



Pacte de confiance

Groupe 3

Organisation et fonctionnement
de l'hôpital

Groupe 3

Organisation et fonctionnement de l'hôpital

Ce document a été projeté en support de la présentation des travaux du groupe 2, lors de la séance plénière du 9 janvier 2013.

Il est incomplet sans les commentaires oraux qui l'ont accompagné.

Groupe 3

Organisation et fonctionnement de l'hôpital

L'approche retenue pour assurer l'animation du groupe s'est appuyée sur quatre supports ;

- Recueil des attentes,
- audition de témoignages d'organisations innovantes,
- contributions et réactions en séance,
- questionnaire

Groupe 3

Organisation et fonctionnement de l'hôpital

L'ambiance de fonctionnement du groupe a été respectueuse mais avec des oppositions présentant des désaccords nets sur les modalités d'organisation et de fonctionnement. Dans ce contexte, le groupe n'a pas pu, systématiquement, travailler à l'élaboration de propositions détaillées.

Groupe 3

Organisation et fonctionnement de l'hôpital

Attentes générales des participants :

- une plus forte **capacité d'expression** et de **prise en compte des avis** des personnels, des cadres et des médecins
- une meilleure **lisibilité et transparence** des processus de décision et des décisions elles-mêmes
- une **clarification** des missions et fonctions des différentes structures de l'hôpital permettant une meilleure cohérence du fonctionnement
- un **ajustement** des règles de fonctionnement à la diversité des situations des établissements (leur taille notamment)

Groupe 3

Organisation et fonctionnement de l'hôpital

3 AXES d'ORIENTATION :

- Impliquer les hospitaliers autour de la place de l'utilisateur et des parcours de soins sur le territoire
- Associer plus fortement les professionnels de l'hôpital et les partenaires externes aux décisions structurelles concernant l'hôpital
- Rendre les professionnels plus acteurs dans la maîtrise de leur fonctionnement et de leur organisation au travail

Groupe 3
Organisation et fonctionnement
de l'hôpital

**Impliquer les hospitaliers autour de la place de
l'utilisateur et des parcours de soins sur le
territoire**

Impliquer les hospitaliers autour de la place de l'utilisateur et des parcours de soins sur le territoire

1. Promouvoir une coopération ARS/COLLECTIVITES TERRITORIALES /HOPITAL
2. Inscrire l'hôpital dans ses territoires

Impliquer les hospitaliers autour de la place de l'utilisateur et des parcours de soins sur le territoire

- La synchronisation des actions des collectivités territoriales, des Agences Régionales de Santé, et de l'Hôpital doit être facilitée par des convergences dans leur gouvernance.
- La gouvernance des Agences Régionales de Santé doit intégrer plus qu'actuellement le Conseil Régional.
- Le développement de systèmes d'informations partagés est indispensable et urgent pour permettre l'organisation efficace des coordinations. Leur interfaçage effectif avec les systèmes d'informations hospitalier doit être une priorité.

Impliquer les hospitaliers autour de la place de l'utilisateur et des parcours de soins sur le territoire

- construction de COMPLEMENTARITE, et non plus de CONCURRENCE
- dispositifs juridiques et financiers de coopération en nombre maîtrisé (4 à 6), simples et INCITATIFS à la collaboration.
- Mais également ;
 - en revenant sur le principe d'une seule CHT par établissement, notamment pour les CHU et les EPSM
 - en instaurant un régime d'autorisations dans une logique de parcours plutôt que de site

Impliquer les hospitaliers autour de la place de l'utilisateur et des parcours de soins sur le territoire

- donner de la lisibilité aux acteurs sur les différents périmètres des territoires, les ARS doivent développer une vision territoriale claire en termes de gradation de soins et de subsidiarité
- Les contrats locaux de santé conclus entre les ARS, les collectivités territoriales et les opérateurs de santé représentent un très bon outil de coopération ciblée

Impliquer les hospitaliers autour de la place de l'utilisateur et des parcours de soins sur le territoire

- Les démarches de coopérations doivent être basées sur des PROJETS MEDICAUX et d'ÉTABLISSEMENT, cohérents avec le projet régional de soin
- Elles doivent impliquer tous les acteurs et tous les partenaires concernés, en amont des réflexions sur d'éventuelles restructurations au sein du territoire
- une CONCERTATION institutionnelle systématique des personnels des différentes institutions concernées et des usagers
- une évaluation des outils de coopération est nécessaire

Groupe 3
Organisation et fonctionnement
de l'hôpital

**Associer plus fortement les professionnels de
l'hôpital et les partenaires externes aux
décisions structurelles concernant l'hôpital**

Associer plus fortement les professionnels de l'hôpital et les partenaires externes aux décisions structurelles concernant l'hôpital

- 1. Elargir le champ de compétence des instances et du président de la CME**
- 2. Conforter la place et le rôle des usagers**
- 3. Mettre en œuvre une politique d'encadrement**
- 4. Accueillir le personnel médical au sein du CHSCT**
- 5. Améliorer la transparence de la prise de décision et de son suivi**
- 6. Impliquer les professionnels dans les coopérations**
- 7. Prendre en compte les spécificités des CHU, des ex hôpitaux locaux et de la Psychiatrie**

Elargir le champ de compétence des instances et du président de la CME

Les instances, y compris le conseil de surveillance, doivent être consultées sur :

- le projet d'établissement qui contient notamment un projet de prise en charge qui associe le volet médical et le volet soignant
- le CPOM
- Les documents budgétaires : EPRD, PGFP, compte financier
- Les projets de coopération (GCS, CHT), fusion,...
- Le programme d'investissement (travaux, équipements lourds)
- L'organisation interne de l'établissement (dont l'organisation en pôles), le règlement intérieur, le bilan social

Remarque : les dénominations : « conseil de surveillance », « directoire » sont inappropriées et doivent être changées

Elargir le champ de compétence des instances et du président de la CME

- Afin de tenir compte de la diversité des situations, il est proposé que le règlement intérieur de l'établissement fixe la composition de la Commission Médicale d'Etablissement, à partir d'un cadre socle, tenant compte de la typologie de l'établissement, de sa taille, et des disciplines représentées

Remarque : la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques doit être associée plus étroitement à la CME

Elargir le champ de compétence des instances et du président de la CME

- renforcer et formaliser le rôle du Président de la Commission Médicale d'Établissement pour le recrutement médical
Le Président de la Commission Médicale d'Établissement, obligatoirement consulté sur les recrutements médicaux, assure cette mission en lien avec les chefs de pôle, ou à défaut, les responsables de service ou de structure interne
- La responsabilité conjointe du Directeur Général, du Doyen, du Président de la Commission Médicale d'Établissement dans la révision annuelle des effectifs médicaux hospitalo-universitaires doit être réaffirmée et précisée (v fiche CHU).

Elargir le champ de compétence des instances et du président de la CME

Avis écrit du président de la CME, sur :

- CPOM
- contrats de pôle
- conventions inter établissements dès lors qu'elles concernent une coopération médicale
- nomination des chefs de pôle,

Elargir le champ de compétence des instances et du président de la CME

- mettre en place des incitations à des rencontres transversales des différentes instances de l'établissement sur des thèmes communs, en limitant le foisonnement des réunions redondantes

Elargir le champ de compétence des instances et du président de la CME

- Le CTE reste l'instance compétente pour les questions relatives à l'organisation collective du travail, et notamment des méthodes et techniques de travail des personnels non médicaux. Une précision réglementaire apporte un éclairage des missions respectives du CHSCT et du CTE

Conforter la place et le rôle des usagers

- Le renforcement suggéré par les représentants des usagers de leur rôle dans la définition des objectifs de l'hôpital public, dans son organisation et son fonctionnement a fait l'objet de débats, plutôt favorables.
- 2 modalités ont été évoquées sans unanimité :
 - La possibilité de créer, sur la base du volontariat, un comité des usagers
 - L'élargissement des compétences de la CRUQ PC qui seraient informée des avis des instances (organisation et qualité des soins, orientations stratégiques, ...)

Mettre en œuvre une politique d'encadrement

- Chaque établissement affiche obligatoirement une politique de l'encadrement qui précise les missions qui lui sont confiées et structure les modalités d'association des cadres à la décision et à la mise en œuvre des objectifs de l'établissement.
- Cette politique de l'encadrement, par son importance dans le fonctionnement de l'hôpital, est intégrée au Projet d'Établissement.

Accueillir le personnel médical au sein du CHSCT

- Le CHSCT de l'établissement doit s'ouvrir réellement aux médecins, pour y voir traiter tout ce qui se rapporte à leurs conditions de travail et mode d'exercice.
- Une commission spécifique de la CME pourrait être destinée à cette mission, ou une sous commission spécialisée du CHSCT, ou, enfin l'intégration de représentants médecins, élus/désignés sur liste syndicale, dans le CHSCT actuel.

Améliorer la transparence de la prise de décision et de son suivi

- Le règlement intérieur des établissements sera revu. Il décrit, conformément à la loi et à la réglementation, les responsabilités, missions et fonctions dans l'établissement. Il fait l'objet d'une concertation avec la CME, la CSIRMT, le CTE, le CHSCT et le CTU (quand il existe). Il est validé par le conseil de surveillance.

Remarque : la fonction spécifique du règlement intérieur à l'hôpital doit être officiellement précisée

Impliquer les professionnels dans les coopérations

- Afin d'initier une représentation et une expression légitime des communautés hospitalières, des instances de concertation et de gestion territoriales pourraient s'inspirer des instances internes des hôpitaux, sur une base électorale consolidée :

Un Comité Technique de Communauté

Une Commission Médicale de Communauté

Une Commission des Soins

Prendre en compte les spécificités des CHU, des ex hôpitaux locaux et de la Psychiatrie

Pour les CHU

Une représentation accrue du Conseil Régional au sein de l'instance délibérative des CHU faciliterait le renforcement de leurs responsabilités territoriales et régionales.

Prendre en compte les spécificités des CHU, des ex hôpitaux locaux et de la Psychiatrie

Au sein des CHU :

- Confirmer et organiser le co-pilotage de la recherche à l'hôpital sous l'autorité conjointe du Directeur Général, du Doyen et du Président de la Commission Médicale d'Établissement.
- Réinterroger l'existence et le rôle d'un Vice Président recherche.
- Confirmer la responsabilité partagée du Directeur Général, du Président de la Commission Médicale d'Établissement, et du Doyen dans le recrutement des personnels hospitalo-universitaires.

Prendre en compte les spécificités des CHU, des ex hôpitaux locaux et de la Psychiatrie

- Prendre en compte la situation particulière des PH de CHU qui participent plus qu'ailleurs à la formation et à la recherche doit être reconnue.
- Organiser des parcours professionnels sur le territoire ; chefs de clinique et assistants spécialistes « partagés », implication dans la médecine générale.
- Organiser des activités hospitalo-universitaires dans les Centres hospitaliers, les Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et les Centres de Lutte Contre le Cancer, dans un cadre dans un cadre structurant intégrant les CHU

Prendre en compte les spécificités des CHU, des ex hôpitaux locaux et de la Psychiatrie

Pour les ex hôpitaux locaux;

- Les caractéristiques des anciens hôpitaux locaux justifient une simplification des règles s'y appliquant, tant en ce qui concerne certaines contraintes formelles budgétaires, leur gouvernance, leur fonctionnement, que les procédures de certification HAS excessivement exigeantes et inadaptées.
- Par contre, leur statut de centre hospitalier doit être confirmé, en renforçant leur rôle spécifique dans les missions de soins primaires, ambulatoires, sanitaires et médico-sociaux.

Prendre en compte les spécificités des CHU, des ex hôpitaux locaux et de la Psychiatrie

Pour les hôpitaux psychiatriques ;

- L'organisation en secteur représente un acquis essentiel de l'organisation psychiatrique même si celui-ci ne recouvre pas la totalité de la psychiatrie, et peut laisser place à d'autres structurations. La nécessité de sa reconnaissance par le Code de la Santé Publique a fait l'objet d'un consensus.
- Au-delà, la nécessité d'une loi d'organisation des activités de psychiatrie est apparue comme faisant consensus parmi les organisations représentant des professionnels de la psychiatrie, l'urgence étant d'adapter les modalités pratiques de la loi du 5 juillet 2011.

Groupe 3
Organisation et fonctionnement
de l'hôpital

**Rendre les professionnels plus acteurs dans
la maîtrise de leur fonctionnement et de leur
organisation au travail**

Rendre les professionnels plus acteurs dans la maîtrise de leur fonctionnement et de leur organisation au travail

- 1. Relancer l'expression des personnels au sein des unités ou des pôles**
- 2. Redonner de la cohérence à l'organisation de l'hôpital en pôles**
- 3. Clarifier la prise de décision au sein ou au bénéfice des pôles**

Relancer l'expression des personnels au sein des unités ou des pôles

Les conseils d'unité et/ou de pôle constituent un lieu d'expression et de concertation obligatoire et nécessaire à la régulation des organisations et à l'anticipation des conflits. Leur mise en place est systématique. Leur composition, hors listes syndicales, et leur fonctionnement sont adaptés à chaque établissement à l'appui d'un référentiel national

Redonner de la cohérence à l'organisation de l'hôpital en pôles

- Le projet structurel du pôle, notamment sous ses aspects, médicaux, de prise en charge des patients et de gestion, en précède et motive la création. Son périmètre est adapté aux objectifs cliniques, universitaires et gestionnaires qu'il s'est fixés.

Redonner de la cohérence à l'organisation de l'hôpital en pôles

- Les hôpitaux de petite taille doivent pouvoir adapter le découpage de leurs structures, par exemple en ne constituant qu'un pôle sanitaire

Redonner de la cohérence à l'organisation de l'hôpital en pôles

- Les établissements peuvent créer au sein de chaque pôle des structures dénommées « service » (ou « unités », « discipline » ...) autour de chaque spécialité médicale ou médico-technique qui le compose.
- Elles regroupent les personnels médicaux qui relèvent de cette discipline.
- Dans le cadre du projet médical, elles assurent la poursuite des objectifs cliniques et universitaires de la spécialité, en utilisant les moyens techniques et d'hébergement convenus avec les responsables du pôle.

Clarifier la prise de décision au sein ou au bénéfice des pôles

- A partir d'un cadre national et dans chaque établissement, une charte et un règlement intérieur définissent les modalités de fonctionnement des structures internes et d'élaboration, de validation et de mise en œuvre des contrats de pôle