

Pilier 3 : Simplification et organisation du quotidien

Les grands axes

- ⇒ A l'hôpital, un pouvoir décisionnaire équilibré entre gestionnaires, personnels soignants et représentants des usagers. La gouvernance est assurée par un directeur d'hôpital, un directeur médical (élu par la CME), un directeur paramédical (élu par la CSIRMT) en lien étroit avec un représentant des usagers élu, et un doyen élu de l'UFR de médecine en CHU,
- ⇒ Le service, unité première de décisions, est pertinent pour définir et mettre en œuvre la politique médicale. Il est responsable de l'information et du respect des patients. Son management est médical et paramédical, avec la soumission du projet de service au conseil de service élu. Une coordination interservices doit être mise en place pour faciliter l'organisation des soins
- ⇒ Des effectifs soignants en nombre suffisant et stables décorrélés du nombre de lits pour permettre la mise en place de nouvelles organisations
- ⇒ La mise en place d'actions de partenariat patient, (ex. : Maisons des usagers), visant à améliorer la qualité des soins
- ⇒ En permanence, des lits sont disponibles et des créneaux sont libres dans les blocs et plateaux techniques pour prendre en charge des patients non programmés et sortir de la désorganisation et de la pénurie chronique qui sévit à l'hôpital
- ⇒ Un soignant plus autonome (décisions prises par le terrain) et un temps soignant préservé (assistant médicaux, moins de tâches administratives)
- ⇒ Une politique qualité plus simple, plus pragmatique et focalisée sur ce qui a fait la preuve de son efficacité pour le patient
- ⇒ Le DPC sous sa forme actuelle trop bureaucratique et inefficace est abrogé au profit d'une formation continue gérée par les services et indépendante de l'industrie
- ⇒ Réorganisation et rationalisation des moyens des agences de l'état (ANAP, HAS...)
- ⇒ Plus d'autonomie régionale, une ARS plus réactive dont la mission est la réponse aux besoins de santé publique qui rend des comptes à la région et aux CRSA

Listing des mesures concrètes 2

La gouvernance du système de santé	2
La gouvernance et le management de l'hôpital.....	2
L'organisation des soins et la simplification du quotidien	3
Propositions détaillées	6
La gouvernance du système de santé	6
La gouvernance et l'organisation de l'hôpital public	7
Les principes qui sous-tendent la gouvernance et l'organisation de l'hôpital.....	7
Les propositions en rapport avec ces principes	9

Contribution du CIH

Listing des mesures concrètes

La gouvernance du système de santé

1. Réorganiser et/ou regrouper les **agences de l'état et autorités indépendantes** pour éviter les doublons (ASIOSaP, ATIH, ANAP, HAS...) et mutualiser leurs moyens. Moyens des ARS tournés vers les objectifs de santé publique et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
2. Développer le travail collaboratif **entre les ARS et les directions hospitalières** qui doivent réfléchir avec les acteurs de la ville, élus, CCAS (ou l'union des CCAS), soignants et représentants des usagers, aux moyens de renforcer les liens ville-hôpital en fonction du contexte local et régional
3. Rendre les **ARS réactives et transparentes** sur les prises de décisions et l'attribution des moyens, alléger les procédures. Dans le cadre du Plan régional de santé quinquennal, les ARS assurent la mise en place de la politique de santé sur le territoire. Elles doivent être aussi des coordonnateurs de la permanence des soins pour répondre aux besoins de la population
4. Renforcer les moyens de contrôles des **ARS par la Région et les CRSA**
5. Les ARS des Outremer doivent travailler en concertation avec les préfets pour résoudre les problématiques spécifiques et s'affranchir des normes hexagonales quand elles sont inadaptées : stades épidémiques spécifiques à l'insularité, taux d'ambulatoire révisé en fonction des spécificités géographiques et médico-sociales du territoire, mutualisations excessives qui ne tiennent pas compte des contraintes géographiques et climatiques, etc.
6. Évaluer et réviser les **groupements hospitaliers de territoire et regroupements** pour qu'ils répondent à des objectifs de pertinence des soins et d'adaptabilité aux crises et collaborent sur des organisations et pratiques de soin avec les acteurs de la ville, les élus, les représentants des usagers et le tissu associatif pour être au plus proche de la population.
7. **Renforcer la prévention dans et hors les hôpitaux** : projets régionaux portés conjointement par les ARS, les professionnels de santé et les associations de patients, augmenter les métiers de la prévention dans les hôpitaux : psychologues, patients intervenants, éducateurs sportifs, diététiciennes, IDE de tabacologie, IDE d'éducation thérapeutique, d'addiction..., **mais également accompagner les professionnels de santé de ville à promouvoir l'éducation à la santé et la prévention, spécialement en renforçant la Médecine scolaire, premier lieu d'apprentissage.**

La gouvernance et le management de l'hôpital

8. **La gouvernance de l'hôpital est assurée par un trio**: directeur d'hôpital, directeur médical, directeur paramédical d'une part en lien avec un représentant élu des usagers et le doyen pour les CHU, d'autre part. La gouvernance travaille en lien étroit avec le président de la commission des usagers. Le représentant des usagers aura voix consultative sur les questions managériales et budgétaires.
 - 8.1. Le président de CME devient « **directeur médical** », le président élu de CSIRMT devient « **directeur paramédical** ». Ils ont des moyens dédiés pour l'exercice de leurs missions.
 - 8.2. Les présidents de toutes les commissions sont **élus** (CME, CSIRMT, CDU)
 - 8.3. En cas de désaccord au sein de la gouvernance persistant malgré la concertation, **l'arbitrage est fait par une tutelle externe** (conseil de surveillance). La loi donnant systématiquement la décision au directeur et non au président de CME déséquilibre les décisions, et génère des conflits
9. **Supprimer les pôles et strates médico-administratives** intermédiaires

Contribution du CIH

- 9.1. **Option : fusionner** le directoire et le conseil de surveillance et y augmenter la participation des usagers et des soignants
 - 9.2. **Définir le service comme l'unité première** pour définir et mettre en œuvre la politique d'une discipline. Il convient également, pour rendre plus pertinente la décision au plus près des besoins du patient, de travailler en coordination avec les autres services de l'établissement qui prendront en charge le patient. Il est rappelé ici que l'information dû au patient et/ou à son entourage, relève de la responsabilité du médecin en charge du patient
 - 9.3. Pour les **activités transversales** (nutrition, douleur, réadaptation, psychologie, éducation thérapeutique...), l'organisation peut soit se faire par un service transversal, comme cela existe avec les UTEP, soit par intégration des personnels dans les différents services de spécialité avec une coordination transversale qui construit le projet médical et a autorité pour réguler les disparités entre les services
 - 9.4. Dans le cadre de l'Education thérapeutique du patient (ETP), il est à prévoir un travail étroit avec les professionnels de santé de ville et tous les acteurs associés à l'ETP comme les associations de patients, les comités d'usagers (MDU) et en tenant compte de la dimension sociale de la personne. L'ETP ne peut être uniquement hospitalière.
- 10. Rénover le management**
- 10.1. La direction du service est assurée par un **binôme** responsable médical élu pour un mandat de 4 ou 5 ans/ responsable paramédical, médecin / cadre de santé avec une formation adaptée et du temps dédié
 - 10.2. L'organisation du service est définie par le **conseil de service élu**
 - 10.3. Prendre en compte les propositions du binôme responsable pour la construction du tableau des emplois et la détermination du **nombre de soignants nécessaires** permettant de fidéliser les équipes et avoir des effectifs stables en décorrélant le nombre d'agents au nombre de lits pour favoriser le lien ville / hôpital et l'émergence de nouvelle prise en charge et en prenant en compte l'absentéisme qui désorganise et la formation des personnels tout au long de leur carrière, avec du temps dédié.
 - 10.4. **Redéfinir les missions du cadre de proximité** /responsable paramédical d'unité de soins dont il faut limiter le périmètre, le libérer de tâches administratives (plannings, gestion de la pénurie, renseignements d'activités) pour permettre de lui donner une autonomie d'organisation, de projet, y compris de recherche paramédicale
 - 10.5. **Définir les fonctions de chaque professionnel au cours d'un entretien annuel avec son n+1** (y compris les médecins) pour définir le temps clinique, administratif, enseignement et recherche de chacun, ses objectifs de formation et de carrière. Ces temps nécessaires au bon fonctionnement du service sont clairement exposés dans le tableau de service défini par le conseil de service.
 - 10.6. **Donner au service de l'autonomie dans son organisation interne.**
 - 10.7. **Donner au service de l'autonomie sur le plan de formation**, en développant une FMC indépendante de l'industrie

L'organisation des soins et la simplification du quotidien

11. Préserver le temps soignant pour le soin

- 11.1. **Éviter le glissement de tâches** des médecins et soignants vers de l'administratif et remettre du personnel administratif (secrétaires, assistants médicaux, gestionnaires, techniciens d'études cliniques...) dans les services (personnel dégagé par la suppression de pôles notamment et l'allègement du reporting et contrôle de gestion)

Contribution du CIH

- 11.2. **Renforcer les fonctions dites supports attachées aux services** : assistantes sociales, kiné, psychologues, éducateurs sportifs, patients intervenants, diététiciennes ce qui permettra d'améliorer les soins et diminuer les durées de séjour
- 11.3. **Renforcer les fonctions supports pour les usagers** : gestionnaire de rendez-vous et de cas complexe nécessitant un lien avec le secteur médico-social ou social (amont et aval), avec une attention particulière portée aux fragilités sociales
- 11.4. **Accepter la charge informatique** en mettant en place **un équipement suffisant et des logiciels fiables. L'interconnexion est un chantier** qui nécessite le renforcement des équipes informatiques pour éviter les recopies d'éléments et les multiples clics, correspondant aux **temps de soins qui n'est pas passé auprès du patient**. Une hotline 24/24 pour un traitement réactif des pannes doit être mise en place. **La direction informatique doit être adaptée aux besoins des services** et des nouvelles technologiques. Cela augmentera la qualité de prise en charge des patients et facilitera la mise à disposition de la lettre de liaison à la sortie.
- 11.5. Remettre en place des **réunions de concertation de soins**
12. **Remplacer tout le personnel 1/1** en cas de congés, arrêt maladie, grossesse ou formation. Le rappel des soignants pendant leurs congés ne devra être envisagé qu'en cas de crise majeure.
 - 12.1. **Redéfinir les dimensionnements et taux d'occupation cibles avec une vision régionale et une augmentation des lits d'aval** (SSR, USLD, rééducation pour les patients plus jeunes, EPHAD, accueil médicosociaux) permettant d'avoir un **taux maximal de 80-85% d'occupation des lits en MCO**, et aux urgences une orientation rapide et adaptée des patients
 - 12.2. **Fixer le taux d'occupation des créneaux de blocs opératoires ou des plateaux techniques au maximum à 80-85%** pour avoir une marge de manœuvre et pouvoir s'adapter au non programmé et aux fluctuations d'activité, et respecter les recommandations des sociétés savantes quant aux délais de prise en charge. C'est un élément commun à beaucoup de plaintes des usagers (CDU) et qui parfois, peut entraîner des pertes de chances irréversibles
13. **Adapter les mutualisations** qui doivent démontrer leur avantage en termes d'efficacité des soins et de prise en charge des patients (risque du morcellement des prises en charge et de perte de spécialisation des personnels des unités mutualisées).
14. **Réévaluer la part du « juste » ambulatoire** (bénéfice économique versus qualité de la prise en charge et qualité de vie de l'utilisateur) **au profit du lien établi avec la ville en amont et si nécessaire la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)**. En amont de l'ambulatoire, des outils doivent être déployés pour identifier les fragilités sociales (ex. : Score EPICE) et, si nécessaire, l'Assistant social hospitalier doit pouvoir entrer en contact avec les services sociaux de ville pour assurer un retour à domicile sécurisé.
15. Le personnel hospitalier médecins, IPA, IDE, kinésithérapeutes, psychologues, etc.. doivent pouvoir participer à des **missions transversales** dans d'autres établissements de la région et en ville
16. **Lutter contre l'excès de reporting** et traçabilités en redéfinissant avec les soignants les indicateurs utiles et en donnant les moyens (TEC, secrétaires...) de les relever
17. **Refonder la politique qualité** en cherchant une gestion plus pragmatique, la mise en place de travaux collaboratifs avec les gestionnaires et les représentants des usagers et/ou les comités d'usagers (MDU) du territoire, laissant plus d'autonomie aux soignants et renforçant le lien avec les professionnels de ville. La mutualisation de plateaux techniques (ex. : kinésithérapie), hors usage hospitalière, pourrait être envisagée avec les professionnels de ville d'accès secteur 1.
 - 17.1. Les **normes** doivent être très fermes sur quelques points clés, avec en parallèle une marge de manœuvre et une **confiance** aux professionnels du terrain sur les autres points.

Contribution du CIH

- 17.2. **Les démarches doivent être focalisées sur ce qui a fait la preuve de son efficacité pour le patient**, et éviter un excès de normes sans preuve.
- 17.3. **La qualité repose sur la mise en place de retours d'expérience patients et la satisfaction au travail des soignants**
18. **Contribuer à la certification** en allégeant les modalités qui vont être amenées à changer dans la V2020, pour la rendre plus pertinente à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
 - 18.1. Elle doit être **axée sur les résultats** et non sur des contrôles de conformité et des procédures
 - 18.2. La certification doit **partir des besoins exprimés localement par les professionnels et les usagers**
 - 18.3. La certification doit s'appuyer sur les auto-évaluations réalisées par les établissements de santé, en association avec les Représentants des usagers.
19. **L'hôpital et les ARS**

Les ARS sont des agences au service du territoire, de tous les professionnels y travaillant et de la population. Elles doivent mettre en place et aider à la coordination sur le territoire de la permanence des soins pour désenclaver les Urgences hospitalières comme le montre l'expérience dans le Calvados avec un numéro dédié (116 117) aux médecins généralistes de garde.

Elles doivent continuer à soutenir et à promouvoir la télémédecine, la téléexpertise et le télésuivi, outil d'accompagnement dans les maladies chroniques mais ne remplaçant pas le temps d'échange présentiel souvent indispensable. C'est également un outil utile pour les ateliers collectifs et l'ETP et qui peut servir à la formation des professionnels de santé de ville et hospitaliers pour une meilleure connaissance du territoire.

Les ARS doivent réévaluer annuellement les besoins de la population et réajuster ses financements. Enfin, sa vision territoriale doit contribuer à la diffusion des messages de prévention et d'éducation à la santé en utilisant tous les acteurs du territoire : hôpital, CPTS, MDS, CLS, associations de patients, comités d'usagers, MDU, lieux d'accueil des personnes en fragilité sociale, écoles (renforcement de la Santé scolaire),

Le Ségur de la Santé permet de réfléchir aux améliorations du système de santé à proposer. La collaboration entre l'hôpital et la ville est nécessaire pour un meilleur accompagnement et soins des personnes.

La gouvernance du système de santé

La gestion doit être au service du soin et non l'inverse. Les responsables de la gestion d'un établissement public doivent aider les équipes de soin à mettre en œuvre le projet de santé des établissements, en cherchant à atteindre les objectifs au moindre coût pour la collectivité et non en privilégiant les activités financièrement rentables pour l'établissement.

L'ensemble des **activités administratives doit être réévaluées en fonction de leur utilité** au service du soin, des patients et des soignants.

Les agences et autorité indépendante de l'Etat doivent être réorganisées et leurs moyens rationalisés, certaines peuvent être regroupées pour éliminer les doublons. Elles produisent un excès de normes à un coût exorbitant avec des inflations de personnels (*voir le rapport très critique de l'inspection générale des finances 2011 "l'état et ses agences"*).

Réallocation des moyens des ARS pour lesquelles l'effet des nouvelles régions a parfois entraîné des surcoûts et qui doivent assurer l'organisation de la réponse aux besoins de santé publique et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Il est nécessaire de lutter contre les conflits d'intérêt à tous les niveaux. Définir des règles législatives contre les conflits et de transparence des liens d'intérêt et instaurer une surveillance et des sanctions.

L'autonomie de l'échelon régional doit être favorisée en renforçant la décentralisation. Le directeur de l'ARS doit être autonome mais aussi rendre des comptes au président du conseil régional et à la CRSA. Il a un rôle dans le rééquilibrage territorial en favorisant la complémentarité pour permettre l'universalité et l'égal accès aux soins. *Le DG de l'ARS dans sa mission de contrôle répond devant le ministère de l'application de la réglementation sanitaire et pour sa mission de gestion il serait le bras droit du président du conseil régional.* L'ARS doit soumettre son programme annuel régional au débat et au vote indicatif de la conférence régionale de santé et de l'autonomie ainsi qu'au conseil régional, avant son adoption définitive.

Le fonctionnement des ARS doit être transparent sur l'utilisation des financements.

Les **groupements hospitaliers de territoire** doivent répondre à des objectifs de pertinence des soins.

Les ARS des Outre-mer doivent travailler en concertation avec les préfets pour les problématiques spécifiques des outre-mer et s'affranchir des normes hexagonales quand elles sont inadaptées : stades épidémiques spécifiques à l'insularité, taux d'ambulatoire révisé en fonction des spécificités géographiques et médico-sociales du territoire, mutualisations excessives qui ne tiennent pas compte des contraintes géographiques et climatiques, etc.

Contribution du CIH

La gouvernance et l'organisation de l'hôpital public

Les principes qui sous-tendent la gouvernance et l'organisation de l'hôpital

- **L'objectif de la gouvernance hospitalière doit être de répondre aux besoins de santé** publique des populations définie par la stratégie nationale de santé et déclinée au niveau régional. La gouvernance hospitalière doit être fondée sur le soin, la santé publique et le **principe du juste soin pour le patient au moindre coût** pour la collectivité. Les recommandations de sociétés savantes doivent pouvoir être suivies.
- L'hôpital public doit tenir compte des besoins et ressources des patients et proches et adapter le suivi médical à leur environnement ce qui suppose de proposer un accompagnement psychologique et social, et des actions de prévention.
- **Le pouvoir décisionnaire doit être équilibré entre gestionnaires, médecins, personnels hospitaliers et représentants des usagers.** Son objectif ne doit pas être déterminé par la logique financière ou d'activité.
- **Les organisations** doivent être **centrées sur la mission de soin**. Elles doivent valoriser **l'humanisation des soins** et être **simplifiées**.
- **Le management à la confiance**, qui a fait ses preuves dans l'organisation des soins et notamment pendant la crise Covid, est un préalable indispensable (*rapport IGAS 2012, « management et efficience hospitalière »*).
- **La démocratie participative** doit être le processus privilégié pour prendre les grandes décisions dans un objectif de bien commun partagé au sein de l'hôpital. Le management doit être **bienveillant** et la **communication** renforcée et transparente. Chaque projet doit être présenté aux personnels et représentants des usagers qu'il concerne puis une clause de « revoyure » à distance de la mise en place du projet doit être systématique
- La gouvernance hospitalière doit partir du principe que **la seule unité pertinente pour définir et mettre en œuvre la politique médicale est le service de spécialité** constitué de l'ensemble de son personnel qui s'organise autour d'une même activité clinique, médico-technique ou technique (blanchisserie, cuisines, informatique, sécurité,...). Les **pôles et strates médico-administratives supplémentaires engendrent de la démotivation** par leur absence de cohérence clinique et en éloignant le terrain de la décision.
- Les **services** doivent être gérés comme des **collectifs interprofessionnels à la fois solidaires et créatifs, respectueux** de chaque professionnel. L'**autonomie** des professionnels doit être respectée. Les soignants doivent avoir un **rôle dominant dans l'organisation** de leur travail. Source d'innovation, le travail collaboratif avec les associations des usagers doit être engagé
- La gouvernance hospitalière doit **permettre d'avoir en permanence des lits disponibles et des créneaux libres dans les blocs et plateaux techniques** pour prendre en charge des patients en urgence, et avoir des marges de manœuvre pour du non programmé.
- **Les mutualisations** qui apportent une efficience de gestion ne doivent être proposées que si elles ont une pertinence pour les soins pour **les professionnels volontaires. Il faut prendre garde aux**

Contribution du CIH

difficultés générées pour les professionnels et les patients (dispersion des activités, perte de sens pour les professionnels, risque et responsabilité pour les professionnels travaillant dans des services dont ils n'ont pas l'habitude).

- La gouvernance hospitalière doit permettre aux personnels hospitaliers de **mener des missions transversales, et renforcer les liens avec la médecine de ville ou les autres hôpitaux** de la région.

- La gouvernance doit être un support aux soignants et leur permettre de faire un travail de qualité et **lutter contre le sentiment de « travail empêché »**. La gouvernance doit adopter des **circuits de décisions courts**.

- Il faut **sortir de la désorganisation qui sévit depuis des années à l'hôpital, avec ses reports d'opérations chirurgicales et la déprogrammation des soins**, faute de lits ou de vacation opératoire. Les patients suivis pour des affections chroniques dans des services hospitaliers doivent bénéficier, en cas d'urgences, d'une **admission directe sans passer par le service des urgences raison pour laquelle il ne faut pas un taux d'occupation des lits de 100% en permanence**.

- **La personne qui soigne doit avoir une place centrale** (*« il faut redonner le pouvoir à ceux qui font »*, E. Macron, Révolution 2016 et congrès de Versailles 2017). La **subsidiarité doit être préférée** : la décision appartient à la base (à l'échelle du service) qui ne fait appel au sommet (la direction) que par exception, **et non de la délégation** (la décision appartient au sommet qui la concède par exception à la base).

- **L'amélioration de la qualité des soins** suppose :

- une formation continue des professionnels de santé et tout particulièrement pour améliorer la relation de soin patient/proche-soignant
- une activité suffisante (on ne fait bien que ce que l'on fait souvent) en définissant des seuils. Leur application sera toutefois modulée pour éviter de supprimer des activités utiles en dessous du seuil ou d'induire une augmentation abusive des indications non pertinentes pour atteindre le seuil
- des soins dispensés par des professionnels travaillant en équipe pluriprofessionnelle, avec des effectifs en nombre suffisant et stables,
- la déclaration systématique des évènements indésirables et graves
- la pratique de l'autoévaluation et du retour d'expérience partagé entre pairs
- le retour d'expérience patient pour fonder des actions partenariats de soin
- l'organisation de la coordination avec les patients, les professionnels de l'amont et de l'aval
- la pratique de la « prise de décision partagée »

- Les **représentants des usagers sont déjà associés** aux diverses instances de l'hôpital mais ils ont un rôle essentiel à jouer, ainsi que les usagers dans leur ensemble, dans l'évaluation pour l'amélioration de l'accueil, la qualité et la sécurité des soins. Le retour d'expérience patient/usager doit être systématisé. La plupart des patients prennent des décisions au quotidien pour prendre soin d'eux. Leur retour d'expérience permet donc de prendre de meilleure décision.

- **L'amélioration de la pertinence des prescriptions et des actes** suppose l'indépendance vis-à-vis des industriels mais elle ne doit pas remettre en cause *l'indépendance des prescripteurs vis-à-vis de l'Etat et de l'Assurance maladie*. Cette indépendance ne veut pas dire l'absence de tout compte à rendre. Les prescripteurs doivent être capables de justifier leurs prescriptions eu égard aux données de la science et dans le respect du principe éthique du juste soin au moindre coût.

Contribution du CIH

Les propositions en rapport avec ces principes

L'ORGANIGRAMME ET LA GOUVERNANCE

- Les **restructurations/regroupements des établissements** doivent répondre à des règles **transparentes** prenant en compte la répartition sur le territoire national, **selon les besoins** variables en fonction des pathologies et des activités médicales et la **cohérence** du projet médical de chaque établissement. Les projets actuels se soldant par une **diminution de nombre de lits d'hospitalisation doivent être rediscutés**, en association avec les soignants, dans l'optique de la réévaluation des besoins du territoire de santé et d'une **adaptabilité** du système de santé aux crises.

- Les **instances** Commission de Soins infirmiers Rééducation et Médico Technique (CSIRMT), Commission Médicale d'Établissement (CME) et Commissions des usagers (CDU), constituées de membres élus, doivent participer à la rédaction du projet d'établissement, du projet médical et soignant, du budget et de l'organisation du travail. Les **usagers** doivent être représentés à la CME et à la CSIRMT.

Le président de chaque commission doit être élu. Chaque commission doit disposer d'un **droit de véto sur certains sujets** (*si seuil de 50-70% de votants ?*).

Dans les CHU, la CME doit prévoir au minimum une parité entre PH et PU-PH. La CSIRMT doit intégrer tous les métiers liés aux soins et élire son président.

Option : Fusion des assemblées CME et CSIRMT, en commission médicale et paramédicale (CMPE) afin de décloisonner les soignants, avec un binôme élu médical / non médical qui est de droit dans la gouvernance.

- Le président de CME devient « **directeur médical** », le président élu de CSIRMT devient « **directeur paramédical** ». Ils ont des moyens et du temps dédiés pour manager et faire appliquer le projet médical et soignant validé de façon collective.

- **La gouvernance de l'hôpital est assurée par un trio**: un directeur d'hôpital, un directeur médical (élu par la CME), un directeur paramédical (élu par la CSIRMT), avec , ayant voix délibérative, un représentant des usagers et un doyen élu de l'UFR de médecine pour les CHU. La gouvernance travaille en lien étroit avec le président de la commission des usagers.

- **En cas de désaccord au sein de la gouvernance** persistant malgré la concertation, **l'arbitrage est fait par une tutelle externe** (conseil de surveillance). **La loi actuelle donnant systématiquement la décision au directeur (nommé) et non au président de CME (médecin élu) déséquilibre les décisions**, et peut aboutir à la démotivation et au désengagement de la communauté médico-soignante, et génère des conflits de légitimité entre les gestionnaires et les soignants.

- Option : **suppression du directoire et fusion du directoire avec le conseil de surveillance**. La composition du conseil de surveillance doit le rendre plus opérationnel, avec **plus de soignants et d'usagers**, et son rôle doit être renforcé. L'objectif est de supprimer une strate et d'associer plus fortement les représentants des usagers. Limiter le poids des politiques locaux dans le conseil de surveillance pour privilégier la santé publique par rapport aux considérations électoralistes (*option : ouvrir le directoire à d'autres acteurs, mais cela ne supprime pas une strate*).

Contribution du CIH

- **Suppression des pôles et strates médico-administratives supplémentaires** qui engendrent éloignement et démotivation. Les pôles et les autres super structures (DMU, fédérations...) ne doivent plus être la règle mais l'exception, en fonction des besoins, à la demande des équipes soignantes. Des pôles de même spécialité inter-établissements peuvent avoir leur place pour faciliter la coordination régionale ou intra-GHT. Les **activités transversales** doivent être soutenues au même titre que les services de spécialité. L'exemple des **filières de soin** dans les maladies rares, notamment par l'interdisciplinarité et l'intégration des associations de patients peut servir de modèle.

- **Le service de spécialité** constitué de l'ensemble de son personnel, qui s'organise autour d'une même activité clinique, technique ou médico-technique, est défini comme **l'unité pertinente** pour définir et mettre en œuvre la politique d'une discipline. Le service comprend : IDE, AS, ASH, médecins, patients intervenants, secrétaires, kinésithérapeutes, psychologues, diététiciens, assistantes sociales, ingénieurs de recherche, et les nouveaux métiers liés aux soins (éducateurs...).

- Pour les **activités transversales** (nutrition, douleur, réadaptation, psychologie, éducation thérapeutique...), l'organisation peut se faire **soit par un service transversal, soit par intégration des personnels dans les différents services de spécialité avec une coordination transversale**. La coordination construit le projet médical et paramédical (pour qu'il soit commun à l'établissement) et a autorité pour réguler les disparités entre les services (sinon les remplacements ne fonctionnent pas). La solidité de coordination avec des moyens dédiés est un élément important, car sans projet médical commun, les spécialités transversales ne peuvent pas se développer de façon cohérente.

- **La direction du service doit être assurée par un binôme responsable médical / responsable paramédical**, médecin / cadre de santé, en lien avec un représentant d'une association d'usagers notamment pour établir le projet de service. **Le conseil de service élu** (représentants de tous les métiers) pour une durée déterminée avec un règlement intérieur, doté de pouvoirs effectifs sera l'instance principale qui définira 1) l'organisation de la gouvernance des unités et 2) son projet médical porté par le binôme responsable. Le service doit rester force de propositions, avec une certaine autonomie décisionnelle et une part d'autonomie budgétaire. Chaque service doit définir collectivement les tâches / rôles nécessaires à son fonctionnement (administration, soins, recherche et enseignement) et désigner de manière transparentes les PM ou PNM qui les assureront. Le chef de service n'est pas forcément un PUPH dans les CHU. Les responsables de service obtiennent l'accord du conseil de servicesur la base d'un projet présenté pour x années, le nombre de mandats est limité, et le cumul est interdit. Ces **fonctions doivent être valorisées** financièrement.

Remplacer le terme « cadre de santé » par « responsable paramédical » ?

- **Les responsables du service** reçoivent une **formation** sur la direction d'équipe **participative et bienveillante**, la **communication**, le fonctionnement du système de santé et de l'hôpital et un accompagnement pour établir des projets collaboratifs avec les représentants des usagers et les patients. La **participation** des responsables de services **est reconnue et intégrée dans le temps de travail** pour les personnels non médicaux, et **constitue une valence non clinique reconnue** pour les médicaux.

- Le service doit avoir de l'autonomie dans la mise en œuvre du plan de formation (formation adaptée aux missions du service et circuit de décision réactif). La formation d'infirmière et autres professionnels en **pratique avancée** doit être une priorité. La **formation des médecins et des internes** doit être budgétée pour être indépendante de l'industrie (urgent pour les internes).

Contribution du CIH

Suppression du DPC sous sa forme actuelle trop bureaucratique et inefficace. La formation doit tenir compte des objectifs personnels, permettre l'évolution de carrière ou la reconversion.

L'ORGANISATION DES SOINS

- **L'organisation du service est définie par le conseil de service**, le processus de décision est la démocratie participative. **Donner au service de l'autonomie dans son organisation interne.**
- **Redéfinition des tâches** dans les services, avec fiches de postes, à adapter en fonction des services et évolutifs dans le temps selon carrière / compétence / souhaits des agents. Formations adaptées aux missions. Pour raccourcir le circuit de décision, les **formations** font l'objet d'un cadre général institutionnel puis sont **gérées directement par le service.**
- **Définir les fonctions de chaque professionnel au cours d'un entretien annuel avec son n+1** (y compris les médecins) pour définir le temps clinique, administratif, enseignement et recherche de chacun, ses objectifs de formation et de carrière en accord avec les plannings du service accepté par le conseil de service
- **Détermination concertée dans chaque unité de soins du Ratio de personnel et des métiers nécessaires** pour assurer la sécurité, qualité et continuité des soins, suppression des quotas comptables, mise en place d'effectif prenant en compte la demande des **équipes**. Ces ratios doivent prendre en compte la charge de travail évaluée avec les personnels par le binôme responsable médical et paramédical du secteur, à partir de normes internationales et de comparaisons nationales entre établissements. Les ratios doivent tenir compte des activités ambulatoires ou ville-hôpital et ne pas corréliser absolument le nombre d'agent au nombre de lits. L'organisation des temps de travail doit permettre de coller au mieux à l'activité avec l'accord des personnels. Les quotients de calcul d'effectifs doivent tenir compte des jours de repos autorisés, des jours de formation, et de l'absentéisme moyen qui doit être systématiquement remplacé. Les **équipes de suppléance** doivent être en nombre suffisant pour palier l'absentéisme pour éviter le recours à l'intérim coûteux et parfois délétères. Les effectifs doivent être **stables**, grâce à des mesures d'attractivité (pilier 1).
- Remettre chacun dans son corps de métier pour **éviter glissement de tâche et valoriser les compétences**, en tenant compte de l'évolution des métiers.
- Le **temps soignant doit être préservé** pour l'activité de soin, au même titre que les médecins libéraux, ils ont besoin **d'assistants médicaux ou de plus de temps de secrétariat** pour les assister dans leurs tâches administratives.
- **Renforcer les fonctions dites supports** : assistantes sociales, kiné, psychologues, éducateurs sportifs, patients intervenants, diététiciennes dans tous les services ce qui permettra de diminuer les durées de séjour.
- Renforcer les fonctions supports pour les usagers : gestionnaire de rendez-vous et gestionnaire de cas complexe nécessitant un lien avec le secteur médico-social ou social (amont et aval)
- **Diminuer la charge informatique** (équipement suffisant, logiciel fiables, interconnectés et adaptés évitant la recopie d'éléments et les multiples clics, hotline 24/24 un traitement réactif des

Contribution du CIH

pannes). Le travail sur le dossier informatique représente une charge de stress, à la fois par le manque de réactivité en cas de pannes qui bloquent les prises en charge cliniques, par les multiples clics nécessaires et la nécessité de jongler d'un logiciel à l'autre. L'informatique doit s'adapter aux soignants et non l'inverse. Malgré l'informatisation, il y a encore beaucoup de recopie au risque d'introduire des erreurs. *Par exemple l'IMC, la transfusion, les BMR doivent être inclus dans la lettre de liaison automatiquement, sans que le rédacteur doive le recopier.*

- Dans ce sens, une des priorités est **redéfinir les missions du cadre de proximité** /responsable paramédical d'unité de soins dont il faut limiter le périmètre de façon raisonnable (20 agents/responsable ?). Le libérer de tâches administratives (plannings, gestion de la pénurie, renseignements d'activités) pour lui donner uneliberté d'organisation et de projet y compris de recherche paramédicale.

- **Le taux d'occupation des lits et des créneaux de blocs opératoires ou des plateaux techniques doit être fixé au maximum à 80-85%** pour avoir une marge de manœuvre. Un tel taux d'occupation permet d'être **réactif**, de s'adapter au **non programmé** et aux fluctuations d'activité, et **de respecter les recommandations** des sociétés savantes quant aux **délais de prise en charge**. Il permet de s'adapter aux flux des urgences et d'écourter les temps d'attente en libérant leur aval. Il faut éviter la saturation des lits et des blocs, l'hospitalisation de patients dans des services inappropriés, l'allongement des durées de séjour, éviter les pertes de chance pour les patients attendant leur prise en charge et la démotivation des équipes. Etre particulièrement attentif au taux d'occupation de la gériatrie et du SSR.

- **Ouverture de lits de SSR**, avec une régulation de l'accès au SSR et de la durée de séjour en SSR au niveau régional, selon les modalités de Trajectoire. **Développer l'aval du MCO**. Le besoin en lits de MCO sera plus faible si l'aval est plus développé (SSR acceptant les patients lourds, USLD...). **La prise en charge sociale à l'hôpital** doit être renforcée par un lien avec la ville et l'utilisateur/les proches, car c'est un facteur allongeant les durées de séjours.

- Les **mutualisations** doivent démontrer leur avantage en termes de prise en charge des patients, elles complexifient parfois le parcours du patient et la relation soignant/patient (exemple de prise en charge d'un cancer par la même équipe du diagnostic au soin palliatif, versus une prise en charge en unité diagnostic, puis en unité de chimio, puis en soins palliatifs). Problème de perte de spécialisation des personnels des unités mutualisées et exposition de responsabilité lorsqu'on impose une mobilité dans un secteur mal maîtrisé.

- **Réévaluer la part du « juste » ambulatoire** (bénéfice économique versus qualité de la prise en charge et qualité de vie de l'utilisateur) **au profit du lien établi avec la ville en amont et si nécessaire la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)**, concept à étendre aux pathologies médicales. L'objectif est de permettre la durée de séjour la plus courte possible, adaptée à chaque pathologie et chaque patient en tenant compte de son contexte médico-social.

- Remise en place de **réelles concertations de soins** autour des patients et de temps dédiés aux **transmissions** de connaissances médicales et paramédicales aujourd'hui délaissés au profit des réunions générant des multitudes de procédures et protocoles qui nous éloignent du soin. La formation doit faire partie du temps dédié, et être compensée.

- Les **nouveaux métiers** doivent être valorisés et développés à l'hôpital (infirmières de pratiques avancées, ingénieurs biostatisticiens...).

Contribution du CIH

- **Refonder la politique qualité** en cherchant une gestion plus professionnelle que bureaucratique, plus pragmatique, laissant **plus d'autonomie aux soignants**. Dans ce cadre, le retour d'expérience patients/usagers doit devenir systématique. Les normes doivent être très fermes sur quelques points clés, avec en parallèle une marge de manœuvre et une confiance aux professionnels du terrain sur les autres points. **Les démarches doivent être focalisées sur ce qui a fait la preuve de son efficacité pour le patient**, et éviter un excès de normes sans preuve. Le soignant doit pouvoir l'adapter au contexte (*exemples : le contenu de la lettre de liaison est adapté aux besoins du médecin traitant et non aux besoins du codage ou de la certification*). **Renforcer les moyens humains** nécessaires au respect des critères qualité et sécurité. **L'évaluation de la qualité est construite avec les usagers et les soignants.**

- Des travaux collaboratifs entre professionnels et usagers pour améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins doivent être mis en place. Ces partenariats usagers/professionnels sont connus (en éducation thérapeutique, patients partenaires dans l'organisation des soins, etc.) et permettent l'identification des besoins et des ressources des patients. Ils améliorent l'efficacité des équipes de soins et l'adaptation des modalités d'accompagnement.

,Les établissements doivent capter et intégrer l'expérience patient, favoriser les coopérations entre professionnels et usagers pour la prévention comme dans le soin **en y mettant les moyens nécessaires.**

- **Lutter contre l'excès de reporting et traçabilités** qui éloignent le soignant du patient. Les acteurs de terrain tracent ce qui est indispensable aux bons soins. Le reste doit être limité ou relevé par des non soignants (TEC, ARC, secrétaire...) (*il est préférable que les AS passent plus de temps auprès des patients plutôt qu'auprès de l'ordinateur à tracer les toilettes*).

- **Alléger la certification** qui doit être **axée sur les résultats** et des procédures qui prouvent leur efficacité (*le taux de consommation réelle de SHA, plutôt que le taux de distribution dans les services des SHA*). Suppression des modalités actuelles de certification à la fois bureaucratiques et infantilisantes. La certification doit **partir des besoins exprimés localement par les professionnels et les usagers**, et en s'appuyant sur les auto-évaluations réalisées par les établissements de santé.

- **Renforcer la prévention dans les hôpitaux** : projets régionaux portés conjointement par les ARS et les professionnels de santé déclinés en projets locaux co-construits avec les représentants des usagers et le tissu associatif, augmenter les métiers de la prévention dans les hôpitaux : psychologues, éducateurs sportifs, diététiciennes, IDE de tabacologie, IDE d'éducation thérapeutique, patients intervenants, médiateurs pairs, d'addiction...