

VADEMECUM du Président de la CME

***Conférence des Présidents
de Commission Médicale d'Établissement
et de Commission Médicale de Groupement
des Centres Hospitaliers du Grand Est***



Dr David PINEY



Dr Thierry GODEAU



**Christelle RATIGNIER
-CARBONNEIL**

INTRODUCTION

Je remercie sincèrement la Conférence Nationale des Présidents de CME des Centres Hospitaliers et l'ARS Grand Est pour nous avoir offert l'opportunité de conduire ce travail, ainsi que les nombreux professionnels dont les contributions de grande qualité ont permis de donner vie à cet ouvrage.

Fruit d'une mobilisation collective, cette première concrétisation française en région est une réelle satisfaction.

Structuré, opérationnel et ancré dans les réalités locales, ce vademecum complète les actions engagées pour mieux accompagner les Présidents de CME dans l'exercice de leurs responsabilités.

Nous espérons qu'il favorisera des dynamiques porteuses de sens au sein d'une gouvernance partagée et apaisée, mobilisant pleinement les équipes médicales et soignantes au service de la qualité et de l'accès aux soins.

Président de la Conférence des PCME et des PCMG des CH du Grand Est

Le rôle du Président de CME s'est transformé et renforcé au cours de ces dernières années. C'est un exercice exigeant qui demande beaucoup d'engagement et surtout beaucoup d'expertise dans des domaines variés pour lesquels il n'est pas toujours très bien préparé.

Ce vademecum a pour objectif de vous aider, de manière concrète et pragmatique, dans la réussite de votre fonction de Président de CME dont le leadership et le rôle stratégique, tant au sein qu'à l'extérieur de l'établissement, est majeur.

Je voudrais remercier ici tous les contributeurs de l'ARS et de la Conférence Régionale Grand Est ainsi que ceux de la Conférence Nationale des PCME des Centres Hospitaliers pour ce travail collectif d'ampleur.

Vous pourrez en complément toujours bénéficier du soutien des Conférences Régionales et Nationales qui peuvent venir en soutien de toute problématique dans l'exercice de votre mandat.

Président de la Conférence Nationale des PCME et des PCMG des CH

Ce vademecum, fruit d'une collaboration étroite entre la Conférence des Présidents de CME et l'ARS Grand Est, marque une étape importante dans l'accompagnement des professionnels de santé qui s'engagent dans la fonction de Président de CME. Il est le résultat d'une coconstruction originale, plaçant l'expertise du terrain au cœur de sa conception.

Ce guide a été pensé par et pour les acteurs de santé, afin de faciliter leur prise de fonction et de renforcer leur rôle central au sein des établissements. Il vise à promouvoir une approche médico-soignante intégrée et un leadership médical éclairé, essentiels pour répondre aux défis actuels de notre système de santé. En offrant des repères clairs et des outils pratiques, ce document ambitionne de soutenir l'excellence et l'innovation, au bénéfice des patients et de l'ensemble de la communauté hospitalière.

Directrice générale de l'ARS Grand Est

	Missions et compétences du PCME	p.6
1	La prise de fonction : les clés de la réussite	p.10
2	Les repères dans les principaux textes de loi	p.14
3	Comprendre les instances d'un établissement	p.21
4	Le Groupement Hospitalier de Territoire	p.36
5	Le rôle des instances départementales et régionales	p.41
6	Le PCME au sein de la Conférence Régionale et de la Conférence Nationale	p.46
7	Préparation aux instances de la FHF	p.49
8	Le PCME, manager de son établissement : pourquoi / comment un projet de gouvernance et de management participatif ?	p.53
9	Le binôme PCME / directeur : pourquoi / comment une charte de gouvernance ?	p.61
10	Le PCME, responsable du PAQSS Plan d'Action Qualité, Sécurité des Soins Comment ? Quels outils ? Gouvernance du PAQSS	p.66

11	Le PCME gestionnaire ? Regard critique sur la construction d'un EPRD	p.70
12	Le PCME gestionnaire de projet	p.73
13	L'Agence Régionale de Santé du Grand Est	p.76
14	Les liens ville-hôpital	p.83
15	Équipes de soins spécialisés et équipes médicales de territoire	p.90
16	Réforme du 2^e cycle des études médicales	p.98
17	Synthèse de la réforme du 3^e cycle des études médicales comment mieux l'appréhender en tant que PCME	p.101
18	Régime général des autorisations	p.110
19	Médiation, conciliation	p.120
20	Statuts et gestion des ressources humaines médicales	p.127
21	La transition énergétique et écologique : une approche des soins écoresponsables	p.138
	Lexique	p.149

MISSIONS ET COMPÉTENCES DU PRÉSIDENT DE CME

Élaboré par les conférences de Président de CME (PCME), ce référentiel a pour objectif de mieux faire connaître les missions et responsabilités associées à la fonction de PCME. Il peut servir de repère pour structurer des formations managériales, en amont ou en cours de mandat, et contribuer à la reconnaissance des compétences acquises au fil de l'exercice. Il intègre les spécificités liées à l'exercice de la fonction dans les Centres Hospitaliers Universitaires, mentionnées dans le texte par^{CHU}.

Il ne constitue ni une fiche de poste, ni un prérequis à l'accès à la fonction. L'élection demeure le fondement de la légitimité du PCME, dans un cadre défini par la réglementation.

MISSIONS

Tout comme celles de la CME¹, les compétences du PCME, vice-président du directoire, sont définies par le code santé publique².

GOVERNANCE, STRATÉGIE ET PILOTAGE GÉNÉRAL

- Participation à la définition et à la mise en œuvre du projet stratégique et de la politique générale de l'établissement.
- Conduite des instances médicales et participation à la gouvernance de l'établissement au titre de vice-président du directoire.
- Présidence, animation et coordination de la CME, en lien avec le(s) VPCME, son bureau et d'éventuelles sous-commissions.
- Organisation de la CME avec des sous-commissions thématiques, réglementaires ou non, permettant d'accompagner les missions de la CME.
- Décisions conjointe avec le directeur : organisation interne de l'établissement pour les activités cliniques et médico-techniques, signature des contrats de pôle, nomination des chefs de pôle (*conjointement avec les doyens dans les CHU*), des chefs de service et des responsables des structures internes et des UF.
- Participation aux échanges avec les autorités et organismes extérieurs (*ARS, mairie, département...*) qui concernent l'établissement, en lien avec la charte de gouvernance (L6143-7-3).

Participation au pilotage de l'établissement, au sein de la cellule de gestion de crise en cas de situation sanitaire exceptionnelle ou de crise, et à la communication de crise.

- Contribution à l'analyse budgétaire et médico-économique de l'établissement en lien avec le contrôle de gestion et la DAF de l'établissement.

- Préparation avec les doyens des prospectives hospitalo-universitaires, et traitement avec les doyens et la direction générale des sujets de formation et de recherche, et des problématiques (*RPS, VSS*) qui concernent la vie des services Hospitalo-Universitaires ^{CHU}.
- Définition avec le directeur général les grands axes de collaboration et d'interface du CHU avec l'université ^{CHU}.
- Participation avec les doyens et la direction générale au projet afférent au territoire universitaire de santé ^{CHU}.
- Animation avec les doyens des collèges de spécialité dans leurs projets hospitalo-universitaires ^{CHU}.

PROJET MÉDICAL ET COORDINATION DES PARCOURS DE SOINS

- Coordination, en lien avec le directeur, de l'élaboration et de la mise en oeuvre du projet médical, en conformité avec le CPOM et avec le PMP du GHT (*L6143-7-3*) et en lien avec le coordonnateur général des soins pour sa déclinaison opérationnelle médico-soignante (*PMSP*).
- Participation à l'élaboration et à la mise en oeuvre du projet médical et de soins partagé du GHT, en lien avec le PCMG.
- Coordination de la politique médicale de l'établissement (*L6143-7-3*), dans le cadre d'un lien renforcé avec les professionnels de ville et les établissements du territoire.
- Coordination, en lien avec le directeur et le coordonnateur général des soins, de l'élaboration et de la mise en oeuvre des filières de prise en charge et des parcours patients sur le territoire de proximité et/ou le GHT et/ou le territoire universitaire de santé.
- Veille à la coordination de la prise en charge du patient (*D6143-37-2*).
- Contribution à l'évaluation des besoins de santé de la population sur le territoire et à l'anticipation de leur évolution.

QUALITÉ DES SOINS, SÉCURITÉ ET BONNES PRATIQUES MÉDICO-SOIGNANTES

- Définition et suivi, conjointement avec le directeur, de la politique 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 (*L6143-7-3*).
- Contribution à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales (*D6143-37-2*), incluant la juste prescription, professionnelles et managériales.
- Veille au respect par les praticiens des droits des usagers et contribue à la mise en place d'une politique de relations usagers (*expertise patient*).
- En lien notamment avec la direction de la qualité et le territoire, déploiement d'actions de prévention et de pertinence notamment dans le cadre de la certification.

MANAGEMENT, RESSOURCES HUMAINES MÉDICALES ET FORMATION

- Participation à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la stratégie RH médicale en matière de GPMC, de QVT, de recrutement, d'attractivité et de fidélisation.
- Mise en œuvre et évaluation du déploiement des entretiens professionnels, en lien avec la direction des affaires médicales de l'établissement.
- Participation à l'élaboration et au suivi du projet de gouvernance et de management participatif, et du volet médical du projet social, notamment la détection et accompagnement des parcours managériaux des praticiens de l'établissement.
- Coordination de l'élaboration du plan de DPC des personnels médicaux (D6143-37-2).
- Participation à l'élaboration de la stratégie de formation et d'intégration des étudiants et internes, et au développement des relations avec les doyens, les universités, et les organismes de recherche.
- Participation à la gestion des conflits et gestion des signalements de situations de violence, harcèlement, discrimination impliquant des praticiens et co-saisine de la conciliation, de la médiation et du CNG en matière disciplinaire.
- Contribution à la politique de formation (*IA, simulation, qualité sécurité...*) portées par les établissements.

RECHERCHE, INNOVATION ET TRANSFORMATION NUMÉRIQUE

- Contribution à la promotion de la recherche médicale et en soins, à celle de l'innovation thérapeutique (D6143-37-2) ou organisationnelle, en lien avec les doyens et les vice-présidents recherche dans les CHU, et les acteurs territoriaux.
- Participation au pilotage de la stratégie du système d'information et accompagnement de la transformation numérique associés à la production de soins et à l'optimisation des organisations.

QUALITÉS ET COMPÉTENCES

Par son rôle et ses missions, le PCME est amené à développer de nombreuses compétences :

- Écouter, décider, arbitrer et gérer les conflits.
- Concevoir, piloter et évaluer des projets.
- Définir des objectifs, suivre les actions et mesurer les résultats.
- Animer des réunions, événements et réseaux professionnels.

- Argumenter, négocier et communiquer efficacement.
- Manager, déléguer et développer les compétences des équipes.
- Accompagner et conduire le changement.
- Garantir les droits des professionnels, des usagers et promouvoir la bientraitance.

Ses qualités personnelles seront autant d'atouts pour la réussite de son mandat, notamment en ce qui concerne :

- Respect de l'éthique professionnelle et de la déontologie médicale.
- Sens du service public et de l'intérêt général.
- Capacité d'analyse, esprit de synthèse et anticipation.
- Aisance relationnelle, écoute active, diplomatie et empathie.
- Gestion des émotions, du stress et des priorités.
- Leadership, travail en équipe et pédagogie.
- Persévérance, capacité à innover et accompagner le changement.
- Contribuer au rayonnement de l'établissement et à l'attractivité du territoire

Au terme de son mandat, le PCME pourra ainsi valoriser son expérience en faisant valoir de nombreuses connaissances :

Connaissances techniques

- Management.
- Stratégie et organisation/conduite du changement.
- Éthique et déontologie professionnelles.
- Communication/rerelations interpersonnelles.
- Organisation et fonctionnement interne de l'établissement.
- Gestion des situations sanitaires exceptionnelles/gestion de crise.
- Techniques de conciliation.
- Santé publique.
- Règles statutaires concernant les praticiens.
- Gestion des risques professionnels.
- Systèmes d'information médicaux.

Connaissances générales

- Gestion budgétaire, financière et comptable des établissements de santé et médico-sociaux.
- Droit administratif.
- Droit hospitalier et des établissements médico-sociaux.
- Gestion administrative, économique et financière.
- Organisation et institutions territoriales.
- Principes de la RSE (*Responsabilité Sociétale des Établissements*).

CHAPITRE

1

LA PRISE DE FONCTION: LES CLÉS DE LA RÉUSSITE

Dr Cynthia GARIGNON

1 | MA DOCUMENTATION

Dans ce chapitre nous vous proposons d'une part de prendre connaissance et d'avoir à disposition un ensemble de documents nationaux, réglementaires, et régionaux ou de votre établissement dont certains dépendent directement de la CME.

D'autre part, nous vous proposons une série d'actions à mener. Avec un timing, qui n'a pour vocation que celle de hiérarchiser ce qui nous paraît être primordial et indispensable lors de la prise de fonction.

1.1 DOCUMENTS NATIONAUX ET RÉGLEMENTAIRES

- Le guide "Mieux manager pour mieux soigner":
 - Circulaire "Claris" du 6 aout 2021 
- Les statuts des personnels médicaux :
 - Instruction n° DGOS/RH5/2022/58 du 28 février 2022 
 - Statut des PH 
 - Statut des internes 
- Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 "Loi Rist" 
- Textes concernant la réforme du régime des autorisations
(cf. chapitre 8, p.53).
- Le Projet Régional de Santé 2018-2028 (RPS) 

1.2 DOCUMENTS RÉGIONAUX

- Projet Régional de Santé (*PRS*) et pour les hôpitaux psychiatriques le Projet Territorial de Santé Mentale (*PTSM*) élaborés par l'ARS.

1.3 DOCUMENTS LOCAUX

- Les dossiers de la mandature précédente.
- Le règlement intérieur de la CME et la charte de gouvernance (*s'ils existent*).
- Le projet d'établissement, dont le projet de gouvernance et de management participatif (*s'il existe*).
- Le règlement intérieur de l'établissement.
- La convention constitutive du GHT et ses amendements.
- Le règlement intérieur de la CMG (*s'il existe*).
- Le projet médical ou médico-soignant du CH et le projet médical et de soins partagés du GHT.

2 | LE 1^{er} JOUR, JE PRENDS RENDEZ-VOUS AVEC LE DIRECTEUR POUR :

- Organiser les modalités du fonctionnement en binôme comprenant la définition des temps d'échanges réguliers (*hebdomadaire*).
- Organiser les modalités de partage des informations.
- Échanger les numéros de téléphone.
- Définir les moyens mis à ma disposition pour effectuer ma mission (*temps de secrétariat, profil du collaborateur, ordre de mission permanent, téléphone et ordinateur portable, temps additionnel éventuel, temps institutionnel dédié, temps de remplacement dans le service*).

3 | LA 1^{re} SEMAINE

- J'organise les modalités de travail avec le (*ou les*) vice-président(s) de la CME.
- Je réunis le bureau de CME (*ou le constitue selon les modalités du règlement intérieur de la CME*) et définis ses modalités de fonctionnement.
- J'organise les modalités de travail avec les chefs de pôles.
- Je prépare avec le directeur le plan de communication de ma prise de fonction.
- Je rencontre le directeur des soins et définis avec lui les modalités de rencontre.

4 | LE 1^{er} MOIS

- Je m'inscris à une formation spécifique PCME si je ne l'ai pas fait avant ma prise de fonction.
- J'adapte mon temps clinique, mon temps institutionnel et j'organise mon remplacement dans le service.
- J'organise les modalités de travail avec le directeur des affaires médicales, le directeur des soins, le directeur qualité.
- Je rencontre le président du conseil de surveillance.
- J'organise le renouvellement des sous-commissions de la CME et des représentants de la CME à diverses commissions (*CMG, CTE, CLIN, CLUD, CLAN, EPP, COMEDIMS, COPS...*) selon le règlement intérieur.
- Je rencontre le président de la CMG et les autres PCME de mon GHT.
- Je définis mes priorités d'actions, et les grands axes stratégiques de mon mandat.
- Je définis avec le directeur dans la charte de gouvernance les modalités de co-construction des ODJ de la CME et du directoire.

5 | LE 1^{er} TRIMESTRE

- Je co-écris et conclus avec le directeur la charte de gouvernance de l'établissement, et la présente en CME (*avec une clause de revoyure à 1 an et à chaque changement de directeur*).
- Je revois le règlement intérieur de la CME si besoin.
- Je rencontre le DIM, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.
- Je rencontre les directeurs des grandes directions fonctionnelles (*DAF, DSI, DRH*).
- Je rencontre le responsable de la recherche clinique.
- Je participe à la conférence régionale des PCME
- Je prends contact avec le/la délégué(e) de la FHF régionale.



6 | LA POSTURE DU PCME

En tant que PCME vous endossez plusieurs responsabilités vous devenez un représentant dont la parole est engageante.

Ainsi au sein de votre établissement vous êtes le représentant de la communauté médicale et vous avez pour mission d'unifier cette communauté, d'être le représentant de tous, vous devez ainsi perdre la "casquette" de votre métier même si vous gardez une activité clinique de façon à garder la légitimité d'être le représentant de tous.

Vous devez être le soutien des médecins mais aussi être celui qui impulse de nouveaux élans et fait parfois bouger les lignes, avec bienveillance, optimisme et dynamisme vous êtes le porteur des projets institutionnels et le facilitateur pour la conduite des projets venant des services. Il est important de rester accessible et à l'écoute tout en étant le garant du respect des règles par tous et parfois vous serez dans l'obligation d'être celui qui rappelle les règles du bien commun qui vont parfois à l'encontre de l'intérêt individuel.

Vous avez la responsabilité de représenter l'institution dans son ensemble.

En dehors de l'établissement vous êtes le représentant de celui-ci et parlez en son nom.

Vis-à-vis de l'ARS, vous représentez votre établissement et avez toute la légitimité pour défendre ses intérêts. Il est préférable de garder des rapports courtois avec les représentants de l'agence mais vous avez une plus grande liberté de parole que votre directeur et vous pouvez ainsi préparer en binôme avec lui les rencontres avec l'agence et vous distribuer les messages à passer.

Vis-à-vis du doyen des facultés, vous devez être un interlocuteur privilégié, garant de la bonne organisation de l'accueil des étudiants et internes et défenseur des besoins de votre établissement.



À RETENIR

Dès le début de son mandat, le PCME rencontre et organise ses modalités de fonctionnement avec ses différents interlocuteurs, notamment avec le bureau et la communauté médicale.

La relation de confiance avec le directeur est importante. Elle se construit avec le temps, mais repose aussi sur des modalités de fonctionnement définies en commun et formalisées par la charte de la gouvernance.

CHAPITRE 2

LES REPÈRES DANS LES PRINCIPAUX TEXTES DE LOI

Dr Thierry GODEAU, Dr David PINEY



Les compétences du président de la CME sont désormais inscrites et détaillées dans la Loi. Elles le positionnent à un même niveau normatif que celles du directeur (L.6143-7). Ce positionnement est un argument supplémentaire visant à renforcer le binôme directeur/PCME.

Plusieurs décrets apportent des précisions sur les compétences, missions du président de CME et sur les moyens qui doivent lui être attribués.

Il est donc important de pouvoir s'y référer régulièrement. **Il est recommandé de se connecter via le lien Internet au code de la santé publique pour disposer de la version éventuellement actualisée.**

1 | MISSIONS DU PRÉSIDENT DE LA CME INSCRITES DANS LA LOI

Article L6143-7-3

modifié par LOI n°2023-1268 du 27 décembre 2023 - art. 25



Le président de la CME est le vice-président du directoire, il exerce les missions et les attributions suivantes :

- Il coordonne, en lien avec le directeur, 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 si l'établissement est partie à un groupement hospitalier de territoire.
- Il coordonne la politique médicale de l'établissement.
- Conjointement avec le directeur de l'établissement et après concertation avec le directoire, il :
 - Définit la politique 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.
 - Arrête l'organisation interne de l'établissement pour les activités cliniques et médicotechniques.
 - Signe les contrats de pôles cliniques ou médicotechniques mentionnés à l'article L.6146-1.

- Conjointement avec le directeur de l'établissement et, lorsque le praticien concerné est un praticien des armées, avec le ministre de la Défense, il procède à la nomination et met fin aux fonctions :
 - Des chefs pôles d'activité clinique et médicotechnique. Dans les centres hospitaliers universitaires, 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.
 - Des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique et médicotechnique.
- Le président de la CME tient la commission régulièrement informée de l'exercice de ses missions et attributions.

Une charte de gouvernance conclue entre le président de la CME et le directeur de l'établissement, après avis du conseil de surveillance, prévoit notamment :

- Les modalités de participation du président de la commission médicale d'établissement aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs qui concernent l'établissement.
- Pour les activités relevant des compétences de la commission médicale d'établissement, les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre le président de la CME et les directions fonctionnelles.
- Les moyens matériels et humains mis à la disposition du président de la CME pour assurer ses missions.

► *Conformément à l'article 5 de l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 : les dispositions de la présente ordonnance entrent en vigueur à la même date que celle fixée pour l'entrée en vigueur des dispositions du I de l'article 37 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019. L'article 24 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 a reporté cette date au 1^{er} janvier 2022.*

2 | ÉLECTIONS DU PRÉSIDENT DE LA CME

Article L6144-5

Modifié par Décret n°2021-675 du 27 mai 2021 - art. 4



La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres. Toutefois, lorsque les praticiens titulaires ne forment pas la majorité des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, le règlement intérieur peut prévoir que le président et le vice-président sont élus parmi l'ensemble des membres de la commission.

Pour les CHU, la commission élit, en son sein, son président parmi les personnels enseignants et hospitaliers et son vice-président parmi les praticiens titulaires. Toutefois, en cas d'absence de candidat parmi les personnels enseignants et universitaires, le président peut être élu parmi les praticiens titulaires de l'établissement.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux 2 premiers tours, un 3^e tour est organisé. La majorité relative suffit au 3^e 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 CME sont de 4 ans. Le mandat est renouvelable une seule fois. Toutefois, pour tenir compte des circonstances locales et dans l'intérêt du service, le directeur général de l'ARS dont relève l'établissement peut à titre exceptionnel, par arrêté motivé, autoriser l'élection à un 3^e mandat.

Le mandat de président peut être exceptionnellement réduit ou prorogé, dans l'intérêt du service, d'une durée ne pouvant excéder 1 an par arrêté du directeur général de l'ARS dont relève l'établissement.

► Conformément à l'article 7 du décret n° 2021-675 du 27 mai 2021, ces dispositions entrent en vigueur le 1er janvier 2022.

3 | DÉMISSION, INDISPONIBILITÉ, CUMUL D'ACTIVITÉ DU PRÉSIDENT DE LA CME

Article R6144-5-1

Modifié par Décret n°2013-841 du 20 sept. 2013 - art. 3



Les fonctions de président de la CME prennent fin sur présentation de sa démission au président du directoire ou au terme du mandat de la commission médicale d'établissement qui l'a élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la CME, ses fonctions au sein de la commission médicale d'établissement sont assumées par le vice-président de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

Les fonctions de président de la CME sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle. Toutefois le règlement intérieur peut prévoir une exception à cette règle si l'effectif médical de l'établissement le justifie. Par dérogation au 6^e alinéa de l'article R.6144-4, lorsqu'un chef de pôle est élu président de la commission et qu'il perd en cours de mandat la qualité de chef de pôle, il continue d'exercer son mandat de président.

4 | ENGAGEMENTS DU PRÉSIDENT DE LA CME

Article D6143-37

Modifié par Décret n°2021-676 du 27 mai 2021 - art. 2



Le président de la CME, vice-président du directoire, est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique 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, sous réserve des attributions de la CME.

Il est chargé, avec le directeur, du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité de la sécurité et de la pertinence des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

Le président présente annuellement à la CME son programme d'actions, en tenant compte des actions déjà mises en œuvre.

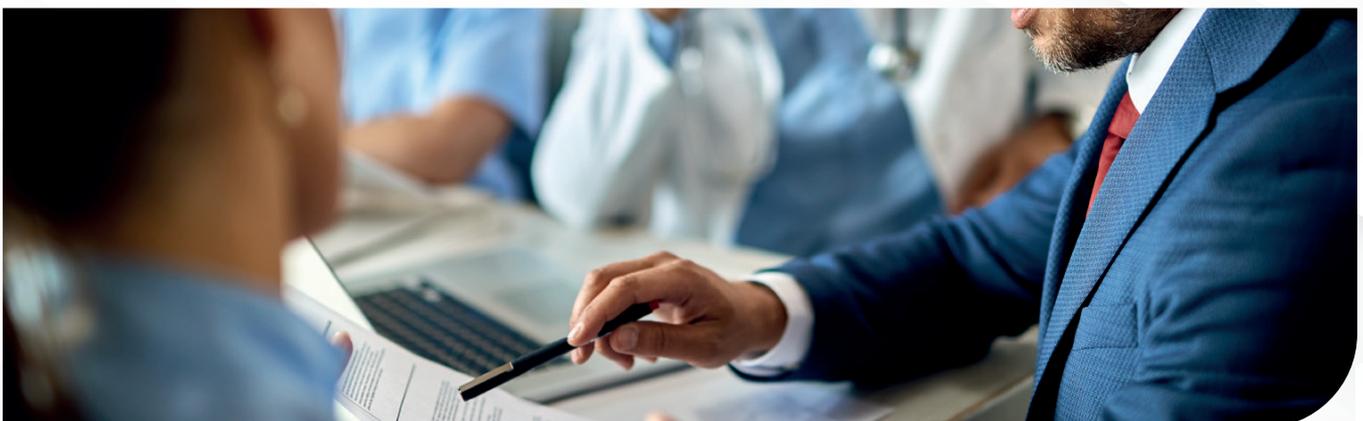
Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la CME en vertu de l'article L.6144-1. Le président de la CME signe conjointement avec le directeur de l'établissement les contrats de pôles cliniques ou médicotechniques.

Il présente au conseil de surveillance, conjointement avec le directeur, un bilan des actions mises en œuvre par l'établissement pour améliorer l'accès aux soins et la gradation des soins, en lien avec la politique du groupement hospitalier de territoire (*article L.6143-1*).

Il décide conjointement avec le directeur de l'établissement de la nomination des responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles.

► Conformément à l'article 4 du décret n° 2021-676 du 27 mai 2021, ces dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.



5 | PROJET MÉDICAL

Article D6143-37-1

Modifié par Décret n°2021-676 du 27 mai 2021 - art. 2



Le président de la CME, vice-président du directoire, coordonne, en lien avec le directeur, 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 (PMP) si l'établissement est partie à un GHT. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

Le projet médical est élaboré pour une période de 5 ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L.6114-1 et L.6114-2. Il comprend notamment :

- Les objectifs médicaux en cohérence avec le schéma régional ou interrégional de santé et le contenu de l'offre de soins.
- Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Le cas échéant les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes.
- L'organisation des moyens médicaux.
- Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient.
- Un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs.

► Conformément à l'article 4 du décret n° 2021-676 du 27 mai 2021, ces dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

6 | MISSIONS COMPLÉMENTAIRES

Article D6143-37-2

Création Décret n°2009-1762 du 30 décembre 2009 - art. 1



Le président de la CME, vice-président du directoire, coordonne la politique médicale de l'établissement. À cette fin, il assure notamment les missions suivantes :

- Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales.
- Il veille à la coordination de la prise en charge du patient.
- Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique.

- Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux.
- 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.

► *Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 article 2: les dispositions du présent décret entrent en vigueur dans les conditions prévues au VIII de l'article 131 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 susvisée.*

7 | MOYENS DU PRÉSIDENT DE LA CME

Article D6143-37-3

Modifié par Décret n°2011-546 du 18 mai 2011 - art. 1



Le temps consacré aux fonctions de président de la CME, vice-président du directoire, est comptabilisé dans les obligations de service des praticiens concernés.

Une indemnité de fonction est versée au président de la CME, vice-président du directoire. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Cette indemnité est assujettie au régime de retraite complémentaire institué par le décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 modifié portant création d'un régime de retraites complémentaires des assurances sociales en faveur des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques.

Article D6143-37-4

Modifié par Décret n°2021-676 du 27 mai 2021 - art. 2



Le président de la CME, vice-président du directoire, dispose de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions et garantir le bon fonctionnement de la CME.

La charte de gouvernance mentionnée à l'article L.6143-7-3 prévoit les moyens matériels et humains mis à sa disposition pour assurer ses missions, qui comprennent notamment au moins la mise à disposition d'un collaborateur choisi conjointement avec le directeur de l'établissement.

► *Conformément à l'article 4 du décret n° 2021-676 du 27 mai 2021, ces dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.*



Article D6143-37-5

Modifié par Décret n°2021-676 du 27 mai 2021 - art. 2



Une formation est proposée au président de la CME à l'occasion de sa prise de fonction, adaptée à l'exercice de hautes responsabilités.

À sa demande, le président de la CME peut également bénéficier d'une formation à l'issue de son mandat, en vue de la suite de son activité ou la reprise de l'ensemble de ses activités médicales.

- *Conformément à l'article 4 du décret n° 2021-676 du 27 mai 2021, ces dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.*



À RETENIR

Les missions du président de la CME sont inscrites dans la Loi, au même titre que celles des directeurs.

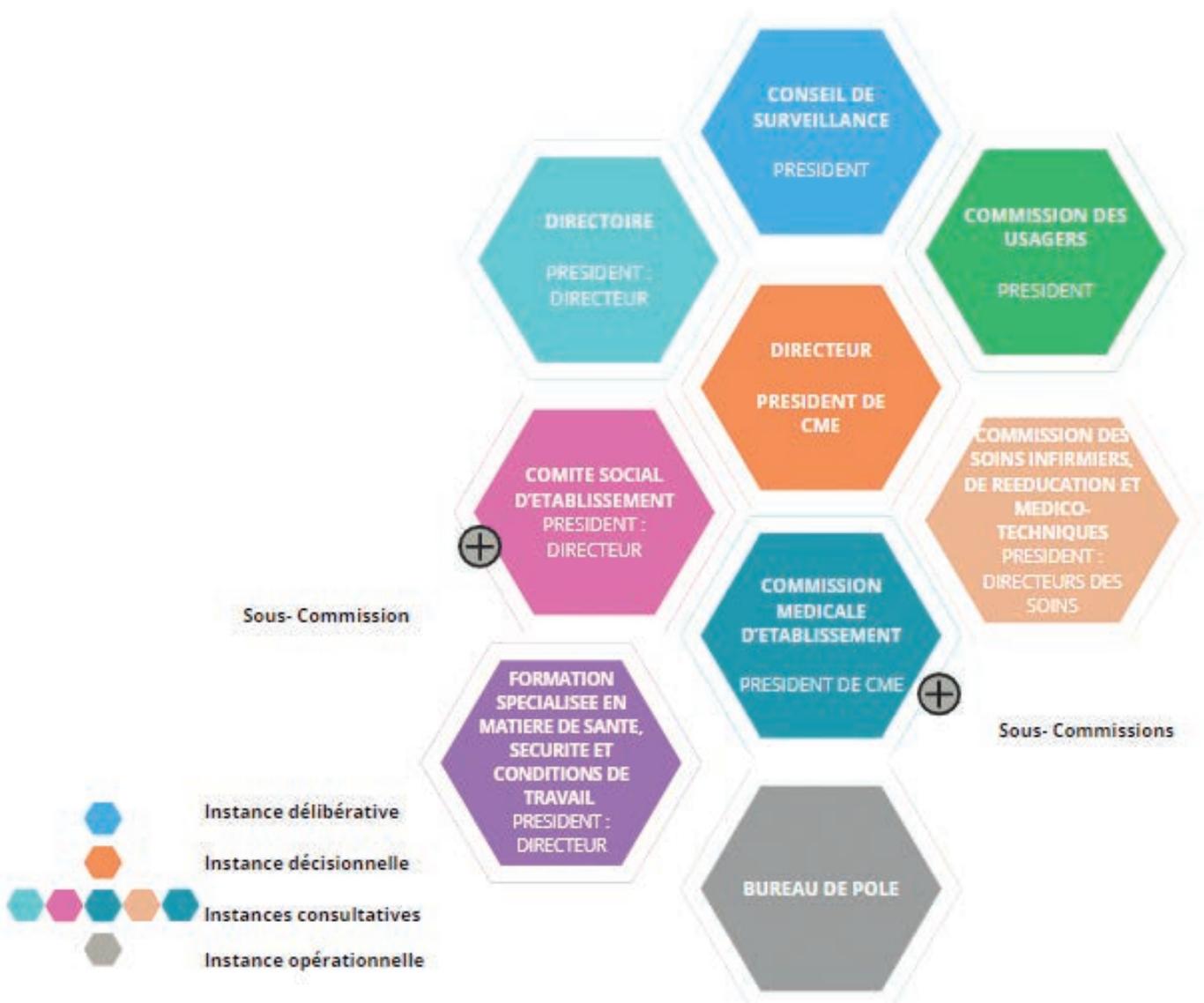
La charte de gouvernance, concertée avec le directeur, doit garantir au PCME les moyens nécessaires à l'exercice de ses responsabilités.

CHAPITRE 3

COMPRENDRE LES INSTANCES D'UN ÉTABLISSEMENT

Dr Cynthia GARIGNON, Dr Thierry GODEAU

Dans ce chapitre nous vous présentons de façon succincte les différentes instances d'un établissement, leur composition réglementaire, leur rôle et vous précisons le rôle du PCME dans ces instances.



1 LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT (CME)

1.1 COMPOSITION

La composition de la CME qui comprend des **membres de droit** et des **membres élus** sera fixée par le règlement intérieur de chaque établissement (art. R 6144-3-2 CSP).

Cette composition devra assurer une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement. L'ensemble des chefs de pôle cliniques et médico-techniques sont membres de droit de la CME ce qui n'est pas le cas des chefs des services qui doivent être élus au sein de leur collègue.

Des **MEMBRES ÉLUS** assurent la représentation :

Des praticiens titulaires de l'établissement

Des personnels temporaires ou non titulaires & des personnels contractuels ou exerçant à temps libéral

Des sages-femmes chargées de fonction de coordination, si l'établissement dispose d'une unité de gynécologie-obstétrique

Des sages-femmes non chargées de fonction de coordination, si l'établissement dispose d'une unité de gynécologie-obstétrique

Des chefs de service & responsables de structures internes



Des internes comprenant 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. Ils sont désignés tous les 6 mois

En outre, sont **MEMBRES** de la CME, **AVEC VOIX CONSULTATIVE** :

Le président du directoire ou son représentant, qui peuvent se faire assister de toute personne de leur choix

Le président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

Le praticien responsable de l'information médicale

Le représentant du CTE élu en son sein

Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

La commission médicale d'établissement peut désigner, en concertation avec le directeur de l'établissement, au plus cinq invités représentant les partenaires extérieurs coopérant avec l'établissement dans la mise en œuvre d'actions de santé publique. Ces invités peuvent être permanents. Ils peuvent assister avec voix consultative aux séances de la commission médicale.

1.2 MISSIONS

La CME :

- Élabore la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le projet médico-soignant partagé du groupement. Elle participe à leur mise en œuvre.
- Contribue à la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- Propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers.

La CME est consultée sur l'ensemble des sujets soumis à délibération du Conseil de Surveillance :

- 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 décidé par l'ARS.
- L'organisation interne de l'établissement. À 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 du Groupement Hospitalier de Territoire dont il fait partie.
- Le projet de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical et de dispensation des soins mentionnée à l'article L. 6146-1-2 ou de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical, des soins et de la gouvernance mentionnée à l'article L. 6149-1.
- Les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement des structures.

Elle 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 2^e et 3^e cycles des études médicales.
- La politique de recrutement des emplois médicaux.
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
- La mise en œuvre des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2.
(accueil des personnes en situation de handicap, permanence des soins, actions de prévention).

- Le plan de développement professionnel continu 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. À 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.

La CME est informée sur :

- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.
- Les contrats de pôles.
- Le bilan annuel des tableaux de service.
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

1.3 LES SOUS-COMMISSIONS DE LA CME

- Le **CLAN - Comité de Liaison Alimentation Nutrition** est une structure de réflexion et de propositions pour l'organisation de l'alimentation et de la nutrition des patients hospitalisés dans l'établissement.
- Le **CLIN - Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales** est compétent pour l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.
- Le **CLUD - Comité de Lutte contre la Douleur** a pour rôle l'organisation de la lutte contre la douleur.
- La commission **EPP - Évaluation des Pratiques Professionnelles**.
- Le **COVIRIS - Comité de Coordination des Vigilances et des Risques** a pour objet la coordination des dispositifs réglementaires mis en œuvre dans l'établissement et de l'ensemble des actions menées dans le cadre de la gestion des risques.
- La **COMEDIMS - Commission des Médicaments et Dispositifs Médicaux Stériles**.
- La **COPS - Commission d'Organisation de la Permanence des Soins**.

POUR EN SAVOIR +



RÔLE DU PCME

Il est indispensable de participer activement en tant que PCME à la commission médicale du GHT, de participer à l'élaboration du projet médical partagé en lien avec le projet médico soignant de son propre établissement.

C'est le lieu privilégié pour élaborer une stratégie d'offre de soin publique.

Se référer au Chapitre 2: repères et textes de loi, conformément à l'article 7 du décret n° 2021 675 du 27 mai 2021, ces dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.



2 | LE DIRECTOIRE

2.1 COMPOSITION

Règlementaire défini par la Loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" du 21 juillet 2009 et modifié par Loi "Ma santé 2022".

- Composée d'un nombre de membres impairs: 9 dans les CH, 11 dans les CHU dont une majorité membre du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.
- Présidé par le directeur, le PCME en est le vice-président, le président de la CSIRMT (*directeur des soins*) en est membre de droit, 5 praticiens y représentent la communauté médicale qui sont proposés par le PCME au directeur et un représentant des professions non médicales proposé par le président de la CSIRMT.
- Il se réunit environ 8 x par an.
- Dans de nombreux établissements le directoire fonctionne de façon "élargie" avec les chefs de pôles et les directeurs fonctionnels.
- Le directeur peut en outre, sur avis conforme du président de la CME et après consultation du directoire, désigner aux plus 3 personnalités qualifiées, qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants. Ces personnalités participent avec voix consultative aux séances du directoire.
- Chaque séance du directoire fait l'objet d'un relevé de conclusions rendu accessible à l'ensemble du personnel de l'établissement.

2.2 RÔLE

Le directoire est un organe collégial qui :

- Approuve le projet médical.
- Prépare le projet d'établissement.
- Conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

POUR EN SAVOIR +

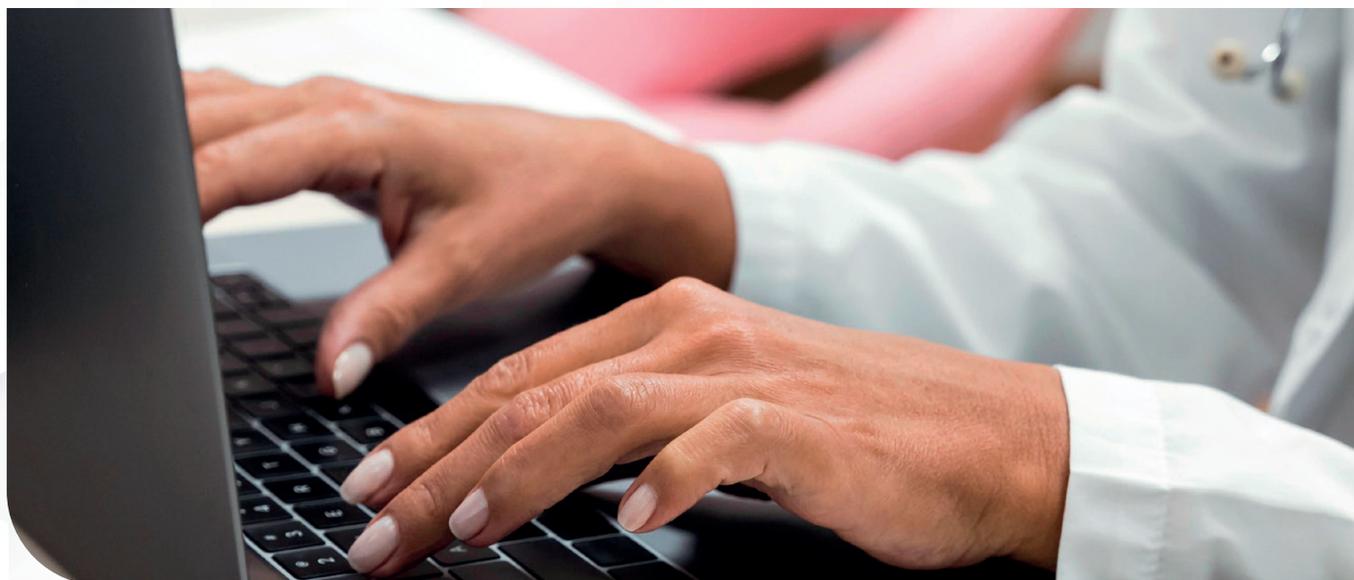


RÔLE DU PCME AU DIRECTOIRE

Le PCME est associé par le directeur à l'élaboration de l'ordre du jour du directoire.

Le directoire est le lieu de discussion et de concertation où doivent être décidés tous les points d'arbitrage (*financier, stratégique, validation de projet, création de postes médicaux...*).

Si la composition du directoire a une définition stricte dans la loi beaucoup de directoires fonctionnent avec une composition élargie intégrant souvent les chefs de pôle et les directeurs fonctionnels.



3 | LE CONSEIL DE SURVEILLANCE (CS)

3.1 COMPOSITION

Règlementaire défini par la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009, modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 112 (V).

- Le conseil de surveillance comprend **3 CATÉGORIES DE MEMBRES** :

DES REPRÉSENTANTS DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES :

CDA - Communauté d'agglomération.
ARS - Agence Régionale de Santé.
CPAM - Caisse Primaire d'Assurance
maladie.

DES REPRÉSENTANTS DU CORPS MÉDICAL :

PCME, représentant du comité d'éthique et
2 membres élus parmi les membres de la
CME (*ne siégeant pas au directoire*),

& DES PERSONNELS HOSPITALIERS :

Représentants syndicaux, représentant de
la commission de soins infirmiers.

DES PERSONNES QUALIFIÉES :

2 désignées par le directeur de l'ARS
et 3 désignées par le préfet
dont 2 représentants des usagers.

- Nombre total de membres plafonné à 15.
- Le CS élit son président parmi les membres du collège des élus et du collège des personnalités qualifiées.
- Durée du mandat : 5 ans.

POUR EN SAVOIR +



3.2 MISSIONS

Le CS se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

- Le projet d'établissement annuellement, sur les modalités de mises en œuvre de ce projet d'établissement, présentées conjointement par le directeur et le PCME (*article L.6143-1*).
- La convention constitutive des CHU et les conventions passées en application de l'article.
- Le compte financier et l'affectation des résultats.
- Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé.

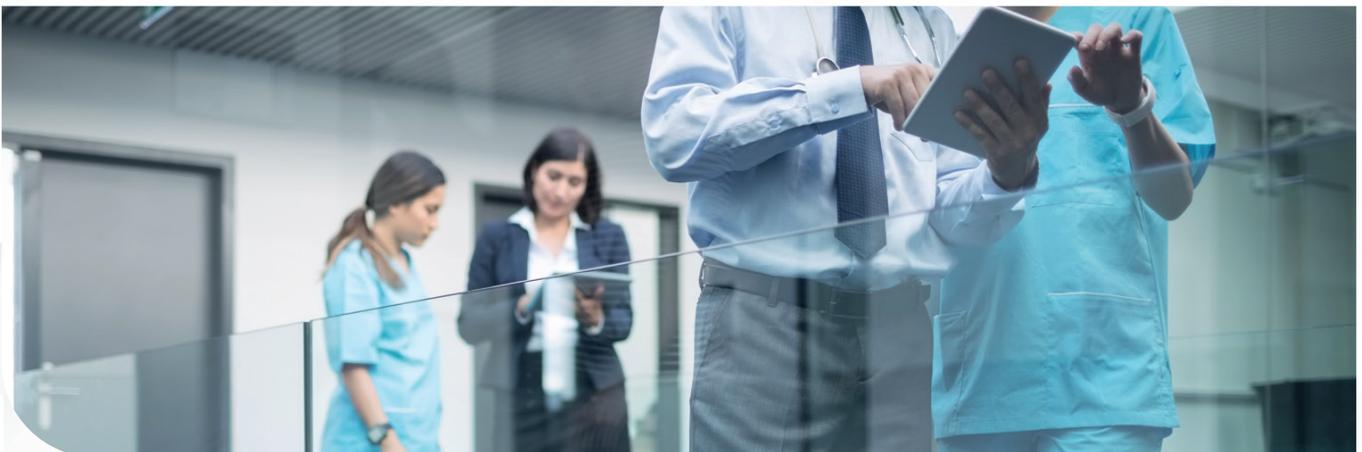
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur.
- Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance.
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.
- Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7.

Il donne son avis sur :

- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat.
- La participation de l'établissement à un GHT.
- Le règlement intérieur de l'établissement.
- L'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (*EPRD*) sans pouvoir le rejeter, le Plan Global de Financement Pluriannuel (*PGFP*), le programme d'investissement, ainsi que sur la charte de gouvernance de l'établissement conclue entre le directeur et le PCME.

Enfin, le CS se verra présenter annuellement :

- Les observations du DGARS sur l'état de santé de la population du territoire ainsi que sur l'offre de soins de ce territoire.
- Les actions universitaires, d'enseignement et de recherche menées par les CHU avec lequel l'établissement a conclu une convention.
- Le bilan élaboré conjointement par le directeur et le PCME des actions déployées par l'établissement pour améliorer l'accès aux soins et la gradation des soins, en lien avec la politique du GHT (*Loi Valletoux 27 décembre 2023*).
- Le CS est l'instance "politique" qui doit "surveiller" la bonne gestion de l'hôpital, valider ses comptes et s'assurer que les orientations stratégiques du projet d'établissement sont en cohérence avec le Projet Régional de Santé (*PRS*) défini par l'ARS.



RÔLE DU PCME AU CONSEIL DE SURVEILLANCE

En tant que vice président du directoire, le PCME, est membre de droit du conseil de surveillance avec voix consultative. À ce titre il participe aux séances du conseil (*sans pouvoir y être représenté*).

Il est un des représentants de la communauté médicale dans cette instance.

Il s'assure, avec les autres membres de la CME élus, que la stratégie globale qui y est discutée est conforme au projet médical.

Il y présente le Plan d'Action Qualité, Sécurité des Soins (PAQSS), dont il est le garant.



4 | LE COMITÉ SOCIAL D'ÉTABLISSEMENT (CSE)

Le **Comité Social d'Établissement** remplace le **Conseil Technique d'Établissement** (CTE) et le **Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail** (CHSCT).

4.1 COMPOSITION

Instance de représentation des personnels paramédicaux et techniques. L'endroit d'échanges entre les syndicats et autres représentants des personnels et la direction.



3

Pour les établissements ou groupements de - de 50 agents.

4

Pour les établissements ou groupements de 50 à 99 agents.

5

En l'absence d'une formation spécialisée au sein du CSE.

6

Pour les établissements ou groupements de 100 à 199 agents.

7

En l'absence d'une formation spécialisée au sein du CSE.

8

Pour les établissements ou groupements de 200 à 499 agents.

10

Pour les établissements ou groupements de 500 à 999 agents.

12

Pour les établissements ou groupements de 1000 à 1999 agents.

15

Pour les établissements ou groupements de 2000 agents ou +

Le nombre de représentants titulaires des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes est égal à :

- 1** pour les établissements ou groupements de - de 50 agents et jusqu'à 2 499 agents.
- 2** pour les établissements ou groupements de 2 500 agents et +.

Le président du CSE ou son représentant préside la formation spécialisée du comité. Outre les médecins du travail, les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés et le représentant du service compétent en matière d'hygiène assistent aux réunions des formations spécialisées, à titre consultatif.

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à 4 ans. Ce mandat est renouvelable.

4.2 MISSIONS

Nouvelle instance unique de dialogue social dans les établissements de santé, le CSE débat chaque année sur :

- La programmation des travaux de l'instance.
- L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique.

Le CSE est consulté sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement.
- Le plan de redressement.
- Le plan global de financement pluriannuel.
- L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la Commission Médicale d'établissement, de la Commission des Usagers et de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique.
- Les projets de réorganisation de service.
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation.
- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.
- Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service.
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

Le CSE est informé chaque année sur :

- La situation budgétaire de l'établissement.
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique.
- Le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code.

4.3 FORMATION

Dans les établissements publics de santé et établissements sociaux et médico-sociaux et dans les GCS de moyens de droit public dont les effectifs sont au moins égaux à 200 agents, une Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail (*FSSCT*) doit être instituée au sein du CSE.

Dans ces mêmes établissements, si les effectifs sont inférieurs à 200, une FSSCT peut être instituée au sein du CSE lorsque des risques professionnels particuliers le justifient (*Code général de la fonction publique, art. L. 251-12 et Décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021, art.*).

Elle est créée par le directeur d'établissement ou l'administrateur du groupement.

Formation spécialisée de site :

Pour les formations spécialisées de site, le nombre de titulaires est égal à :
(*Décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021, art. 8, point I*)



Dans les établissements publics de santé, ces formations spécialisées comprennent également des représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes, en tant que membres titulaires et membres suppléants. Ce nombre doit être égal à (*Décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021, art. 8, point II*) :

- 1 pour les sites de moins de 50 agents et jusqu'à 2499 agents.
- 2 pour les sites de 2500 agents et plus.



RÔLE DU PCME AU CSE

Le PCME ne siège pas forcément au CSE, la communauté médicale y est représentée par 1 ou 2 membres en fonction de la taille de l'établissement et le médecin du travail, ainsi que le représentant de l'hygiène.

5 LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO-TECHNIQUES (CSIRMT)



La **CSIRMT** est présidée de droit par le directeur des soins, qui est responsable des soins infirmiers et des agents de rééducation et médico-techniques.

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 avait modifié l'article L. 6416-9 du Code de la santé publique (*CSP*) et transformé la discrète Commission du Service de Soins Infirmiers (*CSSI*), instaurée par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, en CSIRMT, étendant son périmètre à l'ensemble des personnels paramédicaux et médico-techniques.

5.1 COMPOSITION

Le nombre de sièges au sein de la CSIRMT est déterminé par le règlement intérieur de l'établissement dans la limite de 30 membres élus pour les CH dans 3 collèges :

- Collège des cadres.
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- Collège des aides-soignants.

Chacun des 3 collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la commission.

Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

- Le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement.
- Un représentant des étudiants de 3^e année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale ou des directeurs des instituts de formation s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement.
- Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation ou de l'école ou des directeurs des instituts de formation ou des écoles s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement.
- Un représentant de la CME.

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

- Le règlement intérieur de l'établissement.
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L6146-2 sur le contrat conclu entre les professionnels participant aux missions de l'établissement et l'établissement de santé.
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

5.2 MISSIONS

La CSIRMT est avant tout un lieu de réflexion, de partage et une force de proposition de l'ensemble des professionnels paramédicaux de l'hôpital. Elle témoigne de leur implication dans le développement de la qualité de la prise en charge des patients dans l'hôpital. Elle est consultée sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins.
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades.
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins.
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers.
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- La politique de développement professionnel continu.

La CSIRMT est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement.
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 (*intégration de praticiens exerçant à titre libéral*).
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

L'article 29 de la loi Ma Santé 2022 permet la fusion CME- CSIRMT, mais très peu d'établissement l'ont mis en œuvre à ce jour.

POUR EN SAVOIR +



RÔLE DU PCME À LA CSIRMT

Le PCME ne siège pas forcément à la commission des soins, la communauté médicale y est représentée par un membre élu de la CME.

Le suivi des travaux engagés par la CSIRMT est important pour garantir la cohérence entre le projet médical et le projet de soins, et suivre leur déclinaison opérationnelle.



6 LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)

6.1 COMPOSITION

La composition de la CME qui comprend des **membres de droit** et des **membres élus** sera fixée par le règlement intérieur de chaque établissement (art. R 6144-3-2 CSP).

Cette composition devra assurer une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement. L'ensemble des chefs de pôle cliniques et médico-techniques sont membres de droit de la CME ce qui n'est pas le cas des chefs des services qui doivent être élus au sein de leur collège.

Des **MEMBRES ÉLUS** assurent la représentation :

1 médiateur médical et son suppléant, désigné par le représentant légal de l'établissement

1 médiateur non médical et son suppléant, désigné par le représentant légal de l'établissement

2 représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'ARS

Le responsable de la politique qualité participe aux réunions de la CDU mais ne dispose pas de voix délibérative



D'autres **MEMBRES FACULTATIFS** peuvent composer la commission, selon le statut de l'établissement :

Le PCME ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de la commission (CGRAS)

Le représentant de la commission des soins infirmiers et son suppléant

Un représentant du personnel et son suppléant

Un représentant de surveillance et son suppléant



6.2 MISSIONS

La Commission Des Usagers (CDU) veille à faire respecter les droits des usagers et à faciliter leurs démarches. Elle se nommait autrefois, Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC). Il y en a une dans chaque établissement public de santé.

Pour s'adresser à elle, il faut que le litige mette en cause la politique d'accueil et de prise en charge des malades. La CDU examine au moins 1 fois par trimestre et chaque fois que nécessaire les réclamations adressées à l'établissement.

Elle est obligatoirement informée de tous les Évènements Indésirables Graves déclarés à l'ARS.

Elle informe les usagers sur les voies de recours et de conciliation dont ils disposent.

Elle est également chargée de faire des propositions à la direction de l'établissement pour améliorer l'accueil et la prise en charge des malades et de leurs proches.

POUR EN SAVOIR +



CHAPITRE 4

LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

*Dr Stéphanie CHEVALIER, Dr Pierre-Yves DEMOULIN,
Dr Jean-Marie WOEHL*

Les **Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)** ont été créés en 2016, la Loi imposant à tout établissement public de se regrouper au sein d'un GHT sur un territoire donné. L'objectif de cette restructuration est de répondre à un quadruple défi : la part exponentiellement croissante de la population âgée, les difficultés liées à l'évolution de la démographie médicale, la limitation des financements et l'explosion des pathologies chroniques et de leur corolaire, les malades poly pathologiques complexes le plus souvent âgés. On ne peut plus tout faire partout et cela impose une restructuration passant par une gradation de l'offre de soins dans un souci de qualité et de sécurité. Cela passe aussi par une rationalisation des modes de gestion en mutualisant certaines fonctions transversales (*système d'information, achats, DIM, formation...*).

La pierre angulaire de cette mutation est le Projet Médical et de Soins Partagé (*PMSP*) du GHT.

1 | LA COMMISSION MÉDICALE DE GROUPEMENT (CMG)

Elle est obligatoire pour tous les GHT depuis le 1^{er} janvier 2022. Un président est élu en son sein : le Président de la Commission Médicale de Groupement (*PCMG*).

Son rôle est comparable à celui du PCME - en matière de qualité et de sécurité des soins, de pilotage des projets médicaux - mais à l'échelle du territoire. Les missions du PCMG s'inscrivent dans une logique similaire à celles d'un PCME, appliquées à l'échelle du GHT. Il ne représente plus un seul établissement, mais l'ensemble des établissements parties au groupement, avec une vision résolument territoriale.

Élu par les membres de la CMG, il peut être également PCME. Toutefois, le non-cumul des fonctions permet de renforcer cette posture territoriale, en évitant qu'il soit placé en difficulté vis-à-vis de la communauté médicale de son établissement en cas de divergences d'intérêt entre celui-ci et le GHT.

À noter que tous les présidents des CME parties au groupement sont membres de droit avec voix délibérative.

La CMG est dotée d'un pouvoir de proposition auprès du COSTRAT sur toute opération visant à mettre en œuvre le PMSP ainsi que sur les sujets sur lesquels 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 inter hospitalières.
- 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.

Ses attributions et sa composition sont définies par 3 textes récents :

- Ordonnances n°2021-291 du 17 mars 2021.
- Décret n°2021-675 du 27 mai 2021.
- Décret n°2021-676 du 27 mai 2021.

Les droits d'option :

Possibilité de créer une Commission Médicale Unifiée de Groupement (*CMUG*), qui regroupe la CMG et la totalité des CME du groupement. Le Président de la CMUG est alors vice-président du comité stratégique et vice-président des directoires des établissements parties au groupement.

En conformité avec les projets médicaux d'établissement, ces initiatives garantissent une prise en charge cohérente et adaptée aux besoins des patients, tout en respectant les priorités stratégiques locales, comme stipulé dans le décret n°2016-524 du 27 avril 2016, qui fixe une durée maximale de 5 ans pour ces projets.

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

2 | LE COMITÉ STRATÉGIQUE (COSTRAT)

Article L6132-2 du CSP

Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

Le **comité stratégique** est présidé par le directeur de l'établissement support. Il est composé des directeurs d'établissements, du président de la CMG, des présidents des CME, des présidents des CSIRMT de l'ensemble des établissements membres et du médecin responsable du Département de l'Information Médicale (*DIM*) de territoire.

MISSIONS

Le **comité stratégique** peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou une partie de ses compétences. Il est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention constitutive, du projet médico-soignant partagé ainsi que sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions.

D'autre part, il élabore le règlement intérieur du groupement, reçoit les avis émis par la CMG, par la CSIRMT de groupement et par la commission ou le comité des usagers de groupement, reçoit pour avis les EPRD des établissements parties au groupement et le médecin responsable du DIM de territoire lui dresse un bilan annuel de l'activité du groupement.

RÔLE DU PCME AU COSTRAT

Membre de droit du COSTRAT et de la CMG, il participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale de groupement. Il s'assure de la cohérence entre le projet médical de l'établissement et du projet médical partagé du GHT.

3 | LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO-TECHNIQUES (CSIRMT)

Le président de la **CSIRMT de groupement** est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support. Il n'est pas nécessairement celui de l'établissement support.

Comme pour la CMG il existe un droit d'option pour constituer une Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques Unifiée (*CSIMRTU*).

4 | LE COMITÉ OU LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)

Le **Comité Des Usagers** ou la **Commission Des Usagers de groupement** est présidé(e) par le directeur de l'établissement support du groupement. La convention constitutive fixe sa composition et ses compétences.

RÔLE DU PCME



Il est membre de droit et le plus souvent représenté par le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Il est important pour tout PCME de lire les lettres de réclamations des patients et être informé des événements indésirables associés aux soins déclarés par son établissement ainsi que des rapports de médiation.

5 | LE COMITÉ TERRITORIAL DES ÉLUS LOCAUX

La convention constitutive définit la composition et les règles de fonctionnement du **comité territorial des élus locaux**. Les maires des communes sièges des établissements parties au groupement, les représentants des élus de collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties, le président du comité stratégique, les directeurs des établissements parties au groupement et le président de la CMG en sont membres de droit.

Cette instance est stratégiquement importante car elle constitue un espace de dialogue et de rencontre avec les élus qui sont de plus en plus incontournables dans le portage des évolutions de l'offre de soins.

6 | LA CONFÉRENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL

La **conférence territoriale de dialogue social** est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du GHT.

Elle est présidée par le président du comité stratégique et le directeur de l'établissement support et composée d'un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un conseil social d'établissement d'un établissement partie au groupement.

Le président de la CMG, le président de la CSIRMT du groupement disposent d'une voix consultative ainsi que d'autres membres du comité stratégique, désignés par son président.



À RETENIR

Le GHT est un levier pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie de groupe public.

Il est important de s'y investir pour participer à l'élaboration de la politique du groupement, et notamment s'assurer que la réponse aux besoins de la population reste la priorité.

La médicalisation de la gouvernance est un enjeu important, tout comme dans les établissements, pour impliquer les équipes dans la dynamique de projets.

CHAPITRE 5

LE RÔLE DES INSTANCES DÉPARTEMENTALES ET RÉGIONALES

Dr Jean-Marie WOEHL

Dans ce chapitre vous sont présentées les instances régionales qui, sous l'égide de l'ARS organisent la démocratie sanitaire à l'échelle d'une région.

1 | LA CRSA, LA CSOS ET LA DÉMOCRATIE SANITAIRE...

La **Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)** se veut le lieu de la "démocratie sanitaire". Elle est une instance consultative qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

Le décret n°2021-847 du 28 juin 2021 modifie la composition des CRSA et certaines de leurs modalités de fonctionnement. Il précise les conditions de représentation des conseils territoriaux de santé et réforme la composition de la commission spécialisée de l'organisation des soins. Il élargit les matières sur lesquelles les CRSA sont consultées, instaure une obligation de rapport et d'information du directeur général de l'ARS à la CRSA, notamment en matière budgétaire, et précise les procédures applicables aux travaux de la conférence en cas de crise sanitaire grave (*pour une lecture compréhensible se référer à l'instruction n°SG/Pôle Santé-ARS/2021/132*).



ORGANISATION

La **CRSA** est composée de 8 collèges, les PCME y travaillent avec les autres acteurs du système de santé : la Fédération Hospitalière Privée (*FHP*) et la Fédération des Établissements Hospitaliers de d'Aide à la Personne (*FEHAP*).

Elle est structurée autour de 4 commissions spécialisées, 1 commission permanente, 1 bureau et déclinée localement par des Conseils Territoriaux de Santé

- **Les commissions spécialisées :**

CSOS Commission Spécialisée de l'Offre de Soins.

CSP Commission Spécialisée pour la Prévention.

CSAMS Commission Spécialisée pour les prises en charge et Accompagnements Médico-Sociaux.

CSDU Commission Spécialisée du Droit des Usagers.

- **La commission permanente :**

Son rôle est de faciliter la cohérence entre les travaux des différentes commissions spécialisées et de préparer les assemblées plénières.

- **Le bureau**

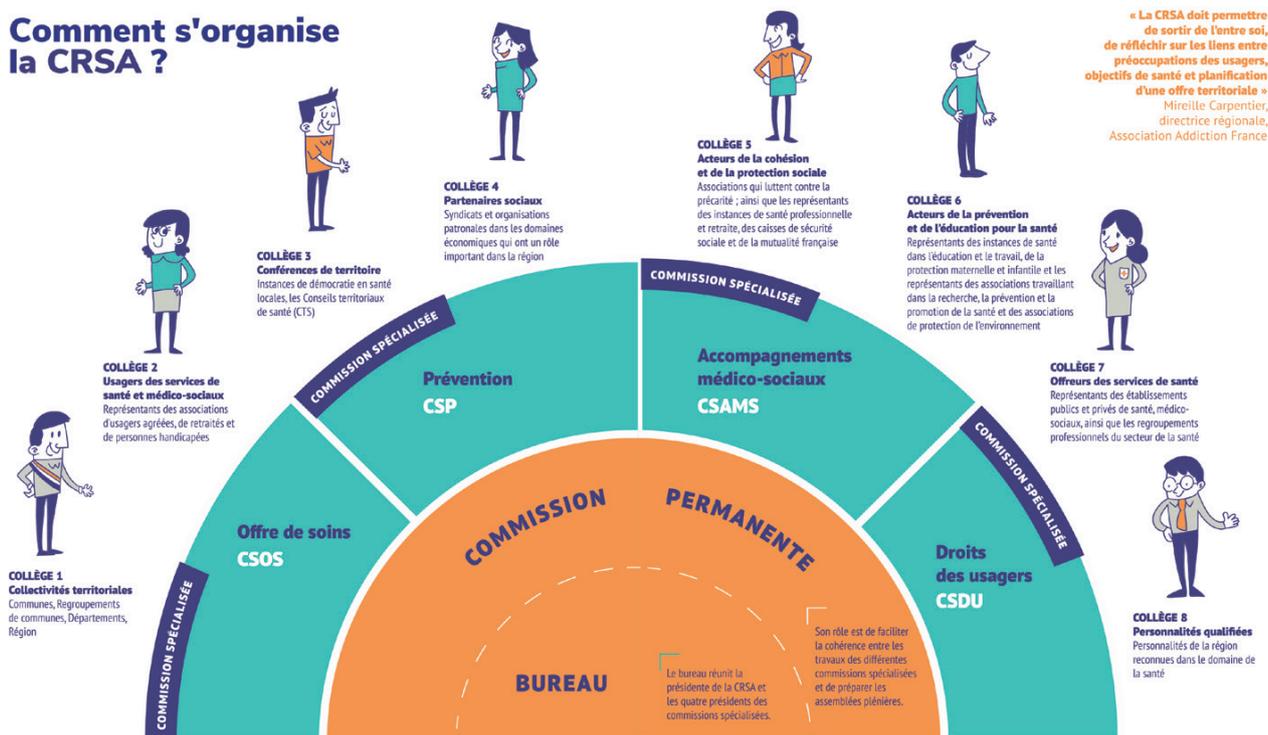
Le bureau réunit la présidence de la CRSA et les 4 présidents des commissions spécialisées.

- **Les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) :**

Le CTS participe à la réalisation du diagnostic partagé. Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé. Il participe à l'élaboration et à l'évaluation régulière des projets territoriaux de santé. Il peut redéfinir la délimitation des territoires de santé "par les membres siégeant au sein des CTS compétents, en lien avec l'ARS, afin d'assurer un équilibre et une solidarité entre les territoires en matière d'accès aux soins". Il est consulté par le DGARS pour mobiliser les acteurs du territoire afin d'améliorer l'accès aux soins et répondre aux besoins définis par le diagnostic territorial de santé. Il est informé des créations de dispositifs d'appui à la coordination et de dispositifs spécifiques régionaux, de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé dont il contribue au suivi en lien avec l'union régionale des professionnels de santé, des observations du DGARS sur l'état de santé de la population du territoire, sur l'offre de soins disponible et sur l'organisation de la permanence des soins.

Les CTS comportent entre 34 et 50 membres. Ces membres sont répartis dans plusieurs collèges d'acteurs du système de santé, de représentants des conseils territoriaux, d'usagers et d'organisme de la sécurité sociale.

Comment s'organise la CRSA ?



Source : Qu'est-ce que la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie ?
La démocratie en santé en Normandie (www.democratie-sante-normandie.fr)

L'ENJEU POUR LES PCME

L'accès à la CRSA se fait par l'intermédiaire de la FHF qui constitue notre représentation dans le collège 7 des offreurs de soins : 5 représentants dont 3 PCME (CHU, CH, CHS). À partir de là, la représentation au sein de la CSOS est automatique puisque les représentants FHF en sont membres de droit.

En pratique, la représentation des PCME des CH proposée par la FHF, est discutée en amont de la désignation avec la Conférence régionale des PCME.

Hormis un intérêt personnel pour la prévention, le médico-social ou le droit des usagers, l'objectif principal est de faire partie de la CSOS où se discutent toutes les autorisations des activités soumises à autorisation, les EML (Équipement médicaux lourds), en résumé l'organisation de l'offre de soins.

Les avis rendus sont consultatifs pour l'ARS et le DGARS reste maître de ses décisions.

De manière générale, tout de même, il est difficile pour le DGARS d'aller frontalement contre une décision de la CSOS sans de bonnes raisons. Cette commission spécialisée est le siège de discussions stratégiques très impactantes en particulier pour l'équilibre de l'offre public-privé. Les membres sont nombreux et le public n'y est de loin pas majoritaire.





2 | LA COMMISSION RÉGIONALE PARITAIRE

2.1 COMPOSITION

La **commission régionale paritaire** conformément à l'article R6156-79 du Code de la Santé Publique est composée de 28 membres répartis en 2 collèges de 14 membres chacun :

1^{er} COLLÈGE : personnel médical, odontologique et pharmaceutique.

- 12 représentants des personnels, désignés par les syndicats selon les résultats aux élections du conseil supérieur.
- 2 représentants des étudiants de 3^e cycle, nommés par le DGARS.

2^e COLLÈGE : représentants des établissements publics de santé.

- 7 directeurs ou directeurs-adjoints.
- 7 présidents ou membres de CME.

PRÉSIDENTE : le directeur général de l'ARS préside sans voter.

SUPPLÉANTS : chaque membre titulaire a un suppléant, désigné dans les mêmes conditions.

MANDAT : les membres sont désignés pour 4 ans.

2.2 MISSIONS

La commission régionale paritaire est consultée par le DGARS sur :
(*article R6156-80*)

- La démographie médicale, la prospective et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences des professions médicales.

- Le suivi des emplois médicaux, odontologiques et pharmaceutiques dans les établissements publics du ressort de l'agence ainsi que les actions d'amélioration de l'attractivité de ces emplois.
- L'organisation de la permanence et de la continuité des soins ainsi que de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé, le temps de travail et les tableaux de service.
- L'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques relatives :
 - À la santé et à la qualité de vie au travail et à la prévention des risques professionnels, notamment psychosociaux.
 - Au dialogue social.

La commission peut se voir confier, à la demande du Centre national de gestion ou du DGARS, une action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits.



RÔLE DU PCME

Les PCME siégeant en commission régionale paritaire sont désignés par la FHF sur proposition de la Conférence.

Leur regard institutionnel est important afin de contribuer à la politique régionale dans ces différents domaines de compétence.



À RETENIR

Il est important de s'impliquer dans les instances territoriales ou régionales de démocratie sanitaire et particulièrement en CSOS pour l'attribution des autorisations de soins.

Les PCME peuvent être désignés en tant que représentants de la FHF ou de la Conférence des Présidents de CME des CH.

Le Conseil territorial de santé pourrait être à l'avenir un lieu important pour animer les projets territoriaux de santé.

CHAPITRE 6

LE PCME AU SEIN DE LA CONFÉRENCE RÉGIONALE ET DE LA CONFÉRENCE NATIONALE

Dr Thierry GODEAU

1 | LA CONFÉRENCE NATIONALE

1.1 STATUTS

Elle est composée de 71 membres élus par les régions selon leur règlement intérieur. Leur répartition est définie par les statuts.

La **conférence nationale** élit un bureau de 14 membres. Le président, les 2 vice-présidents et le secrétaire général sont élus par le bureau. Le président est obligatoirement PCME. Un vice-président doit être PCMG et est chargé plus particulièrement de la problématique des GHT.

La **conférence nationale** est un interlocuteur privilégié de toutes les structures de l'état et des organismes nationaux de santé.

1.2 MISSIONS

La conférence représente l'ensemble des Commissions Médicales d'Établissement (CME) et les Commissions Médicales de Groupement (CMG), dans tous les domaines impliquant le corps médical des Centres Hospitaliers.

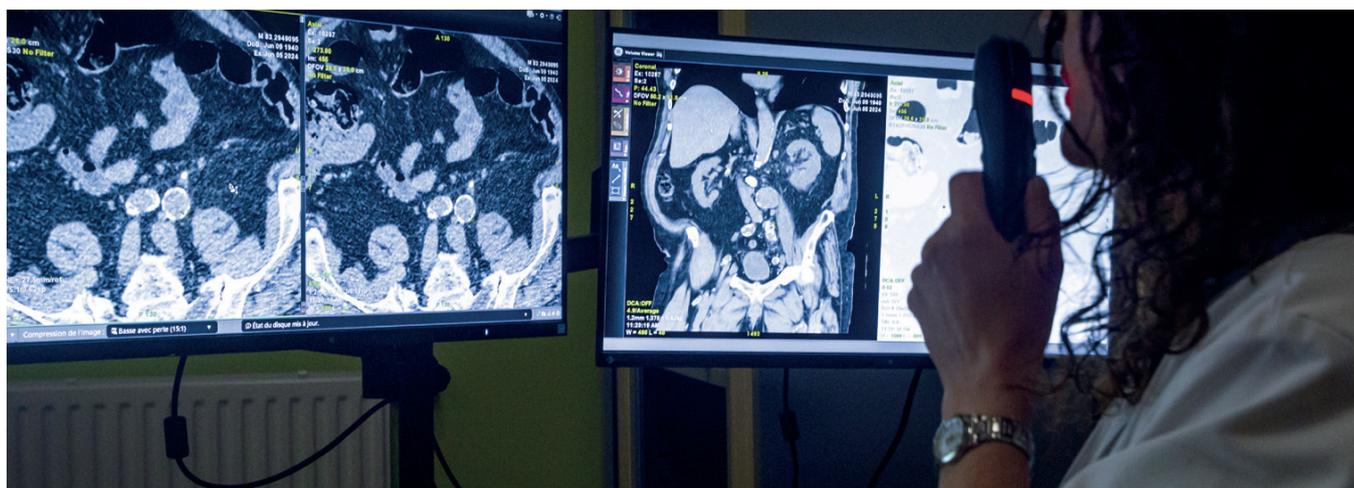
Les PCMG qui peuvent intégrer la conférence sont les praticiens issus d'un CH. Elle organise l'information, la réflexion et la formulation de propositions dans ces domaines. Elle assiste les CME, CMG et les Conférences régionales.

La conférence est sollicitée lors des concertations ministérielles sur de très nombreux sujets et textes réglementaires. Elle élabore régulièrement des propositions sur l'organisation de l'hôpital public, notamment dans le domaine de la gouvernance et du management, mais aussi, du fait de ses impacts sur l'hôpital, sur l'organisation du système de santé en général.

Elle désigne des membres au sein de nombreuses commissions et groupes de travail tant au sein du ministère que des organismes de santé nationaux.

La conférence se réunit tous les mois (*hors vacances scolaires*) sur une journée à Paris. Elle traite des sujets d'actualité. Des experts extérieurs sont invités lors de chaque réunion. Le directeur de la DGOS intervient également lors de chaque conférence nationale.

Être membre de la conférence nécessite un investissement personnel important avec un engagement à une participation régulière aux réunions nationales, aux commissions nationales et la conduite de dossiers selon son expertise personnelle.



2 | LES CONFÉRENCES RÉGIONALES

Ces conférences régionales regroupent l'ensemble des PCME et, à partir de 2022, des PCMG issus de CH.

2.1 MISSIONS

Chaque région élit 1 président régional, qui est assisté d'1 ou de plusieurs vice-présidents et d'1 secrétaire régional.

Ils recueillent et distribuent les informations concernant les centres hospitaliers de la région. Ils sont les intermédiaires entre la conférence et les CH.

Chaque région organise son fonctionnement dans un règlement intérieur pour assurer ses missions de :

- Recueil et distribution des informations concernant la région.
- Représentation des CME et CMG en région dans tous les domaines impliquant le corps médical.
- Organisation de l'information, de la réflexion et de la formulation de propositions dans ces domaines.
- Appui aux CME et CMG.

Les conférences régionales élisent plusieurs membres siégeant à la conférence nationale. Ce nombre est fixé par le règlement intérieur de la conférence nationale.

2.2 POURQUOI FAUT-IL PARTICIPER AUX CONF. RÉGIONALES ?

Les conférences régionales ont pris un rôle important ces dernières années avec le rôle accru des ARS. En effet, si les textes réglementaires se décident au niveau national, leur déclinaison peut varier selon la politique régionale des ARS. Les ARS ont de plus en plus de marges de manœuvre pour définir leur stratégie.

Les conférences régionales permettent la tenue d'échanges entre l'ensemble des PCME/G sur les points d'actualités et la situation de leurs établissements afin de pouvoir au mieux appréhender leur situation locale et la conduite de leur mandat. Dans de nombreuses régions, le DGARS intervient régulièrement lors des réunions de la conférence régionale.

Les conférences régionales permettent également l'intervention des experts sur des sujets particuliers.

Il est important, lors de son renouvellement que le bureau de la conférence régionale rencontre le DGARS.

Même s'il y a encore une hétérogénéité régionale, les conférences régionales sont représentées au sein de plusieurs commissions régionales majeures : Commission des Internes, CRP, CSOS, CRSA, CRSI, groupes de travail ARS... Ces représentants sont désignés par la conférence ou par la FHF (*mais en général sur proposition de la conférence*).

À RETENIR

La conférence est un lieu d'échange, d'information, de formation et de compagnonnage des PCME et des PCMG des CH.

Par la diversité des établissements - de l'hôpital de proximité au CHR – et les professionnels qu'elle représente, ses contributions sont particulièrement suivies par les autorités régionales et nationales avec qui elle travaille.

La participation des PCME à ses travaux est donc particulièrement importante pour représenter cette diversité.

CHAPITRE 7

PRÉPARATION AUX INSTANCES DE LA FHF

Dr Alain FUSEAU, Thierry GEBEL



1 | LA FHF EN QUELQUES LIGNES

La **Fédération Hospitalière de France (FHF)** réunit des hôpitaux de toute taille ainsi que des EHPAD et des établissements assurant la prise en charge de personnes en situations de handicap. C'est la "Maison commune" des hôpitaux et établissements médico-sociaux publics, la FHF réunit des élus, des directeurs, des médecins et des usagers. Elle s'est construite autour de valeurs partagées :

- L'égal accès à des soins de qualité pour tous, sur tous les territoires.
- La volonté d'innovation et d'excellence dans les soins.
- L'accompagnement, l'enseignement et la recherche.
- La continuité de la prise en charge.

La FHF est une fédération nationale qui se décline en fédérations régionales, ces dernières regroupent l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux publics en France.

Chaque **fédération régionale** est organisée avec :

- 1 convention régionale (= *assemblée générale*).
- 1 conseil d'administration.
- 1 bureau, instance exécutive.

La **fédération nationale** est structurée sur le même modèle que les représentations régionales.

Les **fédérations** sont **tripartites** :

- Politique (*souvent présidents de conseils de surveillance*).
- Directeurs d'établissements.
- PCME.

Chaque fédération est pilotée par :

- 1 président entouré de son bureau.
- 1 délégué (*régional ou national*) qui assure la dimension organisationnelle et exécutive de la fédération. Le délégué régional peut être selon les régions, soit un membre (*souvent un directeur*) de la FHF qui consacre du temps à cette mission, soit une personne spécifique employée par la FHF.

LA FHF, EN QUELQUES CHIFFRES :

- 1 000 hôpitaux
- 750 exposants, 550 intervenants et 30 000 visiteurs à "SANTEXPO".
- 3 800 structures médico-sociales.
- 20 fédérations régionales réparties sur l'ensemble du territoire.

Dans le Grand Est : 180 adhérents, 5,5 M d'habitants, 1,35 M de séjours/séances MCO, 1,39 M de passages aux urgences.

CARTE DES ADHÉRENTS À LA FHF GRAND EST





Thierry GEBEL
Délégué régional
t.gebel@fhfgrandest.org



Maxime PISANO
Chargé de mission
m.pisano@fhfgrandest.org



Yohann HMEIDI
Expert finances
y.hmeidi@fhfgrandest.org



Sophie TRUCHET
Déléguée régionale adjointe
s.truchet@fhfgrandest.org



Jean-Marie WOEHL
Conseiller médical
jm.woehl@fhfgrandest.org

2 | POURQUOI PARTICIPER À LA FHF?

La **FHF** est l'interlocutrice privilégiée des tutelles et en particulier de l'ARS pour les établissements de santé. C'est elle que l'ARS interpelle pour :

- Dialoguer et "sonder" le terrain.
- Participer aux groupes de travail spécifiques.
- Contribuer aux instances officielles : commissions paritaires, commissions d'adéquation et de répartition des internes, Commission Régionale pour la Santé et l'Autonomie (*CRSA*), etc.

Il est donc indispensable d'être membre de la FHF afin de pouvoir ensuite participer ou être sollicité pour participer à ces différentes instances.

La FHF est aussi un lieu de rencontre et de réflexion régulière entre établissements de santé et médico-sociaux sur les politiques de santé, les réformes, les textes de loi parus ou à paraître, les grands mouvements qui traversent sans cesse le monde de la santé.

- **Membre de la convention**, vous serez informés 1 à 2 x /an.
- **Administrateur**, vous serez réunis 3 à 4 x /an, surtout sur un mode informatif.
- **Membre du bureau**, vous serez au cœur des échanges et des réflexions régionales, vous prendrez mieux la mesure des enjeux de santé territoriaux mais aussi des choix stratégiques des directions hospitalières et des élus.

CONCERNANT LES ATTENTES DE LA FHF À PROPOS DE LA CONFÉRENCE DES PCME, EN QUELQUES POINTS :

Favoriser le dialogue et la coopération

- Faciliter les échanges entre les PCME des Centres Hospitaliers, la FHF et les directeurs d'établissement pour une meilleure coordination.
- Encourager le partage d'expériences et de bonnes pratiques entre établissements.

Représenter et défendre les intérêts des établissements publics

- Porter une voix collective auprès des instances régionales pour défendre les spécificités des hôpitaux publics.
- Soutenir les établissements dans l'évolution des organisations médicales, notamment sur les GHT et la territorialisation de l'offre de soins.

Accompagner les transformations du système de santé

- Structurer une réflexion commune sur les enjeux de gouvernance médicale, d'organisation des soins et de formation des professionnels de santé.

Faire le lien avec les travaux nationaux de la FHF et de la Conférence Nationale des PCME

- Relayer les réflexions et positions portées par la FHF au niveau national.
- Participer aux groupes de travail régionaux et nationaux pour remonter les problématiques spécifiques des établissements du Grand Est.

PARTICIPER À LA VIE DE LA FHF EST UN COMPLÉMENT INDISPENSABLE À VOS MISSIONS DE PCME.



À RETENIR

La FHF réunit les directeurs, les PCME et les élus. Elle défend les établissements publics de santé et médico-sociaux.

Elle est un interlocuteur privilégié des tutelles, et notamment de l'ARS.

Le PCME est une interface importante pour d'une part remonter les préoccupations et les projets des communautés médicales et soignantes, et d'autre part relayer les informations régionales ou nationales.

PCME, MANAGER DE SON ÉTABLISSEMENT : POURQUOI / COMMENT UN PROJET DE GOUVERNANCE ET DE MANAGEMENT PARTICIPATIF ?

Dr David PINEY

La Loi du 26 avril 2021 rend obligatoire la définition d'un projet de gouvernance et de management participatif dans le projet d'établissement des établissements publics de santé.

Il s'agissait de la 1^{re} recommandation de la mission Claris. La Conférence y est très attachée et s'est fortement mobilisée pour sa reconnaissance législative. En effet, il s'agit de l'un des leviers principaux pour faire évoluer les organisations et s'assurer que les équipes des services de soins soient mieux associées aux prises de décisions institutionnelles.

Par ses prérogatives, le PCME doit jouer un rôle prépondérant pour travailler ce sujet. Il doit en effet s'assurer que la communauté hospitalière s'approprie ces nouvelles règles en termes de gouvernance et détermine les organisations internes qui lui paraissent les plus efficaces. Ces règles doivent pouvoir perdurer au-delà des personnalités qui se succèdent en responsabilité pour devenir des règles institutionnelles qui s'imposent à chacun.

1 DÉFINITION D'UN PROJET DE GOUVERNANCE ET DE MANAGEMENT PARTICIPATIF

Le projet de gouvernance et de management participatif définit les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation et de motivation visant 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**

Bien que le corpus réglementaire existe depuis près de 15 ans, la délégation de gestion aux chefs de pôle est à ce jour très peu déployée. Elle est pourtant considérée comme un des leviers principaux pour médicaliser la gouvernance.

Elle ne peut se mettre en place sans un leadership fort du directeur et du PCME. La réflexion associée à cette politique doit favoriser les délégations au plus près du terrain, et notamment au chef de service. Cela nécessite aussi une refonte des directions fonctionnelles - sur laquelle le PCME doit s'investir - pour répondre aux décisions prises par les responsables disposant d'une délégation.

- **Les moyens matériels et humains mis à la disposition des responsables hospitaliers**

De réelles délégations de gestion ne sont possibles qu'après de praticiens formés au management. Bien qu'obligatoires à chaque prise de fonction, ces formations sont loin d'être généralisées.

Les responsables doivent pouvoir disposer de temps, de ressources, et de l'appui nécessaire pour répondre à leurs missions. Le projet de gouvernance et de management participatif est l'occasion de sanctuariser cet investissement institutionnel. Même s'ils peuvent être abordés dans ce cadre, les moyens du PCME relèvent d'une charte de gouvernance qu'il conclut avec le directeur.

- **Les modalités de désignation des responsables hospitaliers**

Même si le directeur et le PCME décident conjointement de la désignation des chefs de pôle et des chefs de service, cette décision doit être l'aboutissement d'une procédure interne lisible et partagée définie dans le projet de gouvernance et de management participatif.

Elle doit reposer sur une logique de projet (*pôle et service*) et de bilan en fin de mandat. Les règles internes peuvent ainsi préciser les missions respectives du chef de pôle et du chef de service, mais aussi les modalités d'appel à candidature (*par exemple sur la base d'une fiche de poste*) et de sélection.



À RETENIR

Le projet de gouvernance et de management participatif est un volet obligatoire du projet d'établissement.

Il doit permettre aux équipes hospitalières de définir et adapter les circuits de décision aux spécificités de l'établissement, mais aussi donner de la lisibilité à l'organisation de la gouvernance médico-soignante.

Il peut intégrer des éléments de simplification dérogatoires au code de la santé publique.

2 | EXEMPLES DE FICHES DE POSTES

2.1 CHEF DE PÔLE

Missions et responsabilités

- Mettre en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs contractualisés avec le pôle par le directeur et le PCME.
- Préparer le projet de pôle, assurer son suivi et en présenter un bilan en fin de mandat; signer le contrat de pôle et suivre son exécution.
- Être l'interlocuteur régulier du directeur et du PCME, ainsi que des autres chefs de Pôle.
- Organiser le fonctionnement du pôle, favoriser la concertation interne avec l'ensemble des professionnels et l'affectation des ressources humaines.
- Donner un avis sur les recrutements médicaux et désignations de chefs de service au sein du pôle; superviser la gestion des tableaux prévisionnels des effectifs et leur répartition, ainsi que les tableaux de services pour assurer la continuité et la permanence des soins.
- Assurer l'intérim de chef de service en l'absence de désignation au sein du pôle.
- Garantir le respect de la déontologie pour chaque praticien et la bonne gestion des moyens pour que les services assument leur mission et leur responsabilité.
- Être associé au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif, et aux projets d'évolution interne de l'établissement.

Engagements

- Participer à la vie institutionnelle de l'établissement, aux différentes instances et notamment à la CME dont il est membre de droit.
- Assumer une délégation de gestion selon la feuille de route qui lui est confiée.
- Organiser les conditions d'une meilleure qualité de vie au travail pour les personnels du pôle, par un management bienveillant et participatif; prévenir et gérer les conflits interpersonnels.
- Impliquer les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement dans la conduite des projets du pôle.
- Animer la vie du pôle en réunissant régulièrement un conseil de pôle.
- Assurer la diffusion des informations institutionnelles issues des réunions ou instances auprès des responsables de spécialité du pôle.
- Relayer auprès du directeur et du président les attentes et besoins du pôle et les alerter en cas de difficulté.
- Mener un entretien annuel avec chacun des chefs de service du pôle.
- Se conformer à la charte de gouvernance et de management du projet d'établissement, et ses évolutions éventuelles.
- Appliquer la charte de gouvernance et de management, et ses évolutions éventuelles.

2.2 CHEF DE SERVICE

Missions et responsabilités

- Organiser, avec les équipes médicales, pharmaceutiques et soignantes, la prise en charge des patients, le fonctionnement technique du service, et la continuité des soins.
- Assurer l'organisation et le fonctionnement du service et des unités qui le composent avec les équipes médicales, pharmaceutiques, soignantes, médico-techniques et administratives; veiller à leur inscription dans le projet de pôle et de service.
- Être l'interlocuteur principal du directeur, du PCME et du chef de pôle pour tous les sujets relatifs à l'organisation et à l'évolution prospective du service, notamment en termes de ressources humaines, et pour la gestion des plaintes et des événements indésirables.
- Élaborer un projet de service, le conduire et en présenter un bilan en fin de mandat.
- Mettre en œuvre la politique de l'établissement, particulièrement dans le domaine de l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, afin d'atteindre les objectifs contractualisés par le pôle; le chef de service peut disposer d'une délégation de signature du chef de pôle.
- Encadrer et animer les équipes médicales, paramédicales, et répondre aux objectifs pédagogiques des internes et étudiants en santé en s'impliquant dans leur formation.
- Assurer la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, participer aux recrutements des personnels du service, à l'évaluation des personnels non médicaux, et mener les entretiens professionnels annuels avec les praticiens du service.
- Élaborer les profils de poste et proposer les recrutements médicaux ou pharmaceutiques.
- Assurer l'élaboration et la transmission des tableaux de services pour garantir la continuité et la permanence des soins.
- Organiser le fonctionnement du service et favoriser le dialogue constant et la concertation interne avec l'équipe du service.
- Être associé au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif, et aux projets d'évolution interne de l'établissement.
- Participer aux travaux menés par le GHT pour lesquels il serait sollicité.





Engagements

- Participer à la vie institutionnelle de l'établissement, aux instances ou groupes de travail; favoriser l'implication des personnels susceptibles de s'investir institutionnellement dans des missions transversales ou des sous-commissions de la CME.
- Assumer une délégation de gestion selon la feuille de route qui est confiée par le chef de pôle, le directeur et le PCME.
- Renforcer, avec le cadre de santé, le fonctionnement médico-soignant pour optimiser les organisations des modes de prise en charge des patients.
- Développer un management de proximité en binôme avec le cadre de santé en capacité de mener et motiver les équipes pour atteindre les objectifs fixés par le projet d'établissement.
- Organiser les conditions d'une meilleure qualité de vie au travail pour les personnels du service, par un management bienveillant et participatif.
- Impliquer les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement dans la conduite des projets du service.
- Animer la vie du service en réunissant régulièrement un conseil de service et en développant les lieux d'échanges et de travail pluri-professionnel (*staffs, RMM, CREX...*).
- Garantir, en lien avec le chef de pôle, le respect du temps de travail des étudiants, internes et praticiens, la déontologie pour chaque praticien, et la bonne gestion des moyens du service pour qu'ils assument leur mission et leur responsabilité.
- Assurer la diffusion des informations institutionnelles issues des réunions ou instances auprès des praticiens et l'équipe du service.
- Relayer auprès du chef de pôle, du directeur et du PCME les attentes et besoins du service et les alerter en cas de difficulté.
- Mener un entretien annuel avec chacun des praticiens du service et participer avec le cadre à celui des personnels non médicaux.
- Se conformer à la charte de gouvernance et de management du projet d'établissement, et à ses évolutions éventuelles.

3 | LES ACTIONS SPÉCIFIQUES DU PROJET DE GOUVERNANCE ET DE MANAGEMENT PARTICIPATIF

LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SUIVI DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ EN COLLABORATION AVEC LES DOYENS DE SANTÉ

Ce volet constitue un élément d'attractivité important pour les hôpitaux publics. Il doit permettre d'engager une réflexion sur la politique d'accueil et d'hébergement des étudiants en santé, sur les modalités de leur suivi médical, mais aussi sur la qualité des projets pédagogiques qui leur sont proposés. Cela implique également de dimensionner les équipes médicales et de soins pour que les formateurs et maîtres de stage puissent leur consacrer le temps nécessaire à une formation de qualité.

LES PROGRAMMES DE FORMATION MANAGÉRIALE DISPENSÉS OBLIGATOIREMENT AUX PERSONNELS MÉDICAUX ET NON MÉDICAUX

Ils constituent un levier majeur d'accompagnement au changement au sein de l'établissement. Ils visent à permettre aux managers d'acquérir les bases théoriques et pratiques pour mener à bien leurs missions (*pilotage médico-économique, gestion des ressources humaines, qualité / sécurité / pertinence des soins / gestion des risques, gestion des conflits, conduite du changement, gestion de projet...*). Ces formations sont à inscrire dans un parcours professionnel. Elles doivent se nourrir d'expérience de terrain et s'inscrire dans un continuum avec les expériences passées ou à venir. Des formations mixtes chef de service/cadre, ou responsables médicaux/directeurs concourent également au développement d'une culture partagée. L'accompagnement proposé par le centre national de gestion dans le cadre de réunions entre pairs peut également être encouragé pour favoriser le partage d'expériences.

LA LIBERTÉ D'ORGANISATION INTERNE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Ce point s'inscrit plus globalement dans la définition de la politique égalité de l'établissement. Des règles spécifiques peuvent être par exemple définies pour faire évoluer le règlement intérieur de la CME ou les procédures de désignation de responsables médicaux.

La loi du 26 avril 2021 permet d'organiser librement le fonctionnement des établissements publics de santé. Cela consiste par exemple à redéfinir l'organisation interne des établissements publics de santé en supprimant tout ou partie des pôles d'activité médicale et médico-technique; ou à déterminer des modalités de fonctionnement différentes du directoire, de la CME ou de la CSIRMT.



Les modalités de mise en œuvre sont synthétisées dans le tableau qui suit. Elles reposent sur les 2 articles du code de la santé publique dont le champ d'application sont assez proches (*L6146-1-2 et L6149-1*). La concertation engagée autour du projet de gouvernance et de management participatif est l'occasion de s'interroger sur l'intérêt d'activer une de ces 2 modalités.

L6146-1-2

Fonctionnement médical
et dispensation des soins

=

Liberté d'organisations en pôles
et services exclusivement

L6149-1

Fonctionnement médical, des soins
et de la gouvernance

=

Liberté d'organisation du directoire, de la
CME, de la CSIRMT, des pôles et services

Conforme au projet médical approuvé par le conseil de surveillance *(et donc au PMP)*

Décision conjointe directeur + PCME
sur avis conforme CME + CSIRMT
après consultation CTE

Décision conjointe directeur + PCME
après avis favorable CME + CSIRMT
+ le cas échéant CTE/CS

Modalités de participation et d'expression des personnels au sein de ces 2 structures prévues par le directeur après consultation CME, CSIRMT, et CTE

Modalités de cette organisation interne et
conséquences sur actions de coopération
précisées dans le règlement intérieur

Modalités de cette gouvernance
et de cette organisation interne précisées
dans le règlement intérieur

Nomination conjointe directeur + PCME des structures médicales et médicotechniques

Avenant à la convention constitutive du GHT ou à d'autres conventions de coopération
préalable à la mise en œuvre, si l'organisation retenue y déroge



LE BINÔME PCME DIRECTEUR: POURQUOI / COMMENT UNE CHARTE DE GOUVERNANCE ?

Dr David PINEY

1 | CONTEXTE LÉGISLATIF

Plusieurs évolutions législatives et réglementaires marquantes ont fait évoluer la gouvernance des établissements publics de santé en 2021. Ils se sont appuyés sur les recommandations de la mission Claris qui faisaient consensus auprès des conférences de directeurs, de PCME et de la Fédération Hospitalière de France.

Un des objectifs vise à conforter le binôme directeur/CME comme la clé de voûte de la gouvernance. Même si le directeur reste le responsable légal de l'établissement, le PCME dispose désormais de prérogatives législatives, le plaçant dans un grand nombre de situations en coresponsabilité (*politique qualité, sécurité et pertinence des soins ; codécision sur les nominations, signature des contrats de pôle...*). Il est aussi le garant de l'implication des soignants dans les processus de décision et du respect des procédures associées (*instruction des projets relevant d'un avis de la CME...*).

Afin de lui permettre d'exercer pleinement ces nouvelles responsabilités, le législateur a confié au PCME une reconnaissance institutionnelle et les moyens nécessaires à sa fonction. En complément d'une obligation de formation à l'exercice de ces hautes responsabilités en début de mandat, d'une indemnité de fonction, et d'une valorisation et de la prise en compte de son temps dans ses obligations de service, la charte de gouvernance vise à définir au sein de chaque établissement :

LES MODALITÉS DE PARTICIPATION AUX ÉCHANGES AVEC LES AUTORITÉS OU ORGANISMES EXTÉRIEURS QUI CONCERNENT L'ÉTABLISSEMENT

Le PCME doit être invité à toutes les réunions organisées avec :

- L'ARS et sa délégation territoriale, le cas échéant avec le ministère de la santé.
- La préfecture.
- Les collectivités territoriales ou les municipalités
- Les établissements de santé du territoire ou l'université.
- Les professionnels de ville
ou les représentants de structures d'exercice coordonné.

Il doit par ailleurs être destinataire des échanges e-mail/courrier - reçus ou envoyés - avec ces autorités ou organismes pour disposer du même niveau d'information que le directeur.

POUR LES ACTIVITÉS RELEVANT DES COMPÉTENCES DE LA CME, LES MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT RETENUES POUR LES RELATIONS ENTRE LE PCME ET LES DIRECTIONS FONCTIONNELLES

Il s'agit de permettre au PCME de bénéficier de l'appui des directions fonctionnelles de l'établissement pour mener ses missions : association à la préparation des sujets relevant d'un avis de la CME (*EPRD, PGFP, PPI...*); transmission des informations utiles à la CME pour mener ses travaux...

Une procédure d'instruction des sujets relevant de la CME paraît d'ailleurs indispensable pour s'assurer de l'implication de la communauté médicale à chacune des étapes.

Les moyens matériels et humains mis à la disposition du PCME pour assurer ses missions.

Le décret du 27 mai 2021 garantit au président au moins la mise à disposition d'un collaborateur choisi conjointement avec le directeur.

D'autres moyens doivent néanmoins lui être alloués. La circulaire du 6 août 2021 liste quelques exemples qu'il paraît utile de déterminer localement. En voici quelques-uns, complétés de bonnes pratiques identifiées ou évoquées lors des concertations nationales :

- Ordre de mission permanent.
- Profil du/ou des collaborateur(s), au moins un emploi de niveau A (*ex. : fiche de poste CH de Cornouaille p. 64/65*).
- Secrétariat dédié, intégrant des locaux, des moyens informatiques et téléphoniques professionnels (*droit à la déconnexion*), accès à des salles de réunions.
- Parcours de formation du PCME.
- Compensation en temps médical dans son service d'affectation, au moins à mi-temps.
- Budget de fonctionnement facilitant la prise en charge des frais de déplacements et la communication (*organe de liaison, bulletin...*).

D'autres moyens peuvent être intégrés après concertation interne. Ils ne doivent pas uniquement se limiter aux besoins de l'exercice du PCME mais s'assurer du fonctionnement global de cette instance et de ses sous-commissions. Dans les centres hospitaliers de taille importante, les vice-présidents ou présidents de sous-commissions peuvent par exemple être tout autant concernés : compensation de temps, attribution de valences institutionnelles, moyens matériels complémentaires...

Elle peut également permettre de définir des règles de fonctionnement au sein du binôme directeur/PCME lisibles par la communauté, et guidant les relations au quotidien :

- Rythme de rencontres directeurs/PCME
+ éventuellement directeurs-adjoints/fonctionnels et PCME.
- Co-signature des documents internes de l'établissement favorisant la lisibilité de la gouvernance médico-administrative.

- Modalités de codécisions. Des règles internes visant à favoriser une voie de compromis, en cas de désaccords, peuvent être définies, avec par exemple l'appui du directoire. Aucun mécanisme de départage n'a volontairement été défini dans la réglementation pour forcer les 2 acteurs à s'accorder dans un esprit de responsabilité. La procédure de compromis ou d'arbitrage ne peut être envisagée que si elle a l'accord à la fois du directeur et du PCME.
- Systématisation d'un visa du PCME sur le volet médical des documents engageant légalement l'établissement (*CPOM, EPRD, PPI, conventions médicales ou avec les universités et organismes de recherche*), attestant de l'implication de la communauté médicale.

Il est recommandé de conclure la charte négociée entre le directeur et le PCME après une validation institutionnelle : concertation en directoire et information de la CME. Les principes qui y sont définis doivent en effet perdurer quel que soient les acteurs présents, même si la charte peut être actualisée à chaque changement de directeur ou de PCME.

Sur ces différents volets, la charte concourt à donner de la lisibilité sur l'ambition que l'institution porte sur le rôle de la CME. La charte doit pouvoir s'articuler avec le projet de gouvernance et management participatif intégré dans le projet d'établissement.

Dans le cadre des travaux sur l'accompagnement des carrières professionnelles PCME/PCMG à l'issue de leur mandat, la conférence recommande en outre d'intégrer à la charte de gouvernance :

- La tenue d'un entretien d'après mandat et les engagements institutionnels d'accompagnement (*formations, repositionnement institutionnel, valences non clinique, adaptation temps de travail, activité partagée avec d'autres institutions...*).
- La définition des missions du conseiller et/ou directeur médical en établissement de santé lorsque la fonction est envisagée.



À RETENIR

La charte de gouvernance est un outil indispensable pour conforter le binôme directeur/PCME. Elle ne peut être signée sans l'accord des 2 parties. Les moyens délégués au PCME doivent lui permettre d'assumer ses missions et ses responsabilités dans les meilleures conditions.

Si elles paraissent inutiles lorsque la situation se passe bien, les règles définies peuvent permettre de résoudre des désaccords entre les 2 parties.

Depuis la loi du 27 décembre 2023 le Conseil de Surveillance donne son avis sur la charte de gouvernance conclue entre le directeur et le PCME.

Exemple de profil de poste
Cadre administratif
**Collaborateur du Président de CME de l'établissement support du GHT et
président de la CMG**

Références réglementaires :

- Articles L6132-2-1, D6143-37-4 et D6132-9-11 du code de la santé publique
- 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

Références métier :

- Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière
Famille : management, gestion et aide à la décision
Sous-famille : gestion et administration

MISSIONS

Le/la cadre administratif des commissions médicales a pour missions d'assister le président de la commission médicale de l'établissement (CME) support/président de la commission médicale de groupement (CMG) dans l'exercice de ses fonctions.

Dans ce cadre, il/elle apporte un appui administratif et méthodologique en matière d'organisation, de coordination et de suivi des travaux.

ACTIVITES

Le/la cadre administratif :

- Appuie le président de la CME/président de la CMG dans la planification et la préparation des instances préparatoires aux commissions :
 - o Bureau de la CME de l'établissement support
 - o Bureau de la CMG et de la Commission médicale de l'Union Hospitalière de Cornouaille (CMUHC)
- Assure plus particulièrement le relais avec les cadres administratifs de pôle de l'établissement support : à ce titre, il/elle contribue à renforcer les liens entre les quadrinômes de pôle (chef de service, cadre supérieur, cadre de santé et cadre administratif) et bureaux de la CME et de la CMG/CMUHC
- Assiste le président de la CME/président de la CMG dans la préparation des ordres du jour des bureaux de la CME et de la CMG/CMUHC
- Assiste aux réunions et rédige les comptes rendus des bureaux de CME et de CMG
- S'assure du suivi du programme d'actions annuel de la CME et de la CMG, veille au respect des échéances
- Peut se voir confier la gestion des dossiers spécifiques par le président de la CME/président de la CMG (exemples : analyses et exploitation de données d'activité, élaboration d'outils pratiques de gestion prévisionnelle des ressources humaines, suivi opérationnel d'indicateurs médico-économiques, de qualité/sécurité/pertinence des soins...)
- Rédige un rapport annuel d'activité des bureaux de la CME et de la CMG/CMUHC
- Contribue à l'élaboration et au suivi du projet médical d'établissement et projet médical partagé de groupement ainsi qu'au contrat hospitalier de territoire (CHT)
- Assure une veille juridique dans le domaine d'intervention

Des activités complémentaires sont susceptibles d'être confiées, notamment relatives à la coordination du groupement hospitalier de territoire.

COMPETENCES REQUISES

➤ CONNAISSANCES

Connaissances juridiques : réglementation hospitalière	Connaissances approfondies
Gestion administrative, économique et financière	Connaissances opérationnelles
Gestion des ressources humaines médicales	Connaissances générales
Méthodes d'évaluation médico-économique	Connaissances opérationnelles
Contrôle de gestion	Connaissances générales
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances opérationnelles
Conduite de projet	Connaissances opérationnelles

➤ SAVOIR-FAIRE

Capacités d'analyse et de synthèse

Capacités rédactionnelles

Capacités à organiser son travail de manière autonome

Capacité à travailler en équipe et avec des interlocuteurs diversifiés

Etre force de proposition

Capacité d'adaptation

Réactivité

➤ SAVOIR-ETRE

Capacités relationnelles et de communication

Sens de l'écoute et du dialogue

Dynamisme

RATTACHEMENT

Secrétariat Général de l'établissement support-

Poste placé sous l'autorité fonctionnelle du président de la CME/président de la CMG

QUOTITE DE TRAVAIL

De 80 à 100 %

LIENS FONCTIONNELS – PRINCIPAUX INTERLOCUTEURS

Direction des affaires médicales

Quadrinômes de pôle

Représentants des communautés médicales / directions des établissements de l'UHC

Directions fonctionnelles

PROFIL RECHERCHE

BAC +3/5 (niveau II – licence professionnelle à un niveau 1 master) dans le domaine gestion gestion-management

CATEGORIE - GRADE

Catégorie A

Correspondance attaché(e) d'administration hospitalière

CHAPITRE 10

LE PCME, RESPONSABLE DU PLAN D'ACTION QUALITÉ, SÉCURITÉ DES SOINS (PAQSS): COMMENT? QUELS OUTILS? GOUVERNANCE DU PAQSS

Dr Jean-Marc FAUCHEUX

1 | OBLIGATIONS LEGISLATIVES LIÉES À LA FONCTION DU PCME EN TERMES DE QUALITÉ/GESTION DES RISQUES

La CME contribue à la politique d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers en proposant un programme d'actions, à laquelle participe la Commission Des Usagers (CDU).

Son président doit mettre en oeuvre cette politique.

À ce titre il doit, en concertation avec le directeur, participer à l'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins et à la désignation du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Il est informé des événements relatifs aux infections nosocomiales

Sous couvert d'une proposition par les personnes en responsabilité sur le sujet, le PCME propose au directeur un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux dans le respect des bonnes pratiques de pharmacie hospitalière et des normes techniques.

Il est chargé du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en oeuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification. Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la CME.

2 | À LA PRISE DE FONCTION

On peut proposer à la prise de fonction de rencontrer la direction qualité et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins :

- Participer à la définition de la politique qualité de l'établissement.
- Demander à posséder les éléments de pilotage et de gouvernance.
- Connaître l'organisation du déploiement de la qualité au sein de l'établissement (*gestion centralisée ou délocalisée en partie dans les pôles par ex.*).

- Se faire expliquer l'organisation de la gestion et le suivi des plans d'action des Fiches d'Événements Indésirables (FEI) par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et la gestion des courriers plaintes de réclamation (*avoir connaissance des dossiers de plainte en cours*).
 - Connaître le taux de satisfaction des usagers du CH, mais aussi par pôles ou services, et les résultats du questionnaire E-SATIS.
 - Avoir connaissance du tableau de bord des FEI.
 - Proposer une rencontre mensuelle avec la direction qualité.
 - Avoir une vision du tableau de bord du suivi des indicateurs institutionnels et des indicateurs nationaux obligatoires et des crédits d'Incitation Financière à la Qualité (IFAQ).
 - Évaluer avec le directeur général la politique mise en place sur la ventilation des IFAQ et le suivi des actions de la CME.
- ... et de rencontrer les représentants des usagers et le président de la CDU.**

3 MISE EN PLACE ET SUIVI DU PAQSS

De façon opérationnelle, la mise en place et le suivi de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques associés aux soins se fait par le biais des sous-commissions de la CME.

Lors de la prise de fonction, il est nécessaire de s'assurer du bon fonctionnement des sous-commissions de la CME, redynamiser celles qui ne fonctionnent plus, renouveler les mandats des présidents de sous-commissions.

Les modalités de nomination ou d'élection des présidents des sous-commissions de la CME doivent être décrites dans le règlement intérieur de la CME.

Dans l'idéal chaque président de sous-commission reçoit à chaque mandat une lettre de mission décrivant les attendus du fonctionnement de la sous-commission.

Chaque sous-commission doit avoir un règlement intérieur (*ou une charte de fonctionnement*).

- Une composition mise à jour à chaque mandat de CME.
- Un calendrier de réunions régulières (*entre 2 et 4 par an*) avec, à chaque rencontre, un ordre du jour et un compte rendu accessible à tous.
- Un bilan annuel présenté en CME.

À titre d'illustration, le tableau page suivante liste les attributions de la CME en termes de pilotage de la démarche qualité et les sous-commissions afférentes, dont le périmètre et certains acronymes peuvent varier d'un établissement à l'autre.

Lutte contre les infections liées aux soins

CLIN ► Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

Politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles

COMEDIMS ► Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles

CAI ► Commission des Anti-Infectieux

Prise en charge de la douleur

CLUD ► Comité de Lutte contre la Douleur

Plan de développement professionnel continu

FMC - DPC - EPP ► Commission de la Formation Médicale Continue
Développement Professionnel Continu - Évaluation des Pratiques Professionnelles

Réflexion sur l'éthique et l'accueil de la prise en charge médicale

CARE ► Commission d'Aide à la Réflexion Éthique

Évaluation de la prise en charge des patients

CAMPS ► Commission d'Analyse Médicalisée des Plaintes.

Commission très rarement mise en place dans les établissements, Les plaintes réclamations sont souvent gérées par la commission ou direction des usagers. Réglementairement, une analyse ou un état des lieux des plaintes ainsi que des dossiers en situation de saisine à la CCI est réalisée à chaque CDU.

Le PCME est informé des plaintes réclamation en cours ainsi que du bilan annuel réalisé par la direction des usagers ou la commission des usagers. Ce bilan est présenté et validé en CDU.

Ce bilan est à présenter en CME, même s'il n'y a pas de caractère obligatoire.

Évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs

CSP ► Commission des Soins Palliatifs

Fonctionnement de la permanence des soins

COPS ► Comité de l'Organisation de la Permanence des Soins et de la présence pharmaceutique

Dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire

CLAN ► Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

CSTHE ► Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance

Recherche clinique

COREC ► Comité de Recherche Clinique

Organisation des parcours de soin y compris les admissions non programmées

Commission des admissions et des consultations non programmées



À RETENIR

Le Président de la CME est responsable, conjointement avec le directeur, de la politique qualité, sécurité, pertinence des soins.

Pour répondre à ses missions, il travaille de manière rapprochée avec le directeur qualité, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, et le président de la CSIRMT.

L'organisation interne de la CME et des sous-commissions relève de son règlement intérieur. Elle est adaptée à la configuration de chaque établissement.

CHAPITRE 11

LE PCME GESTIONNAIRE ? REGARD CRITIQUE SUR LA CONSTRUCTION D'UN EPRD

Dr Renaud PEQUIGNOT, Laura POSSAMAÏ

1 | LES GRANDS PRINCIPES DE CONSTRUCTION D'UN BUDGET



Les recettes proviennent de/des :

- De l'activité, comme la DAF (*SMR et psychiatrie*), la DMA (*SMR*) et la T2A (*MCO*).
- La participation des patients ou de leur mutuelle, le remboursement de l'AME.
- Des enveloppes fléchées (*FIR, MERRI, FIPH, etc.*).
- Des emprunts ou des récupérations de provisions inutilisées de l'an passé.

Les dépenses : du personnel, du fonctionnement, de l'investissement, des amortissements et provisions.

2 | DÉFINITIONS

2.1 MARGE BRUTE

La marge brute représente la différence entre les produits d'exploitation (*notamment les recettes issues de l'activité de soins, comme les séjours hospitaliers, consultations, etc.*) et les charges directement liées à cette activité (*par ex. : achats de médicaments, dispositifs médicaux, prestations externes*).

Elle permet de mesurer la rentabilité opérationnelle de l'hôpital avant prise en compte des charges fixes (*salaires, amortissements, etc.*).

2.2 CAPACITÉ D'AUTOFINANCEMENT (CAF)

La capacité d'autofinancement est un indicateur de la capacité de l'établissement à générer des ressources financières internes, grâce à son activité, pour financer ses investissements sans recourir à l'emprunt.

$$\text{CAF} = \text{Résultat net} + \text{Amortissements} + \text{Provisions} \\ - \text{Reprises sur provisions et amortissements}$$

La CAF est cruciale car elle indique la capacité de l'hôpital à financer ses investissements (*nouveaux équipements, travaux de modernisation*) ou à absorber des déficits éventuels. Une CAF négative peut signaler des difficultés financières. Idéalement, elle doit être supérieure à 2% et surtout permettre les remboursements des emprunts en cours.

Ex. : un hôpital avec un résultat net de 1 M€, des amortissements de 2 M€ et des provisions de 0,5 M€ aura une CAF de 3,5 M€, qu'il peut utiliser pour investir ou rembourser une partie de ses dettes.

2.3 TRÉSORERIE

La trésorerie désigne les liquidités immédiatement disponibles (*caisse, comptes bancaires*) de l'établissement.

Elle reflète la capacité de l'hôpital à faire face à ses dépenses courantes (*salaires, fournisseurs, charges sociales, etc.*) à court terme. Une trésorerie positive est un signe de bonne santé financière, cela garantit que l'hôpital peut payer ses charges courantes sans délai. Une trésorerie tendue peut nécessiter des avances de fonds ou des emprunts. Elle est influencée par les délais de paiement des financeurs (*Sécurité Sociale, mutuelles*) et par la gestion des dépenses. Cette dernière doit toujours être positive.

2.4 PROVISION

Une provision est une charge comptable constatée dans les comptes de l'hôpital pour anticiper une dépense future probable, mais incertaine dans son montant ou sa date (*par ex. : litiges en cours, risques liés à des contentieux, charges de personnel à venir*).

Elle permet de traduire de façon prudente les engagements potentiels de l'établissement.

2.5 FONDS DE ROULEMENT (FDR)

Le fonds de roulement représente les ressources stables (*capitaux propres, subventions d'investissement, emprunts à long terme*) dont dispose l'hôpital pour financer son cycle d'exploitation. Il est calculé comme la différence entre les ressources durables et les emplois durables (*principalement les immobilisations*).

Un FDR positif signifie que l'établissement peut financer ses besoins à court terme sans difficulté. Il doit couvrir idéalement un mois de salaire hors primes.

3 | LES POINTS D'ALERTE FACE À UN BUDGET DÉFICITAIRE

Face à un déficit annoncé avec une certaine dramatisation et servant de justification à un Plan de Réduction des Effectifs (*PRE*), la CME doit se poser la question de la réalité de ce déficit. En effet, un déficit "construit" reste le levier le plus efficace de mise en place des plans d'austérité.

Un établissement en difficulté réelle puise dans ses réserves, alors qu'un déficit construit se fait essentiellement en augmentant artificiellement les réserves.



Les questions à se poser sont :

- **Est-ce que les provisions de cette année sont supérieures à celles de l'an dernier ?**

Si les provisions augmentent, l'établissement ajoute la somme correspondante à ses dépenses "en prévision de travaux importants" : s'il n'y a pas de travaux réels prévus, c'est un déficit artificiel, qui va gonfler la trésorerie et le fond de roulement.

- **Est-ce que le fond de roulement et/ou la trésorerie augmente ?**

C'est impossible en cas de déficit réel sauf au prix d'un nouvel emprunt supérieur au déficit. Si le fond de roulement ou la trésorerie augmente sans emprunt, alors le déficit est factice.

- **Est-ce que les recettes probables** (*reversements COVID, réserve prudentielle, mesures nouvelles remportées par appel d'offre, etc.*) **ont été intégrées au budget ?**

La fin d'année voire le premier quadrimestre de l'année suivante apporte systématiquement des recettes de dernière minute, dont la plupart sont prévisibles. Si ces recettes prévisibles ne sont pas portées au budget, le déficit annoncé sera révisé fortement à la baisse, voire annulé à la fin du mois d'avril suivant. Lancer un plan de réduction des dépenses avant ce stade ne serait pas sincère.

À RETENIR

Le PCME doit acquérir les notions de base pour comprendre et analyser un EPRD et un PGFP.

Il doit être en capacité d'en réaliser une lecture critique pour en discuter et le préparer avec la direction.

La CME émet désormais un avis sur chacun avant leur approbation par le DGARS. Il doit permettre à la CME d'être associée à leur construction, ou d'y associer une mention particulière.

CHAPITRE 12

LE PCME GESTIONNAIRE DE PROJET

Dr Renaud PEQUIGNOT

1 | RÔLE DU PCME DANS LA GESTION DE PROJET

Les PCME jouent un rôle important dans la réussite des projets qui animent la vie d'un hôpital. Ce n'est pas leur rôle de tout faire et de tout porter, mais d'aider à transformer un essai, ou de concrétiser un projet mature qui traîne dans sa mise en œuvre.

Les PCME peuvent agir à toutes les phases de réalisation du projet : une implication suffisante permet aux porteurs du projet de se sentir soutenus, mais une implication trop forte risquerait de démobiliser les porteurs qui se sentiraient moins concernés.

2 | PLACE DU PCME AUX DIFFÉRENTES PHASES DU PROJET

2.1 INITIATION

Rencontrer les parties prenantes :

Si le projet est proposé par une personne ou une équipe, elle pourra proposer ses partenaires de discussion. Si le projet est à l'initiative d'un tiers (*PCME ou administration*), il faudra imaginer ex nihilo les partenaires à impliquer dans la conception.

Comprendre la genèse du projet, ses enjeux et obstacles précédents :

Si le projet émane d'une équipe ou d'un professionnel, il est certes important de se faire décrire les buts officiels du projet (*meilleurs soins, soins à de nouveaux patients, qualité de vie au travail, optimisation de suivi, partenariat scientifique, etc.*), mais aussi finalement "pourquoi ça n'est pas arrivé avant?". La raison peut être l'arrivée récente d'un praticien ou d'un décret, mais elle peut être aussi des essais antérieurs qui ont échoué pour cause d'obstacles infranchissables : il est indispensable d'évaluer leur "infranchissabilité".

2.2 CONCEPTION

Composer l'équipe et identifier la gouvernance :

Le PCME peut faire partie du groupe de projet s'il est stratégique pour l'hôpital. Il faut évidemment y inclure les initiateurs, médecins ou non. Au moins un membre de l'administration sera choisi selon les enjeux les plus saillants. Le chef de projet est soit le PCME, soit l'initiateur du projet s'il en a les capacités et le désir.

Définir les besoins, fixer le rythme et envisager un délai :

Combien de réunions et à quel rythme, quelles expertises, quelles visites pour parangonnage intra ou extra-établissement? Quelle échéance finale peut-on envisager? Cette date peut être dictée par le contexte (*décret, arrivée ou départ de personnes ressources*), ou simplement être fixée pour assurer une certaine progression et éviter la démobilisation.

Rassembler les appuis :

Qui faut-il convaincre? La direction, l'ARS s'il y a un financement nouveau à obtenir, voire le CNIS (*Conseil National de l'Investissement en Santé*) ou le CRIS (*Conseil Régional de l'Investissement en Santé*) si le projet est très ambitieux.

Qui peut aider? Localement: des collègues si le sujet touche des pathologies ayant à voir avec plusieurs spécialités, les syndicats du personnel non médical si le but est l'amélioration des conditions de travail (*CSE*). Hors de l'établissement: les politiques (*maires, député, sénateur, conseillers départementaux*), pour lesquels on choisira les mots qui les engagent en fonction de leur couleur politique; pour tous on parlera des avantages pour les patients ou les agents, et ensuite, plutôt des gains d'efficacité, ou plutôt du bien-être au travail...

2.3 PLANIFICATION

Définir la liste des étapes et des tâches :

Si c'est un projet qui répond à une date limite, il faut procéder à un rétro-planning en vérifiant finalement qu'il est réaliste. Si c'est un projet émanant de l'intérieur de l'établissement, on peut se fixer un calendrier sur la base du réalisme, sans trop le diluer pour éviter une perte d'engagement des participants.

Évaluer les risques et les délais :

Une étude faite par un gestionnaire des risques permettra un "déménagement" des obstacles potentiels. Il ne faut pas confondre son propre enthousiasme avec celui des autres. Il faut évaluer les oppositions, les rancœurs passées, les inerties, la concurrence, le risque de divergence avec le Plan Régional de Santé qu'il faudra assumer ou gommer, les difficultés de recrutement médical et paramédical, et ce qui pourrait contrarier les hypothèses d'activités.

Définir et attribuer les ressources :

Le personnel avant tout, mais aussi les locaux, le matériel pérenne et le consommable.

Plan de communication :

Le projet sera d'autant mieux porté et reçu que chacun en aura été informé, du personnel soignant aux tutelles en passant par les instances.

2.4 EXÉCUTION

Go / no go :

À tout instant il faut pouvoir s'arrêter si les obstacles ou risques semblent trop importants et insolubles. Si le projet arrive au bout et les voyants sont au vert, il faut démarrer!

Suivi des étapes :

Le responsable du projet doit vérifier que les étapes se déroulent comme prévu, et prévenir de tout obstacle imprévu: un projet mis en pause pourra avoir du mal à redémarrer si une solution n'est pas vite trouvée.

2.5 ÉVALUATION

Une fois l'activité effective, il faudra prévoir une réévaluation extérieure à l'équipe, ou le PCME aura une place, notamment si le déploiement rencontre des difficultés non prévues.

À RETENIR

La conduite de projet n'est pas innée mais elle s'apprend. Les établissements de taille importante recrutent d'ailleurs très souvent des compétences dédiées.

Elle est un levier pour associer et guider les équipes hospitalières dans la réalisation de leurs projets.

Le PCME doit pouvoir l'impulser lorsqu'elle n'est pas envisagée, et participer à la commission de projet institutionnelle si elle existe.

CHAPITRE 13

L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DU GRAND EST

Dr Romain HELLMANN

1 | PRÉSENTATION DE L'ARS

L'Agence Régionale de Santé est chargée du pilotage régional du système de santé. Elle définit et met en œuvre la politique de santé en région au plus près des besoins de la population. Son action s'inscrit dans le cadre de la politique de santé définie par le ministère en charge de la santé et en concertation avec les acteurs de la santé dans les territoires.

1.1 CHAMPS D'INTERVENTIONS

L'ARS intervient sur les champs suivants :

- Prévention des risques et promotion de la santé.
- Organisation de l'offre de santé.
- Amélioration des parcours de prise en charge des usagers.
- Amélioration de la qualité, de la performance et soutien à l'innovation.
- Animation de la politique de santé dans les territoires et développement des échanges dans le cadre de la démocratie sanitaire.
- Observation de la santé, veille et sécurité sanitaires.
- Anticipation et gestion des crises sanitaires en lien avec les préfets.



1.2 MISSIONS

Les Agences Régionales de Santé sont des établissements publics, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministères chargés des affaires sociales et de la santé.

Le pilotage de la politique de santé publique en région comprend 3 champs d'intervention :

- La veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé.
- La définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.
- L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

La régulation de l'offre de santé en région vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé. Elle porte sur les secteurs ambulatoire (*médecine de ville*), médico-social (*aide et accompagnement des personnes âgées et handicapées*) et hospitalier.

Concrètement, les ARS coordonnent les activités et attribuent le budget de fonctionnement des hôpitaux, cliniques, centres de soins ainsi que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes.

La régulation comporte une dimension territoriale - pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire - et une dimension économique - pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé.

La régulation est mise en place dans les différents domaines de responsabilité de l'agence, la loi mettant à la disposition du directeur général de l'ARS divers leviers, notamment :

- L'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.
- La définition et la mise en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (*CNSA*), des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé en région.
- L'évaluation et la promotion de la qualité des formations des professionnels de santé.



2 | LES DÉLÉGATIONS DÉPARTEMENTALES, UN RÉSEAU DE PROXIMITÉ DE L'ARS

Les Agences Régionales de Santé sont représentées dans chaque département par une délégation départementale qui décline localement la stratégie régionale de santé régionale.

Les délégations départementales assurent une mission de proximité et représentent localement les directeurs généraux en étant les interlocuteurs privilégiés des élus, des préfets et des services de l'État, ainsi que des professionnels de santé dans leur territoire.

Elles constituent l'interface entre le niveau régional et les acteurs de proximité et ainsi accompagnent les acteurs locaux dans la mise en œuvre de leurs projets.

L'ARS Grand Est compte 10 délégations territoriales, au plus près des besoins des territoires, et un siège régional situé à Nancy :



2.1 GOUVERNANCE

La gouvernance de l'ARS s'appuie sur plusieurs instances dédiées à la mise en œuvre de la stratégie régionale de santé et à la concertation avec les acteurs du système de santé.

Pour mettre en œuvre la stratégie régionale de santé, la directrice générale s'appuie sur :

- L'équipe de direction générale Comité Exécutif (*COMEX*) qui réunit, autour de la directrice générale, le directeur général adjoint métier, le directeur général adjoint pilotage et territoires, et le conseiller médical.
- Le **comité de direction** (*CODIR*) auquel participent les directeurs métier et délégués territoriaux de l'Agence.

Le **Conseil d'Administration** a notamment pour mission d'approuver le budget et le compte financier de l'Agence et d'émettre un avis motivé sur le projet régional de santé ; de fixer, sur proposition du directeur général de l'ARS, les grandes orientations de la politique menée en matière de conventions avec les collectivités territoriales dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé ; de procéder régulièrement à un état des lieux de la désertification médicale et de formuler le cas échéant des propositions ; de se réunir au moins 1 fois par mois, en période d'urgence sanitaire, pour se tenir informé de l'évolution de la situation et des décisions prises par la direction de l'Agence.

Présidé par le Préfet / la Préfète de la région Grand Est, il réunit des représentants de l'État, d'organismes d'assurance maladie, des collectivités territoriales, d'associations de patients, de personnes âgées et de personnes handicapées, des personnalités qualifiées, ainsi que des membres siégeant avec voix consultative (*représentants du personnel de l'ARS, parlementaires*).

L'ARS anime 2 commissions de coordination des politiques de santé, chargées d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions menées par leurs membres dans deux domaines :

- La prévention, la santé scolaire, la santé au travail et la protection maternelle et infantile.
- La prise en charge et l'accompagnement médico-social.

Une large place est accordée à la démocratie sanitaire : la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (*CRSA*) contribue en particulier à l'élaboration de la politique de santé dans la région.

2.2 CHIFFRES CLÉS DE LA SANTÉ EN GRAND EST

Répartition des dépenses de santé (*données 2022*) :

1/ Soins de ville	9,2 milliards d'€
2/ Versements aux établissements de santé	8,7 milliards d'€
3/ Versements aux établissements médico-sociaux	2,5 milliards d'€
4/ Accidents du travail, maladies professionnelles, invalidités, décès	960 millions d'€
5/ Autres dépenses sanitaires et médico-sociales	134 millions d'€
6/ Santé publique	102 millions d'€



2.3 INTERVENTIONS SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL (FIR) EN 2024 : 491,8 millions d'€

Le Fonds d'Intervention Régional (FIR), levier financier de l'ARS au service de la stratégie régionale de santé, permet de soutenir des actions contribuant à la transformation du système de santé.

Les actions soutenues par l'ARS s'inscrivent dans le cadre du **Projet Régional de Santé 2018-2028 (PRS)**, en cohérence avec les orientations de la politique nationale de santé.

Ces actions témoignent du souhait de l'ARS et de ses partenaires de poursuivre la transformation du système de santé au plus près des besoins de la population.

PARTENAIRES

L'ARS est l'interlocuteur de l'ensemble des acteurs de la santé :

- 1/ Professionnels de santé.
- 2/ Établissements sanitaires et médico-sociaux.
- 3/ Services de l'État.
- 4/ Collectivités territoriales.
- 5/ Organismes gestionnaires.
- 6/ Représentants des usagers.
- 7/ Instances de démocratie sanitaire : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie / Conseils territoriaux de santé.

3 DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICO-SOIGNANTE (DPMS)

3.1 RÔLE ET MISSIONS

La **Direction de la Politique Médico-Soignante (DPMS)** est une direction d'appui à la direction générale de l'ARS ainsi qu'aux différents acteurs internes (DM/DT notamment) et externe de l'Agence. Elle sera guidée par des principes de transversalité, de collégialité et de cohérence médico-soignante dans un triple objectif :

- Amélioration de l'organisation, de la coordination des différents acteurs de santé.
- Amélioration des parcours (*de soins, de santé et de vie*) des patients.
- Amélioration des conditions de travail des professionnels de santé.

Son action se conçoit dans une triple temporalité : court, moyen et long termes.

Elle a une mission d'appui, de coordination et d'animation en interne et en externe de l'ARS, notamment avec :

- 1/ Les parcours de soins.
- 2/ Les conseillers médicaux territoriaux.
- 3/ Les professionnels de santé (PS) travaillant à l'ARS (PS de l'ARS).
- 4/ Des professionnels de santé partenaires externes.

La DPMS a pour mission de développer les liens avec les communautés hospitalières, les professionnels de santé de ville, les sociétés savantes sur des thématiques transversales/transectorielles. Des rencontres régulières sont mises en place entre la conférence des PCME/PCMG du Grand Est, entre les PCME des 3 CHU, ceux du secteur privé, avec le bureau de l'URPS. Ces échanges ont pour but d'exposer et de croiser les points de vue sur les thématiques de santé ainsi que sur des problématiques ponctuelles dans le système de santé régional. Elles permettent également de réfléchir à des projets communs. Ainsi, ce travail a permis la création d'un partenariat avec la conférence des PCME/PCMG en février 2024 (*convention et feuille de route*) et la réalisation d'un travail de recherche (*URPS - Conf des PCME*) sur le lien Ville-Hôpital à l'origine de 2 thèses d'exercice.

La DPMS co-pilote la mise en œuvre les 4 priorités du PRS :

- Prendre en compte l'impact environnemental sur la santé des populations.
- Renforcer la prévention auprès des jeunes et de leurs parents.
- Préserver l'autonomie des personnes aux différents âges de la vie.
- Optimiser l'accès aux soins non programmés pour la population.

La DPMS souhaite par ailleurs renforcer le pilotage éclairé par la donnée autour des projets qu'elle porte ou qu'elle accompagne et développer les solutions d'aide à la décision. L'utilisation des données de santé permet de questionner les situations, de mieux identifier les besoins et d'évaluer et d'adapter régulièrement les actions. Le partage de ces informations est essentiel pour favoriser une approche collaborative entre tous les acteurs.

À titre d'exemple, l'ARS, Pulsy, et autres opérateurs partagent différents outils pouvant être utiles pour un PCME/PCMG comme "Météo des Urgences", "Tableau de bord de l'activité libérale" **Accessibles ici** ►



L'ARS (*département OQDS*) diffuse chaque année, à l'attention des Départements de l'Information Médicale (*DIM*), différents outils d'analyse de l'activité sanitaire (*MCO, SMR, HAD*) pour aider à positionner son établissement sur son territoire. Ces outils se veulent complémentaires des outils internes et des outils nationaux (*Soins et Territoires, ATIH*).

ATTENTES ET BESOINS VIS À VIS DES PCME

Les PCME sont des partenaires essentiels de l'ARS et notamment de la direction de la politique médico-soignante. Il faut collectivement continuer à construire des ponts entre les établissements, les acteurs des différents secteurs du système de santé à l'échelle locale, départementale et régionale. L'échange et le partage d'expérience doivent être les lignes directrices d'une collaboration constante et croissante. La DPMS sera à votre écoute pour :

- Développer les échanges et partenariats
- Contribuer aux réflexions et à l'élaboration de stratégie régionale sur différentes problématiques du système de santé.
- Contribuer à l'élaboration / évolution / amélioration des outils de pilotages partagés de l'offre de santé sur un territoire à travers notamment de groupe utilisateur.

À RETENIR

Le PCME est aussi un interlocuteur de l'ARS pour les sujets relatifs à son domaine de compétences. Il reçoit en théorie, soit directement, soit par l'intermédiaire de la direction les courriers et échanges sur leurs projets.

Ces modalités sont inscrites dans la charte de gouvernance.

4 ORGANIGRAMME

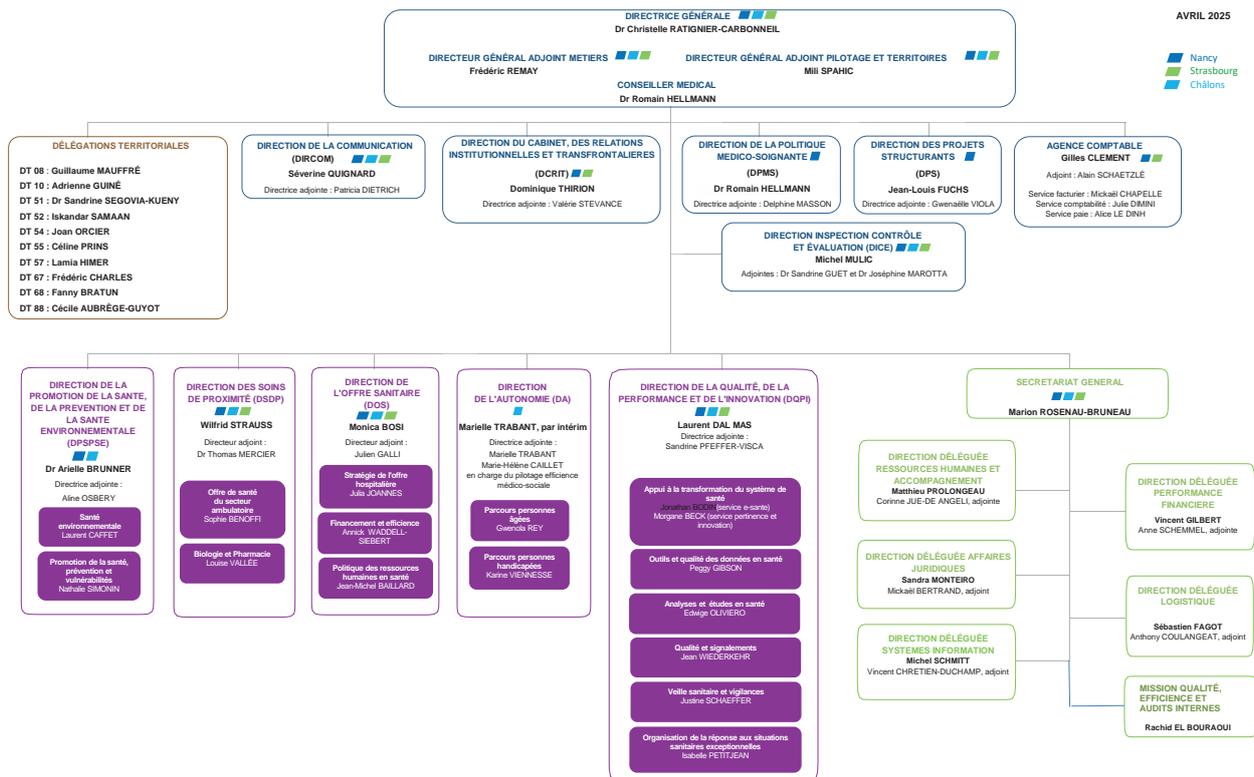


Agence Régionale de Santé Grand Est
Standard régional : 03 83 39 30 30 - Site Internet : www.grand-est.ars.sante.fr



AVRIL 2025

Nancy
Strasbourg
Châlons



CHAPITRE 14

LES LIENS VILLE-HÔPITAL

Dr Claude BRONNER, Dr David PINEY,
Laura POSSAMAÏ,

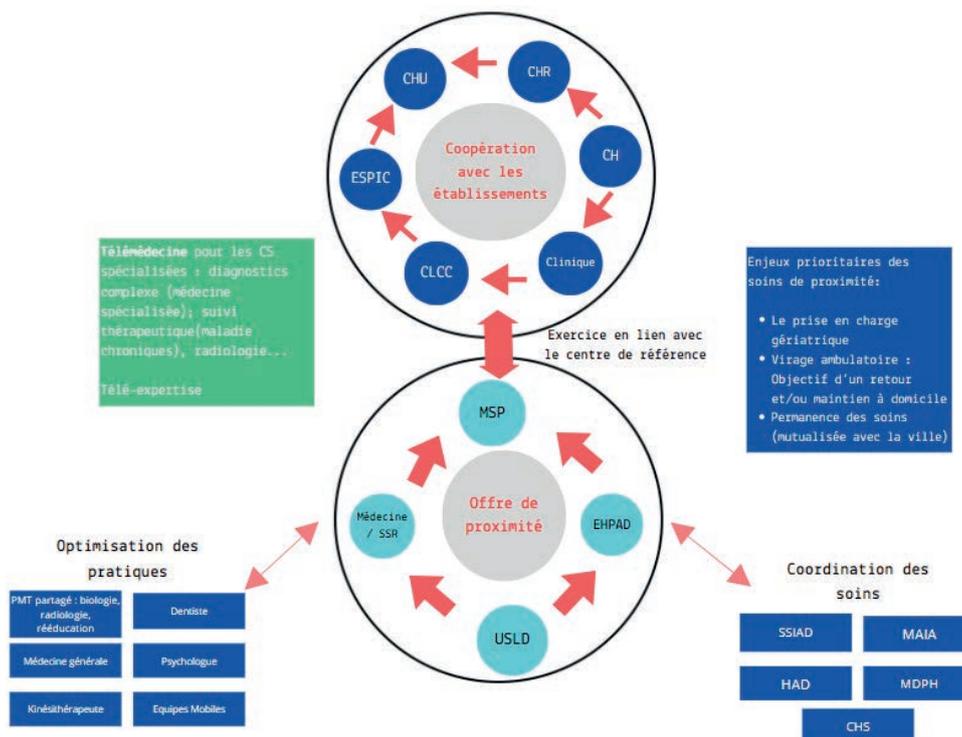


Figure 1 : organisation et répartition des missions pour la mise en place des soins de proximité.

1 | UNIONS RÉGIONALES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (URPS)

Les **Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS)** ont été créées par la **Loi HPST - Hôpital, Patients, Santé, Territoire (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires)** et le décret n°2010-585 du 2 juin 2010.

La représentation des acteurs du terrain libéral se fait via les URPS pour l'ARS.

Interlocutrices des ARS pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral (10 par région: médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures-podologues, orthophonistes, biologistes), les URPS contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, à la continuité des soins et à la correction des déséquilibres démographiques.

Elles ne se substituent pas aux syndicats professionnels, lesquels conservent leurs missions et leurs prérogatives, tant au plan national que local. Les URPS constituent, face aux ARS, le moyen pour chaque profession de santé de faire entendre sa voix. Elles sont l'échelon de représentation des professionnels libéraux auprès des ARS.

1.1 MISSIONS

Les Unions Régionales des Professionnels de Santé ont pour mission principale de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional (*notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre*).

Elles participent entre autres :

- À l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ambulatoires.
- À l'organisation de l'exercice professionnel, notamment de la permanence des soins mais aussi de nouveaux modes d'exercice.
- À l'élaboration et la mise en œuvre des mesures destinées à améliorer l'aménagement de l'offre de soins sur le territoire et l'accès aux soins des patients.
- Aux actions de prévention, de veille sanitaire, de gestion des crises sanitaires, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique.
- À la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur les réseaux, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou de contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L.4135-4.
- Au déploiement des systèmes de communication et d'information partagés.
- Au programme régional de gestion du risque.
- À la mise en œuvre du développement professionnel continu.

1.2 ANNUMÉDIC, L'ANNUAIRE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Annumédic est un annuaire numérique conçu par les Unions des Médecins Libéraux Grand Est et Nouvelle-Aquitaine à destination des professionnels de santé.



En plus de faciliter la télé expertise, il permet aux professionnels de santé de :

- Valoriser leurs compétences (*expertises et spécialités*).
- Partager les outils numériques utilisés dans leur cabinet, notamment ceux dédiés à la télé expertise.
- Communiquer des informations pratiques comme les horaires, l'accessibilité (PMR), ou les équipements spécifiques.

Tous les profils des professionnels de santé sont déjà pré remplis grâce à l'import de leurs données RPPS.

1.3 CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ : AMÉLIORER LA SANTÉ DE LA POPULATION D'UN TERRITOIRE

L'outil "**Contrat local de santé**" (CLS) a été créé par la **Loi HPST - Hôpital, Patients, Santé, Territoire** de 2009, afin de mettre en œuvre et déployer des politiques de santé dans les territoires de proximité. Son objectif principal : réduire les inégalités sociales et de santé d'un territoire.

POURQUOI CRÉER UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ ?

- **Réduire les inégalités sociales et de santé**

Difficultés d'accès aux soins, handicap, précarité, accès aux droits... les facteurs d'inégalités sociales et de santé sur une zone territoriale sont souvent multiples. L'objectif du contrat local de santé est de réduire ces inégalités. La santé est considérée au sens large, en tenant compte de l'ensemble des déterminants de santé tels que l'alimentation, le logement, les transports ou encore l'éducation.

Sur son site Internet (www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante), l'ARS indique qu'un CLS cible en priorité les zones rurales isolées, ou les quartiers urbains en difficulté. C'est souvent dans ces territoires que les inégalités sociales et de santé sont les plus marquées.



- **Coordonner les acteurs locaux**

Dans une dynamique similaire aux CPTS, le CLS permet de coordonner les acteurs d'un même territoire et de créer des ponts entre des champs parfois distincts (*santé, médico-social, social*). Il vise la mise en œuvre d'actions transversales et s'appuie sur une dynamique d'échanges et de collaboration.

- **Articuler l'ensemble des dispositifs existants**

Le CLS ne remplace pas les dispositifs existants mais vient au contraire les articuler : Atelier Santé Ville (ASV), Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Contrat de ville, etc. L'objectif est de recenser les projets existants et d'en coordonner les différents acteurs.

À terme, le CLS permet donc de renforcer le maillage du territoire en matière de dispositifs santé.

Définition : outils de lutte contre les inégalités en matière de santé. C'est un outil de déclinaison du PRS souple et modulable afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Durée : 3 à 5 ans (*possibilités d'avenants*), il est renouvelable et prévoit une phase d'évaluation.

Périmètre : Commune-EPCI-PETR (*privilégie un périmètre intercommunal*).

Signataire : la collectivité territoriale ou la structure intercommunale et l'ARS sont signataires obligatoires, les signataires ou partenaires facultatifs peuvent être des acteurs institutionnels ou des acteurs de proximité.

2 | QU'EST-CE QU'UNE CPTS ?

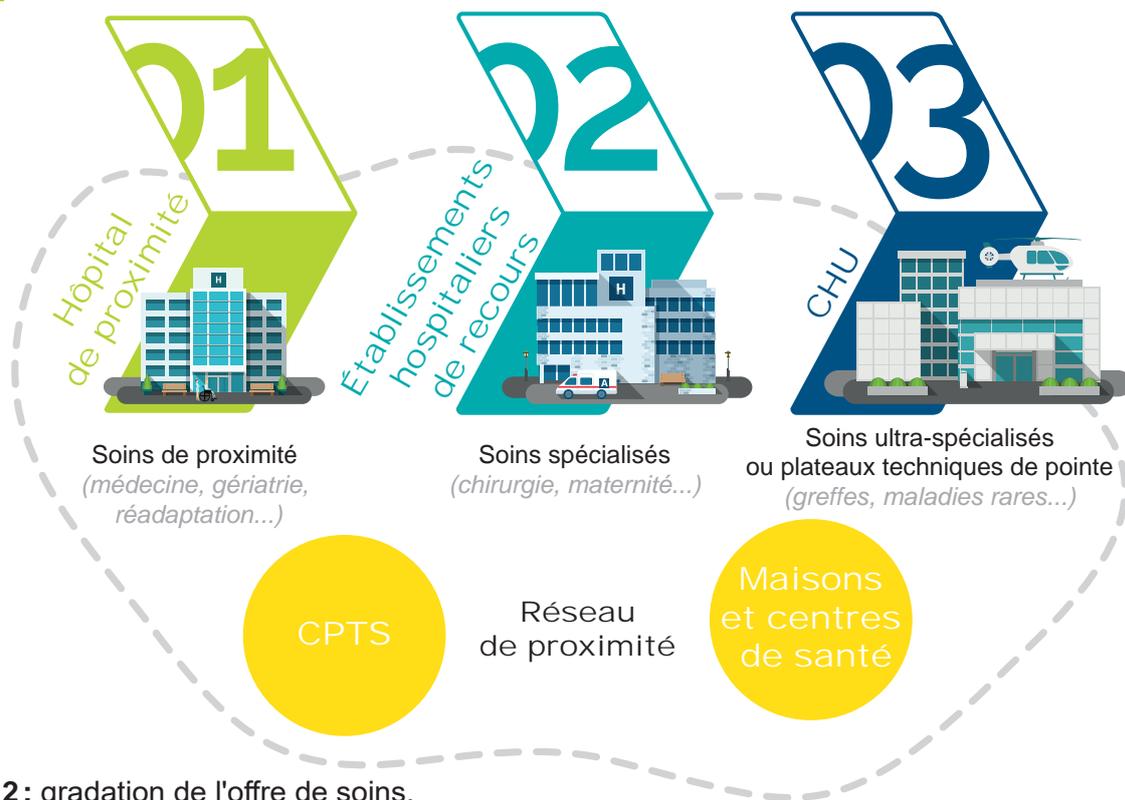


Figure 2 : gradation de l'offre de soins.

Les **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé**, communément appelées CPTS regroupent l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé commun.

Créées à l'initiative des professionnels de santé libéraux, les CPTS visent à répondre aux problématiques de santé sur le territoire concerné.

QUEL DÉCOUPAGE TERRITORIAL POUR UNE CPTS ?

Alors que les **Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP)** et **Centres de santé** s'organisent autour d'une patientèle, les CPTS ont une approche populationnelle.

Ainsi le territoire est défini par rapport aux besoins de santé d'une population, et non à un découpage administratif. Il ne peut donc y avoir qu'1 CPTS par territoire.

Le territoire est défini par les acteurs locaux en fonction des besoins de celui-ci. Il n'y a pas de cadre défini.

3 | MISSIONS D'UNE CPTS

Les CPTS ont pour objectif un décloisonnement pluriprofessionnel et une structuration des parcours de santé, via une meilleure coordination des acteurs de santé du territoire.

Les missions prioritaires des CPTS (obligatoires dans le cadre de l'ACI) sont :

- L'amélioration de l'accès aux soins

- L'organisation des parcours pluri professionnels autour du patient.
- Le développement d'actions de prévention, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique du patient.

Des missions complémentaires peuvent également être identifiées :

- Développement de la qualité et de la pertinence des soins.
- Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire.
- Gestion de crise sanitaire.

Plusieurs sujets nécessitent de se coordonner avec les Centres Hospitaliers afin de faciliter le parcours du patient entre la ville et l'hôpital. Il s'agit, notamment, des entrées et sorties d'hospitalisation, des moyens d'échanges des données patients, des accès aux spécialistes ou aux imageries. La participation des hôpitaux se fait en discussion avec les libéraux du territoire, il n'y a pas de réglementation sur les liens CH - CPTS mais cela reste fortement conseillé.

4 | OBJECTIFS D'UNE CPTS

- Fluidifier le parcours des patients.
- Faciliter la coordination des acteurs autour du patient.
- Permettre le partage de données entre les intervenants.

Pour renforcer le partenariat entre les CPTS et les Centres Hospitaliers, une feuille de route peut être créée afin d'améliorer la coordination entre ville et hôpital. À titre d'exemple, plusieurs objectifs peuvent être identifiés :

- Travailler à améliorer l'échange de données entre la ville et l'hôpital.
- Identifier et résoudre les problématiques récurrentes identifiées par l'hôpital, la ville.
- Travailler à l'admission directe des patients dans les services hospitaliers.
- Travailler sur la coordination des parcours.
- Mettre en place des actions partagées sur la prévention, la santé publique, la responsabilité populationnelle.

EXEMPLE : LE PROJET VILLE-HÔPITAL

Ce projet de thèse, porté par le Dr BRONNER (*URPS ML Grand Est*) et le Dr HELLMANN (*ARS Grand Est*), avec le soutien de l'ARS et de la Conférence des Présidents de CME et de CMG des Centres Hospitaliers du Grand Est, s'inscrit dans une réflexion sur l'amélioration du lien Ville-Hôpital. L'étude montre des résultats similaires en Lorraine, Champagne-Ardenne et Alsace.

Objectifs de l'étude :

- Dresser un état des lieux des moyens de communication et de coordination entre médecins libéraux et hospitaliers en Lorraine.
- Identifier les attentes des professionnels et les initiatives régionales pour renforcer ce lien.

Principaux résultats

- 71 % des médecins jugent bonnes leurs relations Ville-Hôpital, et 67 % sont satisfaits du suivi de leurs patients.
- Cependant, 50 % estiment que la communication doit être améliorée, en raison notamment de difficultés à joindre leurs correspondants hospitaliers.
- Le téléphone est le moyen de communication privilégié, mais un besoin d'annuaire hospitalier actualisé est exprimé.
- Les médecins reconnaissent l'intérêt des outils numériques (*télé-expertise, DMP, messageries sécurisées*) mais demandent des formations adaptées.
- 75 % des médecins sont prêts à se former et à consacrer du temps aux échanges avec leurs confrères.

Freins et perspectives

- Un manque de connaissance des instances de coordination constitue un frein à l'optimisation des soins.
- Une réticence aux obligations de participation (*réunions Ville-Hôpital, intégration aux CPTS*) est relevée.
- Le besoin d'ouvrir plus largement la démarche aux infirmiers, pharmaciens et autres professions paramédicales pour une meilleure coordination des soins.
- Une communication difficile entre praticiens hospitaliers et médecins de ville, notamment en raison des délais liés au standard.
- Proposition d'un annuaire des numéros directs (*DECT*) des praticiens pour fluidifier les échanges.

Principales actions citées en exemple :

- Maison médicale de garde : mise en place pour assurer la permanence des soins en soirée et les week-ends.
- Contrat local de santé : vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en coopération avec les CPTS.
- Création de cellules de coordination Ville-Hôpital pour gérer l'augmentation des urgences (+20 %) pendant la pandémie.
- Rencontres régulières établissements / CPTS.
- Initiatives COVID-19 : bus de dépistage, plateforme téléphonique pour la vaccination, impliquant CPTS et laboratoires.
- Service d'Accès aux Soins (*SAS*) lancé fin 2022 : intégration des CPTS dans la régulation des demandes en médecine générale.
- Maisons de Santé Pluridisciplinaires (*MSP*) : accompagnement du CHU de Nancy et collaboration avec les collectivités locales.
- Projet collaboratif sur la BPCO avec le dispositif IntAir'agir pour des conseils environnementaux à domicile.
- Optimisation des courriers d'hospitalisation :
 - Compte rendu sommaire remis aux patients après un passage aux urgences gynécologiques.
 - Utilisation d'Apicrypt pour informer rapidement les médecins traitants.

Outils et perspectives d'amélioration

- **Parceo®** : encore peu utilisé, surtout en messagerie pour le SAS, mais avec un potentiel d'extension. Parceo® est le service régional e-Parcours du Grand Est. Il offre aux acteurs de santé, du médico-social et du social, un bouquet de services numériques de coordination, facilitant la prise en charge du patient et de l'utilisateur dans son parcours de soins. Soutenu par l'ARS Grand Est et la direction générale de l'offre de soins, Parceo® répond aux exigences de la stratégie nationale "Ma santé 2022". L'accompagnement et le déploiement territorial de Parceo® sont pilotés et assurés par Pulsy®.
- **Projet Harpicoop®** : vise à harmoniser l'envoi des courriers d'hospitalisation aux médecins traitants en temps réel.
- **Annuaire des praticiens** : nécessité d'amélioration suite aux retours des médecins de ville.
- **Relations institutionnelles** : à approfondir avec l'URPS, tandis que celles avec l'ARS restent plus tendues.
- **Télé-expertise** : mise en place en dermatologie et pneumologie, avec des retours très positifs mais entraîne une surcharge de demandes autrefois gérées en autonomie.
- **Extension prévue à d'autres spécialités**, renforcée par les bons résultats observés.
- **Soirées médicales régulières** (*cardiologie, rhumatologie, allergologie*) : pour favoriser les échanges entre ville et hôpital.

RÔLE DU PCME

Le PCME est le pilote hospitalier en matière de coopération ville-hôpital. Les relations entre professionnels de santé favorisent en effet le décloisonnement et les dynamiques de projet. Cela revêt un intérêt majeur pour structurer les filières, organiser les parcours de soins et garantir les meilleurs soins aux patients. Il peut participer ou désigner des représentants de la CME pour siéger dans les instances de la CPTS. Inversement, il peut inviter le président de la CPTS ou son représentant aux réunions de la CME. Les territoires bien organisés dans leurs relations ville-hôpital ont partagé les invitations dans les instances représentatives des CPTS et CME pour les 2 parties.



À RETENIR

Les relations ville-hôpital sont importantes pour améliorer le parcours des patients hospitalisés.

Le PCME est l'interlocuteur privilégié des CPTS et des différents acteurs de ville pour travailler ces sujets.

L'invitation de représentants des CPTS en CME, et la participation de représentants médicaux de l'établissement aux instances des CPTS facilite la compréhension mutuelle et la dynamique de projets.

CHAPITRE 15

ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS & ÉQUIPES MÉDICALES DE TERRITOIRE

Dr Claude BRONNER, Dr David PINEY, Laura POSSAMAÏ

1 | ÉQUIPE MÉDICALE DE TERRITOIRE (EMT)



Principaux éléments juridiques

1.1 QU'EST-CE QU'UNE EMT ?

L'**Équipe Médicale de Territoire** est issue d'une collaboration souvent longue entre médecins. Sa réussite s'appuie sur l'intelligence collective, la confiance partagée et la volonté des professionnels de santé en place. Elle a également besoin d'un haut niveau de coopération avec les acteurs administratifs et les structures de formation. Elle apparaît comme un facteur de réussite des filières de soin. Elle est un élément d'attractivité pour les nouveaux praticiens et les jeunes générations mais aussi un élément de fidélisation des praticiens en poste. Elle est en effet une réponse aux difficultés d'accès aux soins tant géographiquement que qualitativement, aux problèmes de démographie médicale et au financement des innovations médicales et biomédicales.

1.2 ORIGINE DE LA DÉMARCHE

- Se rencontrer pour identifier les différentes expertises afin de développer les synergies, pour faciliter la communication et les échanges.
- Assurer la permanence et la continuité des soins et en répartir équitablement la charge.
- Organiser une logique professionnelle de gradation des soins au sein d'une filière et assurer une activité médicale conforme aux besoins des patients sur le territoire.
- Partager une mise à niveau et une harmonisation des pratiques dans une démarche qualitative.
- Stabiliser les équipes, diminuer le recours à l'intérim, pour favoriser la qualité des soins.
- Améliorer et développer la qualité de vie au travail des soignants (*médicaux et non médicaux*) en poste par une plus grande stabilité des équipes.

- Anticiper les effets des déséquilibres dans la pyramide des âges.
- Permettre à toutes les équipes médicales du territoire de participer aux protocoles de recherche clinique.

1.3 CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE

- Déséquilibre géographique de la répartition des praticiens.
- Anticipation de difficultés à venir (*pyramide des âges, mutations, augmentation d'activité, évolutions statutaires, etc.*).
- Recherche de synergies.
- Besoin de maintenir ou de renforcer l'offre de la filière sur différents lieux du territoire ou de construire une gradation cohérente avec les moyens techniques de différents établissements.

2 profils d'équipe peuvent exister :

- Équipe médicale de territoire majoritairement issue d'un seul établissement.
- Équipe médicale de territoire issue d'équipes réparties entre plusieurs établissements.

Le lien avec les facultés et les sociétés savantes est primordial :

- Quand il faut identifier et activer les moyens de formation initiale et continue.
- Pour identifier les ressources documentaires et humaines, pour harmoniser les pratiques et/ou construire la gradation des soins.
- Pour aider à la recherche de candidats pour les recrutements.

Notamment pour les internes du territoire :

- Diversification des expériences de l'interne par une participation à des activités médicales graduées sur le territoire et favoriser l'apprentissage de l'autonomie.
- Ouverture des possibilités de terrains de formation en s'appuyant sur une harmonisation de la qualité des unités d'accueil des internes et sur les surspécialisations éventuelles des équipes d'accueil.
- Détection des internes de haut potentiel pour les inscrire dans une perspective de recrutement orienté territoire.

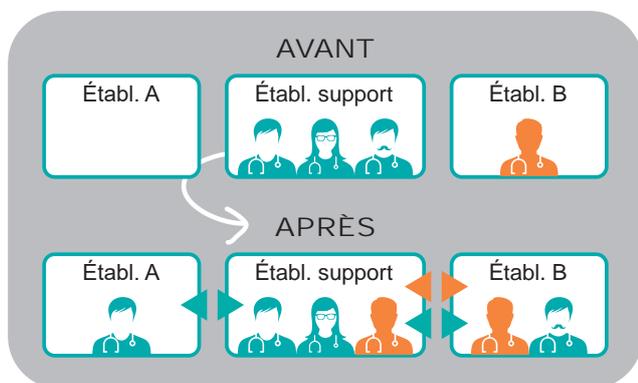


1.4 ORGANISATION

Équipe médicale de territoire

Exemple d'organisation

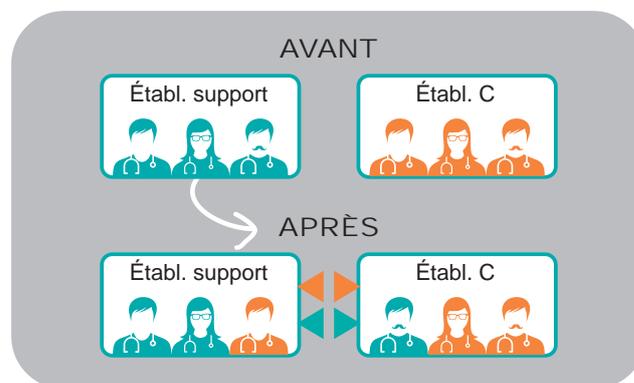
L'équipe a développé des consultations avancées dans l'établissement A, renforcé le service de l'établissement B et ouvert son plateau technique au praticien de l'établissement B.



Temps médicaux partagés

Exemple d'organisation de 2 établissements

Les structures ont développé des temps médicaux partagés pour harmoniser leurs pratiques et mutualiser les plateaux techniques.



Source : “Équipe médicale de territoire en urologie, un modèle d'avenir.”
Dr David PINEY, Pr Jacques HUBERT, Christophe BLANCHARD.



1.5 EXEMPLE DE PROJET MIS EN PLACE : ÉQUIPE MÉDICALE TERRITORIALE EN UROLOGIE

Contexte :

La difficulté d'accès aux soins est croissante, dès 2011, pour les patients relevant de l'urologie dans les EPS de Lorraine Sud : renouvellement insuffisant des praticiens partant à la retraite, faible attractivité du secteur public et augmentation du nombre de personnes porteuses de pathologies urologiques liées au vieillissement.

L'opportunité de recruter des assistants spécialistes partagés, financés par l'ARS, permet de lancer une réflexion ambitieuse de développement de l'urologie publique. Ce projet s'est développé au sein du projet médical de territoire du GCS des Hôpitaux de Lorraine Sud. Appuyé sur le maillage de 6 établissements publics de santé, son objectif est d'apporter “la meilleure urologie au plus près du patient, par des praticiens de qualité” en lui offrant un accès à un plateau de consultation de soins de qualité en proximité et au centre référent universitaire quand nécessaire. Ce réseau est animé par des praticiens à temps partagé, impliqués et au fait des derniers référentiels de bonne pratique. La constitution de l'équipe médicale de territoire d'urologie a d'abord reposé sur les activités existantes au sein des différents établissements de santé ainsi que sur les praticiens en formation. Après leur assistantat, ces derniers ont été recrutés comme praticiens hospitaliers pour un exercice d'1 à 3 journées par semaine, dans les centres hospitaliers du GCS et les autres journées au CHRU de Nancy. L'organisation définie permet un accès à des soins gradués dans une logique de subsidiarité.

Retour d'expérience :

Plusieurs facteurs de fragilisation des équipes médicales de territoire :

- Pénibilité associée à l'exercice à temps partagé.
- Complexité de l'organisation des plateaux techniques (*accès au bloc opératoire*).
- Lenteur des organisations et tensions ressources humaines hospitalières.
- Rapport au travail des jeunes générations / temps médical disponible.
- Reconnaissance des PADHUE.
- Évolution des prises en charges (*ambulatoire, polypathologies, cancérologie...*).
- Impact de la demande de soins non programmés.
- Réforme du 3^e cycle des études médicales.

Exercice bi-site :

Avantages :

- Couverture territoriale / chirurgie de proximité / prise en charge complète par le même chirurgien.
- Urgences (*entre 120 et 150 gestes chirurgicaux par an*) / cancérologie > 50 gros gestes par an / continuité des soins.
- Praticien : autonomie / variété de pratiques / plateau technique du CHU / staff, RCP CHU et hôpital à taille humaine / qualité de vie et d'exercice / médecin de secteur.

Inconvénients :

- Manque de moyens humains et financiers / fermetures de lits / difficulté à recruter.
- Difficulté à financer de nouvelles technologies.
- Dispersion des tâches / gestion administrative / trajets.
- Responsabilité de la continuité des soins à effectifs réduits.

2 | ÉQUIPE DE SOINS SPÉCIALISÉS (ESS)

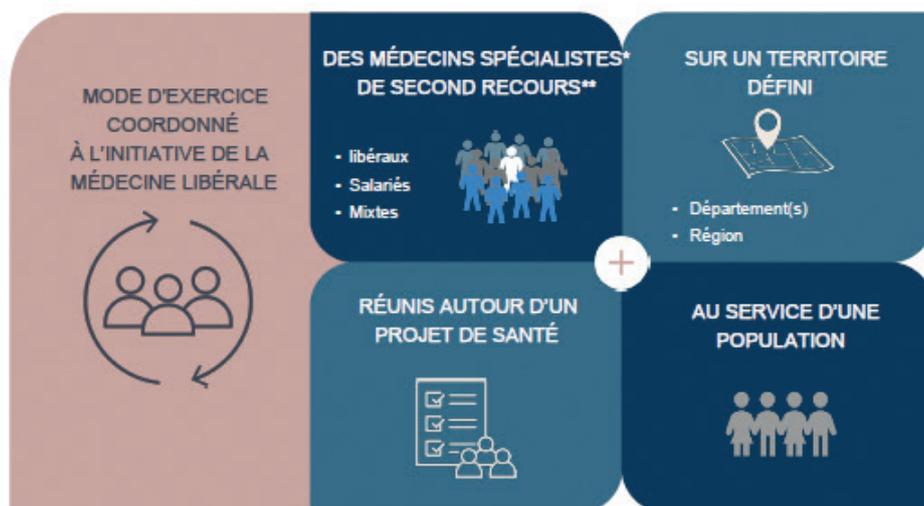
2.1 QU'EST-CE QU'UNE ESS ?

Une **Équipe de Soins Spécialisés** est une nouvelle structure d'organisation médicale qui est appelée à se développer dans les prochaines années.

Article L.1411-11-1 du Code de la Santé Publique :

“Une équipe de soins spécialisés est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux (...).

L'équipe de soins spécialisés contribue, avec les acteurs des soins de premier recours, à la structuration des parcours de santé”.



* Hors médecins générale

** Si le projet de santé le nécessite, l'ESS peut également accueillir des médecins d'autres spécialités autre que médecine générale ainsi que des professionnels de santé autres que médecins

Une ESS est un mode d'exercice coordonné ambulatoire au service d'une population. Elle regroupe des **médecins spécialistes libéraux** de second recours autour d'un projet de santé répondant aux problématiques territoriales rencontrées.

Les ESS viennent compléter les dispositifs déjà existants en matière de coordination de l'offre de soins sur les territoires : ESP, MSP, CDS, CPTS, etc.

2.2 CADRE CONVENTIONNEL

Les équipes de soins spécialisées ne sont pas des structures de soins et ne peuvent pas facturer de soins aux patients.

2.3 À QUOI LES ESS PEUVENT CONTRIBUER

On peut identifier 3 missions socles :

1/ Favoriser l'accès de la population aux soins spécialisés grâce à la coordination avec les organisations de premiers recours.

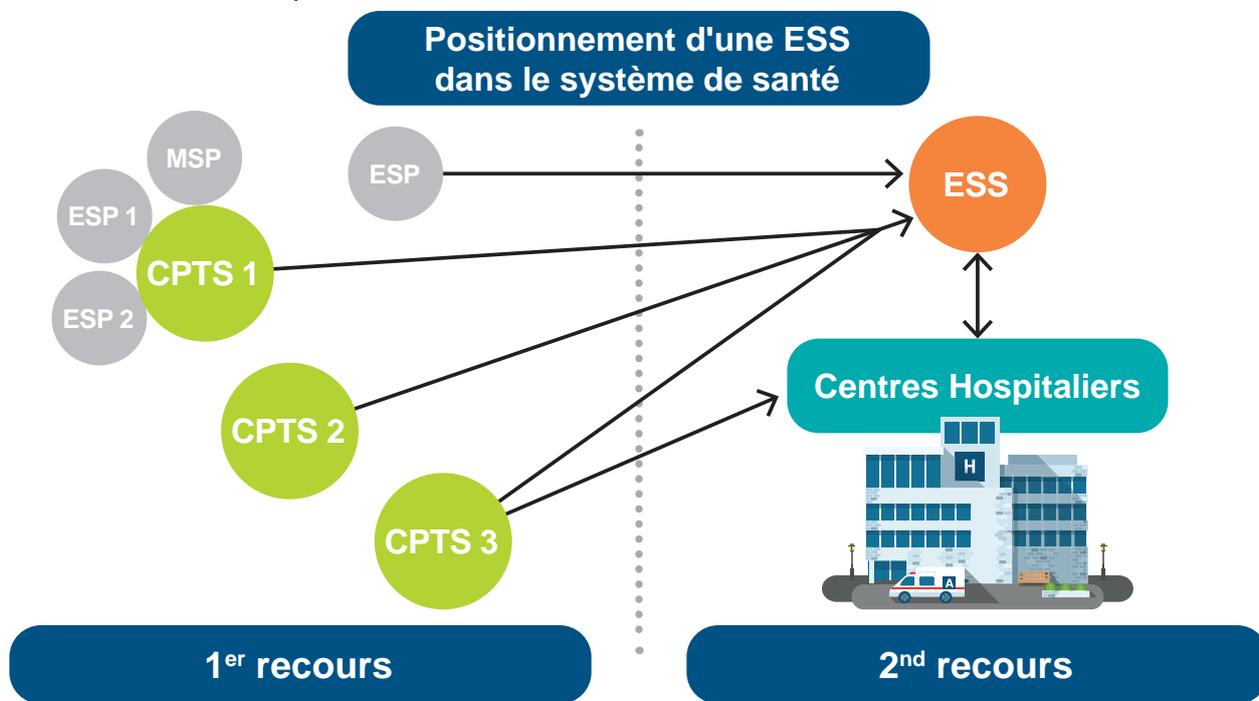
À l'instar des CPTS dont la première mission est d'assurer une permanence des soins de premiers recours, les ESS doivent permettre une prise en charge en ville des besoins spécialisés urgents et semi-urgents. Une collaboration entre les médecins spécialistes est pour cela indispensable et implique un moyen de filtrer, trier et allouer les demandes de prises en charge.

2/ Coordonner les parcours patients en partenariat avec les centres de références hospitaliers.

Certains patients nécessitent une prise en charge à l'hôpital où les médecins disposent de plateaux techniques plus lourds. D'autres patients en revanche devraient plutôt être pris en charge en ville. Les ESS ne cherchent pas à concurrencer les réseaux hospitaliers, au contraire elles ont pour mission d'améliorer la collaboration entre les spécialistes libéraux et l'hôpital afin d'améliorer l'orientation des patients et la gradation de l'offre de soin.

3/ Développer les programmes d'échanges et de formation entre spécialistes.

Les médecins sont de plus en plus spécialisés et la connaissance médicale croît de manière exponentielle. Pour favoriser la formation continue des médecins, les ESS doivent faciliter l'échange et la collaboration au sein d'une même spécialité.



2.4 CRITÈRES CONDITIONNELS À LA CRÉATION

Seule obligation : élaborer un projet de santé.

1/ Une construction libre du projet à la main des médecins spécialistes.

Pour bénéficier des financements les ESS doivent respecter les conditions suivantes :

- Périmètre géographique : l'ESS doit couvrir un périmètre continu géographique, a minima, départemental (*avec une cible régionale possible*), non déjà couvert par une ESS de la même spécialité, sur lequel sont présents au moins 10 médecins de la spécialité concernée.
- L'ESS doit réunir au moins 10 % des professionnels libéraux de la spécialité concernée du territoire qu'elle couvre ; à terme l'ESS doit avoir une cible d'intégration d'au moins 50 % des spécialistes libéraux de la spécialité concernée présents sur son territoire. À titre dérogatoire, il pourra être fait exception à ces seuils minimaux ou au principe d'unicité de spécialité en raison de circonstances particulières sous réserve de validation de la CPN.

2/ Gouvernance

L'ESS est une association. La gouvernance est formalisée dans le projet de santé de l'ESS : la direction est assurée par des médecins spécialistes libéraux, une consultation des autres acteurs de santé du territoire doit être mise en place.

3/ Un territoire défini par les spécialistes, cependant il est à minima départemental :

- Périmètre médical: l'ESS traite de problématiques liées à une spécialité médicale et non à une pathologie.
- Articulation avec les structures existantes : l'ESS collabore avec les CPTS, les autres ESS et les DAC et son territoire.
- Intégration des professionnels hospitaliers: l'ESS collabore avec les professionnels hospitaliers et formalise ses liens avec les établissements de santé.

2.5 FINANCEMENT D'UNE ESS

Le financement d'une ESS s'effectue selon 2 dotations :

- Crédit d'amorçage de 80 000€, à réception de la lettre d'intention simplifiée et signature d'un contrat tripartite ARS/CPAM/ESS, afin de pouvoir rédiger le projet de santé à transmettre dans les 6 mois suivants le dépôt de la lettre d'intention.
- Dotation annuelle (*1^{er} versement après validation du projet de santé*) entre 50 000 et 100 000€ pour les missions socles en fonction de la taille de l'ESS: de 50 000€ pour 10 médecins à 100 000€ pour 100 médecins ou plus, la dotation sera proratisée au nombre exact de médecins.

2.6 ÉLABORER LE PROJET DE SANTÉ

CONTENU DU PROJET DE SANTÉ

Qui sommes-nous ?

Composition de l'équipe

Noms, prénoms, métier, spécialités et compétences particulières, fonctions des professionnels de santé.

Territoire d'intervention

Lieux d'exercice, communes d'habitation de la patientèle, bassin de vie.

Contacts

Structure juridique

Objectifs généraux ?

Une meilleure coordination des acteurs ?
L'amélioration des parcours de santé de la population ?
Le développement d'actions de prévention ou de santé publique ?
La réduction des inégalités territoriales de santé ?
L'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins ?
L'optimisation du lien ville-hôpital ?

Améliorations apportées dans la prise en charge ?

Pour chaque thématique/parcours travaillé, décrire :

- Les constats= diagnostic.
- Les actions ciblées et/ou mises en œuvre.
- Les outils pluriprofessionnels mobilisés.
- Les objectifs attendus.

Ex. thématique : prise en charge de personnes vulnérables, soins palliatifs à domicile, soins non programmés, parcours maladies chroniques, dépistages.

Modalités du travail pluriprofessionnel ?

Les engagements des professionnels sur les modalités du travail pluriprofessionnel :

- Organisation de concertations, RMM, CREX...
- Protocoles(s) pluriprofessionnel(s).
- Outils sécurisés permettant le partage des données (Messagerie Sécurisée de Santé, outils parcours...) et l'accès à une expertise.
- Lien avec le médecin traitant.

Modalités d'évaluation ?

Réfléchir à des indicateurs permettant, dans la mesure du possible, d'évaluer l'amélioration apportée dans l'organisation des parcours de santé et la prise en charge globale des patients. Prendre des indicateurs simples, souples et visibles.



PROJET DE SANTÉ ENVOYÉ À L'ARS

2.7 EXEMPLES D'ESS MISES EN PLACE

Bretagne :

- ESS “Dermatobreizh”
- ESS Endocrinologie Bretagne
- ESS Cancérologie Bretagne

PACA:

- ESS “Rhumatologie du Littoral”

Bourgogne Franche Comté :

- ESS “URO BFC”

Maine et Loire :

- ESS Cardiologie 49

Grand Est, il n’y a à ce jour aucune ESS en fonctionnement dans le Grand Est mais plusieurs projets :

- ESS Pédiatrie Alsace, lettre d’intention en cours de finalisation.
- ESS Psychiatrie Haut-Rhin, en cours de réflexion.
- ESS Ophtalmologie Lorraine, en cours de réflexion.
- ESS Pneumologie Lorraine, en cours de réflexion.
- ESS Gastroentérologie Champagne Ardenne, en cours de réflexion.

Contact et ressources : URPS ML Grand Est

Johan PASCAL - *Chargé de mission ESS*

 j.pascal@urpsmlgrandest.fr /  **06 79 61 32 08**

À RETENIR

La constitution d’équipes médicales de territoire est un levier important pour répondre aux enjeux d’attractivité et d’accès aux soins.

Qu’elles soient publiques ou privées, elles concourent à un meilleur maillage du territoire, et facilitent une gradation des soins grâce à l’organisation de parcours coordonnés.

La convergence des initiatives publiques, au sein notamment des GHT, et privées au travers des Équipes de Soins Spécialisés, favoriserait une meilleure articulation des forces en présence pour organiser notamment la permanence des soins et les soins non programmés.

CHAPITRE 16

RÉFORME DU 2^e CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES

Dr David PINEY, Laura POSSAMAÏ

Depuis 2021 la formation des étudiants du 2^e cycle des études médicales s'appuie sur un nouveau référentiel de connaissances et compétences. Les modalités d'évaluation des apprentissages ont radicalement changé.

1 | L'OBJECTIF DE LA REFORME

La réforme permet de certifier que les étudiants aient des niveaux de compétences et connaissances suffisants pour intégrer le 3^e cycle des études médicales (*internat*).

2 | COMMENT ?

Mise en place d'un cursus rénové qui repose sur 3 piliers :

- L'approche par compétences, pour que l'étudiant puisse agir efficacement en milieu professionnel.
 - Le développement du raisonnement clinique, afin que l'étudiant mobilise ses connaissances au bon moment et au bon endroit pour résoudre une situation clinique.
 - La professionnalisation, elle vise à transformer l'étudiant en un professionnel de santé en construisant son identité de médecin et en partageant les valeurs communes de la profession.
- **Importance cruciale des stages pour que l'étudiant puisse transférer ce qu'il a appris en cours à la situation d'un vrai patient.**

3 | RÉORGANISATION DU 2^e CYCLE

Les stages sont répartis différemment : les modalités sont assouplies avec la possibilités d'effectuer des périodes de stages à temps plein ou à mi-temps tout au long du cycle. Désormais les externes pourront aussi se rendre dans des structures médicales hors CHU pour leur stage.

De nouveaux enseignements font leur apparition. Les étudiants seront formés aux usages du numérique en santé, suivront des cours en sciences humaines et sociales et devront obtenir une attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 (FGSU2).

UNE DOUBLE ÉVALUATION EST RÉALISÉE DANS LE CADRE DE CETTE RÉFORME, CELLE DES CONNAISSANCES ET CELLE DES COMPÉTENCES :

- **L'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES** est réalisée en début de 6^e année via l'**Examen Dématérialisé National (EDN)** qui remplace l'examen classant national. C'est un examen validant et classant.

Il évalue les **connaissances socles** (*connaissances de rang A*), la note minimale de 14/20 est exigée, et les **connaissances spécifiques** à certaines disciplines (*connaissances de rang B*), la note obtenue déterminera les choix de spécialité.

Ex. : pour la médecine générale, 71 items de connaissances sont pris en compte.

- **L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES** a lieu en fin de 6^e année. Elle s'appuie sur les **Examens Cliniques Objectifs Structurés - ECOS** (*Article L713-4*), qui évaluent 7 compétences comme la communication ou le raisonnement clinique. C'est une succession de mises en situation simulée qui reposent sur le référentiel de connaissances et compétences, qui décrit 356 situations cliniques emblématiques de l'exercice de la **médecine Situations De Départ (SDD)**.

Le référentiel définit ce qu'un étudiant est capable de faire dans chacune des SDD, on parle d'attendus d'apprentissage.

Ex. : on attend d'un étudiant qu'il communique de manière appropriée lorsqu'il annonce un diagnostic ou qu'il génère les bonnes hypothèses de diagnostic à un patient.

Les **ECOS** valorisent les étudiants en situation professionnelle (*stage*). Pendant tout leur externat, les étudiants vont pouvoir s'y préparer : une session d'examen sera organisée tous les ans, de la 4^e à la 6^e année, par les universités. Ce sont des examens dits facultaires. Les résultats seront pris en compte pour valider le 2^e cycle. Ce n'est qu'en fin de 6^e année que se déroulera l'examen national. Chaque candidat se présentera à 10 "stations" (*sorte de scénettes de mise en situation*) dont la durée sera comprise entre 7 et 10 minutes. La note obtenue pour chaque station devra être supérieure ou égale à 10/20. Sinon, ils ne pourront pas accéder à l'internat. Contrairement aux EDN, aucune seconde session ne sera organisée pour les ECOS.

- ▶ **Ces 2 épreuves comptent pour 90% de la note finale.**

Le dossier du parcours de formation de l'étudiant sera également pris en compte. L'arrêté du 21 décembre 2021 précise tous les éléments qui peuvent être considérés dans ce dossier comme : le suivi d'un cursus médecine ou hors médecine (*master ou thèse par exemple*), un engagement associatif, pédagogique ou social, une expérience professionnelle ou une mobilité linguistique. Chaque élément du dossier devra être justifié par une attestation ou un certificat. Entre 10 et 60 points sont ensuite attribués en fonction des éléments validés.

LIEN ENTRE LES NOTIONS DE CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES DU RÉFÉRENTIEL :

Une compétence est un savoir agir en situation qui mobilise différentes ressources comme les connaissances de l'étudiant. Le développement des compétences repose principalement sur la supervision du maître de stage universitaire ou du référent hospitalier. Cette supervision permet de réorganiser les connaissances des étudiants de manière à raisonner efficacement en situation. Cela peut passer par des techniques d'explicitation du processus de raisonnement clinique.

À la fin de la 6^e année les résultats obtenus à la double évaluation combinée à une évaluation du parcours de l'étudiant sont utilisés dans un algorithme national appelé **procédure d'appariement** ou **matching**. Il détermine des classements par groupe de spécialité (*médecine générale, chirurgie, pédiatrie, psychiatrie...*).

Les étudiants arrivant en première année de leur spécialité (*phase socle*), sont ainsi assurés d'avoir le niveau de compétences et connaissances pour exercer leur fonction d'interne.

À RETENIR

L'accueil des étudiants de 2^e cycle des études médicales dans les CH est plébiscitée par leurs représentants, au regard de l'encadrement pédagogique proposé et de son intérêt pour la préparation des ECOS.

Leur affectation reste néanmoins hétérogène et centrée sur les villes de faculté.

Le PCME doit pouvoir s'impliquer, a minima avec le GHT, pour ouvrir des stages reconnus pour leur qualité pédagogique avec l'appui du doyen, mais aussi en travaillant avec l'établissement et les collectivités sur l'accueil, l'hébergement et les frais de transport.

CHAPITRE 17

SYNTHÈSE DE LA RÉFORME DU 3^e CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES, COMMENT MIEUX L'APPRÉHENDER EN TANT QUE PCME

Pr Bruno MOURVILLIER, Pr Julien POTTECHER,
Laura POSSAMAÏ

1 | EN BREF

La réforme du 3^e cycle des études de médecine a été mise en œuvre en 2017. Son objectif principal était la professionnalisation de la formation permettant aux jeunes médecins de s'imposer comme médecins spécialistes dès l'obtention de leur **Diplôme d'Études Spécialisées (DES)**, qui est désormais le seul diplôme.

Le nombre de DES est aujourd'hui de 44. On compte 13 DES en spécialités chirurgicales, 30 DES en spécialités médicales et 1 DES de biologie médicale.

En pratique, les DES sont divisés en 3 phases de stages :

- Une phase de base, dite "**phase socle**", d'une durée d'1 an, qui se déroule dans des services recrutant des pathologies fréquentes dans la spécialité concernée et pouvant garantir un encadrement rapproché.
- Une **phase d'approfondissement** de 2 à 3 ans selon les spécialités.
- Une **phase de consolidation** d'1 à 2 ans.

Les compétences de l'interne sont évaluées à la fin de chaque phase. À l'issue de la phase approfondie, **l'étudiant doit avoir soutenu sa thèse de médecine** - grand changement! - pour passer à la phase de consolidation et **obtenir le titre de "docteur junior"**. Les docteurs juniors exerceront dans des lieux de stage spécifiquement agréés pour la phase 3, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont ils relèvent, en vue d'acquérir progressivement leur pleine autonomie professionnelle. À leur demande, ils pourront être autorisés à participer aux gardes et astreintes médicales des médecins seniors.

Le choix des stages se fait selon le classement et l'ancienneté pour les phases socles et d'approfondissement, et selon une procédure d'appariement à l'échelle de la région, d'un commun accord ("*big matching*") pour la phase de consolidation (*de docteur junior*). **2 types de formation permettent à un interne de compléter sa formation :**

La **Formation Spécialisée Transversale (FST)** donne la possibilité à l'interne de se sur-spécialiser dans un domaine particulier dans le cadre de son DES. Elle est composée de 2 stages donc de 2 semestres. Les FST sont communes à plusieurs DES. Il existe à ce jour 26 FST différentes. Un interne de 3^e cycle ne peut suivre qu'une seule option ou FST. C'est à lui de choisir, s'il le souhaite, et d'en faire la candidature.

L'option au sein d'un DES permet à l'interne l'acquisition de compétences particulières au sein de la spécialité suivie et ouvre droit à un exercice complémentaire de cette sur-spécialité au sein de la spécialité. Une option est composée de 2 stages donc de 2 semestres. Les options ne sont pas communes à plusieurs DES.

FST et options sont facultatives.

Il existe des options précoces qui doivent être choisies dès la phase socle (*par ex. DES chirurgie pédiatrique, psychiatrie...*) et des options dites tardives en phase de consolidation (*par ex. DES de médecine cardio-vasculaire*). En dehors de ces mentions spécifiques, les FST/options sont réalisées en phase d'approfondissement.

Depuis novembre 2023, il est aussi possible de suivre une formation pour obtenir un 2^e DES, dès 3 ans de pratique après l'obtention du premier DES - situation rare. À noter alors que le 2^e DES remplace le premier. Par ailleurs, il est également possible d'obtenir une nouvelle option ou FST tout en conservant son DES d'origine.

2 | TEXTES RÉGLEMENTAIRES

Arrêté du 12 avril 2017 : portant organisation du 3^e cycle des études de médecine ; article 52 stage à l'étranger.

Arrêté du 31 mars 2011 : fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie.

Arrêté du 4 octobre 2019 : portant organisation du 3^e cycle long des études pharmaceutiques, articles 35 et 36 stage inter-CHU.

Arrêté du 18 septembre 2017 : portant détermination des régions et subdivisions du 3^e cycle des études de médecine et du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale.

Arrêté du 18 octobre 2017 : fixant la réglementation applicable à la formation commune à la médecine et à l'odontologie délivrée dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de chirurgie orale et modifiant. Article 23 stage hors inter-régional pour les étudiants en chirurgie orale.

Arrêté du 8 juillet 2022 : modalité de financement des étudiants, N° RPPS.

Arrêté du 23 septembre 2022 : relatif à la mise en œuvre du "Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé" (RPPS).

Article R. 632-12 du code de l'éducation : médecine (*44 spécialités*), chaque région comprend 1 ou plusieurs subdivisions qui constituent un espace géographique comportant 1 ou plusieurs Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Articles R6153-1 à R6153-44 : statut des étudiants de 3^e cycle des études de médecine, d'odontologie, de maïeutique et de pharmacie.

Articles R631-1 à D636-84 : organisation pédagogique.

Article R634-4 du code de l'éducation : organisation géographique en odontologie (*3 spécialités*) est inter-régionale.

D. 4113-122 du code de santé publique : rattachement des étudiants à l'ordre.

Articles R. 6153-8 et R. 6153-1-1 : CHU de rattachement : rattachés administrativement par décision du DGARS à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Article D633-4 du code de l'éducation : organisation géographique pharmacie (*2 spécialités*), régions à DES de biologie médicale sous le régime de médecine (*région, subdivision*).

Arrêté du 8 juillet 2022 : financement des étudiants.

Articles R*133-1 à R*133-15 : organisation de commission.

3 | LES COMMISSIONS

3.1 LA COMMISSION D'ÉVALUATION DES BESOINS DE FORMATION (CEBF)

La **Commission d'Évaluation des Besoins de Formation** a pour mission d'assurer que les stages offerts aux étudiants en médecine, ainsi que le nombre de praticiens agréés et de maîtres de stage, correspondent au nombre d'étudiants inscrits dans les différentes phases de leur cursus et dans les spécialités. Présidée par la Faculté, la CEBF vise à valider les effectifs à choisir dans chaque spécialité et à demander ou non une dérogation à l'inadéquation. Elle évalue les besoins en termes de postes à ouvrir chaque semestre et donne des recommandations au DGARS.

Le nombre minimum de postes à ouvrir est fixé à 107% du nombre d'étudiants inscrits dans une spécialité donnée, avec des ajustements spécifiques lorsque le nombre d'étudiants est inférieur à 15 ou lorsque les spécialités concernent des grandes cohortes, comme en médecine générale. Dans ce cas, des seuils spécifiques sont appliqués, par ex. une majoration de 30 postes pour

les cohortes de 430 étudiants ou plus. Les postes en inadéquation ne doivent pas être positionnés par phase (*sauf pour la phase de consolidation*), ni par lieux. Aussi, ces postes supplémentaires doivent être compris dans les demandes d'ouvertures de postes formulées lors de la Commission d'Ouverture des Postes (*COP*). Une dérogation aux dispositions qui précisent les modalités de l'inadéquation peut être accordée par le Ministre chargé de la santé sur demande motivée de la CEBF.

La CBEF est composée de membres ayant voix délibérative et consultative. Parmi eux, on trouve le directeur de l'unité de formation, le DGARS, les coordonnateurs locaux des spécialités, des représentants étudiants, et des responsables des CHU.

Cette structure garantit que la formation des étudiants en médecine se déroule en adéquation avec les besoins locaux et les capacités de formation disponibles

COMPOSITION

Présidence et membres :

- Présidée par le doyen.
- Inclut des enseignants coordonnateurs locaux et, éventuellement, des enseignants des options.
- Comprend au moins 2 enseignants hospitaliers, dont 1 au moins de la spécialité (*1 enseignant associé non hospitalier pour la médecine générale*).
- 1 représentant étudiant, désigné par les organisations des étudiants en médecine, est également présent.

Délégations spécifiques :

- En biologie médicale, 1 étudiant en pharmacie peut être inclus.
- Pour les régions avec plusieurs CHU, les membres doivent représenter ces centres.

Nomination et durée :

Membres nommés pour 3 ans, représentants étudiants pour 1 an.

Élargissement de la composition :

En cas de discussions sur des situations d'étudiants ou l'accès des médecins en exercice au 3^e cycle, des représentants supplémentaires peuvent être inclus.

MISSIONS

- Coordination et communication : le coordonnateur représente la commission et fait le lien avec les directeurs de formation et l'ARS.
- Réunions : la commission se réunit au moins 2 x / an.

FONCTIONS PRINCIPALES

- 1/ Proposer des nominations pour la commission locale.
- 2/ Donner des avis sur les études menant aux diplômes spécialisés.
- 3/ Proposer des modalités d'organisation des enseignements et contrôles.
- 4/ Recommander la délivrance du DES.
- 5/ Examiner la situation des étudiants en cas de problèmes.
- 6/ Instruire les candidatures pour l'accès au 3^e cycle des études de médecine.

3.2 LA COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DE LA SPÉCIALITÉ

COMPOSITION

Présidence :

- Présidée par le coordinateur local de la spécialité.
- Le directeur de l'unité de formation peut nommer des coordonnateurs locaux adjoints, qui exercent les mêmes missions.

Membres :

- 2 enseignants titulaires (*dont 1 d'une autre spécialité*) et 1 représentant de la spécialité désigné par le conseil régional de l'ordre des médecins pour le suivi des étudiants.
- 2 représentants étudiants, dont au moins 1 inscrit dans la spécialité, désignés par les organisations représentatives des étudiants.

Délégation :

- En biologie médicale, 1 représentant de l'ordre des pharmaciens est également inclus.
- La composition peut être élargie pour inclure 1 représentant d'une formation spécialisée transversale.

Nomination :

Les membres sont nommés pour 3 ans, sauf les représentants étudiants qui sont nommés pour 1 an.

MISSIONS

- Coordination et suivi: le coordonnateur local prépare et veille au respect du contrat de formation, s'assure de la conformité avec la maquette de formation, et accompagne l'étudiant.
- Communication: il transmet les avis et propositions concernant les situations des étudiants aux directeurs de l'ARS et du CHU.

FONCTIONS PRINCIPALES

- 1/ Assurer la coordination des enseignements et le contrôle des connaissances.
- 2/ Élaborer des propositions pour l'organisation des enseignements et les transmettre à la commission régionale.
- 3/ Établir et respecter le contrat de formation avec l'étudiant.
- 4/ Suivre le parcours de l'étudiant en vérifiant son respect des stages obligatoires.
- 5/ Transmettre la liste des étudiants susceptibles de suivre des options ou des formations spécialisées.
- 6/ Proposer la validation des phases de formation et des options.
- 7/ Donner un avis sur les possibilités de réorientation d'un étudiant, avec motivation écrite en cas de décisions défavorables.

3.3 LA COMMISSION DE SUBDIVISION

FONCTION ET OBJECTIFS

Rôle de la commission de subdivision : elle émet un avis au DGARS concernant l'agrément des lieux de stage et des praticiens-maîtres de stage pour la formation pratique des étudiants de 3^e cycle. Elle évalue la qualité pédagogique des stages via des grilles d'évaluation.

TYPES D'AGRÉMENT

Agrément principal : accordé à un lieu de stage ou un praticien-maître de stage qualifié dans sa spécialité. Il nécessite un dossier de demande initiale ou de renouvellement.

Agrément complémentaire : pour d'autres spécialités où le lieu de stage ou le praticien est reconnu formateur. Accordé lors de l'examen d'une demande d'agrément principal.

Agrément fonctionnel : pour une option ou des formations spécialisées transversales, accordé à tout moment sans besoin de dossier principal.

L'agrément est donné pour chaque phase (P1,P2,P3) indépendamment.

PROCESSUS DE DEMANDE

Dépôt de dossiers: les dossiers de demande d'agrément sont soumis par le responsable médical ou le praticien auprès de l'unité de formation et de recherche concernée.

Évaluation: la commission examine les projets pédagogiques, l'encadrement, les activités proposées, et la conformité aux critères définis par les maquettes de formation.

LA COMMISSION PEUT RECOMMANDER

- Un agrément sans réserve pour 5 ans.
- Un agrément conditionnel d'1 an avec recommandations.
- Une suspension ou un retrait d'agrément, motivé par des justifications.
- Un refus d'agrément, également justifié.

Liste des agréments: Le DGARS arrête la liste des lieux de stage et praticiens agréés pour la formation des étudiants de 3^e cycle.

RÉEXAMEN DE L'AGRÉMENT

Conditions de réexamen :

- À la fin des 5 ans.
- Lors d'un changement de responsable médical du lieu de stage.
- Sur demande motivée d'organisations représentatives d'étudiants, de coordonnateurs locaux, du pilote de formations spécialisées ou du directeur d'unité de formation.
- À l'initiative de la commission si jugée utile.

Évaluation :

- Basée sur l'analyse des grilles d'évaluation de la qualité des stages et des relevés trimestriels.
- Peut inclure une nouvelle visite du lieu de stage et la rédaction d'un rapport.

SUSPENSION / RETRAIT DE L'AGRÉMENT

Procédure :

- Décidée par le DGARS sur avis de la commission de subdivision.
- Peut concerner un agrément principal, complémentaire ou fonctionnel.

Effet de la suspension :

- Suspend l'agrément pour le semestre suivant l'arrêté de suspension.
- Le responsable médical doit fournir un rapport de mise en conformité avant la fin de la suspension.

Rétablissement :

À l'issue de la suspension, l'agrément est remplacé par un agrément conditionnel d'1 an.

Conditions de retrait :

Peut être effectué pour 1 ou plusieurs phases de formation, après avis de la commission de subdivision.

Conséquences :

- En cas de retrait, tous les agréments du lieu de stage doivent être réexaminés.
- Une nouvelle demande d'agrément principal doit démontrer que des corrections ont été effectuées à la suite des motifs du retrait.

COMPOSITION DE LA COMMISSION DE SUBDIVISION**MISSION 1 : formation en vue de l'agrément... avec voix délibérative****Président :**

Directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou président du comité de coordination des études médicales, en cas de pluralité d'unités.

Membres :

- DGARS.
- Directeurs généraux des CHU de la subdivision.
- 1 praticien des armées, nommé par l'autorité militaire si des hôpitaux militaires sont concernés.
- 5 enseignants :
 - 3 enseignants de spécialités médicales distinctes (*dont 1 en médecine générale*).
 - 2 enseignants de spécialités chirurgicales distinctes, proposés par les directeurs des unités de formation.
- 5 représentants étudiants :

3 étudiants inscrits dans des spécialités médicales distinctes (*dont 1 en médecine générale et 2 en spécialités chirurgicales*), désignés par les organisations représentatives des étudiants de 3e cycle.

... avec voix consultative.**Représentants des établissements :**

- 1 directeur d'un centre hospitalier de la subdivision.
- Présidents de commissions médicales des CHU et des centres hospitaliers, proposés par les organisations représentatives.

Autres représentants :

- Représentant de l'union régionale des professionnels de santé.
- Représentant désigné par le conseil régional de l'ordre des médecins.

Invités

- Coordonnateur local et représentant étudiant pour l'étude des dossiers de leur spécialité.
- Pilote de chaque formation spécialisée transversale ou son représentant pour les dossiers de stage.
- Représentant des établissements privés (*lucratifs ou non*) pour l'agrément des lieux de stage, désigné par les organisations représentatives.

MISSION 2: formation pour la répartition des postes

Elle est chargée de proposer au DGARS la répartition des postes pour les étudiants de chaque spécialité et phase de formation, y compris pour les options et Formations Spécialisées Transversales (*FST*). Elle s'appuie sur les avis de la commission d'évaluation des besoins de formation et tient compte des spécificités pour les internes et assistants des hôpitaux des armées. L'attribution ou la fermeture de postes d'internes se décide lors de la commission de répartition, qui se tient avant le début de chaque semestre.

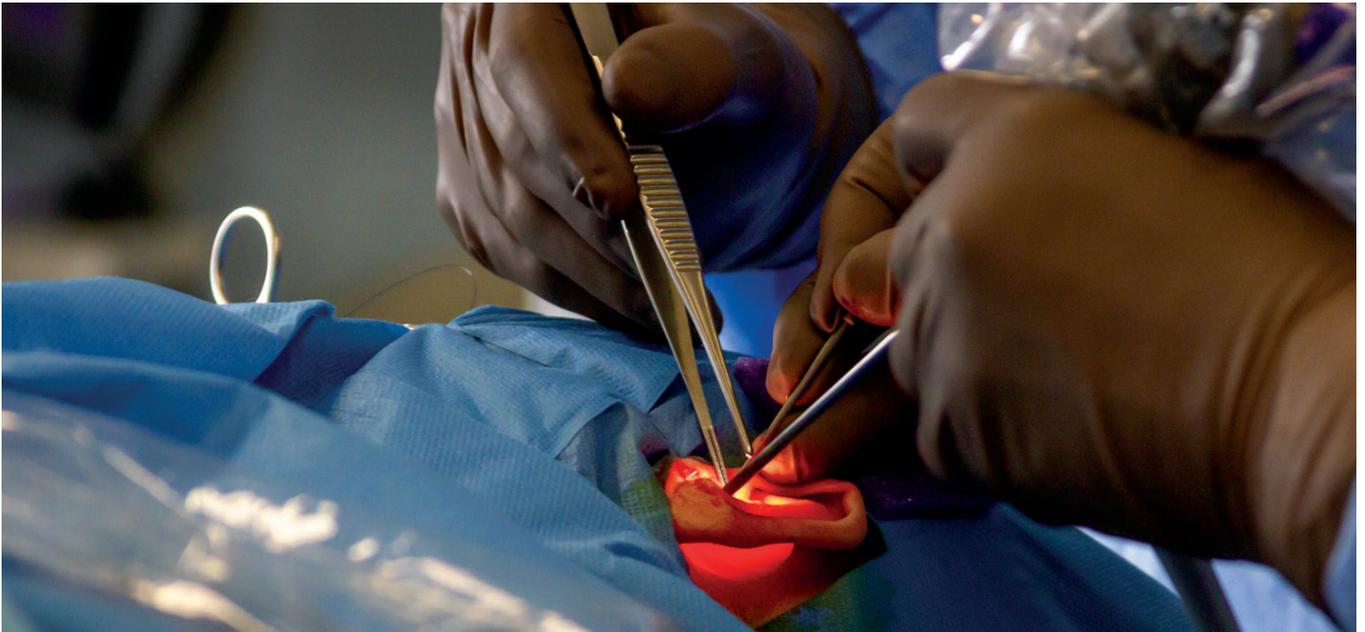
Son but est de s'assurer de la présence en nombre suffisant de terrains de stage pour tous les internes de la filière, en tenant compte des demandes de disponibilités, stages hors-filières, congés maternité mais aussi des capacités d'accueil du stage et de la charge de travail en fonction du nombre d'internes.

Composition avec voix délibérative :

- Le DGARS, président de la commission.
- Le directeur de l'unité de formation ou le président du comité de coordination des études médicales.
- Les directeurs généraux des CHU et les présidents des Commissions Médicales d'Établissement (*CME*) des CHU, centres hospitaliers, centres psychiatriques, et établissements de santé privés (*à but lucratif et non lucratif*) de la subdivision.
- 1 praticien des armées (*si la subdivision inclut des hôpitaux des armées*).
- 1 représentant de l'union régionale des professionnels de santé.
- 5 enseignants universitaires représentant différentes spécialités médicales et chirurgicales.
- 5 représentants étudiants issus de spécialités variées, dont 1 en médecine générale.
- Le directeur régional des entreprises, de la concurrence, du travail et de l'emploi (*pour les discussions sur les spécialisations en médecine du travail*).

Composition avec voix consultative :

- 1 directeur d'établissement d'hospitalisation à domicile.
- 1 représentant désigné par le conseil régional de l'ordre des médecins.
- Les coordonnateurs régionaux peuvent également assister avec voix consultative.



Lors des discussions sur une spécialité particulière, le coordonnateur local de la spécialité et un représentant étudiant sont invités, tout comme le pilote des formations spécialisées transversales, lorsque cela concerne ces formations.

Cette commission garantit une répartition équilibrée des postes de stage, prenant en compte les besoins de formation et les réalités locales.

À RETENIR

Le PCME doit s'impliquer avec la DAM pour assurer le suivi des agréments et des ouvertures de postes d'internes.

Un lien avec le coordonnateur de DES et le/les représentant(s) des internes est utile pour accompagner la stratégie d'affectation de l'établissement et du GHT, mais aussi gérer les incidents éventuels déclarés durant le stage.

L'affectation des internes dans l'établissement est un levier important pour les inciter à s'installer dans les territoires. L'accueil et la qualité pédagogique des stages sont dans ce cadre déterminants.

CHAPITRE 18

RÉGIME GÉNÉRAL DES AUTORISATIONS

Dr David PINEY, Laura POSSAMAÏ

1 | RÉGIME GÉNÉRAL D'AUTORISATION D'ACTIVITÉ DE SOINS MÉDICAUX ET DE MATÉRIELS MÉDICAUX LOURDS EN FRANCE

Le régime d'autorisation d'activités de soins et d'Équipements Matériels Lourds (EML) est conçu pour garantir la qualité, la sécurité et l'équité de l'accès aux soins. Ce système a subi une réforme majeure en 2022, visant à moderniser et simplifier les procédures.

21 activités de soins, d'après l'article R.6122-25 du code de la santé publique, sont actuellement autorisées :

Médecine

- Décret n°2022-1046 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine.
- Décret n°2022-1047 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de médecine.



Chirurgie / Chirurgie cardiaque / Neurochirurgie

- Instruction n°DGOS/R3/2023/125 du 1^{er} août 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie.
- Décret n°2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie.
- Décret n°2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie.



- Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique et le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique prévu à l'article R. 6123-212 du code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 16 septembre 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'article R. 6123-161 du code de la santé publique.



Gynécologie-obstétrique / néonatalogie / réanimation néonatale

- Code de la santé publique : section 3 : obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale (*Articles R6123-39 à R6123-53*).
- Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Décret n°2018-811 du 25 septembre 2018 portant diverses dispositions de mise en cohérence de textes réglementaires relatifs à l'administration générale de la santé au regard des dispositions de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Décret n°2021-1796 du 23 décembre 2021 relatif à la mise en cohérence des codes avec l'article 23 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.



Psychiatrie

- Décret n°2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie.
- Décret n°2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie.
- Instruction N°DGOS R4/2022/257 du 2 décembre 2022 publiée au Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2022/25 du 15 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de psychiatrie.



Soins Médicaux et de Réadaptation

- Décret n°2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.
- Décret n°2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.
- Instruction N°DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 publiée au Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/1 du 16 janvier 2023.



Activité de médecine nucléaire

- Décret n°2021-1930 du 30 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine nucléaire.
- Décret n°2022-114 du 1^{er} février 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de médecine nucléaire.
- Arrêté du 1^{er} février 2022 fixant pour un site autorisé le nombre d'équipements de médecine nucléaire en application du II de l'article R. 6123-136 du code de la santé publique.
- Instruction n°DGOS/R3/2022/266 du 19 décembre 2022 relative à l'activité de soins de médecine nucléaire.



Soins de Longue Durée

Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale

- Décret n°2020-359 du 27 mars 2020 relatif au régime d'autorisation et aux conditions de leur prise en charge par l'assurance maladie des activités de greffes exceptionnelles d'organes ou de tissus ou de greffe composite exceptionnelle de tissus vascularisés.



Traitement des grands brûlés

- Décret n°2007-1237 du 20 août 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de traitement des grands brûlés et modifiant le code de la santé publique (*dispositions réglementaires*).
- Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.



Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie

- Décret n°2022-380 du 16 mars 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie.
- Décret n°2022-382 du 16 mars 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie et aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.
- Arrêté du 16 mars 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133-2 du code de la santé publique.
- Instruction n° DGOS/R3/2023/46 du 6 avril 2023 publiée au Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/7 du 17 avril 2023.



Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie

- Décret n°2022-21 du 10 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie.
- Décret n°2022-22 du 10 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie.
- Arrêté du 10 janvier 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie prévu à l'article R. 6123-110 du code de la santé publique.
- Instruction N°DGOS/R3/2022/267 du 19 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie.



Médecine d'urgence

- Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence.
- Décret n°2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence.
- Arrêté du 29 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).



Soins critiques

- Décret n°2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques.
- Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques.
- Arrêté du 26 avril 2022 modifiant l'arrêté du 4 août 2006 fixant l'activité minimale annuelle des unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée.
- Instruction N°DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 pdu 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques.
- Note d'information n° DGOS/R3/2024/39 du 2 avril 2024 relative au maintien transitoire des reconnaissances contractuelles des Unités de Surveillance Continue (*USC*) hors champ des soins critiques.



Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

- Décrets n°2002-1197 et 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatifs à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et aux conditions de fonctionnement des établissements de santé qui l'exercent.
- Décret n°2012-202 du 10 février 2012 modifiant les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale.



Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal

- Décret n°2021-1933 du 30 décembre 2021 fixant les modalités d'autorisation des activités d'autoconservation des gamètes pour raisons non médicales et portant diverses adaptations de la partie réglementaire du CSP au regard des dispositions de la loi n°2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique.
- Arrêté du 26 février 2007 fixant la composition du dossier prévu aux articles R. 2142-3 et R. 6122-32 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation pour pratiquer des activités d'assistance médicale à la procréation.



- Arrêté du 18 juin 2012 fixant la liste des procédés biologiques utilisés en assistance médicale à la procréation.
- Arrêté du 14 avril 2022 portant modification de l'annexe de l'arrêté du 11 avril 2008 modifié relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.



Traitement du cancer

- Décret n°2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer.
- Décret n° 2022-693 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer.
- Instruction N°DGOS/R3/2022/271 du 23 décembre 2022 publiée au Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2022/26 du 30 décembre 2022.



Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

- Décret n°2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales.
- Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Décret n° 2023-1426 du 30 décembre 2023 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne.



Hospitalisation À Domicile

- Décret n°2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile.
- Décret n°2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile.
- Instruction N°DGOS/R4/2022/219 du 10 octobre 2022 publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2022/21 du 17 octobre 2022.



Activité de radiologie interventionnelle

- Décret n°2022-1237 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle.
- Décret n° 2022-1238 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions de fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle.
- Arrêté du 16 septembre 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'article R. 6123-161 du code de la santé publique.



Qui peut détenir une autorisation ? (L. 6122-3)

- Un ou plusieurs médecins.
- Un établissement de santé.
- Une personne morale.

Durée de vie d'une autorisation ? (L. 6122-8)

- 7 ans.
- Possibilité de renouvellement au bout des 7 ans.

Conditions d'octroi d'une autorisation ? (L. 6122-2)

- Répond aux besoins de santé de la population identifiée par le schéma régional de santé.
- Est compatible avec les objectifs fixés par ce schéma (OQOS).
- Satisfait à des conditions d'implantation, des conditions techniques de fonctionnement, et des seuils d'activités le cas échéant.

Quelles assurances de la qualité et sécurité des soins ?

- Visite de conformité (L.6122-4).
- Évaluation de l'activité (L. 6122-5).
- Indicateurs de vigilance (L. 6122-5).

Et l'article R. 6122-26 qui précise les équipements matériels lourds concernés.

- Équipements d'imagerie en coupes suivants, à l'exception de ceux exclusivement dédiés aux activités mentionnées aux 6°, 11°, 13° et 21° de l'article R. 6122-25 et ceux mentionnés au 2° de l'article R. 6123-93-3: appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire à utilisation médicale ; scanographes à utilisation médicale.
- Caisson hyperbare.
- Cyclotron à utilisation médicale.

À la suite de l'ordonnance du 3 janvier 2018 relative à la simplification et à la modernisation des activités de soins et équipements matériels lourds, la durée minimale des autorisations est passée de 5 à 7 ans.

Les activités de Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale; Soins de longue durée; Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques; Traitement des grands brûlés; Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale; Activités biologiques de diagnostic prénatal; Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales; ainsi que les équipements matériels lourds Caisson hyperbare et Cyclotron à utilisation médicale; n'ont pas fait l'objet de cette réforme.

2 | LES CONDITIONS D'AUTORISATION

Les activités de soins et les équipements matériels lourds sont réglementés par le code de la santé publique, principalement aux articles L. 6122-1 et R. 6122-25 pour les activités de soins, et R. 6122-26 pour les EML. Après la réforme de 2022, ces autorisations sont soumises à des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement, définies par plusieurs décrets.

Les autorisations sont accordées par le DGARS, après avis de la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins (CSOS), en fonction des besoins de santé identifiés par le Schéma Régional de Santé (SRS) et doivent être renouvelées à des périodes déterminées par un calendrier précis (*articles R.6122-25 et R.6122-26 du code de la santé publique*).

3 | RÉDACTION DU DOSSIER DE DEMANDE D'AUTORISATION

La demande d'autorisation doit être préparée avec soin, incluant :

- Une description détaillée du projet, démontrant son adéquation avec les besoins locaux de santé.
- Les ressources humaines et matérielles nécessaires.
- Un plan financier et une évaluation des impacts sur l'offre de soins existante.
- Des preuves des compétences techniques et des coopérations avec d'autres structures de santé si nécessaire.

Ces dossiers sont déposés via une plateforme numérique, le SI-Autorisations, facilitant ainsi le suivi et la gestion des demandes par l'ARS.

Sources :

Activités de soins / Équipement matériel lourd | ARS Grand Est.

Connexion - SI Autorisations.

Guide utilisateur profil gestionnaire.

Guide utilisateur profil utilisateur.



4 | RENOUELER UNE AUTORISATION

Sont soumises à une simple procédure de renouvellement (*et non procédure de ré-autorisation*) les autorisations réformées et objet de la simplification par la Loi n°2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (*Loi Valletoux*), ainsi que les autorisations non réformées.



L'article 9 de la Loi Valletoux a acté la fin de la prorogation des autorisations de ces activités / EML et prévoit les modalités de dépôt des demandes de renouvellement selon deux procédures distinctes :

4.1 AUTORISATIONS ARRIVANT À ÉCHÉANCE ENTRE LE 13/07/2022 ET LE 28/02/2025

Une procédure dérogatoire s'applique aux titulaires qui devront déposer une demande de renouvellement entre le 13/05/2021 et le 28/12/2023.

- Ces derniers doivent déposer leur demande de renouvellement dans la première fenêtre ouverte pour l'activité concernée après la publication du Schéma Régional de Santé (SRS).
- À défaut d'injonction de l'ARS de déposer un dossier complet dans un délai de 4 mois à compter de la fermeture de la période de dépôt, l'autorisation est renouvelée tacitement.

4.2 AUTORISATIONS DONT LES ÉCHÉANCES SONT POSTÉRIEURES AU 28/02/2025

La procédure de droit commun prévue à l'article L 6122-10 du code de la santé publique s'applique. Le dépôt du dossier de renouvellement devra alors s'effectuer 14 mois avant l'échéance de l'autorisation.

Dans ce cas de figure, à défaut d'injonction de l'ARS de déposer un dossier complet dans un délai de 12 mois avant l'échéance, l'autorisation est tacitement renouvelée.

Modalités de dépôt :

- Tous les dossiers de renouvellement doivent être déposés sur le SI Autorisations.
- Le SI autorisations précise le statut de chacune des autorisations en cours.
 - Le statut "Prorogé - À renouveler", correspond à la procédure dérogatoire.
 - Le statut "À renouveler", correspond à la procédure de droit commun.



5 | RESSOURCES RÉGLEMENTAIRES

Cadre général de la réforme des autorisations d'activités de soins ►



Réforme des autorisations d'activités de soins de chirurgie et de soins Médicaux et de Réadaptation ►



RÔLE DU PCME

En tant que pilote de la stratégie médicale de l'établissement, il est obligatoirement associé aux projets d'activités de soins et d'acquisition d'EML.

Il s'assure ainsi que les nouvelles activités ou équipements répondent aux objectifs médicaux, de qualité et de sécurité des soins.

Son expertise et sa vision globale concourt à renforcer le dossier, et à s'assurer que les critères d'implantation et de fonctionnement sont respectés.

Il organise une veille du PRS et participe à sa révision dans le cadre des groupes régionaux pour garantir l'adéquation entre les activités de soins et les besoins de la population, en cohérence avec les capacités du plateau technique et de son rôle d'accès aux soins gradués sur le territoire.



À RETENIR

La réforme du régime des autorisations accentue le niveau d'exigence des conditions de techniques de fonctionnement, et devrait favoriser la gradation des soins hospitaliers.

Sous couvert d'une approche par activité très technique, elle s'inscrit dans une vision plus globale d'organisation de l'offre de soins.

Le PCME doit se saisir du sujet pour l'intégrer dans la politique médicale et celle de la qualité et de la sécurité des soins

CHAPITRE 19

MÉDIATION, CONCILIATION

Dr Michel HANSSEN, Laura POSSAMAÏ

1 | LA CONCILIATION

LA CONCILIATION (*processus interne : local / territorial-GHT / régional-CRP pour les personnels médicaux*) = responsabilité de l'employeur.

La conciliation vise à parvenir à un accord amiable entre 2 parties en conflit dont la nature ne nécessite pas un engagement de procédure judiciaire. L'intervention d'un tiers conciliateur consiste à proposer des solutions aux personnes en litige et donc de rechercher un arrangement ou un compromis. Son indépendance est moindre que celle du médiateur puisqu'il peut être un agent du même établissement et donc assujéti à la même hiérarchie. Néanmoins, le tiers conciliateur devra être assuré qu'il ne lui sera pas fait griefs des actes qu'il aura accomplis ou des propos qu'il aura tenus à l'occasion de cette mission de conciliation.

1.1 SYSTÈME DE SIGNALEMENT

Il convient d'organiser, au sein des établissements, une procédure de recueil des signalements des conflits interpersonnels, tels que définis en début de note, en lien avec les instances locales, l'encadrement et la médecine du travail. Il est essentiel que les agents puissent facilement accéder au dispositif et que le recueil d'informations soit simple.

Il ne peut de fait être anonyme, l'agent pouvant être contacté, mais le respect de la confidentialité du signalement doit être absolu dans le processus envisagé.

Une équipe pourrait être spécialement formée au traitement de ces déclarations.

L'enquête diligentée à l'initiative de la gouvernance institutionnelle devra déterminer la nature des faits rapportés, leur véracité et les suites qu'il convient d'y donner. Des éléments complémentaires pourront être apportés par l'agent dans ce cadre.

Pour chaque cas de conflit interpersonnel avéré, il faudra déterminer si une action de conciliation locale est possible et opportune et, en cas de tentative infructueuse, si le recours à la médiation régionale / interrégionale, est envisagée.

1.2 STRUCTURATION DU DISPOSITIF DE CONCILIATION LOCALE

Dans cet objectif, les établissements pourront par exemple mettre en place une instance ou commission structurée en fonction de leur propre organisation interne, arrêtée dans son règlement intérieur et ayant vocation à s'intégrer dans le volet du projet d'établissement dédié aux thématiques de Qualité de Vie au Travail (QVT) et de prévention des risques psychosociaux (RPS).

L'instance ou commission pourra par exemple être structurée en 1 ou 2 groupes ou commissions avec des représentants issus ou proposés par les instances locales, CME pour les personnels médicaux, et Comité Social d'Établissement (CSE) pour les personnels non-médicaux.

Cette instance ou commission aura pour mission de traiter les signalements. Elle mobilisera des agents formés à la conciliation, qui auront pour tâche de proposer des solutions et/ou une conciliation.

Par ailleurs, compte tenu de la nature sensible et subjective des situations rencontrées, il faut laisser la possibilité d'intervenir très rapidement de façon informelle sans demander un engagement écrit des parties prenantes au conflit. Parfois, un simple entretien peut apaiser des situations de tension extrême dès l'origine du conflit, afin de ne pas laisser ce dernier s'installer de façon définitive.

En revanche, si la situation s'avère complexe ou ancienne, alors il convient de proposer aux parties en conflit de formaliser l'entretien dans un processus de conciliation par un document écrit, qui engage les protagonistes et les conciliateurs dans un calendrier resserré.

Il est recommandé d'organiser une présentation du rapport annuel d'activité de la structure de conciliation en présence du médiateur régional / interrégional ou d'un de ses représentants.

L'articulation avec la médiation régionale / interrégionale est essentielle, notamment dans les situations suivantes :

- Un conflit qui se prolonge au-delà de 6 mois.
- Une conciliation qui se poursuit au-delà de 6 mois.
- Une conciliation qui n'apporte pas satisfaction à l'une et/ou à l'autre des parties, avec la possibilité qui lui/leur est ouverte réglementairement de saisir la médiation régionale / interrégionale...

Il est en outre recommandé de s'appuyer sur les Commissions Régionales Paritaires (CRP) pour les conflits impliquant des personnels médicaux, celles-ci pouvant "se voir confier, à la demande du Centre National de Gestion ou du DGARS, une action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits" en application de l'article R. 6156-80 du code de la santé publique.

1.3 POSSIBILITÉS D'ORGANISATION INTER-HOSPITALIÈRE

Ce dispositif peut être propre aux établissements, ou partagé avec d'autres, notamment pour les établissements en direction commune, les établissements membres d'un même GHT, ou simplement avec des établissements proches ou à faibles effectifs. Il sera ainsi possible d'étendre par convention les compétences de l'instance ou de la commission de conciliation mise en place par certains établissements à d'autres structures qui le souhaiteraient.

2 LA MÉDIATION

LA MÉDIATION (*processus externe: financé sur crédits spécifiques donc gratuit pour les personnels et les établissements de la FPH*).

La médiation s'adresse aux personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, y compris les étudiants en santé, pour tous différends, qu'ils soient médicaux ou non médicaux, entre professionnels, opposant soit un agent à sa hiérarchie, soit des personnels entre eux, dans le cadre de leurs relations professionnelles et, dès lors qu'ils sont employés par le même établissement, au sein d'une direction commune ou d'un même GHT et que ce différend porte une atteinte grave au fonctionnement normal du service. La médiation en milieu hospitalier n'a pas pour finalité d'éviter le recours contentieux mais de garantir les conditions d'un dialogue.

2.1 RÉFÉRENCES JURIDIQUES

- 1/ Code de santé publique.
- 2/ Décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé.
- 3/ Code de procédure civile, art 1530.
- 4/ Code de l'action sociale et des familles, articles L311-3 à L311-11.
- 5/ Code de la consommation: Livre VI, titre premier, chapitre premier.
- 6/ Code d'éthique et de déontologie du médiateur professionnel.

2.2 QU'EST-CE QUE LA MÉDIATION?

LA MÉDIATION S'APPLIQUE À :

(Décret n°2019-897 du 28 août 2019 modifié par décret n° 2023-326 du 28 avril 2023)

QUI? Tous les professionnels médicaux (*y compris étudiants et internes en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique*) et non médicaux (*filières administrative, éducative et sociale, medicotechnique, rééducation, soignante, ouvrière et technique, y compris étudiants des filières paramédicales...*).

QUOI? Tout différend entre professionnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux opposant, soit un agent à sa hiérarchie, soit des personnels entre eux dans le cadre de leurs relations professionnelles.

6 GRANDS PRINCIPES
CONFIDENTIALITÉ
LIBERTÉ
INDÉPENDANCE
NEUTRALITÉ
IMPARTIALITÉ
ÉQUITÉ

QUAND? Ce différend :

- Doit porter une atteinte grave au fonctionnement normal du service.
- N'a pas pu être résolu préalablement par des dispositifs de conciliation locale ou dans le cadre d'instances existantes.

Le médiateur régional ne peut être saisi que lorsqu'un dispositif local de résolution de conflit a été mobilisé et que l'on a constaté qu'il n'avait pu aboutir. Ce dispositif peut être interne, inter-établissements ou régional pour ce qui concerne les Praticiens Hospitaliers (*Commission Régionale Paritaire placée auprès du DGARS*).

SONT EXCLUS :

- Les conflits sociaux.
- Les différends relevant des instances représentatives du personnel ou faisant l'objet d'une saisine du Défenseur des droits, d'une procédure disciplinaire ou d'insuffisance professionnelle.
- Les différends relatifs à des décisions prises après avis d'un comité médical ou d'une commission de réforme.
- La médiation ne peut plus être sollicitée si une procédure juridique a été déclenchée préalablement

Le dispositif national de médiation ne concerne également pas les conflits entre professionnels ou institutions et les usagers ou leurs représentants. Sont également exclues du champ de compétence de la médiation les situations de harcèlement moral ou sexuel et de violences sexuelles et sexistes qui relèvent du domaine pénal.

Décret n 2023-326 du 28 avril 2023 : le décret positionne la médiation comme un levier stratégique, à la fois pour résoudre les différends, les anticiper et améliorer les dynamiques relationnelles au sein des organisations.

Celle-ci devient un outil d'appui, de conseil ou d'accompagnement dans certaines situations, tout en visant également à améliorer les relations inter-institutionnelles.



Ainsi, le dispositif actuel de médiation a une double vocation : accompagner les parties pour parvenir à une résolution amiable en cas de conflit, et prévenir les tensions dans un contexte professionnel. Il peut également intervenir pour soutenir la reprise d'activité de personnels après un éloignement prolongé (*suspension disciplinaire, insuffisance professionnelle, congé de longue maladie ou longue durée*). Un exemple concret concerne le retour d'agents hospitaliers non vaccinés contre la Covid-19, susceptible de générer des frictions avec les équipes restées en poste durant la crise sanitaire.

Par ailleurs, la médiation peut être mobilisée dans une logique préventive pour développer ou optimiser les relations entre professionnels, entre institutions ou entre agents et encadrement, même en l'absence de conflit, afin de renforcer la coopération et le dialogue.

2.3 PROCÉDURE CE QUE LA MÉDIATION

1^{er} NIVEAU

Le litige doit dans un 1^{er} temps tenter d'être résolu dans le cadre du dispositif local de conciliation ou de médiation. S'il concerne au moins un Praticien Hospitalier, la **Commission Régionale Paritaire (CRP)** doit être saisie.

2^e NIVEAU : SAISINE DU MÉDIATEUR RÉGIONAL OU INTERRÉGIONAL

La saisine du **médiateur régional** ou **interrégional** n'est ouverte que lorsque le différend n'a pu être résolu localement et, le cas échéant, après avoir été porté devant la CRP.

Il peut être saisi, par voie électronique :

- Soit par l'une des parties concernées.
- Soit par le directeur de l'établissement d'affectation lorsque le différend concerne un personnel non médical.
- Soit par le PCME, conjointement avec le directeur de l'établissement d'affectation pour les personnels médicaux.
- Soit par le PCME, conjointement avec le directeur de l'établissement d'affectation et le doyen de l'UFR concerné pour les personnels hospitalo-universitaires et les étudiants.
- Soit par le directeur du CNG s'agissant des PH et personnels de direction.

Le médiateur doit recueillir l'accord écrit des parties concernées pour engager la médiation et accéder aux dossiers individuels.

3^e NIVEAU

Lorsqu'aucune solution n'a pu être trouvée dans un délai de 3 mois à compter du recueil de l'accord écrit des parties concernées, le médiateur régional ou interrégional peut saisir le **médiateur national**.

Celui-ci peut également être saisi par le directeur du CNG s'agissant des PH et personnels de direction. Le médiateur national peut engager la médiation une fois l'accord des parties recueilli. Par ailleurs, ce dernier est chargé d'élaborer des guides de bonnes pratiques à l'attention des EPS et ESMS.

CONTRAT DE MÉDIATION

À l'issue de chaque médiation, un **contrat de médiation** est élaboré dans un délai de 3 mois à compter du recueil écrit de l'accord des parties concernées. Ce contrat est accepté et formellement signé par les parties lorsqu'il remporte leur adhésion. Il est transmis au directeur de l'établissement d'affectation, ainsi qu'au PCME lorsque le différend concerne au moins un personnel médical, et au doyen de l'UFR concernée lorsqu'il concerne au moins un personnel HU ou un étudiant.

Le médiateur régional ou interrégional et le médiateur national assurent le suivi et l'évaluation de chaque contrat.

EN SYNTHÈSE

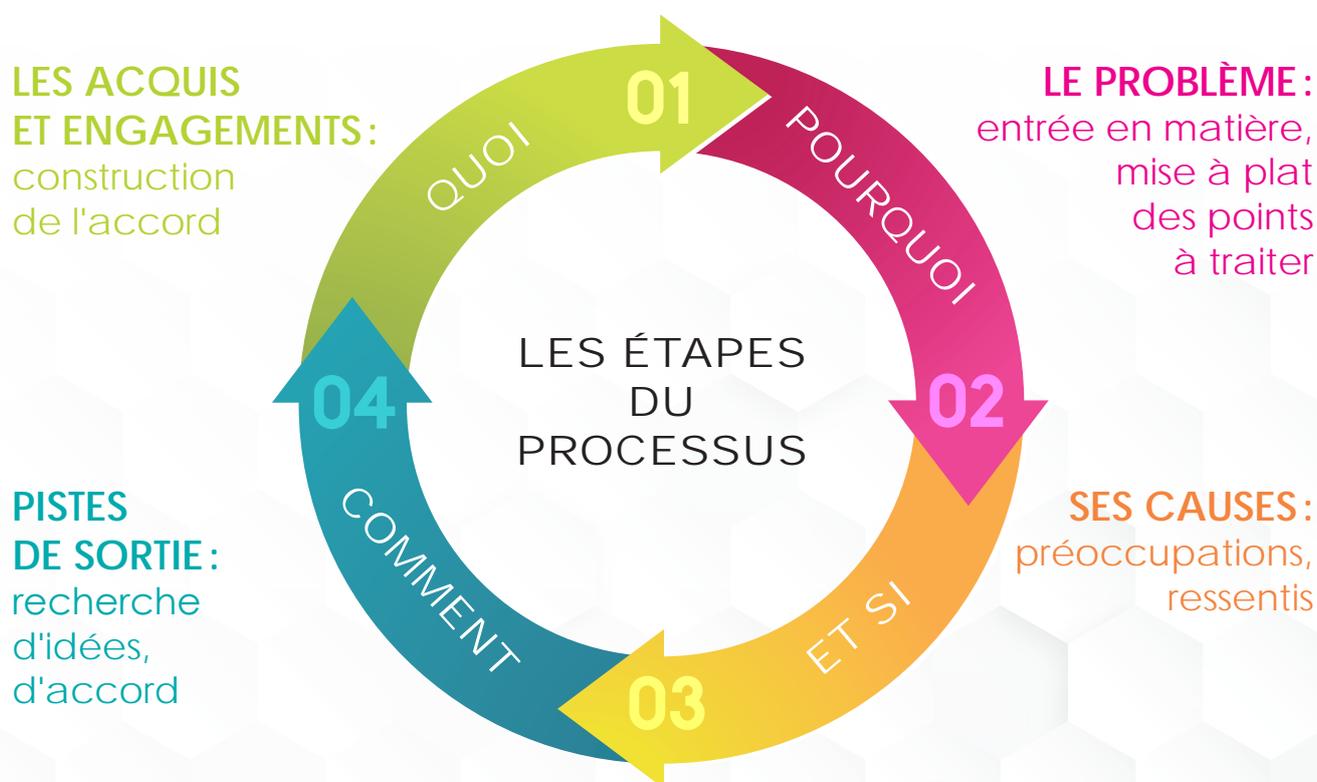


Figure : schéma de synthèse du processus de médiation.

MÉDIATION MÉDICALE ET MÉDIATION NON-MÉDICALE, QUELLE DIFFÉRENCE ?

L'article R.1112-92 du code de santé publique précise que "Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service, tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis."

RESSOURCES

www.mediation-sante-social.ars.sante.fr



Médiateur régional pour la région Grand Est :
Monsieur le Professeur Henry COUDANE
(arrêté du 20 novembre 2022).



Pour toute demande de médiation en Grand Est :
qvt-mediateur-grandest@sante.gouv.fr

À RETENIR

La conciliation et la médiation sont des leviers importants pour améliorer la qualité de vie au travail.

Elles nécessitent néanmoins d'être structurées et de prendre appui sur des personnels formés.

Des dispositions particulières méritent d'être mises en place pour le personnel médical, en prenant appui sur la CME et/ou la CMG.

CHAPITRE 20

STATUTS ET GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MÉDICALES

Dr David PINEY, Laura POSSAMAÏ

De multiples statuts se côtoient au sein des établissements publics de santé et médico-sociaux : mono ou bi-appartenant, hospitaliers et/ou universitaires, titulaires ou contractuels. Chacun a ses règles et ses spécificités. Tous s'engagent à participer à la permanence des soins.

Le management de ces hautes compétences nécessite de l'expertise, mais aussi de s'adapter aux spécificités de chacun. L'accompagnement des parcours professionnels et le management des compétences doit donc pouvoir être agile, mais également veiller à une cohérence générale au sein de l'établissement.

Cette politique doit nécessairement être portée par la direction des affaires médicales et la commission médicale d'établissement. La conduite d'entretiens professionnels annuels est dans ce cadre un outil particulièrement adapté.

1 | LES STATUTS HOSPITALIERS

1.1 LE PRATICIEN HOSPITALIER (PH) CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, ART R 6152-1 À R6152-333

Depuis la fusion des statuts de praticien hospitalier à temps plein et à temps partiel en février 2022, les PH ont des obligations de service hebdomadaire fixées à 10 demi-journées pour un temps plein, et entre 5 et 9 demi-journées pour un temps partiel. L'accès à ce statut se fait par concours national, avec des recrutements organisés 2 fois par an d'après le décret n°2022-134, du 5 février 2022.

La procédure de recrutement externe d'un PH sur un poste régulièrement publié comprend une proposition du chef de service, l'avis du chef de pôle, du PCME puis une proposition de nomination dans l'établissement par le directeur ou la directrice, au directeur du centre national de gestion. Il s'agit du statut de principe du recrutement médical à l'hôpital.

Auparavant, les PH temps plein pouvaient prétendre à l'IESPE sous réserve de ne pas exercer d'activité libérale statutaire. Les praticiens hospitaliers temps partiels devaient exercer exclusivement en qualité de PH temps partiel, pouvant toutefois cumuler leur activité avec un contrat de praticien attaché. Désormais, les règles associées à l'ESPE applicables au statut unique de PH supposent la double condition :

- De ne pas exercer d'activité libérale statutaire.
- D'exercer exclusivement en établissement public de santé ou en EHPAD public.

L'assouplissement de la possibilité de cumuler une activité privée avec l'activité hospitalière peut s'accompagner de la mise en œuvre du dispositif de non concurrence prévu au II de l'article L. 6152-5-1 du code de santé publique.

L'interdiction ne peut toutefois s'appliquer que dans un rayon maximal de 10 kilomètres autour de l'établissement public de santé dans lequel le praticien exerce à titre principal.

À noter que même en l'absence d'une telle interdiction, les praticiens exerçant à temps partiel ne peuvent user de leurs fonctions hospitalières pour entrer en concurrence directe avec l'établissement public de santé dans lequel ils exercent à titre principal dans le cadre d'une activité rémunérée dans :

- Un établissement de santé privé à but lucratif.
- Un cabinet libéral.
- Un laboratoire de biologie médicale privé.
- Ou une officine de pharmacie (*cf. II de l'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique*) : c'est là une obligation de loyauté inhérente à l'activité hospitalière, que le législateur a néanmoins tenu à souligner.

Les praticiens hospitaliers sont rémunérés selon la grille suivante :

	L'avancement d'échelon s'effectue selon les durées suivantes	Émoluments hospitaliers pour un équivalent temps plein (montants bruts annuels)
Échelon 13	4 ans	112 416,56€
Échelon 12	4 ans	105 062,89€
Échelon 11	4 ans	99 810,26€
Échelon 10	4 ans	94 557,64€
Échelon 9	4 ans	90 549,14€
Échelon 8	2 ans	79 647,54€
Échelon 7	2 ans	76 465,74€
Échelon 6	2 ans	71 162,83€
Échelon 5	2 ans	68 688,21€
Échelon 4	2 ans	66 567,09€
Échelon 3	2 ans	62 148,07€
Échelon 2	2 ans	58 082,41€
Échelon 1	2 ans	55 607,70€



LES DIFFÉRENTS CONGÉS DE MALADIE DU PH

L'arrêt de travail peut revêtir différentes formes appréciées selon la nature de la maladie. Il existe donc statutairement plusieurs types de congé maladie :

Le Congé de Maladie Ordinaire (CMO) : articles R.6152-37 et R6152-229 du CSP.
Ce congé est octroyé lorsque la nature de la maladie ne présente pas de gravité particulière.

Le Congé de Longue Maladie (CLM) : articles R.6152-38 et R6152-230 du CSP.
Ce congé est octroyé lorsque la maladie présente une gravité particulière et qui rend nécessaire un traitement et des soins coûteux et prolongés. Les maladies ouvrant droit au CLM figurent à l'article 1 de l'arrêté du 14 mars 1986.

Le Congé de Longue Durée (CLD) : articles R.6152-39 et R6152-231 du CSP.
Ce congé est octroyé pour l'une des affections relevant des 5 groupes de maladies suivants : tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite, déficit immunitaire grave et acquis.

Les autres types de congés

Au-delà des congés de maladie, longue maladie et longue durée, le praticien a également droit à un congé :

- En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (*article R. 6152-364 du CSP*).
- De maternité, de naissance, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption ou pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption (*article R. 6152-819 du CSP*).
- Parental non rémunéré (*article R. 6152-45 du CSP*).
- De solidarité familiale (*article R. 6152-35-1 du CSP*).
- De présence parentale (*article R. 6152-35-2 du CSP*).
- De proche aidant (*article R. 6152-824 du CSP*).

LES DIFFÉRENTS DROITS À CONGÉS

Le congé annuel : les PH bénéficient d'un droit à congé annuel de 25 jours ouvrés, réduit en cas d'activité à temps partiel au prorata de la quotité de travail effectué. Dans tous les cas, ils ne peuvent pas prendre moins de 20 jours ouvrés de congé annuel.

Le congé au titre de la Réduction du Temps de Travail (RTT) : durée de 19 ou 20 jours en fonction de l'établissement et de sa politique vis-à-vis de la journée de solidarité. Réduit en cas d'activité à temps partiel (*article R. 6152-801*).

Jours de récupération des temps de travail additionnel, d'astreinte ou de déplacements s'ils ne font pas l'objet d'indemnisation.

Les congés de formation prévus par l'article R. 6152-49, d'une durée de 15 jours par an, pouvant être cumulés sur 2 ans. Durant ce congé, vous percevez l'intégralité de vos émoluments.

Le statut de PH titulaire donne également droit à des autorisations d'absences spéciales :

5 jours pour le mariage ou la signature d'un pacte civil de solidarité (*Pacs*).

3 jours en cas de décès ou de maladie grave du conjoint, partenaire de Pacs, père, mère ou enfant.

1 jour pour le mariage d'un enfant.

TEXTES RÉFÉRENTIELS

Décret n°2022-132 du 5 février 2022 portant diverses dispositions relatives aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé.



Instruction N°DGOS/RH5/2022/59 du 28 février 2022 relative aux activités d'intérêt général et aux activités non cliniques, dénommées "valences" exercées par les praticiens des établissements publics de santé.



1.2 LE PRATICIEN CONTRACTUEL CSP, ART. R.6152-334 ET R6152-335

Le nouveau statut de praticien contractuel remplace les anciens statuts de praticien contractuel, de praticien attaché et de clinicien des hôpitaux. Ce statut comprend 4 cas de recours permettant de recruter par contrat un médecin sur proposition du chef de service, et avec l'avis du chef de pôle et du PCME.

MOTIF 1

Pour assurer le remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité.

Dans ce cas :

- Le contrat est conclu pour une durée initiale de 6 mois maximum.
- Renouvelable pour une période maximale de 6 mois.
- Dans la limite de 2 ans au sein d'un même établissement.
- Temps de travail entre 1 et 10 demi-journées /semaine.

MOTIF 2

En cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire (*Décret n°2024-1133 du 4 décembre 2024*).

Dans ce cas :

- Condition d'ancienneté de 5 ans d'inscription à l'Ordre pour le recrutement.
- Le contrat est conclu pour une durée initiale de 6 mois et 3 ans maximum, renouvellement selon les mêmes conditions de durée sans excéder 6 ans.
- Fixation d'une durée minimale du contrat de 6 mois et d'une quotité minimale de temps de travail de 40%.
- Dans la limite de 6 ans au sein d'un même établissement.
- Le service hebdomadaire du praticien exerçant à temps partiel ne peut être inférieur à 4 demi-journées.
- Interdiction de recruter un PH en disponibilité sur un contrat de motif 2.
- Détermination du montant de la part variable en fonction de l'expérience du praticien et du niveau de responsabilité et d'expertise requis pour l'exercice des fonctions.

MOTIF 3

Dans l'attente de son inscription sur la liste d'aptitude au concours national de PH des établissements publics de santé.

Dans ce cas :

- Le contrat est conclu pour une durée maximale de 3 ans.
- Temps de travail minimum 5 demi-journées /semaine.

► **Pour les motifs 1 à 3, il s'agit de contrats successifs possibles au sein d'un même établissement dans la limite de 6 ans maximum en tant que praticien contractuel. Il ne s'agit donc de contrat à durée déterminée.**

MOTIF 4

Pour compléter l'offre de soins de l'établissement avec le concours de la médecine de ville et des établissements de santé privés d'intérêt collectif et privés mentionnés à l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique.

Dans ce cas :

- Le contrat est conclu pour une durée maximale de 3 ans.
- Renouvelable par décision expresse dans la limite d'une durée maximale de 6 ans.
- Temps de travail maximum de 4 demi-journées /semaine.

À l'issue d'un ou plusieurs contrats conclus pour une durée cumulée de 3 ans, le contrat peut être renouvelé pour une durée indéterminée.

À compter d'une durée cumulée de 6 ans sur le même emploi dans le même établissement, le contrat est renouvelé pour une durée indéterminée.

1.3 L'ASSISTANT DES HÔPITAUX PRATICIEN CONTRACTUEL CSP, ART. R6152-501 ET R6152-502

Le statut d'assistant des hôpitaux est un statut dit de "post-internat". Il a vocation à intervenir à la suite de la dernière année d'internat, sous l'appellation de docteur junior, une fois le praticien diplômé inscrit à l'ordre des médecins. Les assistants sont recrutés par contrat écrit avec le directeur de l'établissement public de santé. Le recrutement se fait sur proposition du chef de service, et avis du chef et du PCME.

Les assistants sont recrutés pour une période initiale soit d'1 an, soit de 2 ans renouvelables par période d'un an, sans que la période totale d'exercice des fonctions en qualité d'assistant ne puisse excéder six ans. En théorie, ils peuvent être assistants généralistes ou spécialistes.

1.4 LE PRATICIEN ASSOCIÉ ET ATTACHÉS ASSOCIÉS CSP, ART. R.6152-901

Le statut de praticien associé remplacera définitivement au 1^{er} janvier 2023 les anciens statuts de praticien attaché associé et de praticien assistant associé. Il concerne le recrutement de praticiens à diplôme hors union européenne. Il ne s'agit plus d'un statut à recrutement direct par les établissements mais d'un statut d'affectation dans l'établissement, par le directeur général du CNG ou de l'ARS.

Relèvent du statut des praticiens associés :

- Les praticiens qui sont tenus d'accomplir un parcours de consolidation des compétences ou un stage d'adaptation (*affectés par le directeur général du CNG ou par l'ARS*).
- Les praticiens bénéficiant d'une autorisation d'exercice temporaire (*autorisation accordée par l'ARS, situation des réfugiés, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial ou de la protection subsidiaire, et aux français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises*).

La réglementation relative aux praticiens à diplôme hors union-européenne évolue régulièrement. Le statut de PACT s'ajoute à celui de faisant fonction d'interne ou bien celui de stagiaire associé, toujours disponibles pour les PADHUE en amont de leur passage des EVC. Dans l'attente de la constitution des commissions et de l'instruction des dossiers de demande de cette autorisation d'exercice provisoire, les PADHUE ayant échoué aux EVC 2024 peuvent, à titre dérogatoire, déposer une demande d'attestation temporaire d'exercice auprès de l'ARS de leur lieu d'exercice, conformément à l'instruction n°DGOS/RH2/2025/21 du 31 janvier 2025.

Cette attestation est délivrée sous réserve du respect de 3 conditions : avoir exercé dans un établissement français en 2024, s'engager à se présenter à la session 2025 des EVC, et bénéficier d'un encadrement suffisant et d'un "exercice médical collégial". Elle ne permet pas un plein exercice et est valable jusqu'à la date d'obtention de l'autorisation d'exercice provisoire de 13 mois renouvelables et au plus tard jusqu'au 31 juillet 2025.

1.5 LE CONTRAT D'EXERCICE LIBÉRAL EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ CSP, ART. L.6146-2 CSP, ART.R.6146-17 ET S.

Les médecins exerçant à titre libéral peuvent être admis à participer aux missions de service public des établissements de santé, rémunérés à l'acte, avec une redevance égale à un pourcentage des honoraires (*consultations, actes de radiologie, etc.*).

Ces professionnels participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé. Ces contrats, à l'exception de ceux conclus avec les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre bénévole, sont approuvés par le DGARS. Les contrats conclus avec les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre bénévole ne se substituent pas aux postes de titulaires laissés vacants. Les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, admis à participer à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité peuvent être indemnisés à ce titre. Cette indemnité s'ajoute aux honoraires mentionnés au premier alinéa du présent article Le temps dédié à cette activité est limité à : 1 demi-journée par semaine en moyenne sur le quadrimestre pour les PH exerçant à 80 % ou à 90 % ; et 2 demi-journées par semaine en moyenne sur le quadrimestre pour les PH exerçant à temps plein.

2 LES STATUTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Principalement affectés au sein des CHU, ces statuts regroupent ceux de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (*CCA*) et les Assistants Hospitaliers Universitaires (*AHU*) dans les disciplines biologiques ou mixtes, les Praticiens Hospitaliers Universitaires (*PHU*), mais aussi les statuts titulaires de Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier (*MCU-PH*) et de Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (*PU-PH*).

Ils accompagnent la construction d'un parcours hospitalo-universitaire et conduisent les praticiens à s'engager sur une triple mission d'enseignement pour la formation initiale et continue, de recherche, et de soins.

Dans le cadre des projets territoriaux d'universitarisation CHU/GHT/CH, le déploiement de ces profils sur des organisations territoriales facilite une meilleure répartition des étudiants de 2^e et 3^e cycle dans les subdivisions. Elle favorise le développement de la recherche en CH.

Selon les régions, cela s'accompagne de la création de postes Hospitalo-Universitaires de territoire, de la nomination de professeurs associés et/ou de la reconnaissance de valences d'enseignements pour les PH, voire de la nomination de PUPH dans les CH.



3 | LES PRIMES HOSPITALIÈRES

Plusieurs primes ou indemnités peuvent s'ajouter aux émoluments statutaires des praticiens, par exemple pour l'exercice de responsabilités managériales (*chef de service, chef de pôle, PCME*). D'autres peuvent être mobilisées pour reconnaître un engagement particulier : prime de solidarité territoriale, prime d'engagement dans la carrière, prime d'exercice territorial.

3.1 PRIME DE SOLIDARITÉ TERRITORIALE (PST)

La PST concerne les PH, contractuels, assistants, attachés et personnels enseignants hospitaliers à temps plein. Elle rémunère, sur volontariat et avec l'accord du chef de pôle et de service, des missions effectuées dans un autre établissement public que celui d'origine. Exceptionnellement, le DGARS peut étendre cette prime aux praticiens à temps partiel, sur demande du directeur de l'établissement employeur.

Le dispositif repose sur :

- Une convention-cadre régionale, signée entre les établissements partenaires et le DGARS, fixant les modalités de versement et de remboursement de la prime.
- Une convention nominative, conclue pour chaque mission entre le praticien et les établissements (*employeur et d'accueil*), dont le contenu est défini par l'article 3 de l'arrêté.

Montant :

La PST varie selon les demi-journées effectuées dans le mois :

- Demi-journée de jour : 293,25€ brut
↳ *du lundi au vendredi, samedi matin.*
- Demi-journée de nuit ou jour : 427,25 € brut.
↳ *samedi après-midi, dimanche et jours fériés.*

Le DGARS peut ajuster ces montants de $\pm 20\%$ par établissement et spécialité, après avis de la commission régionale paritaire, via la convention-cadre.

La prime est payée mensuellement par l'établissement employeur, puis remboursée par l'établissement d'accueil selon la convention-cadre.

3.2 PRIME D'ENGAGEMENT DANS LA CARRIÈRE HOSPITALIÈRE (PECH)

Cette prime vise à encourager les praticiens contractuels (R. 6152-404-1) et assistants des hôpitaux (R. 6152-514-1 5°) à s'engager via une convention avec un établissement public de santé, sur des postes dans des spécialités en tension ou à faible recrutement (*ex. anesthésie-réanimation, radiologie*).

La convention, est signée entre le directeur de l'établissement et le praticien. Ce dernier s'engage à passer le concours de PH, à candidater dans l'établissement et à y exercer 3 ans après réussite. L'établissement garantit un emploi à temps plein et des émoluments mensuels équivalents à ceux perçus initialement. En cas d'engagement supplémentaire de 3 ans après 5 ans de service (*via avenant*), une bonification d'ancienneté de 2 ans est accordée (R. 6152-5-1, R. 6152-204-1).

Montant :

- 20 000€ : spécialité en tension dans l'établissement (*liste fixée par le DGARS*).
- 10 000€ : spécialité à recrutement difficile (*liste définie sur le plan national. Ex. : anesthésie, radiologie, psychiatrie*).
- 30 000€ : combinaison des 2 critères.

La prime est versée en 2 fois : 50 % à la signature, 50 % à la nomination en période probatoire.

3.3 PRIME D'EXERCICE TERRITORIAL (PET)

Instaurée par le décret n°2017-327 du 14 mars 2017, la PET modernise le régime indemnitaire des PH pour encourager la collaboration au sein des équipes médicales territoriales. Elle concerne, sous conditions, les PH à temps plein ou partiel, les praticiens contractuels, les assistants des hôpitaux, les assistants associés, les praticiens attachés et attachés associés (*références : articles D. 6152-23-1, D. 6152-220-1, D. 6152-417, D. 6152-541-1, D. 6152-539-4, D. 6152-612-1, R. 6152-633-1 du CSP*). La prime multi-sites, antérieure est remplacée à partir du 1^{er} juillet 2017.

Une convention d'activité partagée, doit être signée entre les directeurs des établissements concernés et le praticien. La PET est versée mensuellement par l'établissement où le praticien est nommé ou recruté.

Le montant de la prime dépend du nombre de demi-journées hebdomadaires effectuées hors du site principal et du nombre de sites :

- 1 demi-journée : 250€ brut.
- 1 à 3 demi-journées : 450€ brut.
- 3 à 4 demi-journées : 700€ brut.
- 4 demi-journées sur ≥ 2 sites : 1 000€ brut.
- 4 demi-journées : 1 000€ brut.

L'éligibilité nécessite une activité sur un site situé à au moins 20 km (*distance routière la plus courte*) du site principal.

4 ENTRETIENS PROFESSIONNELS

En complément de la formation managériale des chefs de service et des chefs de pôle, l'entretien professionnel est un droit statutaire du PH. Ceux relevant d'un autre statut peuvent aussi s'inscrire dans cette démarche dans le cadre d'une dynamique collective. Chacun peut décider de ne pas en bénéficier.

L'entretien professionnel n'est pas une évaluation.

Il est mené entre pairs avec un triple objectif :

- Mieux accompagner les parcours professionnels des praticiens exerçant à l'hôpital.
- Créer du lien au sein de l'équipe en prenant appui sur les responsabilités managériales des responsables médicaux
- Simplifier les circuits administratifs de remontée d'information auprès de la CME et/ou des affaires médicales.

La tenue des entretiens professionnels s'organise sous l'égide de la CME. Leur organisation est définie dans le volet médical du projet managérial de l'établissement (*trames, circuits, modalités d'archivage, dématérialisation dans un outil dédié...*) dont l'élaboration s'appuie sur une démarche participative pour favoriser leur appropriation par les équipes. L'informatisation du processus est à privilégier si elle garantit les conditions de confidentialité attendues.

La date de l'entretien est fixée par le praticien qui le conduit. Elle est communiquée à l'intéressé au moins 8 jours à l'avance.

L'organisation de l'entretien garantit la confidentialité des informations échangées.

Il est assuré :

- Pour les praticiens - y compris responsables de structure interne dépendante du service - par le chef de service ou le praticien responsable de la structure interne d'affectation ou, à défaut, par le chef de pôle.
- Pour les chefs de service ou responsables de structures internes indépendantes d'un service, par les chefs de pôle.
- Pour les chefs de pôle, par le PCME.

Il se conclut par un **compte rendu signé par les 2 parties** conservé dans le dossier du praticien.

Sa conduite peut s'appuyer sur une grille d'entretien. Une aide à l'orientation des informations collectées lors de l'entretien.

Le compte rendu est adressé au praticien suivant l'entretien par celui qui l'a conduit. Le praticien le complète de ses observations. Il peut saisir le chef de pôle ou le PCME d'une demande de révision (*cf. délais réglementaires*).



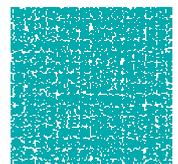
Une évaluation du déploiement des entretiens professionnels est présentée régulièrement en CME (*indicateurs, satisfaction des praticiens...*). Elle donne lieu à une actualisation du volet médical du projet managérial de l'établissement.

POUR ALLER + LOIN

Publication de 2 guides de gestion RH des praticiens hospitaliers et des praticiens des établissements publics de santé.



Modèle de grille d'entretien et "mode d'emploi" élaboré par la conférence (*lien Sharepoint*).



À RETENIR

Les avantages du statut de praticien hospitalier sont encore trop souvent méconnus, y compris en termes de droit acquis pour la retraite.

Les entretiens professionnels ne sont pas des évaluations mais des échanges entre pairs.

L'accompagnement des parcours professionnels est un levier managérial important pour fidéliser les équipes médicales.

CHAPITRE 21

LA TRANSITION ÉNERGÉTIQUE ET ÉCOLOGIQUE : UNE APPROCHE DES SOINS ÉCORESPONSABLES

Pr Patrick PESSAUX, Laura POSSAMAÏ

1 | CONTEXTE NATIONAL

Le rapport “Décarboner la santé pour soigner durablement” de The Shift Project publié en 2023 met en évidence que le système de santé français représente plus de 8 % des émissions de gaz à effet de serre nationales, soit près de 50 Mt de CO₂. L’impact de l’offre de soins représente environ 45 % de ces 50 millions de tonnes. Les médicaments et les dispositifs médicaux recouvrent les 55 % restants. Chaque année, l’ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux produisent plus de 700 000 tonnes de déchets et représentent 12 % de la consommation énergétique du secteur tertiaire. À eux seuls, les établissements de santé publics dépensent 29 milliards d’€ d’achats. Le secteur de la santé prépare à lui seul 1,5 milliard de repas.

De nombreuses initiatives locales de transformation écologique, hétérogènes et variées ont essaimé sur le territoire ces dernières années. Ces initiatives reflètent le souhait partagé par le plus grand nombre de “trouver du sens” au travail et de collaborer autour de projets engagés et porteurs.

Ces initiatives, ainsi que la forte attente exprimée régulièrement par les acteurs du secteur, ont guidé la mise en œuvre du COPIL de la planification écologique dans le secteur sanitaire et médico-social. Ce comité de pilotage coordonné par le secrétariat général à la planification écologique est structuré initialement autour de 7 thématiques depuis le 22 mai 2023. La feuille de route définitive a été finalisée en décembre 2023, l’occasion de présenter un nouvel axe consacré aux produits de santé et à l’industrie, mais aussi d’énoncer les outils de pilotage ou encore de territorialisation de la planification :

- 1 Bâtiment et maîtrise de l’énergie.
- 2 Industries et produits de santé.
- 3 Achats durables.
- 4 Soins écoresponsables.
- 5 Déchets du secteur.
- 6 Formation et recherche en transformation écologique.
- 7 Mobilités durables.
- 8 Impact environnemental du numérique.

2 | LES SOINS ÉCORESPONSABLES

Les soins écoresponsables, ou “éco-soins”, sont définis par l'Assurance Maladie comme l'offre d'une prise en charge à qualité, sécurisée et pertinente égale, tout en réduisant l'impact environnemental. Ces pratiques incluent des dimensions économiques et sociales, et concernent autant la pratique de soin que l'organisation du soin, que ce soit en ville, en établissement ou en structure médico-sociale.

Cette offre répond à plusieurs problématiques :

- La surutilisation, la sous-utilisation, le mésusage ou le gaspillage.
- Les enjeux environnementaux, sociaux et économiques engendrés par le soin.

Ce type de nouvelle pratique prend plusieurs formes, comme :

- Une politique plus axée sur la prévention pour éviter ou retarder certaines pathologies.
- Repenser la pertinence des actes médicaux et des parcours de soins, en favorisant ceux qui ont une réelle valeur ajoutée pour le patient.
- Recourir à des médicaments moins polluants que d'autres.
- Utiliser du matériel de manière écoresponsable.
- Éviter certains gaz anesthésiants plus polluants.

2.1 ENJEUX

ÉCONOMIQUES

- Réduire les coûts globaux tout au long du cycle de vie d'un soin.
- Favoriser l'approvisionnement national afin d'assurer l'indépendance dans le secteur stratégique de santé publique.

SOCIAUX ET ÉTHIQUES

- Garantir l'efficacité des services de santé.
- Améliorer la qualité de vie au travail et renforcer l'attractivité des structures où elles sont mises en œuvre.
- Limiter l'accroissement des maladies chroniques et de l'obésité.

ENVIRONNEMENTAUX

- Favoriser une approche préventive vis-à-vis de la pollution plutôt qu'une approche curative.
- Préserver les ressources naturelles et la biodiversité.

2.2 DES RESSOURCES ONT ÉTÉ MISES EN PLACE AFIN DE DÉFINIR LES MODALITÉS DE MISES EN ŒUVRE

- Feuille de route “Planification écologique du système de santé”
- Plan National Santé-Environnement 4 (*PNSE 4*)
“Un environnement, une santé” (2021-2025)
- Plan National pour des Achats Durables (*PNAD 2022-2025*)
- Dossier de presse :
“Santé environnement: une nouvelle dynamique”
- “30 leviers pour agir ensemble”, AP-HP (*décembre 2022*)
- Recommandation conjointe SFR (*G4*) – SFMN, avec le soutien de la HAS et de l’ASN: guide “Aide à la Demande d’Examens de Radiologie et Imagerie Médicale” (*ADERIM*), 23 janvier 2023
- “Guide des bonnes pratiques de la dialyse verte”
Société Francophone de Néphrologie Dialyse Transplantation
- Le guide des “Unités durables”
du CHU de Bordeaux (*mai 2022*)
- “Guide du cabinet de santé écoresponsable :
Prendre soin du vivant pour la santé de chacun”
- “L’urgence d’agir pour préserver la santé de demain
50 propositions...” FHF (*novembre 2023*)



2.3 LE CADRE LÉGAL

- **Loi n°2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous.**

À pour but de "favoriser l'acquisition pendant l'enfance et l'adolescence d'une culture générale de l'alimentation soulignant les enjeux culturels, environnementaux, économiques et de santé publique liés aux choix alimentaires".



- **Loi n°2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique.**



- **Loi n° 2020-105 du 10 février 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire, art. 88.**

La loi instaure l'obligation du tri des bio-déchets depuis le 1^{er} janvier 2023 pour les producteurs et détenteurs de plus de 5 tonnes puis pour tous au 31 décembre 2023.



- **Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.**



- **Normes XP ISO/TR 14062 concernant l'intégration des aspects environnementaux dans la conception et le développement de produit.**



2.4 CAS DES DISPOSITIFS À USAGE UNIQUE

Le système de santé français reste aujourd'hui encore fortement marqué dans ses normes et dans ses pratiques par les crises sanitaires des années 1990. En effet, ces crises ont eu des répercussions significatives sur la santé publique, la réglementation et la perception des risques d'infections nosocomiales. En France, l'usage unique est recommandé par les autorités publiques, entre autres via la circulaire DGS/5C/DHOS/E2/2001/138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission « d'agents transmissibles non conventionnels ».

En 2020, la crise sanitaire liée au coronavirus a engendré un recours massif aux dispositifs à usage unique. Le Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (*CPias*) du Grand Est, dès avril 2020, demandait aux agents de nettoyage de porter un « tablier en plastique à usage unique » et des « gants à manchettes longues à usage unique ». La Société Française d'Hygiène Hospitalière (*SF2H*) recommandait le 12 mai 2020 « le port de sur blouse ou de tablier à usage unique lors de contact direct avec le patient suspect ou confirmé COVID-19, selon les soins à pratiquer », suivie par la HAS en novembre 2020. En octobre 2020, c'est au tour de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté d'appeler à « privilégier idéalement les EPI à usage unique ». Des actions déjà mise en place :

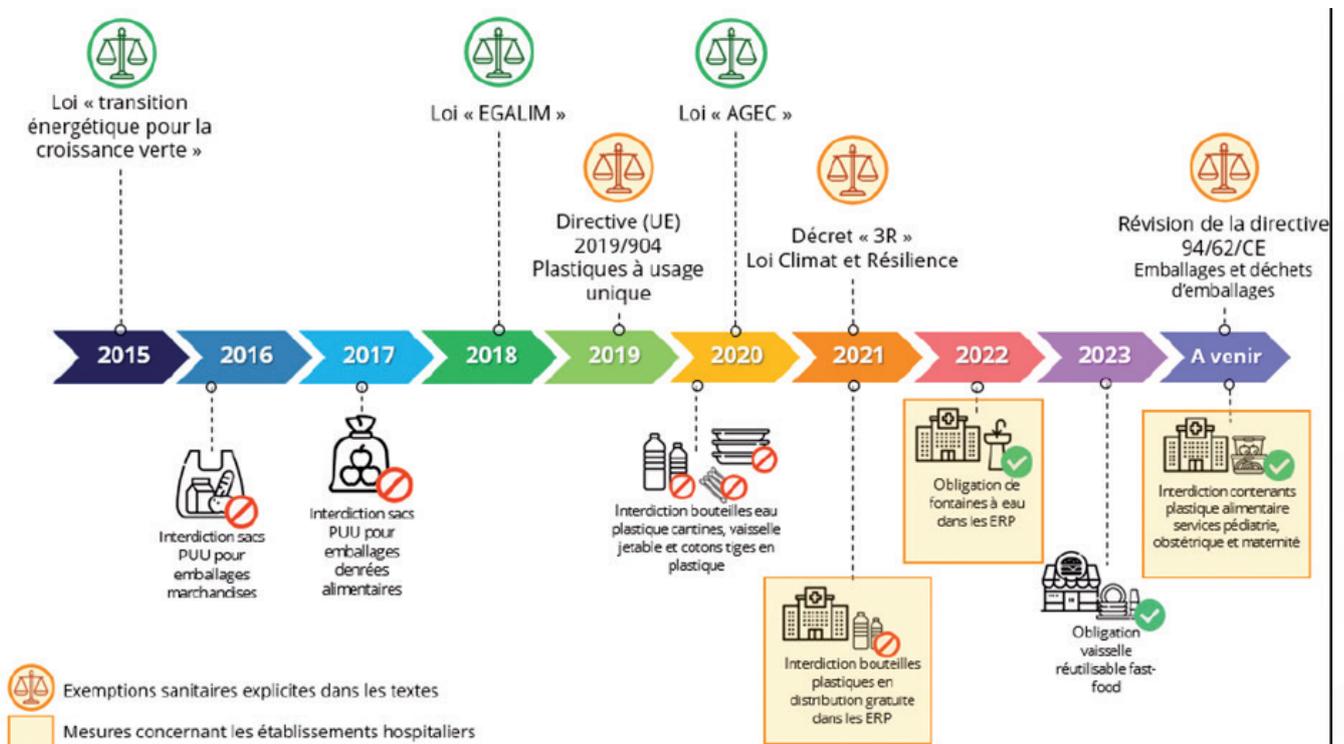


Figure 2: Frise chronologique des réglementations relatives au plastique.

Source : Mémoire de fin de formation des ingénieurs du Corps des mines Coline CLAUDE-LACHENAUD et Eponine LORIDANT

3 | COMMENT FAIRE ?

Analyser la pertinence d'un soin et d'un parcours de soin et évaluer sa nécessité pour réduire les recours aux dispositifs à forts impacts.

Analyser le cycle de vie de chaque dispositif médical de sa conception à sa fin de vie en passant par sa distribution et son utilisation et agir sur les postes suivants :

- Réduire les émissions de CO2 et autres gaz à effet de serre et réduire la consommation d'eau.
- Diminuer la consommation énergétique.
- Réduire la production de déchets et favoriser l'utilisation de produits à faible impact (*pollution de l'air, de l'eau, des sols...*).
- Utiliser des matériaux et produits non controversés.
- Optimiser le temps et les coûts.

Privilégier l'approvisionnement local et réduire la fréquence des livraisons.

Favoriser la réutilisation et diminuer les recours à des matériels à usage unique.

Optimiser le conditionnement (*allotissement en fonction des besoins des établissements et des patients...*).

Réduire la toxicité induite et favoriser la sécurité d'usage pour l'environnement et les usagers.

Source : www.anfh.fr - Développement durable et Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE).



PAR OÙ COMMENCER ?

Au niveau d'un établissement faire une évaluation avec par exemple l'autodiagnostic **Mon Observatoire du Développement Durable (MODD)** et **Mon Empreinte Carbone** de l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (*L'anap*).

Réaliser un diagnostic des pratiques et une analyse documentaire (*analyse des FDS, FT, protocoles, échantillothèque...*).

Analyser les pratiques et évaluer les impacts liés aux soins à chaque étape du cycle de vie des dispositifs médicaux.

Établir un plan d'action en identifiant les impacts les plus significatifs, en définissant des objectifs et en proposant des axes d'amélioration.

Source : www.anfh.fr - Développement durable et Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE).



4 | EXEMPLES D'INITIATIVES

4.1 LA RÉGION GRAND EST

Le programme “Hôpital du Futur 2” a été lancé sur la période 2024-2027. Cette démarche à destination des hôpitaux publics, portée conjointement par la Région, la Préfecture et l'ARS a pour finalité de soutenir la transition écologique et la décarbonation des établissements de santé. La réalisation de ce programme mobilisera au total un budget de 9 millions d'€ réparti à part égale entre la Région et l'ARS.

Ce programme poursuit plusieurs objectifs :

- Participer à la mise en œuvre et à l'atteinte des objectifs nationaux, européens et mondiaux (*Stratégie Nationale Bas Carbone, Objectifs Développement Durable, etc.*).
- Accompagner la transformation du secteur de la santé à travers ses projets d'investissement.
- Renforcer la résilience des établissements face aux crises climatiques et sanitaires.
- Anticiper et intégrer les normes.
- Intégrer les enjeux sociétaux, environnementaux et l'ensemble des externalités d'un projet d'investissement sur son cycle de vie.

4.2 LES PROJETS DE 11 HÔPITAUX ONT ÉTÉ RETENUS



- **“Et si on récupérait la chaleur perdue ?”**
CH Bélair de Charleville-Mézières (08).
- **Plateforme de banalisation de DASRI**
CH Léon Bourgeois de Châlons-en-Champagne (51).
- **Acquisition d'une solution innovante de douches hydromoléculaires pour les patients alités**
CHRU de Nancy et GHT Hôpitaux Sud Lorraine (54).
- **Éco-conception du parcours chirurgical du patient dans une démarche Green Bloc**
CHR Metz-Thionville (57).
- **Création d'un réseau de chaleur avec une chaufferie biomasse**
EPSM Metz Jury (57).
- **Remplacement des fenêtres du bâtiment médico-chirurgical et bâtiment femme-enfant et mise en place de volets avec pilotage automatique.**
CH de Haguenau (67).
- **Organisation et production des repas patients : innovation organisationnelle et réduction de l'empreinte carbone via des îlots réfrigérés**
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (67).

- **Végétalisation et production photovoltaïque en toiture**
Groupe Hospitalier Sélestat-Obernai (67).
- **Nouvelle blanchisserie interhospitalière Centre-Alsace en process mixte “Tout séché”**
Hôpitaux Civils de Colmar (68).
- **Création d’une chaufferie biomasse avec production de miscanthus**
CH de Rouffach (68).
- **Résilience canicule**
CH de Saint-Dié-des-Vosges (88).

ALSACE

Aux **Hôpitaux Universitaires de Strasbourg**, l’équipe du Pr Patrick Pessaux s’est mobilisée en faveur de l’écologie, une impulsion qui vient en premier lieu de l’équipe d’anesthésie. Parmi leurs actions, la suppression du desflurane, la mise en place d’un tri du verre, des petits plastiques, du carton ou encore la valorisation et réutilisation de certains outils chirurgicaux.

La **maternité écoresponsable de Colmar** est une maternité où les pratiques permettent de maîtriser les impacts sanitaires et environnementaux. Il s’agit d’un projet d’équipe dans lequel sont engagés un grand nombre des professionnels de santé du service. Il est porté par des sage-femmes, des médecins et des auxiliaires de puéricultures investis dans une démarche écoresponsable à la maison et qui ont décliné cet engagement au travail :

- Utilisation des cosmétiques bio en adaptant nos discours pour une utilisation raisonnée des produits en contact avec les nouveau-nés et en favorisant les soins avec de l’eau.
- Tri des mini biberons (*nourettes*) dans 3 axes différents (*verre/opercule en alu/tétine en plastique*) en ayant un partenariat avec une entreprise locale “Elise”. Ce qui permet de réduire l’empreinte carbone et de réaliser une action sociale avec des personnes vulnérables.
- Participation au Green Bloc en triant les instruments à usage unique en métal afin de les confier à une filière de recyclage.
- Réorganisation de toute la maternité afin de proposer aux parents des soins plus individualisés dans l’intimité de leur chambre.
- Participation à l’action nationale “Les 1000 premiers jours” en distribuant des sacs avec des produits et du matériel adapté afin de sensibiliser les parents sur la mise en place de la parentalité et leur impact sur l’environnement. Préserver la santé des nouveau-nés, des parents et des collaborateurs, ainsi que sensibiliser et éduquer aux éco-gestes.

MARNE

Le développement durable est au cœur de la stratégie de l'Établissement Public de Santé Mentale de la Marne et de son projet d'établissement. Voici 5 éco-actions qui sont d'ores et déjà mises en place ou qui vont l'être :

- **Inciter les déplacements décarbonés** : lancée le 16 janvier dernier au sein de l'établissement, l'application de covoiturage Karos® compte d'ores et déjà 139 utilisateurs. Pour inciter davantage le personnel vers une mobilité plus durable, les trajets domicile-travail sont intégralement financés par l'EPSM de la Marne.
- **Sensibiliser le personnel** : l'établissement s'engage dans une démarche écoresponsable. Vingt personnes volontaires, toutes catégories de métier confondues, participent à des groupes de travail. Objectif : écrire le volet écoresponsable du projet d'établissement 2024-2028 avec des actions à déployer au sein des services.
- **Investir dans du matériel éco-conçu** : au sein de l'établissement, le mobilier professionnel a désormais une seconde vie. "À chaque demande d'équipement des services, un tri est effectué. Ce qui est cassé ou abîmé est jeté. Le reste est conservé, stocké et classé par catégorie dans un bâtiment désaffecté du site Pierre Briquet", explique Rachel Pierron, responsable du service des achats. En fonction des besoins, le mobilier en état est réemployé au sein de l'établissement.
- **Diminuer sa consommation d'énergie** : depuis le 10 novembre, l'ensemble du site Pierre Briquet est raccordé au réseau de chaleur châlonnais.
- **Trier les déchets** : pour se conformer aux nouvelles règles de tri des déchets en vigueur sur l'agglomération de Châlons, tous les emballages, non empilés, non écrasés, sont désormais collectés. Pour l'instant, ils sont jetés dans des sacs jaunes qui seront, au fur et à mesure de l'épuisement des stocks, remplacés par des sacs transparents.

MOSELLE

En 2022, le Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville a poursuivi ses actions dans le domaine du développement durable, avec notamment la création du Comité pour le Développement Durable et la Santé Environnementale (C2DSE) en mai.

Le comité C2DSE réunit des représentants des équipes médicales, soignantes, techniques, des usagers et des différentes directions. L'objectif de ce comité est d'identifier et d'accompagner toutes les initiatives axées sur le développement durable au sein des différents sites du CHR.

MEURTHE & MOSELLE

Le CHRU de Nancy s'engage dans une politique de développement durable en diminuant de 12 % sur 3 ans sa production de gaz à effet de serre. L'amélioration de l'efficacité énergétique est intégrée au programme du Nouvel Hôpital de Nancy et de ses constructions.

Le CHRU entretient 26 hectares d'espaces verts. Tous les jardiniers ont été formés à une utilisation raisonnée des produits et de l'eau. Aucun produit phytosanitaire n'est utilisé depuis 2016. Le renouvellement du parc des véhicules fait l'objet d'un plan pluriannuel engagé par le CHRU de Nancy depuis 2018. Il est fondé sur une logique de rationalisation, d'adaptation aux usages et de verdissement.

De plus il est engagé dans une démarche de maîtrise de sa production de déchets et dans l'amélioration des pratiques de tri depuis 2010. Ce travail permet de diviser par 3 le tonnage de déchets d'activités de soins (*1 200 tonnes en 2018 contre 430 en 2021*).

4.3 UN ATOUT D'ATTRACTIVITÉ

Des articles de l'ARS ou du Ministère de la santé montrent qu'il y a un intérêt croissant pour les initiatives écologiques dans le secteur de la santé, et que ces engagements sont vus comme des facteurs d'attractivité pour les jeunes professionnels médicaux. La feuille de route pour la planification écologique du système de santé, présentée en décembre 2023 mentionne cette démarche comme moyen de rendre le secteur de la santé plus attractif pour son personnel. La transition écologique est vue comme un outil de cohésion et d'attractivité majeur pour les personnels du secteur de la santé, notamment parce que les professionnels cherchent à "trouver du sens" dans leur travail. Le désir de participer à des projets engagés est particulièrement prononcé chez les jeunes générations.



À RETENIR

La responsabilité sociétale et environnementale des établissements de santé s'exprime également dans le développement de l'éco-soins.

Cette démarche individuelle et collective peut désormais s'appuyer sur une politique institutionnelle mise en place par les établissements.

De nombreuses initiatives peuvent être dupliquées et valorisées pour initier la démarche.

LEXIQUE

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel.
AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.
CAPCU	Conditions d'Accueil et de Prise en Charge des Usagers.
CDS	Centre de Santé.
CDU	Commission Des Usagers.
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.
CIV	Cellule d'IdentitoVigilance.
CLAN	Comité de Liaison Alimentation et Nutrition.
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur et soins palliatifs.
CNR	Conseil National de la Refondation.
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles.
COPS	Commission d'Organisation de la Permanence des soins.
COVIRIS	COMité de coordination des VIGilances et des RISques.
CPN	Centre Psychothérapique de Nancy.
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.
CSSM	Commission Spécialisée en Santé Mentale.
CSTH	Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance.
CTS	Conseil Territorial de Santé.
CTRU	Commission Territoriale de Relation avec les Usagers.

DAC Dispositif d'Appui à la Coordination.

DAF Directeur Administratif et Financier.

EML Équipement Matériels Lourds.

EPCI Etablissement Public de Coopération Intercommunale.

EPP Évaluation des Pratiques Professionnelles.

EPRD État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses.

GCS Groupement de Coopération Sanitaire.

MESRI Ministère de l'Enseignement Supérieur,
de la Recherche et de l'Innovation.

PADHUE Praticien à Diplôme Hors Union Européenne.

PAQSS Plan d'Action Qualité, Sécurité des Soins.

PGFP Plan Global de Financement Pluriannuel.

PPI Plan Pluriannuel d'Investissement.

PRS Projet Régional de Santé.

SMR Soins Médicaux et de Réadaptation.

SRS Schéma Régional de Santé.

URPS Union Régionale des Professionnels de Santé.

COORDINATION

Dr David PINEY^{1&2}, Dr Cynthia GARIGNON², Dr Thierry GODEAU²

RÉDACTEURS ET RELECTEURS

Dr Claude BRONNER³

Dr Stéphanie CHEVALIER¹

Dr Didier DEBIEUVRE¹

Dr Pierre-Yves DEMOULIN²

Dr Jean-Marc FAUCHEUX²

Dr Alain FUSEAU²

Dr Cynthia GARIGNON²

M. Thierry GEBEL⁴

Dr Thierry GODEAU²

Dr Michel HANSSEN⁵

Dr Romain HELLMANN⁶

Dr Pascal HUTIN²

Pr Bruno MOURVILLIER⁸

Dr Renaud PEQUIGNOT²

Pr Patrick PESSAUX⁶

Dr David PINEY^{1&2}

M^{me} Laura POSSAMAÏ¹

Pr Julien POTTECHER⁷

Dr Jean-Marie WOEHL^{1&2}

LIAISON EDITORIALE

M^{me} Laura POSSAMAÏ¹

REMERCIEMENTS AU BUREAU DE LA CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS DE CME ET DE CMG DES CH DU GRAND EST

Dr Stéphanie CHEVALIER, Dr Jean-Pascal COLLINOT
Dr Didier DEBIEUVRE, Dr Yves DIMITROV, Dr Jacky GASNIER,
Dr Stéphane GIBAUD, Dr Vincent LAUBY, Dr David PINEY,
Dr Jean STEPHANIUK, Dr Jean-Marie WOEHL

Et pour l'iconographie, aux établissements : GHEMM, GHMSA,
CH de l'Ouest Vosgien, Hôpitaux Champagne Sud, CH Remiremont

AVEC LE SOUTIEN DE L'ARS GRAND EST ET DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DES PRÉSIDENTS DE CME ET DE CMG DES CENTRES HOSPITALIERS

- 1 Conférence des PCME et PCMG des CH du Grand Est
- 2 Conférence nationale des PCME et PCMG des CH
- 3 URPS médecins libéraux du Grand Est
- 4 FHF Grand Est
- 5 Instance régionale de médiation du Grand Est
- 6 ARS Grand Est
- 7 Université de Strasbourg
- 8 Université de Champagne-Ardenne



Contact: Conférence
des PCME et des PCMG
des CH du Grand Est



03 72 16 01 25



president@confpcme-ch-ge.fr
coordination@confpcme-ch-ge.fr