travail, dans le respect des compétences respectives ;
- La cohérence des décisions. A l'inverse, les injonctions paradoxales sont rapportées comme fréquentes, notamment dans la collaboration médecin/cadre ;
- Le soutien organisationnel, c'est-à-dire une organisation valorisant la contribution de chacun et se souciant de son bien-être.
- La justice organisationnelle.

La politique institutionnelle peut renforcer ce maillon essentiel en prenant appui sur plusieurs mesures :

- Définir au sein du règlement intérieur les modalités internes de désignation des chefs de pôle, de service et les responsables médicaux prenant appui sur des appels à candidature, une logique de projets, de bilans et de transparence, en impliquant les doyens dans les CHU ;
- Mobiliser la CME en lien avec la direction sur les sujets relatifs à la qualité de vie au travail et à la prévention des risques psycho-sociaux des praticiens dans le cadre du volet médical du projet social ;
- Veiller à ce que le représentant de la CME au CSE ait une légitimité suffisante pour participer au débat, défendre les enjeux institutionnels et contribuer

- efficacement à la conduite du dialogue social dans le souci d'un climat apaisé et constructif ;
- Impliquer le responsable médical dans la procédure de sélection du cadre soignant de son pôle ou service, et d'évaluation des professionnels du service avec le cadre ;
- Placer sous la responsabilité du chef de service la bonne tenue des entretiens médicaux individuels annuels ;
- Reconnaître des moyens pour ces activités de management transversal ;
- Développer les actions permettant l'attribution à tout ou partie de son équipe la prime d'engagement collectif conformément à la politique de l'établissement.

Principaux outils et références

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT CLARIS

Recommandation n°23 : former systématiquement les trios (pôle) et duos (service) managériaux aux démarches de médiation, de prévention des risques psycho-sociaux ainsi qu'aux méthodes de renforcement de travail collectif en équipe de type PACTE (programme d'amélioration continue du travail en équipe) mis au point par la Haute Autorité de Santé.

4.2 Repérer, accompagner et valoriser les managers

Le niveau actuel de formation au management est très hétérogène à l'hôpital suivant la typologie des établissements, leur programme annuel de formation et l'implication des personnels. Peu enseigné au cours des études médicales, il l'est de façon variable selon les instituts de formation des cadres de santé, de façon perfectible pour les directeurs d'hôpital dont l'antériorité dans les fonctions de manager est parfois faible.

L'exercice de responsabilités médicales s'inscrit dans un parcours managérial nécessitant d'être accompagné. Il repose sur des formations, une valorisation de leur investissement, et un suivi de leur montée en compétences.

Cette politique nécessite une mobilisation particulière de la gouvernance de l'établissement sur le sujet avec une vision prospective. Elle intègre les différentes évolutions réglementaires visant à promouvoir ces fonctions : formations, valences, indemnités de responsable médical, etc.

Ainsi, tous les managers, c'est-à-dire les professionnels hospitaliers en situation de gestion d'équipe, doivent maîtriser une série de compétences clés pour exercer leurs missions de management. Et pour ce faire, ils doivent suivre dans les deux ans suivant leur prise de fonction ou de leur renouvellement de mandat une formation dont le programme couvre la totalité des compétences clés requises.

La perspective de suivi de la formation au management doit être actée dans les 3 mois de la prise de poste et l'inscription aux sessions de formation organisées actée dans ce délai. Et dès la première année de fonctions du manager médical ou paramédical, les capacités managériales devront faire l'objet d'une première évaluation par le n+1, soit à l'occasion de

l'entretien d'évaluation du cadre, soit à l'occasion de l'entretien annuel proposé statutairement aux médecins.

Ce principe sera intégré prochainement dans un texte réglementaire opposable qui définira également les compétences socles enseignées de manière obligatoire, la durée minimale de 28 heures de la formation et les modalités de suivi du dispositif d'apprentissage. L'enjeu est de faire progressivement de cette obligation de formation une évidence pour l'ensemble des acteurs hospitaliers en la traduisant à terme en « passeport managérial », c'est-à-dire à la fois un ensemble de moyens aidant au quotidien le manager mais aussi une reconnaissance qui légitime la position du manager et atteste du parcours suivi et des compétences acquises. Ce passeport managérial pourra suivre le manager à l'occasion de ses éventuels changements de poste, en interne ou à l'extérieur de son établissement d'origine.

Principaux outils et références

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT CLARIS

-Recommandation n°11: reconnaître réglementairement une part de rémunération associée à la fonction de PCME et d'animateur de commission.

-Recommandation n°12: organiser le repérage, l'accompagnement et la valorisation des praticiens susceptibles de s'investir institutionnellement dans des missions transversales ou des sous-commissions de la CME.

-Recommandation n°18: reconnaître réglementairement une part de rémunération associée à la fonction de chef de service et de chef de service adjoint.

-Recommandation n°33: en lien avec le CNG, établir un véritable parcours managérial pour les responsables médicaux, assurant leur formation, leur valorisation, leur suivi et leur montée en compétences.

-Recommandation n°34: intégrer une formation aux outils du management, à la gestion et aux politiques de santé dans le cursus de 3ème cycle des études médicales.

5 Projet de gouvernance et de management participatif

L'adoption d'un projet de gouvernance et de management participatif, ainsi que la conclusion d'une charte de gouvernance entre le Président de la CME et le chef d'établissement, favorisent l'appropriation de l'ensemble de ces enjeux par les équipes hospitalières.

Leur élaboration nécessite une large démarche participative afin de permettre à chacun de s'exprimer et de se projeter dans une gouvernance représentative des acteurs, transparente pour les services, participative et efficace.

Le projet de gouvernance et de management participatif définit les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et de coordination des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation et de motivation à atteindre collectivement les objectifs du projet d'établissement. Il intègre notamment :

- les processus d'instruction des projets au sein de l'établissement, et notamment ceux relevant d'un avis de la CME et de la CSIRMT ;

- la politique de délégation de gestion de l'établissement aux pôles et services de soins ;
- l'articulation des instances de gouvernance avec les pôles, services et filières ;
- les modalités de fonctionnement entre les responsables médicaux et les directions fonctionnelles ;
- les moyens matériels et humains mis à la disposition des responsables hospitaliers ;
- les modalités de désignation des responsables hospitaliers ;
- les modalités d'accueil, d'accompagnement et de suivi des étudiants en santé en collaboration avec les doyens et responsables de formation en santé ;
- les programmes de formation managériale dispensés obligatoirement aux personnels médicaux et non médicaux ;
- des actions de sensibilisation aux enjeux d'égalité entre les femmes et les hommes ;
- des actions de prévention des risques professionnels.

La charte de gouvernance assure au président de la CME un environnement propice à l'exercice de ses responsabilités. Le projet de gouvernance et de management participatif garantit à la CME les moyens de fonctionnement nécessaires à l'atteinte des objectifs qui lui sont confiés.

Un suivi est organisé par les instances de l'établissement, facilitant la résolution des difficultés rencontrées, avec une actualisation partagée.

Principaux outils et références

LOI AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION
L'article 34 de la loi Rist institue un véritable projet de gouvernance et de management participatif de l'établissement.

FICHE 1 : LE BINOME DIRECTEUR GENERAL/ PRESIDENT DE LA CME

Evolution réglementaire issue du Ségur

LOI AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

Art 22 Codésignation DG PCME chef de service

Art 31 codésignation DG PCME des représentants médicaux au Directoire

ORDONNANCE GHT MÉDICALISATION DES DÉCISIONS À L'HÔPITAL ET DÉCRETS D'APPLICATION

Nouvel article L.6143-7-3 issu de l'ordonnance, notamment inclusion des

Codésignation des chefs de pôles, des chefs de service, des responsables médicaux,

Cosignature des contrats de pôle

Codécision organisation interne des activités médicales et médico-techniques

Objectifs attendus

- Conforter le binôme directeur et président de CME, et le trio qu'ils forment avec les doyens dans les CHU, clé de voûte de la gouvernance
- Assurer au président de la CME un environnement et des moyens propices à l'exercice de ses responsabilités et de ses missions
- Garantir à la CME les moyens de fonctionnement nécessaires à l'atteinte des objectifs qui lui sont confiés

Méthodologie recommandée

- Elaboration d'une charte de gouvernance par le directeur et le président de la CME précisant les moyens qui lui sont délégués :
 - o Ordre de mission permanent facilitant ses déplacements dans le cadre de son exercice
 - o Profil du (ou des collaborateurs) dont son secrétariat
 - o Compensation en temps médical dans son service d'affectation, ainsi que pour les vice-présidents et présidents de sous-commission
 - o Locaux, matériel téléphonique et informatique
 - o Prise en charge des frais de déplacement
 - o Relations facilitées avec les différentes directions
 - o Périodicité et contenu des rencontres avec le directeur
- Conclusion de la charte qui est présentée en CME
- Organisation d'un relais systématique des informations et invitations provenant des organismes ou autorités extérieures auprès du président de la CME pour les sujets qui relèvent de sa compétence
- Représentation conjointe de l'établissement par le directeur et le président de la CME aux réunions organisées par (ou avec) les organismes ou autorités extérieures
- Elaboration d'une procédure d'instruction des sujets relevant des compétences du président de CME (désignations conjointes...)
- Offre obligatoire en début de mandat et tout au long de ses fonctions d'une formation adaptée à ces hautes responsabilités

Bonnes pratiques observées

- Consultation par le président du conseil de surveillance, du président de la CME, et dans les CHU du doyen, dans le cadre du processus de sélection des candidats à une chefferie d'établissement
- Cosigner les documents internes de l'établissement dès lors qu'ils relèvent d'une décision conjointe ou favorisent la lisibilité de la gouvernance médico-administrative

représentée par le Directeur et le président de la CME ; et avec les doyens dans les CHU

- Matérialiser la consultation du doyen sur les nominations des chefs de service en CHU par un visa de ce dernier
- Systématiser un visa du président de CME sur le volet médical des documents engageant légalement l'établissement (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, EPRD, PPI, conventions médicales ou avec les universités et organismes de recherche...), attestant de l'implication de la communauté médicale

Document de travail

FICHE 2 : LA CONCERTATION MEDICALE, ADMINISTRATIVE ET SOIGNANTE DU DIRECTOIRE

Evolution réglementaire issue du Ségur

LOI AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

Art 31 sur le directoire : il donne la possibilité d'ouvrir le directoire des établissements de santé, en y ajoutant deux membres : un représentant du personnel soignant et un du personnel médical ; et la possibilité de 3 invités avec voix consultative.

Objectifs attendus

- Renforcer le rôle de concertation du directoire et améliorer sa lisibilité pour les équipes médicales et soignantes
- Elargir sa composition en intégrant un membre soignant, un membre médical supplémentaire, et éventuellement un représentant des usagers et un représentant des étudiants en fonction de la configuration des établissements
- Accentuer son ancrage avec les équipes des services de soins par une meilleure lisibilité de son rôle dans la stratégie institutionnelle.

Méthodologie recommandée

- Installer le directoire dans sa nouvelle composition
- Définir des modalités de fonctionnement lisibles et accessibles pour les équipes pluri-professionnelles

Bonnes pratiques observées

- Généraliser la préparation du directoire par le chef d'établissement et le président de CME et de toute réunion médicale institutionnelle (instance collégiales de chefs de pôle...)
- Systématiser la signature conjointe du directeur et du président de CME de l'ordre du jour et des relevés de **conclusions** du Directoire
- Organiser périodiquement des réunions du Directoire élargies à d'autres membres (ex : Chefs de pôle)
- Définir conjointement entre Directeur et président de CME les modalités d'organisation calendaire des instances et de l'ordonnancement des sujets à inscrire à l'ordre du jour
- Permettre, dans le cadre d'échanges préalables avec les chefs de pôle, la possibilité pour les services ou secteurs de proposer des sujets à inscrire à l'ordre du jour
- Conforter la pratique actuelle du consensus, garantissant l'adhésion de l'ensemble de la gouvernance
- Diffuser à l'ensemble de l'encadrement hospitalier un relevé de conclusions synthétique du Directoire (Ex : La minute du Directoire)

FICHE 3 : LA NOUVELLE DYNAMIQUE DE LA CME

Evolution réglementaire issue du Ségur

ORDONNANCE GHT MÉDICALISATION DES DÉCISIONS À L'HÔPITAL ET DÉCRETS D'APPLICATION

Pouvoir de proposition de la CME

Avis de la CME sur l'EPRD, le plan d'investissement, le PGFP, le PPI, le CPOM

La CME se voit confier un rôle dans l'élaboration du projet médical de l'établissement

LOI AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

-Art 25 sur la possibilité de fusionner la commission médicale d'établissement et la commission des soins

-l'article 29, en conformité avec les conclusions du Ségur de la santé, vise à permettre aux établissements de santé d'avoir un droit d'option concernant les modalités d'organisation interne et de gouvernance en cas d'accord de l'ensemble des acteurs locaux.

Objectifs attendus

- Accentuer l'engagement de la CME dans l'élaboration de la stratégie médicale de l'établissement, et de la politique qualité, sécurité et pertinence des soins
- Mieux associer la CME dans la conduite et la gestion de l'établissement, et particulièrement pour la construction de l'EPRD, du PGFP et du PPI
- Assurer une médicalisation des processus d'instruction des projets
- Développer une culture de gestion de projet auprès des équipes médico-soignantes

Méthodologie recommandée

- Déterminer une procédure d'instruction médico-administrative partagée des sujets soumis au directoire relevant d'un avis simple de la CME et du CSE
- Définir dans le règlement intérieur de la CME les conditions d'élaboration, d'examen et de mise œuvre du pouvoir de proposition de la CME
- Organiser des temps de travail commun entre la CME et la CSIRMT autour de sujets communs, voir créer une commission médico-soignante réunissant des membres des deux instances

Bonnes pratiques observées

- Favoriser la constitution de sous-commissions dédiées de la CME, animées par un membre de la CME et pouvant recourir à l'expertise des directions fonctionnelles, et figurant au règlement intérieur de la CME
- Prendre appui sur les procédures d'instruction médico-administratives intégrées au projet d'établissement
- Définir une procédure interne de conciliation prévoyant l'articulation avec le recours à la médiation régionale ou nationale.
- Formaliser les missions des représentants des étudiants en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique en CME
- Définir les missions du représentant de la CME au Comité Social d'Etablissement et privilégier la présence du président de CME ou de son représentant

FICHE 4 : LES FORMATIONS AUX RESPONSABILITES

Evolution réglementaire issue du Ségur

ORDONNANCE GHT MÉDICALISATION DES DÉCISIONS À L'HÔPITAL ET DÉCRETS D'APPLICATION

Le président de la CME bénéficie d'une formation à sa prise de fonction, adaptée à l'exercice de ses hautes responsabilités, et à l'issue de son mandat

LOI AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

Le projet de gouvernance et de management participatif porte également sur les programmes de formation managériale dispensés obligatoirement aux personnels médicaux et non médicaux nommés à des postes à responsabilités

Objectifs attendus

- Développer une culture managériale commune gestionnaire, médicale et soignante au sein de l'institution et fédérer les équipes
- Renforcer l'autonomie et la bienveillance du management à tous les échelons
- Faciliter les délégations auprès de personnels formés

Méthodologie recommandée

- Mobiliser les équipes pour élaborer le projet managérial de l'établissement et déterminer ses priorités
- Adopter une politique institutionnelle relative aux formations des responsables hospitaliers, en complément et avec l'appui du Développement professionnel continu
- Favoriser les formations internes aux équipes, au sein des services, impliquant toutes les catégories de personnel

Bonnes pratiques observées

- Organiser des réunions de débriefing, connues depuis de nombreuses années dans certaines spécialités (réanimation, urgences, etc.) donnant aux soignants un espace de parole suite à une situation ayant mis l'équipe en difficulté.
- Restaurer le principe d'un conseil de service régulier
- Favoriser les espaces d'échanges entre les managers du service, médecins et cadres
- Former les managers aux démarches de conciliation, de prévention des risques psycho-sociaux, ainsi qu'aux méthodes de renforcement de travail collectif en équipe
- Organiser des formations communes pour les praticiens, cadres et directeurs, potentiellement mutualisées entre équipes du GHT

FICHE 5 : LA DELEGATION DE GESTION AUX SOIGNANTS

Evolution réglementaire issue du Ségur

LOI AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

L'article 23 de la loi du 26 avril 2021 précise : « le chef de pôle peut déléguer en fonction des objectifs fixés à l'avance avec le chef de service sa signature au chef de service pour la mise en œuvre du contrat de pôle prévu au même article L.6146-1 ».

Objectifs attendus

- Engager une démarche affirmée de délégation aux pôles et services volontaires portée par la gouvernance de l'établissement
- Simplifier et médicaliser les décisions à l'hôpital dans le cadre de la politique générale de l'établissement

Méthodologie recommandée

- Etablir une procédure institutionnelle pour accompagner la désignation des chefs de pôle et de service, prenant appui sur des fiches mission et sur une dynamique de projet et d'évaluation
- Adapter progressivement le périmètre de la délégation en fonction de la maturité du pôle et de ses responsables dans un objectif de réponse à l'ensemble des enjeux du quotidien
- Former les responsables médicaux volontaires et adapter la délégation en fonction des situations
- Organiser le repérage, l'accompagnement, la formation et la valorisation des praticiens susceptibles de s'investir institutionnellement dans des missions transversales ou des sous-commissions de la CME.
- Mettre à disposition des moyens permettant d'assumer cette délégation (indicateurs, appui technique/administratif...) selon une feuille de route/lettre de mission
- Accompagner les délégations d'un dialogue de gestion régulier et constructif avec la gouvernance de l'hôpital

Bonnes pratiques observées

- Désigner les chefs de pôles et les chefs de services, de département et responsables d'unités fonctionnelles ou de secteurs en prenant appui sur une procédure institutionnelle, favorisant la logique de projet et d'évaluation
- Présenter systématiquement en CME et en directoire les projets de service et de pôle
- Mettre en place une conférence de pôle annuelle, coprésidée par le président de CME et le directeur général, et le doyen dans les CHU, l'exécutif du pôle et les chefs de service et cadres supérieurs, pour formaliser une feuille de route et partager les enjeux institutionnels.
- Désigner des directeurs référents de pôle, pour faciliter l'interface entre le pôle et les directions
- Contractualiser entre les pôles d'activité médicale et médico-technique et les services support pour assurer une réactivité optimale et un lien renforcé. La signature du contrat de pôle par le directeur engage les directions fonctionnelles

FICHE 6 : LA CELLULE PROJET

Objectifs attendus

- Faciliter l'émergence de projets innovants
- Accompagner et favoriser le lancement et la conduite de projets médicaux et soignants
- Concourir à l'amélioration des conditions d'exercice

Méthodologie recommandée

- Formaliser une cellule chargée de centraliser, sélectionner et suivre les projets, **adaptée à l'organisation de l'établissement**
- Impliquer la CME pour la priorisation des projets
- Etablir des procédures d'instruction de projet et de validation, associant la communauté médicale, soignante et les directions fonctionnelles
- Mettre en place une sélection transparente et une contractualisation interne
- Associer les directions fonctionnelles à l'instruction et à la mise en œuvre des projets

Bonnes pratiques observées

- Dans les établissements où une direction ou cellule projet dédiée préexiste, les membres de la CME sont associés dans ce processus de conduite de projets. Lorsque ce n'est pas le cas, cette cellule est copilotée par un directeur et un membre de la CME
- Identification de moyens de fonctionnement spécifiques
- Association de tous les acteurs impliqués dans la réalisation des projets
- Proposition d'une fiche projet type (responsable, chronologie, moyens humains, moyens financiers, pré-requis en matière d'équipements, impact sur les conditions de travail...)