



CHARTRE DE GOUVERNANCE 2012 – 2016

Dans le cadre législatif posé par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative au Patient, à la Santé et au Territoire (Loi dite H.P.S.T), le mode de gestion des structures hospitalières est profondément interrogé. Les compétences respectives des acteurs internes ont été modifiées.

Inscrite dans le plan « Hôpital 2007 », l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 avait déjà permis d'engager une démarche globale de modernisation de la gestion hospitalière (intitulée « nouvelle gouvernance »), notamment à travers le renforcement de la coordination des équipes de direction et des équipes médicales afin de donner à l'hôpital plus de souplesse, de réactivité et d'efficacité. La mise en œuvre de processus de décision davantage partagé avec les acteurs de terrain a ainsi été engagée avec la mise en œuvre des Conseil Exécutifs, instance paritaire, à compter de 2007.

La création substitutive du Directoire dans le cadre des dispositions de loi H.P.S.T en a poursuivi la logique.

De même, la constitution de Pôles - découpage interne doté de compétence de gestion directe - est une innovation majeure qui doit être confortée et accompagnée. Revoir les circuits et outils de décision est dès lors nécessaire afin de confier aux pôles d'activités des prérogatives qu'une organisation trop pyramidale leur refuse.

Confronté à des contraintes extérieures fortes (la croissance forte et régulière de son activité, la fragilité de la Permanence des Soins Ambulatoires notamment) qui pèsent sur les conditions d'organisation et les moyens mobilisables pour continuer à répondre à ses missions de Service Public, dont le

cœur est le soin, le Centre Hospitalier de PAU se doit de mettre en œuvre les dispositifs de décision lisibles et de mobilisation de tous les niveaux de responsabilité afin de garantir une utilisation optimale des ressources de l'Établissement.

L'hypothèse fondatrice de la Charte de Gouvernance réside dans le constat qu'une communauté hospitalière est un réseau de savoirs et de compétences, et que l'enjeu d'une gouvernance efficace réside dans la capacité à mailler ce réseau pour le conduire à atteindre une vision commune de la finalité commune et essentielle de chaque activité (un soin de qualité dispensé au patient) basée sur un socle de valeurs partagées d'une part, à mettre en œuvre et faire vivre par ailleurs un processus de décision organisé donnant une part plus importante aux acteurs de proximité constitués en Pôle.

La Charte de Gouvernance interroge l'ensemble des domaines d'activité (clinique ou de gestion, qualité, ressources humaines, système d'information et financier), ainsi que l'ensemble des acteurs hospitaliers (médicaux, soignants, administratifs, logistiques, techniques) et les modes d'organisation actuels. Elle se nourrit également des attentes, des réflexions conduites par les acteurs.

La mise en place d'une Charte de Gouvernance est une occasion particulière de faire revisiter les finalités de l'action mise en œuvre par la collectivité et par tous ses acteurs, quelle que soit leur position au sein de celle-ci, qu'elle soit hiérarchique ou fonctionnelle.

La Charte de Gouvernance interne peut se décliner en quatre points :

- Rappeler les **valeurs et finalités de l'action** de la collectivité,
- Formaliser le **processus de décision institutionnel** tel qu'énoncé dans le cadre des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 et mis en œuvre au Centre Hospitalier de PAU, ainsi que rappeler les missions de chaque acteur du processus institutionnel et leur positionnement respectifs.
- Développer le **principe de subsidiarité** au profit des Pôles de gestion.
- Convenir de **pratiques de gestion nouvelles** visant d'abord à diffuser une logique de pilotage, ensuite à développer un mode de travail en réseau et enfin, à favoriser la diffusion de l'information.

1 – RAPPEL DES VALEURS ET FINALITE DE L'ACTION COLLECTIVE :

Cette étape permet de rappeler les valeurs qui doivent animer l'action commune et concertée de l'ensemble des services ainsi que la finalité de celle-ci : des prises en charge de qualité au service de la population du Territoire Béarn et Soule. Ces valeurs et finalités constituent des éléments importants qui animent le processus de gouvernance.

1 -1 Les valeurs :

Celles et ceux qui font appel au service public hospitalier attendent aujourd'hui des prestations plus personnalisées, une écoute plus attentive de leur situation propre.

Les valeurs traditionnelles d'équité, de continuité ou encore d'adaptabilité sont profondément enracinées dans la culture hospitalière du Centre Hospitalier de PAU. Les valeurs émergentes de respect ou d'efficacité ne sont pas non plus inconnues, dans la mesure où elles sont déjà mises en oeuvre au quotidien par bon nombre de services. Se fonder sur des valeurs familières à chacun est le meilleur moyen de faire en sorte que tous se les approprient.

Les valeurs essentielles qui peuvent être retenues ici sont regroupées en deux grandes catégories.

Les valeurs professionnelles

Le Centre Hospitalier de PAU ne peut remplir correctement ses missions que si ses agents font preuve de professionnalisme : toute activité requiert de l'efficacité, de la performance et de la qualité. Mais la nature spécifique des prestations assurées et les prérogatives particulières dont bénéficient ses agents pour accomplir leurs missions nécessitent de les renforcer par la notion d'adaptabilité.

L'adaptabilité passe par l'**innovation**, afin de tenir compte de la modification des comportements sociaux et des évolutions technologiques. Les organisations des prises en charge posées doivent être interrogées à l'aune de la qualité de la prestation rendue et des attentes des patients. La recherche de la qualité de prise en charge doit guider le choix des modes organisationnels : cette exigence interroge tous les processus (clinique, soignant, technique, logistique ou administratif)

La performance est le résultat ultime de l'ensemble des efforts d'une organisation. Elle s'apprécie selon trois dimensions complémentaires et d'égale importance : qualité et sécurité du service rendu aux usagers et à leur entourage ; qualité de vie au travail des personnels ; efficacité qui se définit comme la qualité d'un processus permettant de réaliser un objectif avec l'optimisation des moyens engagés.

A cette fin, la recherche de l'efficience constitue un passage obligé en vue d'améliorer le service rendu aux patients et aux usagers permettant ainsi de moderniser leur gestion, de suivre et d'accroître leur performance, afin d'optimiser leurs dépenses. L'Agence Nationale de l'Appui à la Performance (A.N.A.P) pourra constituer une aide précieuse dans l'analyse de nos processus et la mise à disposition des outils d'aide à l'amélioration des pratiques. Dans un contexte de ressources contraint, la maîtrise des processus et de leur coût est primordial pour pouvoir affecter les ressources nécessaires à la couverture des besoins d'investissements nouveaux ou au renouvellement des biens mobiliers et immobiliers existants.

Les actions d'amélioration de la performance qui pourront être conduites et approfondies doivent également favoriser la capacité de l'Etablissement à s'adapter et à anticiper les évolutions prévisibles de son environnement (populationnel, économique, technologique, juridique ou social).

Cette nouvelle exigence a pour corollaire **la nécessité d'anticipation**, nécessitant d'être en mesure d'évaluer les conséquences de nos actions d'aujourd'hui dans l'avenir, conformément, par exemple, à l'esprit de la charte de l'environnement désormais intégrée à la Constitution. Les usagers sont en droit d'attendre de l'Etablissement le respect des normes environnementales, l'intégration de l'objectif de **développement durable** dans la conduite de ses activités et dans les décisions adoptées.

Les valeurs humaines

Le respect de valeurs humaines a toujours été un élément majeur structurant dans la conception des prises en charge élaborées par le Service Public Hospitalier. Chaque acteur hospitalier doit garder ces valeurs en perspectives au quotidien ; elles se manifestent entre autres par des modalités de communication alliant **courtoisie, solidarité ou empathie**.

L'engagement

Il traduit la volonté des acteurs hospitaliers de se mettre au service de la collectivité. Les usagers sont en droit d'attendre que le comportement de leur interlocuteur soit à la hauteur de cet engagement.

Le respect

Il doit présider aux relations qui s'établissent **entre les agents dans le cadre professionnel comme entre ces agents et les usagers**. La courtoisie, la capacité d'écoute et la considération sont autant d'exigences que l'utilisateur peut aujourd'hui exprimer vis-à-vis des agents de l'Etablissement. Cela ne signifie pas, bien sûr, l'obligation de répondre par l'affirmative à toutes les demandes reçues, car la légalité et la garantie de l'intérêt général, dont tout agent hospitalier est également en charge, seraient alors mises en péril. Mais l'utilisateur se voyant opposer un refus a le droit d'en voir exposer les raisons avec tact et mesure.

Le sens de la solidarité

La communauté hospitalière doit être solidaire des personnes confrontées à la souffrance, à la détresse ou à la grande pauvreté, afin de contribuer à les soulager, dans la mesure et les limites des missions qui lui sont confiées. Cette pratique doit être confortée en étant désormais identifiée comme une valeur.

La solidarité s'applique aussi à l'organisation du travail au sein des services. Elle doit induire le développement d'un esprit d'équipe entre chaque acteur, qui permette **d'associer l'efficacité collective à la performance individuelle**. Bon nombre de nos missions ne peuvent aboutir à un résultat satisfaisant si l'ensemble des agents qui contribuent à leur exécution ne s'y associent pas pleinement. La solidarité doit ainsi déboucher sur une organisation du travail dans laquelle l'objectif à atteindre suscite l'esprit d'équipe.

A ce stade, le rappel du nécessaire dialogue social trouve naturellement sa place. En effet, il convient de ne pas banaliser les expressions des personnels en matière de charge de travail, organisation du travail, évaluation des risques professionnels, perspectives de carrière, évolutions nécessaires du statut de la fonction publique, raréfaction des ressources générant des difficultés dans le recrutement des professionnels. C'est autour de ces chantiers que le dialogue social devra s'organiser.

C'est dans la mise à disposition d'outils et la diffusion de règles de fonctionnement transversales que le travail avec les partenaires sociaux sera le plus pertinent pour l'établissement et ses agents. Par contre, il conviendra de laisser aux pôles une certaine marge d'autonomie dans leur organisation, à condition que les règles fondamentales édictées par la réglementation soumises respectivement à l'avis des Commissions Administratives Paritaires, du Comité Technique d'Etablissement et du Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail soient respectées.

Le projet social adopté en 2008 - mis à jour dans le cadre de l'actualisation prochaine du Projet d'Etablissement - développe ces axes de travail et de réflexion.

1 - 2 : La finalité des actions entreprises :

Une réponse simple à la question de la finalité des actions entreprises par le Centre Hospitalier de PAU consisterait à mettre en avant la satisfaction des besoins de santé de la population de son ressort. Il faut convenir que cette réponse est pour autant incomplète, si on ne se pose pas la question de la responsabilité de notre établissement en tant que structure de recours pour les autres structures hospitalières du Territoire Béarn et Soule pour certaines prises en charge spécialisées. Il convient d'interroger donc le périmètre géographique de notre action.

L'appréhension de la dimension Territoriale constitue un élément majeur qui guide les réflexions stratégiques du Centre Hospitalier de PAU. Cette dimension est porteuse en effet de solution d'avenir aussi bien en matière de réponse coordonnée de qualité au besoin de la population qu'en matière de définition de modalités d'organisation coordonnée des établissements publics du Béarn et de la Soule.

Les partenariats forts qui lient les Centres Hospitaliers de Pau, d'Oloron, d'Orthez, de Mauléon et le Centre Gériatrique de Pontacq-Nay-Jurançon sont renforcés aujourd'hui par la création de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) du Béarn et Soule. Cette Communauté Hospitalière de Territoire intègre également les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de Monein et Garlin, en tant que membres associés, autour de filières de soins coordonnées et structurées. La Communauté Hospitalière de Territoire Béarn et Soule, concrétisée par la signature de la convention constitutive le 5 janvier 2011, regroupe sept établissements de santé qui prodiguent des soins sur un territoire de près de 400 000 habitants et totalisent environ 2 000 lits et places. Ensemble, ils représentent une capacité financière de 260 millions d'euro et emploient près de 4 000 personnes dont 320 médecins.

Portés par la volonté de proposer aux patients du Béarn et Soule la meilleure offre de soins possible, dans le respect de l'identité et de la mission de chacun des établissements et, convaincus en particulier de la nécessité de pérenniser une offre de soins de proximité de qualité, ces sept établissements publics de santé ont décidé de s'engager ensemble dans un projet de création d'une Communauté Hospitalière de Territoire.

Ces rapprochements entre structures de santé publiques sont fondés sur une logique de stratégie médicale. Chaque Pôle intégrera cette dimension dans son projet propre.

Cette démarche devra être maintenue et intensifiée, et il conviendra d'orienter les réflexions vers le développement de nouvelles complémentarités entre établissements publics en fondant les analyses sur les besoins et non sur les structures existantes.

2 - FORMALISATION DU PROCESSUS DE DECISION ADOPTE AU CENTRE HOSPITALIER DE PAU :

Le processus de décision adopté au Centre Hospitalier de PAU découle des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 précitée en ce qui concerne l'identification des instances et de leurs compétences respectives. Dans ce cadre, les instances de pilotage sont rebaptisées, leur périmètre de compétence est modifié, des acteurs sont confirmés.

2 - 1 : Le Conseil de Surveillance :

Le Conseil de Surveillance se substitue au Conseil d'Administration : ses missions sont désormais centrées sur les orientations stratégiques de l'établissement et des fonctions de contrôle.

2-1-1 : Composition du Conseil de Surveillance :

La composition du Conseil de Surveillance est arrêtée dans le cadre des dispositions de l'article R. 6143-1 du Code de Santé Publique. Le Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de PAU est composé de 15 membres.

Siègent avec voix délibérative :	
<i>1 - Au titre des représentants des collectivités territoriales :</i>	Le maire de la commune siège de l'établissement, et un autre représentant de cette commune (Madame la Maire de PAU assure la Présidence du Conseil de Surveillance)
	Deux représentants d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre dont la commune siège de la structure est membre ; Le président du Conseil Général du département siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne ;
<i>2 - Au titre des représentants du personnel :</i>	Un membre de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, désigné par celle-ci ;
	Deux membres désignés par la commission médicale d'établissement ; Deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement ;
<i>3 - Au titre des personnalités qualifiées :</i>	Deux personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé

	Trois personnalités qualifiées désignées par le Préfet des Pyrénées Atlantiques, dont au moins deux représentants des usagers.
Siègent avec voix consultative :	Le Vice Président du Directoire du Centre Hospitalier de PAU
	La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé ou son représentant
	Le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou son représentant
	La représentante des familles accueillies dans l'Unité de Soins de Longue Durée
	La représentante de la structure chargée de la réflexion éthique au sein de l'établissement

Les séances ne sont pas publiques. Sont mises à disposition copie des délibérations prises par le Conseil de Surveillance.

Le Directeur assiste aux séances du Conseil de Surveillance. Il peut se faire assister des collaborateurs de son choix. Par ailleurs, au Centre Hospitalier de PAU, Monsieur le Trésorier de l'Établissement, est invité à chaque séance de cette instance.

2-1-2 : Compétences du Conseil de Surveillance :

Le Conseil de Surveillance exerce le **contrôle permanent de la gestion de l'établissement**. Il délibère sur :

- le projet d'établissement
- le compte financier et l'affectation des résultats
- toute mesure relative à la participation de l'établissement à une Communauté Hospitalière de Territoire lorsqu'un Centre Hospitalier Universitaire est partie prenante et tout projet de fusion
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur
- toute convention intervenant entre l'Établissement et l'un des membres de son directoire ou de son Conseil de Surveillance
- la désignation de l'établissement siège de la Communauté Hospitalière de Territoire dont l'établissement est membre.

Le Conseil de Surveillance 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 dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat public privé
- le règlement intérieur de l'établissement
- la convention de Communauté Hospitalière de Territoire qui ne comporte pas de C.H.U

Par ailleurs, le Conseil de Surveillance :

- communique au D.G de l'A.R.S ses observations sur le rapport annuel d'activité et sur la gestion de l'établissement
- nomme le commissaire aux comptes en charge de la certification des comptes
- entend le directeur sur l'E.P.R.D et le programme d'investissement
- est informé de toute évolution de la composition du Directoire

2-2 : Le Directoire :

La création du Directoire s'inscrit dans la continuité du Conseil Exécutif. Présidé par le Directeur du Centre Hospitalier, le Directoire est le lieu de consultation à composition majoritairement médicale sur les principales décisions. Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement est Vice Président du Directoire.

Cinq années de fonctionnement du Conseil Exécutif au Centre Hospitalier de PAU - dispositif antérieur au Directoire - ont démontré toute la pertinence d'une telle instance. Il n'existe plus de décision importante pour l'établissement qui ne soit discutée au sein du Directoire. Il convient de maintenir l'état d'esprit constructif, la liberté de parole et la capacité de proposition de cette instance.

2-2-1 : Composition du Directoire :

La composition du Directoire du Centre Hospitalier de PAU, arrêtée par le Directeur sur avis du Président de la C.M.E pour la désignation des membres médicaux est la suivante :

Membres de Droit : le Directeur des Soins, Coordonnateur Général des Soins

Membres médicaux : Trois membres médicaux

Membre non médical : Un membre de l'Equipe de Direction

Sont par ailleurs invités de façon permanente aux travaux du Directoire, le Praticien Hospitalier Responsable du Département de l'Information Médicale et le Directeur Adjoint en Charge des Affaires Financières, de l'Analyse de Gestion & des Systèmes d'Information.

2-2-2 : Missions du Directoire :

Le Directoire a pour missions :

- Conseil stratégique au directeur dans la conduite générale de l'établissement
- Consultation sur les principales décisions

- Approbation du projet médical
- Préparation du projet d'établissement

Le Directoire n'est pas une instance investie de pouvoir de décision au sens juridique - hors approbation du Projet Médical. Le Directeur, président du Directoire, prend ses décisions après concertation du Directoire.

Selon les dispositions de l'Article D.6143-35-5 CSP : « La concertation se déroule à l'initiative et selon des modalités définies par le président du directoire ». Au Centre Hospitalier de PAU, deux réunions par mois sont instaurées de façon régulière (Lundi en fin de journée).

Après concertation du Directoire, le Directeur est compétent pour :

- Conclure le CPOM
- Décider, conjointement avec le président de la CME, 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
- Arrêter le bilan social et définir les modalités d'une politique d'intéressement
- Déterminer le programme d'investissement après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux
- Fixer l'E.P.R.D, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations
- Arrêter le compte financier et le soumettre à l'approbation du Conseil de Surveillance
- Arrêter l'organisation interne de l'établissement et signer les contrats de pôle d'activité
- Proposer la constitution et la participation à une forme de coopération sanitaire
- Conclure les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans
- Conclure les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat Public-Privé et les conventions de location
- Soumettre au conseil de surveillance le projet d'établissement
- Conclure les délégations de service public
- Arrêter le règlement intérieur de l'établissement
- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel, décider de l'organisation du travail et des temps de repos
- Présenter à l'A.R.S le plan de redressement

Par ailleurs, le Directeur dispose de compétences propres pour :

- Assurer la conduite de la politique générale de l'établissement
- Représenter l'établissement dans tous les actes de la vie civile
- Agir en justice au nom de l'établissement

- Régler les affaires de l'établissement dans le respect des attributions du Directoire et du Conseil de Surveillance
- Participe aux séances du conseil de surveillance et en exécuter les délibérations.
- Ordonner les dépenses et les recettes de l'établissement
- Transiger
- Déléguer sa signature.

2 - 3 : Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement :

Le renforcement du rôle du Président de la C.M.E est un élément majeur des nouvelles dispositions. En charge de la coordination de la politique médicale, il dispose de la pleine responsabilité, en tant que vice-président du directoire, pour élaborer le projet médical d'établissement, avec le Directeur. Il en assure le suivi de la mise oeuvre et en dresse le bilan annuel.

Les dispositions relatives aux rôle et mission du Président de la C.M.E sont arrêtées dans le cadre du Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de Directoire des établissements publics de santé.

Le président de la C.M.E, vice-président du directoire, est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement (...), **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**, sous réserve des attributions de la commission médicale d'établissement.

Son positionnement est désormais reconnu dans le processus de décision. En effet, Vice-président du directoire, il :

- ❖ Assure la coordination et la continuité des travaux du directoire en cas d'empêchement ou d'absence prolongée du président du directoire
- ❖ Propose pour la désignation des membres médicaux du directoire
- ❖ Participe à titre consultatif aux séances du conseil de surveillance
- ❖ Propose pour la désignation des chefs de pôle
- ❖ Donne un avis sur la nomination et la mise en recherche d'affectation des Personnels Médicaux
- ❖ Donne un avis sur les projets de contrats de pôle
- ❖ Donne un avis sur l'admission par contrat de praticiens libéraux

Des missions à forte responsabilité :

- Il élabore et met en œuvre le suivi du projet médical conjointement avec le directeur

- Il définit et assure le 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 (sous réserve des attributions de la CME et conjointement avec le directeur)
- Diffuse et évalue les bonnes pratiques médicales
- Coordonne la prise en charge du patient
- Assure la promotion de la recherche médicale et de l'innovation
- Élabore le plan de Développement Personnel des Compétences des Personnels médicaux
- Formalise le rapport annuel au directoire et au Conseil de Surveillance

2 - 4 : La Commission Médicale d'Établissement :

2-4-1 : Composition de la Commission Médicale d'Établissement :

Les missions de la C.M.E sont désormais orientées vers l'organisation médicale générale de l'établissement.

Les dispositions relatives à la composition et aux compétences de la C.M.E résultent des termes du Décret 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé.

La composition des C.M.E est désormais adaptée aux spécificités locales. Conformément aux dispositions du décret du 30 avril 2010, **le règlement intérieur** du Centre Hospitalier de PAU détermine la répartition et le nombre de sièges au sein de la commission. La composition de la C.M.E du Centre Hospitalier de Pau a été arrêté sur la base de 72 sièges de titulaires (hors les onze Chefs de Pôles membres de droit).

Les cinq collèges constitués sont les suivants :

- le premier collège regroupe, comme membres de droit, les onze chefs de pôles d'activités cliniques et médico-techniques,
- le second collège regroupe trente-trois sièges de représentants élus des responsables de services et unités fonctionnelles - même nombre de suppléant.
- Le troisième collège regroupe trente-trois représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement - même nombre de suppléant.
- Le quatrième collège regroupe quatre représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels (assistants, praticiens contractuels, praticiens attachés) ou exerçant à titre libéral - même nombre de suppléant.
- Un représentant élu des sages-femmes - un suppléant.
- Un représentant des internes (médecine générale, médecine des autres spécialités, de pharmacie et en odontologie) - un suppléant.

2-4-2 : Domaines de compétence de la Commission Médicale d'Établissement :

La C.M.E contribue à l'élaboration de **la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins** (Vigilances, Douleur, Politique du Médicament, ...). Elle contribue à l'élaboration de **projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers** (Éthique, urgences, Soins Palliatifs, Permanence des Soins, Parcours de Soins).

La C.M.E est saisie pour avis dans les matières suivantes :

- Le projet médical de l'établissement ;
- Le projet d'établissement ;
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux ;
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement
- 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

La C.M.E est **informée sur les matières** suivantes :

- 1 - L'E.P.R.D initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats ;
- 2 - Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement ;
- 3 - Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- 4 - Les contrats de pôles ;
- 5 - Le bilan annuel des tableaux de service ;
- 6 - La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 7 - L'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir ;
- 8 - Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 9 - L'organisation interne de l'établissement ;
- 10 - 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.

2 - 5 : Le Comité Technique d'Établissement :

Acteur majeur du dialogue social, le Comité Technique d'Établissement, organe représentatif des personnels non médicaux, n'a pas vu ses compétences modifiées par les décrets d'application de la Loi du 29 Juillet 2009, à l'exception des éléments relatifs à l'élaboration des Etats Prévisionnels de Recettes et de Dépenses. Le comité technique d'établissement, comme la commission médicale d'établissement, reste une instance consultative.

Ses membres sont élus par les personnels non médicaux du Centre Hospitalier de PAU dans le cadre de calendrier de renouvellement déterminé au niveau national.

L'article R.6144-40 du code de la santé publique modifié définit les questions sur lesquelles le comité d'établissement est obligatoirement consulté, d'une part en renvoyant aux questions sur lesquelles le conseil de surveillance délibère (mentionnées à l'article L.6143-1 du CSP), d'autre part en mentionnant précisément des attributions qui antérieurement faisaient partie des projets de délibération du conseil d'administration.

Le périmètre de compétences défini dans ce second cadre concerne :

- le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'ARS ;
- la politique sociale, des modalités de la politique d'intéressement ainsi que du bilan social ;
- 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 ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité technique d'établissement est également consulté sur le plan de développement professionnel continu.

Il est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'Établissement.

Enfin, le comité technique d'établissement est désormais informé des termes du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, et des actions de coopération proposées par le président du directoire au directeur général de l'ARS.

2 - 6 : La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (C.S.I.R.M.T).

La C.S.I.R.M.T est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction. Elle se compose de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en oeuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

La C.S.I.R.M.T. a pour finalité majeure de reconnaître et valoriser le droit d'expression des professionnels du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique. Elle formule des avis et des propositions sur le Projet de Soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, la recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique et l'évaluation de ces soins, l'élaboration d'une politique de formation, l'évaluation des pratiques professionnelles, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, le Projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement.

La C.S.I.R.M.T est à la fois consultée pour avis et informée, comme le précise l'article 1 du décret du 30 avril 2010.

Elle est consultée sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le coordonnateur général des soins (1°) ;
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades (2°) ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins (3°) ;
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers (4°) ;
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (5°) ;
- la politique de développement professionnel continu (6°).

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement ;
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 (recrutement par contrat de médecins, sages femmes et odontologistes exerçant à titre libéral ainsi que des auxiliaires médicaux) ;
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Cette commission comprend des membres élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour parmi les personnels relevant de trois collèges (Cadres de Santé, Personnels Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, Aides-Soignants). Le mandat des membres est de 4 ans, renouvelable.

2 - 7 : Le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail :

Les dispositions de la loi du 23 Décembre 1982 instaurant le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C.H.S.C.T) ont été ultérieurement modifiées par les dispositions des deux décrets du 16 Août 1985 venus renforcer l'articulation entre cette instance et la médecine du Travail.

Présidé par le Directeur, le C.H.S.C.T est composé au Centre Hospitalier de PAU de dix membres délibérants (neuf représentants du personnel non médical élus et un représentant du corps médical de l'Etablissement désigné par la Commission Médicale d'Etablissement). Il est également composé de membres consultatifs : le médecin du travail, le Directeur des Affaires Logistiques, le Directeur des Services Techniques, le Coordonnateur Général des Soins, le Praticien en charge de la Cellule d'Hygiène et l'inspecteur du Travail.

A titre consultatif et ponctuel, le C.H.S.C.T peut appeler à siéger toute personne intéressée ou concernée par l'ordre du jour.

Cette instance a vocation à promouvoir la santé et la sécurité des agents hospitaliers et des employés des sociétés titulaires de contrat avec le Centre Hospitalier de PAU. Elle se doit de procéder à l'analyse des risques professionnels et de proposer des actions de promotion tendant à la maîtrise effective des risques.

Le C.H.S.C.T donne un avis sur le règlement intérieur sur le rapport annuel présenté par le Directeur sur le bilan de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail et sur le programme annuel de prévention des risques.

Organe consultatif, le C.H.S.C.T peut solliciter des expertises dans les domaines de ses compétences.

Le C.H.S.C.T se réunit au moins quatre fois par an.

Au terme de ces rappels, le processus de décision renouvelé par les dispositions de la loi du 21 juillet 2009 et ses décrets d'application peut être synthétisé comme suit – hors compétences du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail détaillées au point 2-7 précédent :

	Conseil de Surveillance	Directoire	CME	CTE	CSIRMT
Projet d'établissement	DELIBERATION	PREPARATION	CONSULTATION	CONSULTATION	
EPRD	INFORMATION	CONCERTATION	INFORMATION	INFORMATION	
PGFP		CONCERTATION			
Proposition de tarifs de prestations		CONCERTATION			
Comptes de l'exercice	OBSERVATIONS ET VERIFICATIONS				
Compte financier et affectation des résultats	DELIBERATION	CONCERTATION (compte financier)	INFORMATION	CONSULTATION	
Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens		CONCERTATION	INFORMATION	INFORMATION	
Programme d'investissement	INFORMATION	CONCERTATION	CONSULTATION (pour les équipements médicaux)		
Mesures relatives à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire	DELIBERATION	CONCERTATION		CONSULTATION	
Politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers	AVIS	CONCERTATION	CONTRIBUTION	CONSULTATION	CONSULTATION
Règlement intérieur	AVIS	CONCERTATION	CONSULTATION	CONSULTATION	INFORMATION
Projet médical		APPROBATION	CONSULTATION		
Organisation interne		CONCERTATION	INFORMATION	CONSULTATION	
Contrats de pôle		CONCERTATION	CONSULTATION		
Rapport annuel du Directeur sur l'activité de l'établissement	DELIBERATION (communique ses observations au DGARS)		INFORMATION	CONSULTATION	INFORMATION
Politique sociale, bilan social et modalités d'une politique d'intéressement		CONCERTATION	CONSULTATION	CONSULTATION	
Politique générale de formation du personnel, plan de formation et plan de développement professionnel continu			CONSULTATION pour le plan de formation professionnelle continue	CONSULTATION	CONSULTATION
Politique de recrutement des emplois médicaux			INFORMATION		
Plan de redressement		CONCERTATION		CONSULTATION	

3 : DEVELOPPER LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITE : L'ORGANISATION DU CENTRE HOSPITALIER DE PAU EN POLES D'ACTIVITE :

Les dispositions de la loi du 21 juillet 2009 posent le principe de la liberté d'organisation interne de l'Etablissement au niveau des structures. Seul le pôle d'activité constitue une structure obligatoire. Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques.

Par le biais de la mise en place des Pôles d'activité, il s'agira, chaque fois que cela sera envisageable, de rechercher les moyens de rapprocher la décision du terrain, sachant que **les organisations les plus efficaces sont celles qui sont définies avec une participation importante des acteurs de terrain.**

3-1 : Le découpage de l'Etablissement en Pôles d'activité :

En 2007, un découpage de l'Etablissement en quatorze Pôles cliniques et médico-technique avait prévalu. Au regard des difficultés d'animation d'un dispositif trop large, et au souhait de mettre en œuvre de façon concrète les processus de délégation - qui nécessitent la constitution d'ensembles à taille suffisante pour être pertinente - une démarche de recomposition des Pôles a été entreprise en fin d'année 2011.

Conformément au projet médical d'établissement, et après avis du président de la CME, le Directeur du Centre Hospitalier de PAU a défini l'organisation de l'établissement en **onze pôles d'activité cliniques et médico-technique**. Un douzième Pôle regroupant les activités administratives, techniques et logistique est constitué sous l'appellation de « Pôle Support & Ressources ».

Figure en annexe à la présente Charte, le détail des Pôles constituées en Octobre 2011 par décision du Directeur, après concertation du Directoire, ainsi que la désignation des Chefs de Pôles, sur proposition du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

La mise en œuvre des pôles est l'occasion de formaliser trois principes de gouvernance dont les bases figureront dans la Charte de fonctionnement des pôles. Ils seront mis en œuvre dans les Contrats de Pôle.

Le principe de subsidiarité :

A cet effet, les directions fonctionnelles étudieront les modalités d'une déconcentration dans les pôles d'un certain nombre de leurs prérogatives. Cette démarche ne peut être engagée que de façon progressive, accompagnée et sur la base de la concertation.

Par ailleurs, les Pôles sont également le lieu de réflexion et de formalisation de projets nouveaux dont la mise en œuvre concrète est définie dans le cadre de la contractualisation.

Le principe de contractualisation :

Chaque pôle doit s'engager contractuellement avec le Directeur, après consultation du Directoire, sur son activité, l'amélioration de la qualité, le respect des orientations qui lui sont fixées. Le contrat pluriannuel sera actualisé annuellement par voie d'avenant. Il pourra comprendre des clauses d'intéressement dans des conditions prévues par le règlement intérieur. Il est conforme aux orientations du Projet d'Etablissement et notamment au Projet Médical. Au delà de ces éléments, il peut comporter des éléments en référence avec des projets élaborés par le Pôle.

Dans ce cadre, l'établissement s'engagera à :

- Garantir l'autonomie de gestion prévue au contrat,
- Garantir les moyens mis en œuvre directement dans le pôle - sous réserve des évolutions d'activité constatées.
- Renforcer l'efficacité du système d'information en collaboration avec les acteurs du Pôle.
- Construire et diffuser des tableaux de bord de gestion permettant aux responsables des Pôles de connaître l'évolution des indicateurs retenus dans le contrat de Pôle
- Respecter les clauses d'intéressement prévues au contrat - le cas échéant.

Dans ce cadre, le pôle s'engagera à :

- Réaliser les objectifs dans le cadre des moyens alloués.
- Recueillir et évaluer son activité à partir des indicateurs budgétaires, de qualité et de performances définies au contrat.
- Produire un rapport annuel détaillant son action.

Le principe de responsabilisation :

La délégation de tâches et de responsabilité est un élément de motivation des acteurs. Motiver les acteurs, c'est prendre en compte les aspirations des équipes et simplifier les circuits de décision.

3-2 : La nomination des Chefs de Pôles :

Au terme de l'article R. 6146-2, « le Directeur nomme les chefs de pôle clinique ou médico-technique sur présentation d'une liste de propositions établie, ..., par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (...). »

Une formation **adaptée à l'exercice de leurs fonctions** est proposée aux praticiens nommés dans les fonctions de chef de pôle. La durée et le contenu sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Dans l'exercice de ses fonctions, le Chef de Pôle est assisté d'un Cadre référent de Pôle (Cadre Supérieur de Santé). Un membre de l'Equipe de Direction est désigné pour être Directeur référent du Pôle et permettre d'instaurer une relation directe entre le Chef de Pôle, le Cadre Référent du Pôle et l'Equipe de Direction. Selon la taille des Pôles, les moyens logistiques pouvant être dévolus pour le fonctionnement du Pôle feront l'objet de contractualisation le cas échéant.

3-2-1 : Les compétences du chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique :

Le praticien, chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique :

- met en oeuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle ;
- organise, avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité. Pour cela, il tient compte des objectifs prévisionnels du pôle. Il agit dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et des responsabilités des structures, services, unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle ;
- exerce un rôle, précisé par le contrat de pôle, dans les domaines suivants :
 - gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
 - gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
 - définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
 - proposition au directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle ;
 - affectation des personnels au sein du pôle ;
 - organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
 - participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques ;
- intervient dans la gestion des personnels médicaux :
 - nomination des personnels médicaux : il propose au directeur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers. Cette proposition donne lieu à un avis du président de la CME.

- admission de médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux : il peut proposer au directeur l'admission sur contrats de médecins, sages-femmes, odontologistes exerçant à titre libéral. Le président de la CME donne un avis sur cette proposition ;

• assure la concertation interne au sein du pôle

Le chef de pôle a pour mission d'organiser une concertation interne au sein de son pôle, selon une fréquence minimale de deux réunions par an. Il associe pour cela toutes les catégories de personnel. La représentation de tous les secteurs d'activité du Pôle doit être assurée dans le processus de concertation.

3-2-2 : La formation du chef de pôle :

Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chefs de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions. La durée totale de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle ne peut pas être inférieure à soixante heures.

La formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle, à organiser par l'établissement public de santé, comprend les apprentissages suivants :

- gestion budgétaire et financière ;
- pilotage médico-économique et performance hospitalière ;
- systèmes d'information hospitaliers ;
- management des ressources humaines ;
- qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins ;
- management d'équipe et conduite du changement.

3-3 : Les missions du Cadre Référent de Pôle :

Le cadre supérieur de santé de pôle est le collaborateur permanent et direct du chef de Pôle. Il exerce l'ensemble de ses missions sous l'autorité de la Direction des Soins. Il est en liaison fonctionnelle avec le directeur délégué du pôle.

Le cadre supérieur de santé met en oeuvre :

- son expertise en soins au service de la démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des usagers.
- un management adapté aux situations rencontrées en mobilisant les acteurs pour des actions et des résultats efficaces.

Il est force de proposition et interlocuteur privilégié au niveau stratégique et organisationnel. Il initie une dynamique de progrès et reste garant de l'éthique.

Entouré de l'équipe d'encadrement du Pôle, ses fonctions s'articulent autour de trois missions principales :

1- Pilotage des activités et des métiers des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques : participation à la conception du projet de soins au sein du Pôle, mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, management des professionnels, animation du groupe de cadres, participation à l'élaboration du Plan de Formation du Pôle, mise en place de communication auprès des personnels du Pôle

2- Collaboration au pilotage du pôle : participation à l'élaboration du projet et du Contrat de Pôle, participation aux arbitrages en matière d'investissement et de travaux, analyse des tableaux de bord en lien avec le secteur de l'Analyse de Gestion, propositions d'actions correctives.

3- Interface avec les différents pôles : régulation et organisation des interfaces pour l'amélioration du parcours du patient.

3-4 : Les missions du Directeur Référent de Pôle :

Membre de l'équipe de direction en charge d'une direction fonctionnelle, il est nommé par le directeur de l'établissement et représente celui-ci de manière permanente auprès du pôle. Il assiste au bureau, au conseil de pôle et à l'assemblée de pôle avec voix consultative. Il participe, en association avec le responsable de pôle clinique et médico-technique et le cadre supérieur de santé, au pilotage du pôle. Il accompagne le pôle dans ses démarches

Une mission de conseil et d'expertise

- Il conseille le responsable médical de pôle dans la préparation du projet de pôle et du contrat de Pôle, ainsi que des prévisions annuelles d'activité et du rapport d'activité annuel du pôle.
- Il procède, avec le responsable de pôle et le cadre supérieur de santé, au suivi de l'évolution des ressources du pôle et à l'évaluation et à l'analyse de l'activité du pôle, grâce, notamment, aux outils élaborés par le secteur d'Analyse de Gestion et le Département de l'Information Médicale.
- Il participe à la définition des indicateurs spécifiques au pôle et nécessaires au bon suivi de la mise en œuvre du contrat.

Un rôle d'interface

- Il apporte expertise et outils méthodologiques pour conduire les démarches projets.
- Il participe à l'analyse de la cohérence des projets du pôle au regard du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS-PRS), du projet d'établissement, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
- Il facilite les relations entre le pôle et la Direction. Il est notamment, avec le cadre supérieur, l'intermédiaire privilégié dans les relations entre le pôle et les directions fonctionnelles pour les matières qui, ne relevant pas du fonctionnement courant, nécessitent son intervention.

3-3 : Contrat de Pôle :

Au terme des dispositions de l'article R. 6146-8. - I du Code de Santé Publique : « Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs. ». Une présentation uniformisée des contrats de Pôle sera mise en œuvre. Le contrat de Pôle est conclu pour une période de quatre ans. Il fait l'objet d'une évaluation annuelle.

Un socle commun de pratiques à mettre en œuvre sera rappelé dans le Contrat (Hygiène, Démarche Qualité, ...) d'une part, le développement de pratiques spécifiques au Pôle pourra être intégré d'autre part.

Le Contrat de Pôle fixe les modalités d'engagements réciproques des signataires concernant les objectifs du Pôle, les moyens mis à sa disposition (y compris en matière de ressources mutualisées - kinésithérapeutes, assistantes sociales), des indicateurs de suivi de sa gestion.

Le contrat de pôle peut définir le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :

- 1 - Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;
- 2 - Dépenses de formation de personnel.
- 3 - Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- 4 - Dépenses à caractère hôtelier ;
- 5 - Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;

Il pourra préciser, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion. Il intègre la déclinaison au niveau du Pôle des indicateurs qualité et d'activité retenus dans le cadre des dispositions du Contrat d'Objectif et de Moyens.

La dimension du Pôle et la volonté des acteurs conduira à des périmètres et des degrés variables de délégation. Une approche pragmatique devra être conduite en ce sens.

3-4 : Projet de Pôle :

Au terme des dispositions de l'article R. 6146-9 du Code de Santé Publique : « Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent. »

Le chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle. Il organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel.

Le Projet de Pôle est élaboré dans le respect des orientations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et du Programme Régional de Santé, du projet médical du territoire et du projet d'établissement.

3-5 : La nécessaire articulation entre le niveau de décision institutionnel et les Pôles :

L'articulation entre le niveau de gestion du Pôle et le niveau stratégique que constitue le Directoire est primordiale afin de donner à cette organisation le maximum d'efficacité.

Outre la mise en œuvre d'échanges informatifs réciproques et réguliers entre Directoire et collège des Pôles (Chef de Pôle, Cadre de Pôle et Directeur Référent), la création d'un lien structuré entre ces deux niveaux distincts et complémentaires est la garantie de permettre aux membres du Directoire d'être éclairés sur la vie des Pôles d'une part, de valider régulièrement l'avancée des travaux conduits par ceux-ci d'autre part. Il est un lien d'échanges entre Pôles et de questionnement des orientations stratégiques de l'Établissement pour les responsables des Pôles.

Au Centre Hospitalier de PAU, cette organisation est appelée « Rencontre des Pôles ». Elle est conduite une fois tous les deux mois. Elle est co-présidée par le Président et le Vice Président du Directoire. Elle fait l'objet d'un ordre du jour validé sur la base de points proposés par les membres du Directoire d'une part, les responsables de Pôles d'autre part. Cette organisation ne fait pas obstacle à des rencontres particulières entre le Directoire et les Responsables d'un Pôle sur des thématiques propres au pôle concerné.

La « Rencontre des Pôles » n'est pas une instance dotée de pouvoir de décision.

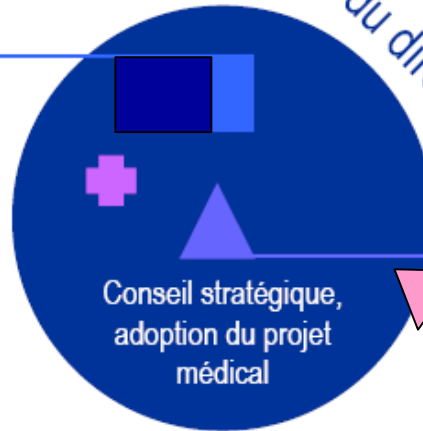
Conseil de surveillance

Contrôle général de l'établissement, compte des résultats

Equipe de Direction

Directeur

Conduite de la politique générale, autorité sur les personnels et nominations, fixation de l'Eprd, conclusion du Cpom, signature des contrats de pôle, qualité et sécurité des soins

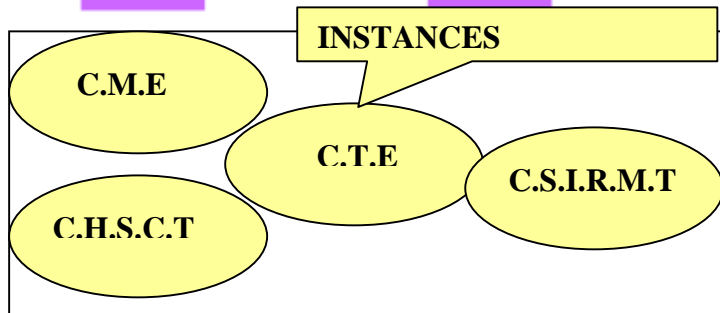


Elaboration du projet médical, coordination de la politique médicale, qualité et sécurité des soins

Bureau de la C.M.E

Président de la Cme

Rencontre des Pôles



4 – PRATIQUES RETENUES RELATIVES A LA RELATION DE MANAGEMENT :

Une collectivité n'est plus aujourd'hui une juxtaposition de compétences ou de fonctions qui ne seraient reliées que par l'autorité d'un supérieur hiérarchique. Elle est un ensemble complexe dans lequel chacun a besoin des autres. Certes, chaque activité dispose de ses propres prérogatives et de ses compétences particulières, mais dans la mesure où la partage de savoir et de connaissance est de plus en plus nécessaire, l'organisation recherchée doit garantir une production de soins de qualité dans les meilleures conditions.

En matière de pratique de gestion, le nouveau contexte de gouvernance pour être complètement efficace doit reposer sur une modification des relations internes de management des équipes. Deux démarches complémentaires sont à envisager.

Il s'agit d'abord de **substituer une logique de pilotage à une logique du contrôle**. Le dispositif de pilotage est transparent et vise à mesurer le niveau de réalisation des objectifs (qualité, activité, ...). Il convient ainsi de conforter la démarche de dialogue de Gestion.

Par ailleurs, il convient de **favoriser un processus basé sur un partage des savoirs**. La finalité du réseau interne consiste à positionner les équipes en tant que consultant apportant aux autres leurs savoirs, les obligeant alors à créer de nouveaux savoirs pour demeurer compétitifs. Le positionnement traditionnel des Directions fonctionnelles doit être alors repensé.

Enfin, les principes de la mise en place de modalités de diffusion des informations tant en interne que vis à vis des usagers doivent être définis.

4 – 1 : Le dialogue de gestion, pierre angulaire de la démarche de Gouvernance :

Le cœur du métier de l'hôpital est le soin. Il importe donc d'être en capacité d'analyser ses processus de prise en charge des patients, de disposer d'une comptabilité analytique performante, afin de pouvoir analyser ses coûts et ses résultats dans une démarche de comparaison efficace, ainsi que de mesurer son attractivité.

Le développement d'un dialogue de gestion au sein de l'Etablissement, associant étroitement les acteurs des Pôles est en ce sens primordial. Le maintien et le développement des capacités de l'Etablissement à se doter des équipements nécessaires à des prises en charge de qualité repose sur une gestion au plus près des capacités financières générées.

Des tableaux de bord constitués d'indicateurs généraux portant sur les domaines de l'activité, des éléments de recettes et de dépenses, de satisfaction à des critères qualité notamment devront être élaborés en concertation avec chacun des Pôles et servir de base à la contractualisation. Les indicateurs portés au Contrat d'Objectifs de l'Etablissement seront également déclinés par Pôle en tant que de besoin. Ces démarches nécessitent de renforcer la fiabilité et la robustesse du système d'information ; elles doivent être poursuivies avec la participation active des Pôles - notamment en ce qui concerne l'amélioration de la Comptabilité Analytique.

Objectif 1 : Conforter la démarche de dialogue de Gestion					
Argumentaire	Le transfert de responsabilités de gestion au Pôle ne peut se faire que de façon progressive et accompagnée. Le dialogue de gestion permet de nourrir des échanges profitables entre les responsables des Pôles et le niveau central.				
Résultat attendu	Implication et responsabilisation des acteurs de Pôles. Partage des données sur l'activité et les moyens engagés par le Pôle et la satisfaction des indicateurs posés au Contrat de Pôle. Meilleure réactivité face aux évolutions constatées.				
Actions à poursuivre et/ou mettre en oeuvre	Formation des médecins des Chefs de Pôle à leurs missions Développement de la logique contractuelle interne, Amélioration des tableaux de bord, production à périodicité définie et recherche de nouveaux indicateurs pertinents.				
Valeur ajoutée :					
* Pour le C.H de PAU	Responsabilisation des acteurs Substituer la logique de pilotage à celle de contrôle Fiabilisation de la Comptabilité Analytique				
* Pour les services	Meilleure compréhension des enjeux et des outils				
Moyens nécessaires					
* Existant	Formalisation des T.C.C.M et C.R.E.A par Pôle Participation au référentiel Base d'ANGERS				
* Nouveau		2nd Sem. 2012	1 ^{er} Sem. 2013	2nd Sem. 2013	1 ^{er} Sem. 2014
	Formation des Chefs de Pôle		X		
	Tableaux de bord par Pôle		X	X	X
	Formalisation des Contrats de Pôles			X	X
Modalité d'évaluation & Indicateur	Nombre de médecins formés Nombre de rencontre avec l'Analyse de Gestion				
Porteur de Projet	Direction & Direction des Affaires Financières et Analyse de Gestion				

4 - 2 : Repositionnement des acteurs traditionnels :

La recherche des moyens de rapprocher la décision du terrain nécessite l'étude des modalités d'une déconcentration dans les pôles d'un certain nombre de prérogatives exercées aujourd'hui au niveau des Directions fonctionnelles. Cette démarche ne peut être engagée que de façon progressive, accompagnée et sur la base de la concertation.

Le principe de subsidiarité est inscrit au cœur de la démarche de création des Pôles et trouve sa formalisation dans le cadre du Contrat de Pôle.

S'engager dans cette démarche, c'est aussi poser la question du positionnement des Directions fonctionnelles en tant que structure aujourd'hui en charge de proposer la politique stratégique propre à son domaine de compétence et de mise en œuvre des orientations validées en la matière d'une part et d'opérer des choix opérationnels quotidiens dans le cadre de leur périmètre fonctionnel et des moyens qui lui sont alloués d'autre part.

Le niveau d'expertise reconnu aux Directions fonctionnelles en matière de compétence juridique ou de modalités opérationnelles de gestion n'est pas en jeu (passation de marchés, formalisation des contrats de travail, gestion directe des carrières des agents, ...). Les moyens engagés sur ces missions ne peuvent être délégués et répartis au sein de chacun des Pôles au regard des coûts potentiels générés.

Sur le plan de l'autonomie des processus de gestion, il est constaté aujourd'hui un niveau d'association important des services aux procédures de choix d'équipement ou divers matériels conduits par la Direction des Affaires Logistiques. Les processus de Ressources Humaines - notamment la formation, et dans une moindre mesure la politique de remplacement - sont davantage centralisés. Dans les deux cas, le principe de déconcentration des procédures devra être étudié.

Cette démarche doit conduire à recentrer les directions fonctionnelles sur des tâches de coordination et d'analyses stratégiques d'une part, et à apporter une compétence « expert » aux Pôles d'autre part.

Objectif 2 : Repositionnement des acteurs traditionnels					
Argumentaire	Il est nécessaire de faire évoluer l'organisation actuelle pour tendre vers davantage de délégation de gestion des Pôles. La délégation est inscrite au Contrat de Pôle.				
Résultat attendu	Délégation de gestion encadrée Economies générales. Centrer les directions fonctionnelles sur des tâches de coordination et d'analyses stratégiques. Apporter une compétence « expert ».				
Actions à poursuivre et/ou mettre en œuvre	Définir les responsabilités de gestion des différents acteurs, les accompagner dans le changement. Accroître le partenariat avec le corps médical et l'encadrement dans chacun des domaines spécifique concerné (notamment en matière de formation). Définir le niveau des délégations accordées aux Pôles. Actualiser la Charte de fonctionnement des Pôles Formaliser des Contrats de Pôle				
Valeur ajoutée :					
* Pour le C.H de PAU	Allègement des circuits de décision Appropriation de la démarche par les acteurs				
* Pour les services	Lisibilité des organisations Appropriation directe de certains processus de décision				
Moyens nécessaires					
* Existant	Charte de fonctionnement des Pôles Association des services aux processus de choix des équipements				
* Nouveau		2nd Sem. 2012	1 ^{er} Sem. 2013	2nd Sem. 2013	1 ^{er} Sem. 2014
	Formaliser les délégations de gestion		X	X	
	Formaliser les Contrats de Pôles			X	X
	Actualisation de la Charte de fonctionnement des Pôles		X		
Modalité d'évaluation & Indicateur	Nombre et niveau des délégations accordées Evaluation annuelle de la politique de décentralisation Nombre de contrats de Pôle signé				
Porteur de Projet	Direction & Ensemble des Directions fonctionnelles				

4 - 3 : Développement des démarches de Conduite de Projet :

Il s'agit ici de définir les étapes conduisant à la mise en œuvre de la démarche de management en mode réseau qui identifie et valorise les expertises développées par les acteurs (collectivement ou individuellement).

Un travail de recensement des attentes du personnel d'encadrement du Centre Hospitalier de PAU a été conduit courant premier semestre 2011 avec l'appui du Centre National de l'Expertise Hospitalière (C.N.E.H). Des axes d'amélioration et d'évolution des processus existants ont été formalisés et certains validés.

Le développement de cette démarche basée sur les modalités de conduite de projet repositionne le cadre identifié en tant que chef de projet, comme le responsable d'une démarche d'étude ou de mise en œuvre d'un projet préalablement validé au plan institutionnel. Le travail conduit en réseau avec les cadres des autres secteurs concernés (au sein de sa filière d'origine) et/ou des autres secteurs d'activité de l'Etablissement contribuera à un maillage plus fort des relations inter-services et à la formalisation d'une identité cadre. La mise à disposition de cette expertise au profit de démarches similaires dans un autre secteur permettra de gagner en efficacité.

Un dispositif de formation à la conduite de projet d'une part, la formalisation d'une lettre de mission relative au projet (lui même décliné dans ses contours dans une fiche projet formalisé) d'autre part sont des outils indispensables à la réussite de la démarche.

La mise en place d'ateliers d'encadrement pourra permettre des échanges directs entre cadre de différentes filières afin d'aborder de façon croisée et partagée notamment des problématiques d'organisation de processus.

Objectif 3 : Développement de démarches de Conduite de Projet					
Argumentaire	La mise en œuvre d'un mode de management reposant sur la conduite de projets doit permettre de fédérer les professionnels d'horizons différents orientés vers un même but.				
Résultat attendu	Mutualiser les compétences Décloisonner les secteurs				
Actions à poursuivre et/ou mettre en œuvre	Référentiel métier Cadre (toute origine) à formaliser Formaliser une cartographie des compétences des Cadres Définir le processus de désignation du Chef de projet et lettre de mission Création de Banques de données sur les travaux en cours				
Valeur ajoutée :					
* Pour le C.H de PAU	Coordination des démarches Développement d'une identité cadre				
* Pour les services	Meilleure lisibilité des projets Identification plus facile des ressources				
Moyens nécessaires					
* Existant	Renforcer la régularité des réunions d'encadrement				
* Nouveau		2nd Sem. 2012	1 ^{er} Sem. 2013	2nd Sem. 2013	1 ^{er} Sem. 2014
	Cartographie des compétences des cadres	X			
	Développer un dispositif de formation adapté	X	X	X	X
	Banque de données sur les travaux en cours		X		
	Définir le processus de désignation du Chef de projet et lettre de mission		X		
	Mise en place d'ateliers d'encadrement pour échanges pluridisciplinaires		X	X	X
Modalité d'évaluation & Indicateur	Nombre de cadres formés à la conduite de Projet Nombre de réunions d'encadrement Formalisation des processus et référentiels				
Porteur de Projet	<i>Direction du Personnel, de la Formation et des Ressources Humaines & Direction des Soins</i>				

4 - 4 : Développer des outils de communication Interne et Externe :

Permettre aux acteurs de Pôles, et au delà à tout acteur hospitalier impliqué, de disposer des informations nécessaires à son investissement dans les projets de la structure et au partage des réflexions et démarches diverses mises en œuvre au sein du Centre Hospitalier nécessite de revisiter nos modalités de communication internes, mais aussi externes.

La communication institutionnelle regroupe l'ensemble des actions de communication qui visent à promouvoir l'image du Centre Hospitalier de PAU vis à vis de ses patients et usagers, des personnels et différents partenaires. Elle comporte toutes les opérations qui permettent de promouvoir l'entreprise dans son ensemble, tant en interne qu'en externe. Elle se distingue de la communication - produit, qui se limite à la diffusion d'information limitée à une activité donnée ou sur un secteur particulier de l'ensemble hospitalier.

Toutefois l'opposition entre les deux communications doit être nuancée. En effet, lorsque l'Etablissement fait une communication institutionnelle il y a une retombée sur l'ensemble de ses activités. De même que toutes les communications centrées sur des activités particulières aident à forger l'image de l'Etablissement dans son ensemble. En conclusion ces deux communications sont complémentaires.

Le champ de la communication institutionnelle reste à investir - quelque soit l'objet de celle-ci (ouverture de service, mise en œuvre de travaux, résultats finaux d'études internes, avancée de groupe de travail préalablement institué, ...). Pour ce faire, l'analyse des outils actuels est nécessaire, le développement de nouveaux outils de communication interne et externe est requis.

Parce qu'elle permet de fédérer la communauté hospitalière autour de ses missions, projets et réussites, la communication est un enjeu stratégique majeur - sans oublier le rôle primordial en matière de positionnement stratégique qu'elle soutient dans un contexte de concurrence forte. En ce sens, elle participe au renforcement de l'identité et des valeurs communes à l'ensemble des acteurs du Centre Hospitalier de PAU.

Objectif 4 : Développer des outils de communication Interne et Externe					
Argumentaire	Le modèle de Gouvernance développé s'appuyant sur la mise en mouvement des compétences des acteurs de Pôles repose sur le développement d'une politique interne de communication et conduit à la mise en œuvre d'une politique de communication externe.				
Résultat attendu	Faire adhérer les acteurs internes aux démarches collectives Informers nos usagers et faire connaître le C.H de PAU au grand public Associer comme partenaire les professionnels libéraux Développer l'attractivité pour les professionnels extérieurs				
Actions à poursuivre et/ou mettre en œuvre	Créer une identité propre au C.H Pau forte et reconnue Moderniser les supports de communication				
Valeur ajoutée :					
* Pour le C.H de PAU	Identification des acteurs internes à un projet collectif Susciter le réflexe de faire connaître les actions entreprises				
* Pour les services	Favoriser les échanges d'informations internes Reconnaissance des démarches particulières entreprises				
Moyens nécessaires					
* Existant	Livret d'accueil Dossier de presse pour manifestations / inauguration Intranet multiservices Flash Qualité Trimestriel « Transversales »				
* Nouveau		2nd Sem. 2012	1 ^{er} Sem. 2013	2nd Sem. 2013	1 ^{er} Sem. 2014
	Site Internet à moderniser	X	X		
	Logo et Charte graphique à actualiser		X	X	
	Support d'information interne plus régulier	X	X	X	X
Modalité d'évaluation & Indicateur	Mise en œuvre des préconisations				
Porteur de Projet	Direction				