



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS**

[dgos-dir@sante.gouv.fr](mailto:dgos-dir@sante.gouv.fr)

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des  
agences régionales de santé,

Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements  
de santé et les présidents de commission médicale  
d'établissement,

Mesdames et Messieurs les chefs de pôles et chefs de  
services,

Mesdames et Messieurs les directeurs, coordinateurs des  
soins, cadres supérieurs de santé et cadres de santé,

**CIRCULAIRE N° DGOS/CABINET/2021/182** du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS.

Date d'application : immédiate

NOR : SSAH2124489C

Classement thématique : établissements de santé – Gestion

**Validée par le CNP le 13 août 2021 - Visa CNP 2021-110**

**Catégorie** : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

**Résumé** : En complémentarité des dispositions de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) et de la loi Rist, cette circulaire précise les bonnes pratiques en matière de gouvernance, d'organisation et de fonctionnement des établissements

|  |
|--|
| publics de santé issues du Ségur de la santé et du rapport de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalière menée par Pr Olivier Claris  |
| <b>Mention Outre-mer</b> : ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna  |
| <b>Mots-clés</b> : organisation et gouvernance des établissements publics de santé, Ségur de la santé, rapport de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalière du Pr Olivier Claris, mesures Investir pour l'hôpital  |
| <b>Textes de référence</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé dite loi « OTSS » ;</li> <li>• Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dite loi « Rist » ;</li> <li>• Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital ;</li> <li>• Décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital ;</li> <li>• Décret n° 2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement.</li> </ul> |
| <b>Textes abrogés</b> : néant  |
| <b>Annexes</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Annexe 1 : guide « mieux manager pour mieux soigner » élaboré par le Pr Olivier Claris, en coopération avec les conférences hospitalières et la Fédération Hospitalière de France (FHF)</li> <li>• Annexe 2 : format indicatif d'enquête de suivi du déploiement des recommandations et bonnes pratiques du guide « mieux manager pour mieux soigner »</li> <li>• Annexe 3 : présentation des évolutions introduites par les textes relatifs aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital élaborée par la FHF.</li> </ul>   |
| <b>Textes modifiés</b> : néant   |

L'hôpital public a connu des évolutions majeures dans son organisation interne ces dernières années, évolutions exacerbées par la crise sanitaire traversée depuis 18 mois. La loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) a abouti, en 2009, à la mise en place d'une architecture de l'organisation interne de l'hôpital avec de nouveaux modes d'organisation et de gouvernance pour les établissements (composition et fonctionnement du conseil de surveillance, du directoire et de la commission médicale d'établissement, organisation en pôles d'activité clinique et médico-technique, notamment).

Ces évolutions ont parfois donné aux équipes hospitalières le sentiment d'un éloignement de la prise de décision, d'une organisation plus rigide et d'une perte de sens.

La stratégie de transformation du système de santé « Ma Santé 2022 » annoncée en septembre 2018 par le Président de la République et concrétisée par le loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative

à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), s'est fixé l'ambition de renforcer le dialogue et le sens du collectif au sein des hôpitaux.

Le rapport du Pr Olivier Claris dans le cadre de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalière conforté par les conclusions du Ségur de la Santé ont formulé un certain nombre de recommandations pour accélérer le virage vers une médicalisation accrue de la gouvernance des établissements de santé, une meilleure association des soignants à la vie de l'hôpital, une simplification des processus de fonctionnement, une plus grande liberté d'organisation des établissements et la réhabilitation du service de soins.

Depuis, l'ensemble des recommandations ont été traduites par des mesures législatives et réglementaires :

- Via la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dite loi Rist ;
- Via l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 et le décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatifs aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital ainsi que le décret n° 2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement ;

D'autres mesures enfin, par exemple les bonnes pratiques, ne relèvent pas strictement de normes.

**La présente circulaire vise à préciser les évolutions attendues en lien avec les bonnes pratiques en matière d'organisation des établissements publics de santé et à accompagner le déploiement, en complémentarité des dispositions de la loi OTSS et de la loi Rist.**

-----

|   |
|---|
| <b>1. Simplifier le fonctionnement et l'organisation interne et améliorer la gouvernance de l'hôpital</b> |
|---|

Pour récapituler l'ensemble des leviers mis à disposition, et pour faire en sorte que chaque établissement s'en saisisse afin de simplifier concrètement son fonctionnement et son organisation interne et améliorer sa gouvernance, le Pr Olivier Claris a été missionné en mai 2021 aux côtés de la Fédération Hospitalière de France et des conférences des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de centre hospitalier universitaire (CHU), de centre hospitalier (CH) et de centre hospitalier spécialisé (CHS), ainsi que des conférences de directeurs généraux de CHU et de directeurs de CH, pour constituer un guide pratique « Mieux manager pour mieux soigner », joint en annexe 1.

Le guide, joint à cette circulaire en annexe 1, regroupe ainsi les bonnes pratiques en matière de :

- Gouvernance à l'hôpital ;
- Souplesse d'organisation interne ;
- Simplification du fonctionnement ;
- Management ;
- Projet de management et de gouvernance.

Le guide précise aux responsables hospitaliers les évolutions de pratique attendues, appréhendées dans leur globalité, de la gouvernance institutionnelle aux pratiques managériales de proximité. Elles s'appuient sur des illustrations de bonnes pratiques. Le guide propose des outils pour accompagner ce déploiement et atteindre le changement de paradigme annoncé par le Ségur de la santé et attendu par les acteurs.

Ce guide n'est pas normatif ; il récapitule des leviers, des recommandations et des bonnes pratiques qui ont vocation à être appréhendés et réappropriés par chacun des établissements et à s'adapter à la diversité des situations, notamment de la taille de l'établissement, de ses activités, de la démographie des professionnels de santé, de l'organisation interne, des situations interpersonnelles, etc.

Ce guide est destiné à tous les managers hospitaliers : au premier rang les chefs d'établissements et présidents de CME, mais aussi aux directeurs adjoints, coordinateurs des soins, chefs de pôle, chefs de services, cadres supérieurs, cadres de santé et cadres administratifs.

En prenant appui sur ce guide et au moment de l'élaboration du projet de gouvernance et de management participatif intégré au projet d'établissement prévu par la loi « Rist », la gouvernance médico-administrative des établissements doit pouvoir lancer sans délai une large concertation interne pour :

- Partager ces enjeux avec l'ensemble des équipes (médicales, soignantes, techniques, administratives, logistiques, informatiques...);
- Lancer une réflexion interne large et participative, notamment sur la base des bonnes pratiques mises en place durant la gestion de la crise COVID, visant à :
  - Simplifier les modalités de fonctionnement au sein de l'établissement ;
  - S'interroger sur l'organisation interne de l'établissement et de ses instances ;
  - Améliorer la gouvernance interne de l'hôpital ;
  - Renforcer la place des médecins, des soignants et des usagers dans les réflexions et les décisions ;
  - Améliorer le management à tous les échelons.
- Mobiliser autour d'une dynamique de projets ;
- Formaliser un certain nombre de ces éléments dans le projet de management participatif et de gouvernance ;
- Mettre en œuvre ces évolutions de fonctionnement interne, d'organisation, de gouvernance et de management.

## **2. Modalités et suivi de la mise en œuvre**

Il est demandé aux gouvernances hospitalières de mettre en place une démarche participative large, s'appuyant par exemple sur le retour d'expérience de la gestion de crise de la COVID du point de vue du fonctionnement, de l'organisation et de la gouvernance interne. La formalisation de ces démarches de simplification du fonctionnement interne et de l'amélioration du management et de la gouvernance pourra être formalisée dans le projet de management participatif et de gouvernance.

Si l'organisation de cette démarche est laissée à l'appréciation des gouvernances hospitalières, il est demandé *a minima* une concertation de la CME, de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) et du Comité technique d'Établissement (CTE).

Compte tenu du renouvellement des CME, selon un calendrier spécifique à chaque établissement, il n'est pas fixé d'échéance à ces évolutions. Un premier point d'avancement de ce déploiement est néanmoins attendu à l'échéance du 1<sup>er</sup> 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.

**Pour suivre le déploiement de ces mesures, une enquête SOLution d'Enquête (SOLEN), dont le cadre indicatif figure en annexe 2, sera transmise aux directeurs et présidents des commissions médicales d'établissements (PCME) d'établissements publics de santé d'ici le 15 novembre 2021. Elle sera à remplir conjointement par leurs soins au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Le niveau national partagera, pour information, les résultats avec les Agences régionales de santé (ARS) et les représentants des établissements.**

**Une deuxième point d'avancement sur le déploiement de ces évolutions sera réalisé au 15 mars 2022.**

### **3. Rappel des mesures prévues par la Loi Rist**

Parmi les mesures mises en place par la loi Rist susmentionnée, plusieurs relèvent du droit d'option.

En revanche, plusieurs sont des mesures normatives, nécessitant une mise en œuvre conforme à la loi. Sont ainsi principalement concernés, s'agissant des sujets d'organisation interne et de gouvernance :

- La réhabilitation du service, du chef de service et du cadre de proximité comme échelon et acteurs 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 (application immédiate en vertu de l'article 22 de la loi) ;
- L'enrichissement des projets médicaux et des projets de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (application immédiate en vertu de l'article 24 de la loi) ;
- L'élargissement à un membre supplémentaire du personnel paramédical de la composition du Directoire des établissements publics de santé et la mise en place d'un relevé de conclusions accessible à l'ensemble du personnel (application immédiate en vertu de l'article 31 de la loi) ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de gouvernance et de management participatif au sein de chaque établissement (application immédiate en vertu de l'article 34 de la loi).

#### 4. Rappel des mesures prévues par les textes relatifs aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

L'article 37 de la loi portant organisation et transformation du système de santé, visant à renforcer la stratégie et la gouvernance médicales au niveau des groupements hospitaliers de territoire, a ainsi institué une Commission Médicale de Groupement (CMG) contribuant à l'élaboration et à la mise en place de la stratégie médicale et le projet médical partagé du groupement.

Sur le fondement de l'ordonnance et des décrets associés, plusieurs mesures entreront en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 :

- La mise en place des CMG : composition, fonctionnement, compétences ;
- L'institution de présidents de CMG : élection, compétences et champ de codécision ;
- L'élargissement des compétences des comités stratégiques de groupement ;
- La révision du contenu du projet médical partagé et de sa procédure d'élaboration ;
- L'élargissement des compétences mutualisées au niveau des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;
- L'évolution, en conséquence, des commissions médicales d'établissement : compétences, pouvoir de proposition, composition ;
- L'évolution, en conséquence, du rôle du PCME : compétences, champs de codécision.

A ce titre, l'annexe 3 élaborée par la FHF présente les évolutions induites par ces textes.

#### 5. Chantiers à venir

Afin d'accompagner les acteurs dans les transformations de gouvernance et de fonctionnement interne des établissements de santé, une feuille de route relative à la qualité de vie au travail sera diffusée au 2<sup>nd</sup> semestre 2021.

-----

La DGOS se tient à votre disposition pour répondre à vos questions ([dgos-dir@sante.gouv.fr](mailto:dgos-dir@sante.gouv.fr)). Nous vous invitons à faire part des éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente circulaire et de ses 3 annexes.

Le ministre des solidarités et de la santé



Olivier Véran



MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**SÉCURÉ**  
**DE LA SANTÉ**

# MIEUX MANAGER POUR MIEUX SOIGNER

AMÉLIORER LE MANAGEMENT  
ET LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE



Guide élaboré par le Pr Olivier Claris, avec le concours de la FHF,  
et des conférences hospitalières de directeurs et de présidents de CME

AOÛT 2021



**Olivier Véran,**  
*ministre des Solidarités et de la Santé*

Les personnels hospitaliers ont montré, partout en France et toutes catégories de personnel confondues, leur extraordinaire réactivité, leur capacité d'adaptation, leur professionnalisme et leur investissement dans la durée pour faire face à la crise COVID. Sans vous, nous n'aurions pas réussi à l'affronter.

Le Ségur a engagé plus de 9 milliards d'€ pour reconnaître et revaloriser les métiers du soin, c'est un effort historique. Néanmoins comme dans tous les secteurs professionnels, le sens du travail, la reconnaissance des compétences et de l'engagement, ou encore la participation aux décisions, sont des éléments de motivation qui sont au moins aussi importants que la rémunération. C'est aussi cela qu'il est essentiel de réajuster et de replacer au centre du fonctionnement hospitalier.

Or, la gestion de la crise COVID a démontré que l'hôpital pouvait trouver lui-même les solutions aux difficultés de fonctionnement interne et s'organiser en équipes pour poursuivre des objectifs communs. Il s'agit désormais de capitaliser sur ces bonnes pratiques mises en place durant la crise.

Je m'y suis engagé lors du Ségur, et nous avons construit tous les leviers pour faire confiance aux professionnels de santé et leur donner des marges de manœuvre et de la souplesse ; après la loi, l'ordonnance, le décret, tous les outils sont désormais à disposition. Pour les récapituler et en donner l'esprit à tous les acteurs, j'ai souhaité qu'un guide soit élaboré par les hospitaliers. Un guide plutôt qu'une circulaire, pour que vous vous en saisissiez, que vous en fassiez une application adaptée au contexte de chaque établissement.



J'ai ainsi demandé au Pr Olivier Claris de bien vouloir élaborer ce guide, eu égard à son exigence d'améliorer les organisations et de trouver des consensus pour préserver l'unité des hospitaliers. Pour cela, il s'est aussi appuyé sur le concours de la FHF, des conférences de présidents de CME de CHU, de CH et de CHS, ainsi que des conférences des directeurs généraux de CHU et des directeurs de CH. Tous ont travaillé avec l'esprit de responsabilité collective, et je les en remercie.

Il revient maintenant aux managers hospitaliers de transformer l'essai. Tous les managers : les chefs d'établissements et les PCME au premier chef pour que, dans chaque établissement, soit lancée une réflexion collective sur ces sujets dans le cadre de l'élaboration du projet de management et de gouvernance ; mais ce guide concerne aussi les directeurs des soins, les chefs de pôle, chefs de service, ainsi que les cadres. Tout le monde doit agir à son niveau pour améliorer le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital.

Au-delà de ce guide, le grand enjeu sur lequel nous sommes attendus et auquel je suis très attaché, c'est de mieux manager pour mieux soigner, de faire évoluer l'organisation interne, le management et la gouvernance des hôpitaux autour de deux priorités capitales : la qualité de vie au travail et la qualité des soins. Alors, nous aurons tous collectivement redonné à l'hôpital un avenir serein et apaisé.

*“ Le sens du travail, la reconnaissance des compétences et de l'engagement, ou encore la participation aux décisions, sont des éléments de motivation qui sont au moins aussi importants que la rémunération. ”*

## SOMMAIRE

|                |   |       |
|----------------|---|-------|
|                | <b>Introduction</b>   | p. 4  |
| <b>1</b>       | <b>Gouvernance de l'hôpital</b>   | p. 8  |
| 1.1            | Renforcer la place des médecins et des soignants dans la gouvernance                  |       |
| 1.2            | Fonctionnement du binôme directeur – président de la CME                              |       |
| 1.3            | Projet médical  |       |
| 1.4            | Projet de soins   |       |
| 1.5            | Mise en place d'une cellule projet  |       |
| <b>2</b>       | <b>Liberté d'organisation interne</b>   | p. 14 |
| 2.1            | Réinvestir l'échelon du service de soins  |       |
| 2.2            | Liberté d'organisation des activités médicales et médico-techniques (pôle / service)  |       |
| 2.3            | Liberté d'organisation de la gouvernance (CME, CSIRMT...)                             |       |
| <b>3</b>       | <b>Simplification du fonctionnement interne</b>                                       | p. 17 |
| 3.1            | Favoriser la démarche participative et le fonctionnement médico-soignant              |       |
| 3.2            | Démarche de gestion de projet au sein d'un service                                    |       |
| 3.3            | Apaiser les relations interpersonnelles   |       |
| 3.4            | Simplifier le fonctionnement interne  |       |
| 3.5            | Délégation de gestion   |       |
| <b>4</b>       | <b>Le management, facteur de de qualité de vie au travail et de qualité des soins</b> | p. 23 |
| 4.1            | Management de proximité   |       |
| 4.2            | Repérer, accompagner et valoriser les managers  |       |
| <b>5</b>       | <b>Projet de gouvernance et de management participatif</b>                            | p. 26 |
| <b>Fiche 1</b> | <b>LE BINÔME DIRECTEUR GÉNÉRAL / PRÉSIDENT DE LA CME</b>                              | p. 28 |
| <b>Fiche 2</b> | <b>LA CONCERTATION MÉDICALE, ADMINISTRATIVE ET SOIGNANTE DU DIRECTOIRE</b>            | p. 30 |
| <b>Fiche 3</b> | <b>LA NOUVELLE DYNAMIQUE DE LA CME</b>  | p. 32 |
| <b>Fiche 4</b> | <b>LES FORMATIONS AUX RESPONSABILITÉS</b>   | p. 34 |
| <b>Fiche 5</b> | <b>LA DÉLÉGATION DE GESTION AUX SOIGNANTS</b>   | p. 35 |
| <b>Fiche 6</b> | <b>LA CELLULE PROJET</b>  | p. 37 |

**SÉGUR  
DE LA SANTÉ**

**MIEUX MANAGER  
POUR MIEUX SOIGNER**

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, lorsque cela s'avère utile, les représentants de la médecine de ville.

Une première étape est attendue pour le 1<sup>er</sup> 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'évaluations régulières par les ARS et le ministère des Solidarités et de la Santé.

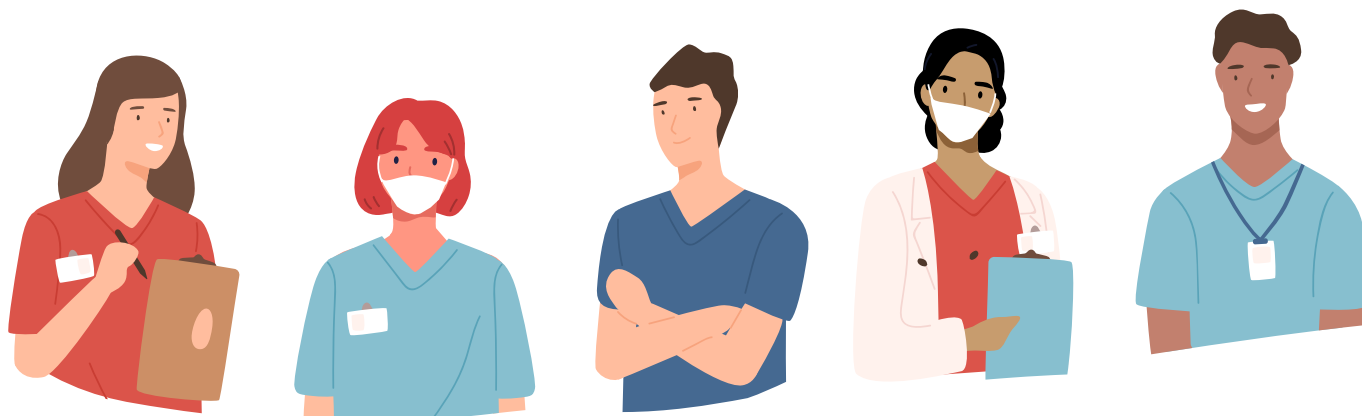
Ce guide précise aux responsables hospitaliers, qu'ils soient directeurs, directeurs des soins, présidents de CME, chefs de pôle, chefs de service, cadres de santé ou cadres administratifs, les bonnes pratiques et évolutions attendues, appréhendées dans leur globalité, de la gouvernance institutionnelle 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. À 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.

■ Systématiser 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, en lien avec le directeur, 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 1er 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 médicotecniques 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. 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 qui sont en contact avec les 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 manoeuvre et d'action, au cœur de l'organisation des équipes et dont l'intérêt est d'éviter les pertes de temps et les pertes de chance pour le patient
- 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 (exemple : 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 2<sup>ème</sup> 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 dispositifs 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<sup>ème</sup> 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 équipe) 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
- Optimisation 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 présents.

### 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 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 solutions collectives
- Le soutien à l'autonomie dans le travail
- La cohérence des décisions. À 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, c'est-à-dire une organisation dont les décisions reflètent une juste appréciation et une juste reconnaissance des compétences et mérites de chacun.

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 bonne appropriation des enjeux qui y sont discutés, pour 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 MANAGER

Le niveau actuel de formation au management, qui concerne aussi bien les directeurs, les médecins que les cadres, est très hétérogène à l'hôpital suivant la typologie des établissements, leur programme annuel de formation et l'implication des personnels.

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.



## ANNEXES (FICHES 1 À 5)

### FICHE 1 | LE BINÔME DIRECTEUR GÉNÉRAL / PRÉSIDENT DE LA CME

Évolution 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

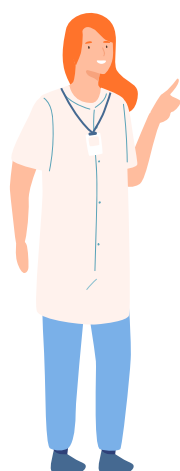
#### Méthodologie recommandée

- élaboration d'une charte de gouvernance par le directeur et le président de la CME précisant les moyens qui lui sont délégués :
  - ordre de mission permanent facilitant ses déplacements dans le cadre de son exercice
  - profil du (ou des collaborateurs) dont son secrétariat
  - compensation en temps médical dans son service d'affectation, ainsi que pour les vice-présidents et présidents de sous-commission
  - locaux, matériel téléphonique et informatique
  - prise en charge des frais de déplacement
  - relations facilitées avec les différentes directions
  - 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
- élaboration 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

- 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 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.
- 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.



## FICHE 2 | LA CONCERTATION MÉDICALE, ADMINISTRATIVE ET SOIGNANTE DU DIRECTOIRE

### Évolution 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
- élargir 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.

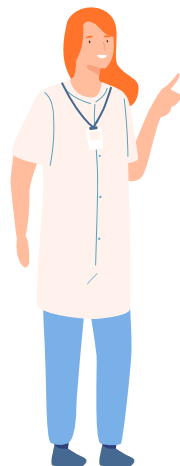
### Méthodologie recommandée

- 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)
- 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 (exemple : la minute du Directoire).



## FICHE 3 | LA NOUVELLE DYNAMIQUE DE LA CME

### Évolution 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

— *Article 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

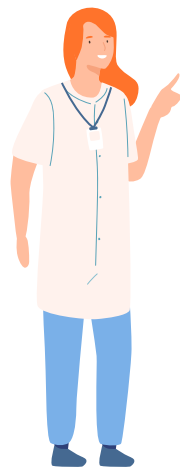
■ Déterminer une procédure d'instruction médico-administrative partagée des sujets soumis au directoire relevant d'un avis simple de la CME et du CSE

■ 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 RESPONSABILITÉS

### Évolution 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 DÉLÉGATION DE GESTION AUX SOIGNANTS

### Évolution 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

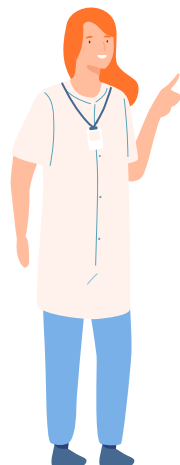
- Engager une démarche affirmée de délégation aux pôles et services volontaires portée par la gouvernance de l'établissement
- Simplifier et médicaliser les décisions à l'hôpital dans le cadre de la politique générale de l'établissement

#### Méthodologie recommandée

- Établir 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

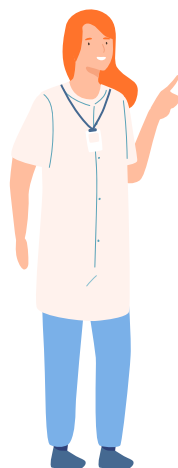
- Faciliter l'émergence de projets innovants
- Accompagner et favoriser le lancement et la conduite de projets médicaux et soignants
- Concourir à l'amélioration des conditions d'exercice

### 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
- Établir 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...).





**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## Annexe 2

|   |   |
|---|---|
| <b>Région</b>   |   |
| <b>Etablissement</b>  |   |
| <b>Projet de management et charte de gouvernance</b>  |   |
| Q1 : Avez-vous élaboré et engagé le déploiement du projet de management ?   | Oui / en cours / non  |
| Q2 : Si oui ou en cours à la Q1, la démarche d'élaboration a-t-elle été participative ?                           | Oui /non  |
| Q3 : si oui ou en cours à la Q1, la CME a-t-elle été consultée ?  | Oui /non  |
| Q4 : si oui ou en cours à la Q1, la commission des soins a-t-elle été consultée ?                                 | Oui /non  |
| Q5 : avez-vous élaboré une charte de gouvernance ?  | Oui / en cours / non  |
| Q6 : avez-vous mis en place une cellule projet ou un dispositif équivalent ?                                      | Oui / non / non applicable<br>(cellule ou direction déjà existante) |
| <b>Simplification de l'organisation interne</b>   |   |
| Q7 : Avez-vous mis en œuvre un ou plusieurs droits d'option sur l'organisation interne pôle / services ?          | Oui /non<br>le(s)quel(s) ?  |
| Q8 : Avez-vous mis en place des démarches participatives ?  | Oui /non<br>le(s)quel(s) ?  |
| Q9 : Avez-vous renforcé la médiation ?  | Oui /non<br>le(s)quel(s) ?  |
| Q10 : Avez-vous mis en place de dispositifs de simplification ?   | Oui /non<br>le(s)quel(s) ?  |
| Q11 : Avez-vous capitalisé sur des bonnes pratiques mises en place durant la crise covid ?                        | Oui /non<br>le(s)quel(s) ?  |
| Q12 : Avez-vous mise en place de délégations de gestion ?   | Oui /non<br>le(s)quel(s) ?  |
| <b>Liberté d'organisation de la gouvernance</b>   |   |
| Q13 : Avez-vous mis en œuvre un ou plusieurs droits d'option sur la gouvernance ?                                 | Oui /non<br>le(s)quel(s) ?  |
| Q14 : La composition du directoire a-t-elle été amendée ?   | Oui /non<br>quelle(s) évolution(s) ?                                |
| <b>Management</b>   |   |
| Q15 : Avez-vous renforcé le management de proximité ?   | Oui /non<br>comment ?   |
| Q16 : Avez-vous mis en place une formation managériale systématique pour les responsables médicaux et soignants ? | Oui/non   |

## GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE ET MEDICALISATION DES DECISIONS A L'HOPITAL

### TEXTES DE REFERENCE

Les textes suivants accompagnent la nouvelle dynamique d'intégration des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en définissant les règles de fonctionnement et les compétences de la commission médicale de groupement (CMG) et de son président et en modifiant en conséquence celles des commissions médicales d'établissement :

- Ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital
- Décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital ;
- Décret n° 2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement.

### REVISION DU PROJET MEDICAL PARTAGE (PMP)

#### CONTENU DU PROJET MEDICAL PARTAGE (ARTICLE R 6132-3 DU CSP)

La nouvelle définition du PMP prévoit la **possibilité de prioriser des filières de soins** et de se concentrer sur ces filières lors de la définition du projet. **La notion de pertinence des soins** est ajoutée aux objectifs en matière d'amélioration des soins.

Le PMP devra s'articuler avec le ou les projets territoriaux de santé mentale concernés et comprendre des liens avec les hôpitaux de proximité, les structures d'exercice coordonné et les communautés psychiatriques de territoire.

#### PROCEDURE D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL PARTAGE (ARTICLE R 6132-3 DU CSP)

La procédure d'élaboration du PMP et le rôle des acteurs y participant sont précisés :

- La CMG est chargée de l'élaboration du projet médical partagé.
- Le Président de la CMG coordonne son élaboration et sa mise en œuvre avec le président du comité stratégique (COSTRAT) selon une procédure qu'il définit.
- Après concertation avec le comité stratégique, le PCMG, le président du COSTRAT peuvent demander à la CMG de modifier ou de compléter leur proposition de projet médical partagé.
- Le COSTRAT arrête le PMP après avis des CME des établissements parties, et le soumet à l'approbation du DG ARS.

Une **commission médico-soignante**, composée de façon paritaire de membres de la CMG et de membres de la CSIRMT du groupement, peut être créée afin de faire des propositions de structuration des filières de soins au sein du PMP<sup>1</sup>.

### LA COMMISSION MEDICALE DE GROUPEMENT (CMG)

La CMG exerce les missions et les attributions suivantes (art. L. 6132-2-1 du CSP) :

- Elle **élabore la stratégie médicale du GHT et le PMP**, et participe à leur mise en œuvre ;
- Elle contribue à l'élaboration de la **politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.**

#### COMPOSITION DE LA CMG (ARTICLE D. 6132-9-3 A 6132-9-5 CSP)

<sup>1</sup> Le nouvel article R. 6132-5-1 du code de la santé publique en précise les modalités

**La convention constitutive précise la composition, fixe le nombre des sièges et détermine les modalités de désignation des membres de la CMG**, en conformité avec les dispositions des articles D. 6132-9-3 et D. 6132-9-5, en assurant une **représentation équilibrée de chacun des établissements** parties et, le cas échéant, des hôpitaux des armées associés, ainsi que des effectifs, des disciplines et des filières (Art. D. 6132-9-4).

#### *Les acteurs obligatoirement membres de la CMG*

Avec voix délibérative :

- **Les présidents des CME parties au groupement ;**
- Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire ;
- Des membres représentant pour 4 ans les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, désignés par chaque CME en leur sein ou désignés selon les modalités définies par la convention constitutive pour les établissements et services médico-sociaux parties au GHT ;
- S'ils existent, les chefs de pôle d'activité clinique et médico-technique inter-établissements, et les coordonnateurs des fédérations médicales interhospitalières mises en place entre tout ou partie des établissements parties au groupement ;

Avec voix consultative :

- Le président du COSTRAT et les directeurs des établissements parties au groupement ;
- Le président de la CSIRMT du GHT ;
- Un représentant des coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, désigné par le directeur de l'établissement support ;
- Un professionnel médical représentant, le cas échéant, les communautés psychiatriques de territoire, désigné par elles ;

Lorsqu'un CHU est partie au GHT, les directeurs de l'UFR de médecine ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, le directeur de l'UFR de pharmacie et le directeur de l'UFR d'odontologie sont également membres de la CMG avec voix consultative.

#### *La possibilité de rajouter des membres avec voix consultative*

La convention constitutive peut prévoir la présence d'autres personnes exerçant des fonctions dans les établissements parties au GHT, dans une proportion qui ne peut dépasser 10% du nombre total des membres de la commission.

La CMG peut désigner, en concertation avec le président du COSTRAT, au plus cinq invités représentant des partenaires extérieurs coopérant avec le GHT ou avec les établissements parties dans la mise en œuvre d'actions de santé publique sur le territoire. Ces invités peuvent être permanents et disposer d'une voix consultative.

#### *La suppléance des membres désignés par les CME des établissements*

Chaque membre titulaire représentant d'une CME dispose d'un suppléant. En cours de mandat, lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la discipline ou à la filière qu'il représente, il est remplacé par son suppléant. En l'absence de membre suppléant dans la discipline ou la filière considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant, dans des conditions prévues par la convention constitutive du groupement. Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

### FONCTIONNEMENT DE LA CMG (ARTICLE D. 6132-9-8 CSP)

**La CMG établit un règlement intérieur et peut librement constituer des sous-commissions pour traiter des matières relevant de ses attributions.**

Elle se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour mais peut se réunir à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du comité stratégique, soit du DGARS



sur l'ordre du jour qu'ils proposent. Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins 7 jours à l'avance aux membres de la commission et invités.

Sur des questions inscrites à l'ordre du jour, des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur.

Les membres de la CMG ainsi que les personnes entendues sont tenus à **l'obligation de discrétion professionnelle** à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

Le président de la CMG organise le bon fonctionnement de la CMG, les établissements parties au GHT mettent à sa disposition les ressources humaines et matérielles nécessaires.

#### LES COMPETENCES DE LA CMG (ARTICLES D. 6132-9 CSP ET D. 6132-9-1)

**La CMG est dotée d'un pouvoir de proposition** auprès du COSTRAT sur toute opération visant à mettre en œuvre le PMP ainsi que sur les matières sur lesquelles la CMG est consultée.

**La CMG est consultée pour avis, sur :**

- La constitution d'équipes médicales de territoire ;
- La mise en place de pôles inter-établissements ou de fédérations médicales interhospitalières ;
- Le schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins ;
- La politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins du groupement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Les orientations stratégiques communes aux établissements parties en matière de gestion prospective des emplois et des compétences, d'attractivité et de recrutement, de rémunération et de temps de travail concernant les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- La politique territoriale de développement professionnel continu de ces personnels ;
- Le projet social et le projet managérial du groupement, pour leur volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des établissements parties ;
- Les objectifs communs des projets sociaux et managériaux des établissements parties au groupement, concernant les professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- La politique en matière de coopération territoriale concernant les établissements parties ;
- La politique territoriale de recherche et d'innovation ;
- La politique territoriale des systèmes d'information ;
- Le cas échéant, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique, le programme d'investissement unique ou le plan pluriannuel de financement unique.

Ces avis sont transmis au COSTRAT et à chacune des CME parties au GHT ainsi qu'à l'instance équivalente lorsqu'un hôpital des armées est associé au groupement.

**La CMG est informée sur les matières suivantes :**

- Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements parties au groupement ;
- Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux des établissements parties ;
- La politique territoriale d'achat des produits de santé et équipements médicaux.

#### POSSIBILITE DE DELEGATION DES COMPETENCES DES CME A LA CMG (ARTICLE R. 6132-9-2 CSP)

Les commissions médicales de tout ou partie des établissements parties au GHT peuvent déléguer certaines de leurs attributions à la CMG, après accord de celle-ci.

#### LE PRESIDENT DE LA COMMISSION MEDICALE DE GROUPEMENT, VICE PRESIDENT DU COSTRAT

## ELECTION DU PCMG ET DE SON VICE PRESIDENT (ARTICLE D. 6132-9-6 CSP ET SUIVANTS)

### *Modalités d'élection*

La CMG élit son président et son vice-président parmi les praticiens qui en sont membres titulaires (à l'exception des praticiens des armées qui ne peuvent pas être élus PCMG). Le scrutin est uninominal à la majorité absolue. Si aucune majorité n'est atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé à la majorité relative. En cas d'égalité, le plus âgé des candidats est déclaré élu.

### *Durée du mandat*

La durée des fonctions de PCMG est de 4 ans, renouvelable une fois. En cas de cessation de ces fonctions, son vice-président le remplace jusqu'à l'élection d'un nouveau PCMG. Le mandat peut être exceptionnellement réduit ou prorogé, dans l'intérêt du service, d'une durée ne pouvant excéder un an par arrêté du DG ARS.

Point de précision : A l'issue de son mandat, et sous réserve d'une demande de sa part en ce sens, le PCMG pourra également bénéficier d'une formation en vue de la suite de son activité ou de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales (Art. D. 6132-9-10 du CSP).

## LES COMPETENCES DU PCMG (ART. L. 6132-2-2 ET D 6132-9-9 A D 6132-9-11)

Le PCMG exerce les missions et les attributions suivantes :

- Il coordonne, en lien avec le président du COSTRAT, l'élaboration du PMP et sa mise en œuvre. Il présente en ce sens un bilan de la mise en œuvre du PMP au COSTRAT (la fréquence n'est pas précisée dans le décret).
- Il coordonne la politique médicale du GHT et présente en ce sens à la CMG un programme d'actions annuel.
- Il veille, en lien avec le président du COSTRAT, à la cohérence des projets médicaux d'établissements avec le PMP ;
- Conjointement avec le président du COSTRAT, il définit la politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- Il participe à l'élaboration de la politique d'accompagnement à la prise de responsabilité managériale territoriale des professionnels médicaux.

Pour exercer ses compétences, le temps consacré aux fonctions de PCMG est comptabilisé dans les obligations de service. Une indemnité de fonction assujettie au régime de retraite complémentaire lui est versée<sup>2</sup>. Il bénéficiera d'une formation à sa prise de fonction, adaptée à l'exercice de « hautes responsabilités ».

## CHAMPS DE LA CODECISION AVEC LE PRESIDENT DU COSTRAT<sup>3</sup>

Conjointement avec le Président du COSTRAT, directeur de l'établissement support :

- Il nomme les chefs de pôles inter établissements, après avis des CME des établissements parties concernés<sup>4</sup>. Dans l'intérêt du service, il peut être mis fin à ses fonctions par décision conjointe.
- Il signe les contrats de pôles cliniques ou médico-techniques inter-établissements.

## CHARTRE DE GOUVERNANCE (ART. L. 6132-2-2)

**Le PCMG bénéficie des moyens nécessaires afin de garantir le bon fonctionnement de l'instance.** A cette fin, une charte de gouvernance, conclue entre le PCMG et le président du COSTRAT, doit inclure :

- Les modalités de la participation du PCMG aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs
- Les moyens matériels et humains mis à la disposition du PCMG, comprenant au moins la mise à disposition d'un collaborateur choisi conjointement avec le président du COSTRAT (Art. D. 6132-9-11).

<sup>2</sup> Elle nécessitera un arrêté du ministère de la santé

<sup>3</sup> Modification de l'article R 6146-9-3 du CSP

<sup>4</sup> Si l'un des établissements est un CHU, est requis l'avis du directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical. De plus, lorsque le chef de pôle interétablissements est un praticien des armées, la décision de nomination est prise conjointement avec le ministre de la Défense. Toutefois, dans l'intérêt du service public hospitalier ou pour répondre aux besoins spécifiques de la défense, le ministre de la défense peut décider seul d'y mettre fin.

## ELARGISSEMENT DES COMPETENCES DU COMITE STRATEGIQUE DE GROUPEMENT (COSTRAT)

### *Composition*

L'article L. 6132-2 du CSP précise que le COSTRAT est composé a minima des directeurs d'établissement parties au GHT, du PCMG, des PCME et des présidents des CSIRMT. Sont également membres de droit, le médecin responsable du DIM de territoire et, lorsqu'un CHU est partie au groupement, le directeur de UFR médicale (R. 6132-10 du CSP). Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence.

Le comité stratégique ou, le cas échéant, son bureau, propose à son Président, directeur de l'établissement support, ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions.

### *Compétences du COSTRAT (R 6132-10-1)*

Le COSTRAT arrête sur proposition de la CMG le PMP.

**Le COSTRAT définit** (sur la base le cas échéant de proposition de la CMG) :

- Toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical partagé ;
- Les équipes médicales communes ;
- Le schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins ;
- Les orientations stratégiques communes aux établissements parties en matière de gestion prospective des emplois et des compétences, d'attractivité et de recrutement, de rémunération et de temps de travail concernant les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, en cohérence avec la stratégie médicale du groupement et dans les limites des compétences des établissements parties à l'égard de ces personnels<sup>5</sup> ;
- La politique territoriale de développement professionnel continu des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, en vue notamment d'assurer la coordination des plans de développement professionnel continu des établissements parties ;
- Le projet social du groupement qui, en appui aux projets sociaux des établissements parties, comprend notamment des actions portant sur la qualité de vie au travail ainsi que la mise en œuvre de dispositifs de conciliation ;
- Le projet managérial du groupement, qui comprend des actions d'appui aux projets managériaux des établissements parties.

Préalablement à la définition de cette politique par le président du COSTRAT et le PCMG, **le COSTRAT est consulté sur les orientations de la politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins du groupement et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (L6132-2-2).**

## FONCTIONS MUTUALISEES AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT DU GHT (R 6132-19-1)

Les textes élargissent les compétences mutualisées au niveau du GHT et prévoient que l'établissement support du GHT apporte à la CMG tout appui nécessaire à l'exercice de ses attributions dans le cadre de l'élaboration des orientations stratégiques du GHT<sup>6</sup> et dans le cadre de l'élaboration du schéma territorial de la PDES. Il veille au respect, par les établissements parties, des orientations stratégiques et en rend compte devant le COSTRAT. Il élabore des outils afférents à la gestion prospective des ressources humaines.

L'établissement support du GHT met en œuvre la politique territoriale de développement professionnel continu des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

<sup>5</sup> L'objet de cette disposition sur les limites des compétences des établissements parties est d'exclure les personnels hospitalo-universitaires de la GRH médicale mutualisée

<sup>6</sup> en matière de gestion prospective des emplois et des compétences, d'attractivité et de recrutement, de rémunération et de temps de travail concernant les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques

En lien avec les établissements parties, il gère les équipes médicales communes et assure la mise en place des pôles inter-établissements ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médicotechniques communes.

## COMMISSION D'ETABLISSEMENT (CME)

### REVISION DES MODALITES D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL D'ETABLISSEMENT<sup>7</sup>

En cohérence avec le projet d'établissement et le PMP du GHT, la CME est compétente pour élaborer et proposer au directoire le projet médical d'établissement :

- Le PCME coordonne son élaboration, en lien avec la CME et les équipes médicales concernées, et assure le suivi de sa mise en œuvre avec le directeur selon une procédure qu'il définit. Il propose au directoire le projet médical.
- Après concertation en directoire, le directeur et le PCME peuvent demander à la CME de modifier ou de compléter leur proposition de projet médical.
- Le projet médical est approuvé par le directoire.

### LES COMPETENCES DE LA CME

La CME veille, dans l'exercice de ses compétences consultatives, à la cohérence des projets qui lui sont soumis avec la stratégie médicale et le PMP du GHT. **Les compétences consultatives de la CME sont élargies.**

La CME est consultée sur des matières sur lesquelles le CTE est également consulté :

- Les projets de délibération ;
- Les orientations stratégiques de l'établissement, **l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le plan global de financement pluriannuel ;**
- Le plan de redressement ;
- L'organisation interne de l'établissement. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation de l'établissement ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences **s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;**
- La convention constitutive d'un GHT.

La CME est également consultée sur les matières suivantes :

- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- **La politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales ;**
- La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2 du CSP ;
- Le plan de développement professionnel continu (DPC) relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- **L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. A ce titre elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie ;**
- **Le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.**

Par ailleurs, la notion de pertinence des soins est ajoutée dans l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, conformément à l'article R. 6144-2 du CSP.

---

<sup>7</sup> Modification de l'Art. R. 6144-1 du code de la santé publique

La CME, ainsi que son président et ses sous-commissions, ont accès à l'ensemble des informations nécessaires aux travaux relevant de leurs attributions, notamment en matière de gestion des ressources humaines des personnels médicaux, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques.

#### POUVOIR DE PROPOSITION DE LA CME (ARTICLE R 6144-1-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE)

A l'image de la CMG, la CME peut faire des propositions au directoire sur des matières sur lesquelles, elle peut également être consultée :

- Toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de celui-ci ;
- Le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en cohérence avec la politique territoriale du GHT en la matière ;
- Le programme d'actions de mise en œuvre du projet managérial pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- la déclinaison des orientations stratégiques du GHT en matière notamment d'attractivité des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- Le programme d'actions de mise en œuvre de la politique de coopération hospitalière, y compris pour la coopération avec les partenaires de ville, en particulier les CPTS ;
- Le programme d'actions de mise en œuvre du projet social, pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- Lorsque l'établissement est un centre hospitalier et universitaire, la mise en œuvre des conventions d'association avec les GHT de la subdivision.

#### COMPOSITION DE LA CME<sup>8</sup>

La composition de la CME est légèrement modifiée pour tenir compte de l'ajout du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins en qualité de membre avec voix consultative. La CME en concertation avec le directeur d'établissement peut désigner au plus cinq invités représentant les partenaires externes de l'établissement. Ces invités peuvent être permanents avec voix consultative aux séances.

#### LE PCME, VICE PRESIDENT DU DIRECTOIRE (ARTICLES D6143-37 A D6143-37-5)

#### COMPETENCES DU PRESIDENT DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Conjointement avec le directeur de l'établissement, le PCME est chargé de la politique d'amélioration continue de la qualité de la sécurité et de la pertinence des soins<sup>9</sup> ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la commission médicale d'établissement.

En lien avec le directeur de l'établissement, il coordonne l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et avec le projet médical partagé.

Par ailleurs, il présente et rend compte de son action :

- Il présente annuellement à la CME son programme d'actions, en tenant compte des actions déjà mises en œuvre.
- Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.
- Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la CME en vertu de l'article L. 6144-1.

<sup>8</sup> Modification des articles R 6144-3 et R 6144-3-1 du CSP

<sup>9</sup> La notion de pertinence des soins est introduite dans la définition de la politique d'amélioration continue des soins

## CHAMPS DE LA CODECISION AVEC LE DIRECTEUR

Le PCME et le directeur de l'établissement disposent de compétences de codécision :

- Ils arrêtent l'organisation interne de l'établissement pour les activités cliniques et médico-techniques et signent les contrats de pôles cliniques ou médico-techniques, après concertation avec le directoire.
- Ils procèdent à la nomination, pour quatre ans renouvelables, aux fonctions des chefs pôles d'activité clinique et médico-technique<sup>10</sup>, conformément à l'article L. 6143-7-3 du CSP. Ils peuvent y mettre fin, dans l'intérêt du service.
- Après avis du chef de pôle, ils procèdent à la nomination<sup>11</sup>, pour quatre ans renouvelables, des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique et médico-technique<sup>12</sup>. La nomination peut être proposée par le chef de pôle, conformément à l'article R. 6146-5<sup>13</sup>. La codécision est requise pour mettre fin aux fonctions du responsable, dans l'intérêt du service.  
Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose à ces responsables une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions.

## CHARTRE DE GOUVERNANCE (ART. L. 6143-7-3)

Une charte de gouvernance, conclue entre le PCME et le directeur de l'établissement, prévoit notamment :

- Les modalités de participation du PCME aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs qui concernent l'établissement ;
- Pour les activités relevant des compétences de la CME, les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre le PCME et les directions fonctionnelles ;
- Les moyens matériels et humains mis à la disposition du PCME pour assurer ses missions, comprenant au moins la mise à disposition d'un collaborateur choisi conjointement avec le directeur d'établissement (Art. D. 6143-37-4).

## POSSIBILITE D'UN TROISIEME MANDAT DU PCME<sup>14</sup>

L'article R. 6144-5 du CSP permet au DG ARS d'autoriser un PCME, dans l'intérêt du service, à se présenter pour un 3<sup>ème</sup> mandat à condition que des circonstances locales le justifient.

## COMMISSION MEDICALE UNIFIEE DE GROUPEMENT (CMUG) et COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES UNIFIEE DE GROUPEMENT (CSIMRTU)

### DROIT D'OPTION POUR LES CMUG ET CSIMRTU

Il est possible d'opter pour une commission médicale unifiée (CMUG), en remplacement de la commission médicale de groupement et des commissions médicales des établissements parties au groupement. Cette possibilité est aussi ouverte pour la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques qui peut être unifiée.

Le silence gardé pendant un mois par le DGARS sur les demandes tendant à la constitution d'une CMUG ou d'une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques unifiée de groupement, vaut acceptation de ces demandes<sup>15</sup>.

<sup>10</sup> Précisions : Lorsque le praticien concerné est un praticien des armées, la décision est prise également avec le ministre de la Défense. Par ailleurs, dans les CHU, la décision est prise conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralité d'unités, avec le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

<sup>11</sup> Lorsque le praticien concerné est un praticien des armées, la décision est prise également avec le ministre de la Défense.

<sup>12</sup> Modification des articles R. 6146-3 à R. 6146-5 du CSP

<sup>13</sup> Dans ce cas, le directeur et le PCME disposent d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre leur décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

<sup>14</sup> Modification de l'article R. 6144-5 du CSP

<sup>15</sup> Nouvel article D. 6132-13-1 du CSP

## LA CMUG (ARTICLE D. 6132-13-3 CSP)

La convention constitutive précise le nombre et la répartition des sièges et détermine les modalités d'élection ou de désignation au sein de la CMUG. Une représentation équilibrée de chacun des établissements parties, des effectifs et des disciplines doit être assurée<sup>16</sup>. La durée du mandat des membres élus est de quatre ans. Le mandat est renouvelable.

### *Membres de la CMUG avec voix délibérative*

- Représentants élus des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques des établissements parties au groupement ;
- Représentants élus des responsables des structures internes, services et unités fonctionnelles ;
- Représentants élus des praticiens titulaires des établissements parties au groupement ;
- Représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral des établissements parties au groupement ;
- Représentants élus des sages-femmes, lorsqu'un ou plusieurs établissements parties au groupement disposent d'une activité de gynécologie-obstétrique ;
- Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire ;
- Des représentants des internes<sup>17</sup> comprenant au moins un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie ;
- Un représentant des étudiants hospitaliers en second cycle des études de maïeutique<sup>18</sup>, lorsque la structure de formation en maïeutique est rattachée à un centre hospitalier partie au groupement ;
- Des représentants élus des personnels enseignants et hospitaliers titulaires, lorsqu'un CHU est partie au groupement

### *Membres de droit avec voix consultative*

- Le président du COSTRAT ainsi que les directeurs des autres établissements parties ou leurs représentants ;
- Le président de la CSIRMT de groupement ;
- Un ou plusieurs représentants des praticiens responsables de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- Un ou plusieurs représentants des comités techniques des établissements parties, élus en leurs seins ;
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le président du comité stratégique ;
- Un représentant des coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins désigné par le directeur de l'établissement support ;
- Un professionnel médical représentant, le cas échéant, les communautés psychiatriques de territoire, désigné par elles ;
- Ajout si un CHU est partie au GHT, les directeurs d'UFR de médecine ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical et, le cas échéant, le directeur d'unité de formation et de recherche de pharmacie et le directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie.

### *Membres invités avec voix consultative*

La CMUG peut désigner, en concertation avec le président du comité stratégique, au plus cinq invités représentant des partenaires extérieurs coopérant avec le groupement ou avec les établissements parties. Ces invités peuvent être permanents. Ils peuvent assister avec voix consultative aux séances de la CMG.

---

<sup>16</sup> Lorsqu'un hôpital des armées est associé au GHT, les personnels désignés par le médecin-chef de cet hôpital sont associés aux travaux de la commission médicale unifiée de groupement et de la commission de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques unifiée de groupement

<sup>17</sup> Les représentants des internes sont désignés tous les 6 mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le président du comité stratégique après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein des commissions de subdivision dont relèvent les établissements parties au groupement.

<sup>18</sup> Le représentant des étudiants en 2<sup>e</sup> cycle des études de maïeutique est nommé pour 2 ans par le président du COSTRAT après avis des étudiants siégeant au sein du conseil de la composante universitaire liée par convention aux établissements parties au groupement ou après avis des étudiants siégeant au sein du conseil technique des écoles hospitalières rattachées aux établissements.

*Remarque : La procédure de choix des représentants des étudiants hospitaliers est précisée (désignation pour 2 ans, par le président du COSTRAT sur proposition des étudiants siégeant au sein des conseils des UFR de référence) mais ils ne sont pas listés dans les membres obligatoires.*



#### *Élection du président et du vice-président (D 6132-13-5)*

La CMUG élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui sont membres de la CMUG<sup>19</sup>. Il s'agit d'un vote à scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième 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.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont de quatre ans, renouvelable une fois. Le PCMUG dispose des mêmes compétences et moyens que les présidents des commissions médicales d'établissement et de la commission médicale de groupement auxquels il se substitue.

#### *Fonctionnement de la CMUG (article D. 6132-13-6 CSP)*

La CMUG se réunit au moins 4 fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur. Elle est convoquée par son président, sur un ordre du jour qu'il fixe. Cette convocation est de droit à la demande du président du comité stratégique, de la moitié au moins des membres de la commission ou du DGARS.

## LA CSIRMTU

Sous réserve des présentes dispositions, l'organisation et le fonctionnement de la CSIRMTU suivent les mêmes règles que celles applicables à la CSIRMT d'établissement.

#### *Composition*

La convention constitutive précise le nombre et la répartition des sièges et détermine les modalités d'élection et de désignation au sein de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques unifiée de groupement<sup>20</sup>, en conformité avec les dispositions susvisées.

Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, réunit en trois collèges, conformément à l'article D. 6132-13-9 du CSP. Chacun des trois collèges comprend un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la commission. Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège, à celui des membres titulaires. La durée du mandat des membres élus est de quatre ans. Le mandat est renouvelable.

Participent aux séances de la commission avec voix consultative le ou les directeurs des soins qui assistent le président de la commission, les directeurs des instituts de formation et écoles paramédicaux, des représentants des étudiants<sup>21</sup>, un représentant de la CMG. Toute personne qualifiée peut être occasionnellement associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

#### *Fonctionnement*

La CSIRMTU est consultée sur l'ensemble des matières listées à l'article D. 6132-13-8 du CSP.

Elle se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président. Cette convocation est de droit à la demande du président du COSTRAT, de la moitié au moins des membres de la commission ou du DGARS.

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du COSTRAT et aux membres de la commission dans un délai de 15 jours. Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de cette commission dans un rapport adressé au comité stratégique. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau.

## DROIT D'OPTIONS EN MATIÈRE FINANCIÈRE

<sup>19</sup> Si, les praticiens titulaires ne forment pas, à l'échelle de l'ensemble des établissements parties, la majorité des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, le règlement intérieur de la CMUG peut prévoir que le président et le vice-président sont élus parmi l'ensemble des praticiens membres de la commission.

<sup>20</sup> Conformément à l'article D. 6132-13-9 CSP

<sup>21</sup> Listés à l'article D. 6132-13-9 du CSP



A la demande de tous les directeurs des établissements du groupement, le DG ARS peut autoriser :

- La conclusion d'un CPOM unique entre l'ARS et les établissements du GHT, selon les modalités fixées par l'article R. 6132-19-3 du CSP,
- L'élaboration d'un plan global de financement pluriannuel unique, selon les modalités fixées par l'article R. 6132-19-4 du CSP,
- L'élaboration d'un programme d'investissement unique, selon les modalités fixées par l'article R. 6132-19-5 du CSP,
- L'adhésion au dispositif de mise en commun des disponibilités bancaires afin de permettre des opérations de trésorerie, selon les modalités fixées par l'article R. 6132-19-6 du CSP.

## ENTREE EN VIGUEUR

**Les dispositions des décrets du 27 mai 2021 entrent en vigueur le 1er janvier 2022.**

**Les mandats des présidents et des membres élus des CME prorogés peuvent être renouvelés à partir du 28 mai 2021 et, au plus tard, à une date permettant la désignation des représentants des CME en vue de l'institution des commissions médicales de groupement au 1er janvier 2022.**