

+



CENTRE HOSPITALIER AUNAY-BAYEUX

The background of the page is a complex, abstract pattern of overlapping grey lines of varying thicknesses, creating a sense of depth and movement. A white rectangular box is centered on the page, containing the title text.

CHARTRE DE GOUVERNANCE

Table des matières

1	Préambule.....	4
2	Principes généraux de la Gouvernance.....	4
3	Les instances de Gouvernance.....	5
3.1	Le Conseil de Surveillance	5
3.2	Le Directoire	5
3.2.1	Rôle du Directoire.....	5
3.2.2	Modalités de déroulement des débats	5
3.2.3	Fonctionnement du Directoire.....	5
3.3	La Commission Médicale d'Etablissement	6
3.4	La commission des soins infirmiers de rééducation et médico technique	6
3.5	Le comité technique d'établissement (ultérieurement le CSE)	7
4	Le Directeur, la Présidente de la CME et la Présidente de la CSIRMT	8
4.1	Le Directeur	8
4.2	La Présidente de la CME.....	8
4.3	La Présidente de la Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et médico technique.....	8
5	Promotion d'une communication bienveillante et gestion des relations interpersonnelles.....	9
6	Organisation du Centre Hospitalier en pôles d'activités cliniques et médicotechniques et en services.....	9
6.1	Pôles	9
6.1.1	Les pôles : principes généraux.....	9
6.1.2	Les responsables :.....	9
6.1.3	Les champs de compétence du pôle	10
6.1.4	Les compétences propres du chef de pôle.....	10
6.1.5	Le Cadre Supérieur de Pôle	11
6.1.6	Gouvernance des pôles	13
6.2	Les services	14
6.2.1	Définition	14
6.2.2	Les responsables.....	14
6.2.3	Le chef de service	15
6.2.4	Le Cadre de Santé.....	15
6.2.5	Les champs de compétences du service (sujets communs au chef de service et au cadre de santé)	16

7	Projet médico-soignant de l'établissement	17
7.1	Les thématiques territoriales de santé	17
7.2	Les Parcours Patients de Territoire	18
7.3	Les organisations internes de l'établissement	18

1 Préambule

La réforme ayant institué les pôles d'activité avait pour objectifs de :

- ✓ Favoriser la coordination des activités médicales et l'optimisation des moyens alloués dans le respect de la déontologie et de l'éthique médicale au regard des missions de service public relevant de l'Hôpital dans son territoire,
- ✓ Déconcentrer, au plus près du terrain, le niveau des prises de décisions,
- ✓ Responsabiliser les professionnels,
- ✓ Favoriser la concertation et l'information au sein d'espaces identifiés en vue de renforcer la participation des professionnels à la vie et au fonctionnement des pôles.

La loi « HPST » du 21 juillet 2009 a conforté le pôle comme espace de concertation, d'information et d'organisation des activités médicales et renforcé, à cet effet, les responsabilités conférées au Chef de pôle, en prévoyant notamment la mise en place de délégations de gestion.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a réaffirmé le principe général selon lequel les établissements publics de santé définissaient « librement leur organisation interne » sous réserve d'intégrer dans le Règlement Intérieur de l'Etablissement les matières telles que les modalités de gouvernance et de gestion des pôles. Tel est l'objet de cette Charte de gouvernance. Cette charte ne constitue pas un cadre figé mais préserve des espaces d'initiative et de liberté aux acteurs. La Charte est révisable à l'initiative du Directoire selon les mêmes modalités que celles de son adoption ou selon l'évolution de la réglementation.

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (dite « Ma santé 2022 ») a conforté le principe de la participation des médecins au pilotage des hôpitaux.

2 Principes généraux de la Gouvernance

La Charte de Gouvernance du CHAB s'appuie sur quelques principes clefs qu'elle veut respecter et promouvoir :

- ✓ Le premier de ces principes repose sur la participation de chaque pôle à la stratégie globale de l'établissement et à sa réponse aux besoins de santé de la population de son territoire.
- ✓ Le second principe pose l'organisation de la gouvernance comme étant le socle nécessaire à l'élaboration du Projet Médico-Soignant du Territoire, élément structurant du Projet d'Etablissement, en cohérence avec le Projet Régional de Santé.
- ✓ De ce second principe découle la dynamique de construction de parcours optimisés des patients, en lien avec la CPTS et les établissements du GHT.
- ✓ Le troisième principe pose comme obligation pour les Chefs de pôles d'animer véritablement (manager) le pôle dont ils assument la responsabilité. Cette mission-clef suppose de faire participer le maximum d'acteurs du pôle aux réflexions, projets et décisions internes et de les responsabiliser sur les objectifs contenus tant dans le projet médico-soignant que dans le contrat de pôle.
- ✓ Le quatrième principe est celui de la transparence devant exister de manière générale dans les relations entre les acteurs institutionnels de l'établissement.

3 Les instances de Gouvernance

3.1 Le Conseil de Surveillance

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce un contrôle permanent de la gestion. Il délibère également sur le projet d'établissement ainsi que sur le compte financier et l'affectation des résultats. Il est tenu informé des principaux projets et faits remarquables déterminant l'évolution de l'établissement (notamment l'état prévisionnel des recettes et des dépenses [EPRD], les évolutions patrimoniales, l'évolution des emplois...).

3.2 Le Directoire

3.2.1 Rôle du Directoire

Le Directoire a pour compétence d'appuyer et de conseiller le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement, de préparer le projet d'établissement et d'approuver le projet médical.

Le Directoire est associé à toutes les décisions d'importance pour l'établissement, et particulièrement celles qui portent sur son organisation médicale, soignante ou administrative. Au-delà de ses compétences réglementaires, le Directoire doit donc être concerté sur les priorités de l'établissement en terme de projets (informatiques, de développement d'activité, qualitatifs). Il doit également être informé de l'état de mise en œuvre des projets pour lesquels il a été concerté.

3.2.2 Modalités de déroulement des débats

Le Directoire doit d'abord être le lieu de l'échange pour favoriser la recherche d'un consensus entre ses membres. Pour ce faire, le Directoire doit donner à ses membres les moyens de siéger efficacement, ce qui implique un calendrier arrêté sur l'année, respecté, un ordre du jour communiqué à l'avance et des relevés de conclusions rapides transmis aux membres et aux invités permanents.

Ses débats internes sont confidentiels mais ses avis ou décisions sont portées à la connaissance de la communauté hospitalière.

- Soit par note de service lorsqu'il s'agit d'une décision finale,
- Soit par un compte rendu synthétique diffusé sur intranet dans les autres cas.

Dans les cas où la consultation des autres instances (CME, CTE/CSE, CSIRMT) est requise par la réglementation ou souhaitée par le Directeur ou le Président de la CME, le Directoire prépare les délibérations soumises aux instances et le cas échéant procède à l'arbitrage final une fois recueillis l'ensemble des avis.

3.2.3 Fonctionnement du Directoire

L'ordre du jour du Directoire est établi conjointement par son Président et son Vice-Président.

Les membres du Directoire, dès lors que le calendrier de l'instance est respecté (pour rappel, 8 réunions annuelles au minimum réglementaires), doivent participer activement. Toute absence doit être justifiée.

Les 9 membres délibérants sont les suivants :

- Le directeur, président
- La présidente de la CME, vice-présidente
- La coordonnatrice générale des soins
- Un membre du personnel paramédical, désigné par le directeur sur proposition de la coordonnatrice générale des soins
- 5 membres du personnel médical désignés par le directeur sur proposition de la présidente de la CME dont
 - o Les 3 chefs de pôle non membres du conseil de surveillance
 - o 2 représentants non chefs de pôle.

Sont invités en outre au directoire :

- Les 2 Chefs de Pôles membres du conseil de surveillance (qui ne peuvent participer aux délibérations)
- Les Directeurs-adjoints sur les dossiers qui les concernent
- Le médecin DIM sur les sujets touchant l'analyse de l'activité.

3.3 La Commission Médicale d'Etablissement

Au-delà de ses compétences réglementaires, la CME est l'instance privilégiée d'association du corps médical à la définition, au suivi de la mise en œuvre et à l'évaluation du Projet médical et du Projet d'établissement.

La CME doit être l'instance du débat avec la communauté médicale. Les présentations à la CME doivent donc être concises et pertinentes, afin de permettre aux membres d'exprimer une opinion à l'occasion d'un débat.

Lorsqu'elle est concertée, la CME est informée des décisions prises à l'issue de cette concertation. Elle est également tenue informée des décisions prises après concertation du Directoire.

Le compte-rendu des séances de la CME doit être mis à disposition des membres de la CME au plus tard à la séance suivante.

L'absentéisme aux réunions de la CME est identifié comme une des sources de son dysfonctionnement. Lors des élections de la CME, une forme d'engagement des candidats à participer effectivement aux réunions de la Commission est imposée.

L'ensemble des praticiens et sages-femmes, non membres de la CME, sont invités à la CME.

3.4 La commission des soins infirmiers de rééducation et médico technique

La CSIRMT est consultée pour avis 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 et 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.

Elle est également informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement,
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 (participation des professionnels de santé libéraux aux activités de l'établissement),
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

3.5 Le comité technique d'établissement (ultérieurement le CSE)

Les comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé sont consultés ou informés sur :

L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du bilan social / rapport social unique.

- 1° Le règlement intérieur de l'établissement,
- 2° Le plan de redressement mentionné à l'[article L. 6143-3 du code de la santé publique](#) ;
- 3° Le plan global de financement pluriannuelle,
- 4° 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 médicotechniques,
- 5° L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'[article L. 6143-7 du code de la santé publique](#),
- 6° Les projets de réorganisation de service,
- 7° La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation,
- 8° Les projets de délibération mentionnés à l'[article L. 6143-1 du code de la santé publique](#) (soumis au conseil de surveillance),
- 9° 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,
- 10° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

Dans l'attente de la mise en place du CSE, les attributions du CSE sont exercées par le CTE et les CHSCT.

4 Le Directeur, la Présidente de la CME et la Présidente de la CSIRMT

4.1 Le Directeur

Le Directeur préside le Directoire. Il dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement. Après concertation avec le Directoire, le Directeur décide dans le domaine de la stratégie d'établissement, de la qualité, des finances, de la gestion du patrimoine et de la politique sociale (art. L. 6143-7 du CSP).

4.2 La Présidente de la CME

Le Président de la CME est vice-président du Directoire. Il élabore le projet médical de l'établissement, avec le Directeur et en conformité avec le CPOM. Il coordonne la politique médicale de l'établissement (Art. D. 6143-37 et s. du CSP).

Le Président de la CME est également en charge du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, conjointement avec le Directeur et sous réserve des attributions de la CME.

Le Président de la CME est assisté, dans l'exercice de ses fonctions par deux vices présidents.

Le Président de la CME dispose de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions : à ce jour il s'agit d'un mi-temps dédié à la fonction et d'un accès non limité aux prestations du secrétariat de direction.

La concertation réciproque et l'écoute mutuelle entre Directeur et Président de la CME sont indispensables à un fonctionnement harmonieux et équilibré du Centre Hospitalier.

Les Vice-Présidents de la CME, par parallélisme des formes, relèvent des mêmes obligations que le Président avec lequel ils se coordonnent dans ses missions et qu'ils suppléent en cas d'indisponibilité ponctuelle ou prolongée.

4.3 La Présidente de la Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et médico technique

La Présidente de la Csirmt, membre de droit du Directoire, élabore le projet de soins en étroite cohérence avec le projet médical de l'établissement.

La Présidente de la Csirmt est consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins. Il est garant de la qualité des soins paramédicaux dispensés aux patients et résidents et promeut la politique de développement professionnel continu.

La présidente de la Csirmt participe à la coordination des organisations paramédicales des différentes structures de soins de l'établissement et à la bonne utilisation de ses ressources. Il porte et partage les valeurs de l'institution.

Elle est le supérieur hiérarchique direct des cadres supérieurs de santé et indirect de l'ensemble des cadres relevant des filières paramédicales. Elle coordonne et anime l'ensemble des personnels dont elle a la charge.

5 Promotion d'une communication bienveillante et gestion des relations interpersonnelles

Une communication apaisée entre professionnels est indispensable à une dynamique de co-construction. Il en résulte la nécessité de réguler les propos ou modes de communication non respectueux ou violents.

Pour concilier libre expression et protection des professionnels, le Centre Hospitalier se dote d'une charte régulant la communication entre professionnels (écrite ou orale) et particulièrement l'usage de la messagerie professionnelle. Cette charte est opposable à tout professionnel de l'établissement.

Sont exclus de ce champ, 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, et les différends relatifs à des décisions prises après avis d'un comité médical ou d'une commission de réforme.

En cas de dérogation à la règle, il est nécessaire d'intervenir au plus tôt, dans un cadre approprié, afin d'éviter d'aboutir à des conflits qui potentiellement pourraient avoir des conséquences en termes de risques psychosociaux et d'impact sur la qualité et la sécurité des soins.

6 Organisation du Centre Hospitalier en pôles d'activités cliniques et médicotechniques et en services

6.1 Pôles

6.1.1 Les pôles : principes généraux

Le CHAB est organisé en 5 pôles d'activités cliniques et médicotechniques.

Un pôle d'activité clinique et médicotechnique n'est pas une entité de prise en charge des patients. En revanche, c'est une entité d'organisation, de concertation, de coordination et de conduite des projets médicaux, dont la masse critique permet la présence effective d'un chef de pôle disponible, d'un cadre de direction et d'un cadre supérieur.

L'article L 6146-1 du Code de la Santé Publique, issu de la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, laisse au Chef de Pôle le soin « d'organiser librement la concertation interne » dans son pôle et de « favoriser le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle ».

6.1.2 Les responsables :

Le trio du pôle est constitué d'un directeur référent, d'un chef de pôle et d'un cadre supérieur de pôle. Ce trio se voit régulièrement et vient en appui des projets et difficultés du pôle et des services qui le composent.

Le Chef de Pôle est le manager du pôle. Il partage la vision, les valeurs et la culture institutionnelles avec l'ensemble de la communauté hospitalière.

Il est le porteur des projets médicaux de spécialité et des projets médicaux organisationnels pour le territoire, pour son pôle mais aussi pour les autres pôles dans une dimension transversale.

Il prend en compte également les impacts des réformes et des évolutions réglementaires.

Le Chef de Pôle est nommé pour 4 ans par le Directeur, sur proposition du Président de la CME. Le Directeur peut mettre fin à ses fonctions dans l'intérêt du pôle après avis du Président de la CME.

Le Chef de Pôle est membre de droit de la CME. Il ne peut pas être Président de la CME. Il assure la concertation et la communication internes au sein du pôle.

6.1.3 Les champs de compétence du pôle

- a) La coordination de la politique qualité via le comité qualité du pôle,
- b) L'élaboration, en collaboration avec l'administration de certains plans d'investissements (mobilier...) : priorisation des demandes, validation des Suivi et ajustement annuel des PPI mobilier, suivi des achats, respect de l'équité entre services,
- c) La gestion mutualisée des arrondis d'effectifs,
- d) L'appui technique aux projets structurants des services et leur portage auprès de l'administration,
- e) L'information descendante et montante de et vers les services,
- f) La participation au directoire (chef de pôle),
- g) L'animation d'un bureau de pôle régulier et structuré (ordre du jour et CR diffusé) avec les cadres et chefs de services afin d'assurer une circulation fluide de l'information,
- h) L'exercice de certaines délégations de gestion (enveloppes congrès...),
- i) La participation au pilotage médico-économique de l'établissement (suivi des indicateurs, suivi de la comptabilité analytique) avec l'administration et avec les services,
- j) La gestion des parcours de soins dès lors qu'ils dépassent le cadre d'un seul service (organisation des parcours intra pôles ou négociation avec les autres pôles de parcours interpôles),
- k) Attribution de certaines formations (colloques et congrès, formations individuelles) en lien avec le cadre de pôle.

6.1.4 Les compétences propres du chef de pôle

Le Chef de pôle a autorité fonctionnelle sur les personnels affectés dans le pôle.

- Il propose au Directeur la nomination des personnels médicaux et les admissions sur contrats de praticiens ou sages-femmes exerçant à titre libéral,
- Il valide et arbitre les tableaux de service en cas de difficulté/divergence, l'élaboration et la validation étant assurée au quotidien par les chefs de service concernés ou un autre médecin du service par délégation de tâche,
- Il fait le bilan avec les chefs de service à partir des objectifs du pôle décliné au niveau des services. Le Chef de pôle peut contractualiser avec les chefs de service des objectifs et des engagements en termes :

- D'activité,
- De qualité des soins et gestion des risques,
- De continuité de la prise en charge des patients.

Le Chef de Pôle met en œuvre la Politique de l'Etablissement au sein de son Pôle, dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire, du Projet d'Etablissement et du Contrat de pôle.

Le Chef de Pôle accompagne, met en cohérence dans le pôle et dans le territoire les projets médicaux des services, l'organisation médicale et soignante, les bonnes pratiques, ainsi que les actions d'amélioration de la qualité des soins et de la gestion des risques.

Le Chef de Pôle préside les instances du pôle.

Le Chef de Pôle s'assure de l'affectation adaptée des ressources humaines du pôle.

Le Chef de Pôle négocie et signe le contrat de pôle avec le Directeur et veille à sa bonne exécution. Ce contrat précise la fréquence des évaluations faites avec la Direction.

Dans les mois suivants sa prise de fonction et au cours de son mandat, le Chef de Pôle bénéficie des formations nécessaires à l'exercice de ses missions :

- Pilotage médico-économique et performance hospitalière,
- Management des ressources humaines, développement de l'autonomie et savoir être, conduite du changement,
- Qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins.

Le Chef de Pôle dispose d'un temps dédié pour l'exercice de ses fonctions dont la configuration et le volume sont définis avec la directeur et le PCME lors de sa prise de fonction.

6.1.5 Le Cadre Supérieur de Pôle

Nommé par le Directeur après concertation entre le Chef de Pôle et le Coordonnateur Général des Soins, le Cadre Supérieur de Pôle collabore avec le Chef de Pôle à l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités. Il participe aux Instances du pôle. Il est le responsable hiérarchique des cadres de santé et des personnels soignants de son pôle.

Il est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur des Soins, coordonnateur général et sous l'autorité fonctionnelle du Chef de Pôle.

Il dispose de liaisons fonctionnelles avec de nombreux professionnels :

- Les chefs de service
- Les Cadres supérieurs des autres secteurs de soins, administratifs et logistiques
- Les Directions fonctionnelles

✓ Missions principales :

En collaboration avec le Chef de Pôle, il collabore au management du pôle et contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du contrat de pôle en cohérence avec le projet médical d'établissement et de territoire. Il coordonne et optimise les prestations de soins et d'activités paramédicales du pôle dans une optique de qualité et sécurité des soins, en collaboration avec les cadres des unités et les équipes médicales.

Il contribue à la gestion médico-économique au sein du trinôme de pôle et en lien avec les directions fonctionnelles.

Il s'assure de la déclinaison du projet de soins en lien direct avec les projets médicaux de spécialités, de leur mise en œuvre, du suivi et de leur évaluation : droits des patients, accompagnement des professionnels dans l'acquisition de compétences et de leur évolution professionnelle, qualité et sécurité des soins et gestion des risques.

Il accompagne les Cadres de Santé dans le développement de leurs qualités managériales dans l'objectif d'une réponse adaptée aux patients et aux usagers et d'une qualité de vie au travail pour les professionnels dont il a la responsabilité.

Il analyse les besoins en formation avec les cadres et propose un plan de formation qui intègre les besoins et projet des services relevant du pôle, les projets professionnels et l'actualisation des connaissances en lien avec l'évolution des professions et la prise en charge des patients.

Il assure l'animation et la conduite dynamique de son équipe de cadres de santé. Au travers de temps de travail individuel et/ou collectif, organisés régulièrement (au minimum une fois par mois), il :

- Pratiquer et encourager une gestion participative (groupes de travail, réunions),
- Assurer l'entretien annuel d'évaluation des cadres de son pôle après concertation avec les Responsables de service,
- Accompagner les cadres dans leur projet professionnel,
- Transmettre et commenter les nouveaux textes.

Il met en place une politique de communication et d'information dans un objectif de cohérence des organisations et de cohésion des équipes

Il veille à assurer la continuité de la prise en charge paramédicale des patients, 24 h/24 h et favorise les collaborations inter pôles. Il optimise les ressources et les compétences dans la limite des moyens mis à sa disposition. Il contribue à l'augmentation du niveau de qualité du pôle. Il anticipe et accompagne l'évolution des différentes unités du pôle en proposant des améliorations et intègre l'évolution des techniques, en adéquation avec les moyens mis à sa disposition. Il suscite et conduit des actions d'amélioration de la qualité des prestations.

Il mène des projets institutionnels dans le respect des objectifs fixés par la Direction. Il travaille en collaboration étroite avec la Direction des Soins et les autres Directions fonctionnelles.

Il contribue à la détermination des effectifs et à la gestion des personnels de son pôle en relation avec la Direction des Soins et la DRH.

Il participe aux recrutements des personnels paramédicaux :

- Des cadres de santé en concertation avec le Directeur des Soins, la DRH, le Chef de Pôle et/ou le Référent de Spécialité,
- Des personnels affectés au pôle.

Il doit assurer une gestion optimisée des ressources humaines, des moyens de remplacement de l'absentéisme et /ou ajustement à l'activité.

Il participe à l'élaboration et à l'exécution du contrat de pôle. Il étudie, exploite et évalue les résultats en matière d'activité, d'audit. Avec le Chef de Pôle, il utilise et analyse les tableaux de bord diffusés par la cellule Contrôle de gestion.

6.1.6 Gouvernance des pôles

✓ Le trio de pôle

Le trio de pôle regroupe le Chef de Pôle, le directeur référent et le Cadre Supérieur de Pôle. Il manage le pôle, en suit les projets et les activités.

✓ Le bureau de Pôle

Présidé par le Chef de Pôle, le bureau de pôle comprend à minima :

- Les chefs de service ou leurs représentants nommés par ces derniers,
- Le Cadre Supérieur de Pôle,
- Les Cadres de Santé.

Il permet la diffusion d'informations institutionnelles et les échanges entre ses membres et le trio de pôle.

✓ Le contrat de pôle

Le contrat de pôle est conforme aux dispositions de l'art. R 6146-8 du CSP.

Le contrat de pôle décline à l'échelle du pôle les orientations stratégiques de l'établissement, telles qu'elles découlent du Projet d'Etablissement, du CPOM et du Projet Médical Partagé du GHT, en conformité avec le Projet Régional de Santé et notamment le SROS.

Les objectifs contractualisés avec le pôle et les moyens alloués doivent être issus d'une démarche de concertation entre le trio de pôle et le Directoire.

Le contrat de pôle est signé entre le Chef de Pôle, le Président de la CME et le Directeur de l'établissement.

Les contrats de pôle donnent lieu à une information en CME et en CTE. Ils sont accessibles à l'ensemble de la communauté hospitalière.

Sur la base des projets médicaux de spécialités et des projets organisationnels pour le territoire, il définit :

- Les modalités de son organisation actuelle et projetée,
- Les objectifs d'activité,
- Les objectifs de qualité de la prise en charge, de sécurité des soins, d'évaluation des pratiques professionnelles et d'information du patient,
Les moyens humains et matériels nécessaires à la réalisation des objectifs,
- Les domaines faisant l'objet d'une délégation de gestion et le montant des enveloppes,

- Les modalités d'évaluation de ses objectifs,
- Les modalités de mesure de l'équilibre médico-économique des pôles,
- Les conséquences en cas d'atteinte des objectifs ou d'inexécution du contrat.

Le contrat intègre les indicateurs de suivi et d'évaluation convenus entre ses signataires pour évaluer la réalisation de ses objectifs. Des rencontres pluriannuelles de Dialogue de Gestion permettent d'apprécier l'état d'exécution du contrat. Les bilans de l'exécution des contrats sont présentés au Directoire, par les Chefs de Pôles.

6.2 Les services

6.2.1 Définition

Les activités médicales, sous toutes leurs formes, pour une spécialité ou une activité transversale donnée sont identifiées par le vocable de « Service ».

Un service identifie donc :

- Soit toutes les activités médicales d'une même spécialité (consultations, consultations avancées, explorations fonctionnelles, actes medicotechniques, interventions chirurgicales, hospitalisations ambulatoires ou conventionnelles),
- Soit une structure clinique et/ou medicotechnique transversale et accueillant des patients de plusieurs services de spécialité (exemple unité d'ambulatoire).

Rappel : le service n'est pas l'UF : il gère à minima une équipe médicale et paramédicale de taille suffisamment importante pour autoriser un vrai management d'équipe.

6.2.2 Les responsables

Le binôme managérial cadre et chef de service, qui doit être équilibré et opérationnel. Ce binôme.

- Prend des décisions collégiales dans le respect du métier de chacun,
- Est responsable de la communication de proximité au sein des équipes (réunions de services à raison de au minimum trois par an ...),
- Est responsable de la conception des outils et de la définition des repères pour conforter les pratiques quotidiennes,
- Prend, dans les limites fixées par le présent document, des décisions, les assume, les délègue le cas échéant aux membres de l'équipe,
- S'appuie sur des référents paramédicaux et médicaux compétents pour relayer les savoirs et coordonner les actions relevant de leur domaine (référents douleur ou autres, responsables d'UF...),
- Pour le chef de service : Formation dans les deux ans suivant la prise de fonction ou de renouvellement de leur mandat. : compétences socles obligatoires, durée minimale de 28h de formation

6.2.3 Le chef de service

Il est nommé pour 4 ans par le Directeur, sur proposition du Chef de Pôle et du Président de la CME. Le chef de service peut être en même temps Chef de Pôle (Les bonifications sont cumulables). Dans les mois suivants sa prise de fonction et au cours de son mandat, le chef de service bénéficie des formations nécessaires à l'exercice de ses missions :

- Pilotage médico-économique et performance hospitalière
 - Management des ressources humaines, développement de l'autonomie et savoir être, conduite du changement,
 - Qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins.
- ✓ Attributions spécifiques (les autres sont exercées en commun avec le cadre cf. paragraphe 625 ci-après)
- L'encadrement des internes et des étudiants en santé
 - Agréments
 - Évaluations
 - Formation
 - Planning ;
 - La gestion des RH médicales
 - Entretiens professionnels annuels pour les médecins
 - Continuité annuelle du service : élaboration, suivi et communication à l'administration des tableaux de service
 - Continuité journalière du service : vérification de l'existence d'une présence médicale sur la plage non couverte par la PDS (8h30/18h30 au CHAB)
 - Permanence des soins : élaboration, suivi et communication à l'administration des plannings de garde ou astreinte de l'équipe médicale.

Le chef de service peut déléguer à des confrères la réalisation matérielle de certaines tâches mais pas la responsabilité de leur réalisation.

6.2.4 Le Cadre de Santé

✓ Missions principales

Le cadre de santé garantit la qualité des soins et des pratiques des équipes dans le périmètre défini par l'organisation, de ou des unités de soins dont il est en charge. A ce titre il collabore avec le (ou les) Responsable de spécialité ou d'une Unité de Coordination pour assurer la mise en œuvre des projets de spécialités et contribuer ainsi aux projets de pôle.

Sous la responsabilité du Cadre Supérieur de pôle et du Directeur des Soins, il assure l'encadrement des équipes paramédicales et la dynamique collective. Il participe aux réunions d'encadrement intra pôle et celles animées par le Directeur des Soins, ainsi qu'aux instances du pôle.

Il est choisi par le Cadre Supérieur de pôle, le Directeur des soins, en concertation avec le chef de service.

✓ Missions spécifiques

Dans les unités de soins ou les unités de coordination dont il a la gestion, il évalue les professionnels non médicaux (entretien annuel obligatoire) et définit les besoins en formations individuelles ou collectives dans tous les grades.

Il encourage les équipes dans la dynamique collective de l'amélioration de la qualité et sécurité des soins, contribuant à la meilleure prise en charge des patients.

Il assure l'information ascendante et descendante auprès des équipes et participe activement à la qualité de vie au travail dans le but de favoriser l'épanouissement professionnel des agents.

Il saisit toutes les opportunités institutionnelles (groupes de travail, comités) lui permettant de développer l'intelligence collective au service du patient et l'amélioration des organisations internes dans les unités de soins dont il est en charge.

Il garantit la gestion fluide et sécurisée des plannings de l'équipe paramédicale avec des cycles de travail : plannings récurrents garantissant une prévisibilité et une équité de traitement dans la conception du planning.

6.2.5 Les champs de compétences du service (sujets communs au chef de service et au cadre de santé)

✓ L'Organisation des soins / La Qualité et la sécurité / la formation

- L'élaboration des procédures et protocoles propres à la spécialité médicale du service,
- La définition et l'optimisation des étapes de prise en charge pour les soins récurrents au sein du service. Promouvoir une organisation fluide, évitant les pertes de temps et perte de chance pour le patient,
- La mise en œuvre de groupes de travail sur des thématiques spécifiques au service,
- La conduite de sessions de formations collectives en interne pour l'ensemble du personnel sur la spécialité médicale du service. La transmission des savoirs qui sont propres à une spécialité médicale est de la responsabilité du service,
- L'organisation, en lien si besoin avec la cellule qualité, des échanges sur les bonnes pratiques, partages d'expériences
- Cessions de débriefings suite à une situation ayant mis l'équipe en difficulté
- RMM CREX sur les sujets n'impliquant pas d'autres services
- L'élaboration d'un règlement de fonctionnement du service (minimums de médecins présents, horaires de visite, etc...) en cohérence avec les règles institutionnelles.

✓ La Qualité de vie au travail des équipes

- Connaissance et prise en compte du travail de l'autre,
 - Veille pour la gestion du stress et prévention du burn-out,
 - Rédaction obligatoire d'un projet de service avec indicateurs et bilan annuel afin que les agents aient un repère de proximité pour leur action quotidienne,
 - Implication des acteurs dans le travail d'équipe sur des thématiques relatives à l'organisation de l'activité autour de la prise en charge du patient et la sécurisation des pratiques,
 - Promotion de règles de fonctionnement normalisées et non personnalisées (cf règlement de fonctionnement),
 - Réunions de services périodiques obligatoires et tracées (+ suivi des actions décidées lors des réunions de services) : au moins trois réunions de service par an avec convocation, ordre du jour et CR diffusé,
 - Prévention des risques : déclinaison du plan d'action de l'établissement au niveau du service et pilotage du DUERP (avec le service Qualité et la médecine du travail),
 - Le cas échéant développer les projets permettant l'attribution à tout ou partie de son équipe la prime d'engagement collectif (en lien avec le cadre de pôle et selon les orientations institutionnelles).
- ✓ Participation au pilotage médico économique du service et du pôle
- Construction et Analyse partagée des indicateurs de pilotage du service (nombre de sorties le matin, nombre de consultations, analyse du budget analytique du service...)

7 Projet médico-soignant de l'établissement

Le Projet Médico-soignant s'intègre dans le Projet d'Etablissement, en cohérence avec les Projets Numériques, Architecturaux, Qualité Gestion des Risques, social, de management dans le respect des orientations régionales et territoriales.

Il est construit à partir des projets de développement et/ou de réorganisation d'activités au sein des services mais répond aussi à des objectifs transversaux de pôle et/ou inter-polaires.

Il a pour ambition Première d'optimiser les Parcours de Patients à l'échelle du territoire et de l'établissement.

7.1 Les thématiques territoriales de santé

Une THEMATIQUE se définit comme l'ensemble des ressources mobilisées dans notre territoire et au-delà pour la prise en charge globale d'une thématique de santé (cancérologie...) et/ou d'une population (personnes âgées...). Les thématiques de santé sont définies, le plus souvent, par le Projet Régional de Santé. Ces thématiques de santé sont également prises en compte dans le projet de santé territorial des Communautés Professionnelles de Territoire de Santé.

Parmi l'ensemble des filières inscrites au Projet régional de santé, certaines sont prépondérantes pour notre territoire et le CHAB en est un maillon essentiel :

- Femme - enfants, maternité
- Personnes âgées
- Soins palliatifs
- Chirurgie
- Urgences
- Psychiatrie
- Spécialités médicales
- Oncologie

Il conviendra de préciser, pour chaque filière et ses étapes de prise en charge des patients, les rôles et objectifs de chaque structure (site) de santé du territoire en lien avec le GHT et la CPTS.

7.2 Les Parcours Patients de Territoire

Un Parcours Patient de Territoire décrit, pour une **pathologie, un problème de santé ou une population précise**, toutes les étapes du processus de prise en charge du patient au niveau du territoire (avec l'étape d'accès à l'établissement et les étapes de sortie et de suivi). Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou pluri professionnelle de patients présentant un problème de santé comparable afin de réaliser une prise en charge optimale et efficiente respectant les règles de bonnes pratiques. Ces parcours peuvent concerner plusieurs spécialités et être inter-polaires. Les objectifs tels que l'appropriation des recommandations, l'amélioration de la coordination et de la communication ou encore la gestion des risques, guident la mise en place des parcours patients de territoire. Ils simplifient aussi la prise en charge tout en limitant la variabilité des pratiques. Les parcours patients de territoire s'appuient sur l'étude quantitative et qualitative des besoins en santé et sur la consultation des citoyens et usagers du territoire.

7.3 Les organisations internes de l'établissement

Les parcours patients de territoire se déclinent dans les projets médicaux internes de pôle et de service sous forme de :

- Procédures patients programmés de spécialités et les interfaces en amont et en aval
- De projets techniques et organisationnels concrets de l'établissement

Notamment, une procédure de parcours Patient Programmé se définit comme l'ensemble des ressources mobilisées dans une spécialité, coordonnées et fondées sur les bonnes pratiques depuis l'entrée dans une spécialité (en prenant en compte l'interface avec la ville ou un autre service de spécialité) jusqu'à sa sortie (en prenant en compte la sortie vers l'équipe de soins de ville ou vers un autre service).

Une spécialité peut définir ainsi plusieurs parcours patients programmés intégrés aux parcours patients de territoire. Ces parcours seront facilitant pour l'accès au plateau diagnostique hospitalier. Ces parcours mobiliseront et réserveront les ressources nécessaires de façon à ce que le séjour hospitalier soit optimisé.