

Vers des Recommandations sur la Création, la Gouvernance et le Fonctionnement des Départements Médico-Universitaires (DMU)

Synthèse des travaux du groupe de travail « DMU » réuni entre octobre et décembre 2018, à l'initiative du directoire de l'AP-HP et coordonné par Pr Jean-Claude Carel, président de la CME du groupe hospitalier Robert Debré et François Crémieux, directeur général adjoint, membres du directoire.

30 décembre 2018

I.	INTRODUCTION	6
1.	Le projet de départements médico-universitaires s’inscrit dans le cadre général de la nouvelle AP-HP	6
a)	La nouvelle AP-HP s’élabore pour répondre aux grands défis auxquels l’AP-HP est confrontée.	6
b)	La nouvelle AP-HP contribue à la mise en œuvre des objectifs et des axes de transformation portés par l’ARS	6
c)	La nouvelle AP-HP engage une réforme importante de son organisation.	7
d)	L’AP-HP conduit un plan de transformation ambitieux autour de 7 axes (et 60 projets).....	7
2.	Pourquoi des DMU dans la nouvelle AP-HP ?.....	7
3.	Quelques principes généraux des DMU	8
4.	Nécessité d’intégrer l’élaboration des DMU dans les changements de la nouvelle AP-HP	9
5.	Membres du groupe de travail.....	11
II.	COMPOSITION DES DMU	12
A.	La méthode d’élaboration du contour des DMU.....	12
1.	Quelle méthodologie pour établir les périmètres des DMU	12
a)	Faire un état des lieux et proposer des projets	12
b)	Établir la liste des DMU possibles.....	13
c)	Proposer les options	13
d)	Décider des structures définitives de DMU	13
2.	Composition des DMU.....	14
a)	Éléments à prendre en considération.....	14
b)	Quelle logique pour la composition des DMU ?	16
c)	Des interdits, des obligations ?.....	17
3.	Évaluation des DMU : évolution de la composition des DMU.....	18
III.	ASPECTS UNIVERSITAIRES ET RECHERCHE DES DMU	19
A.	Périmètres des DMU et aspects universitaires et recherche	20
1.	Périmètres des DMU et périmètres universitaires.....	20
2.	Périmètre des DMU, services et disciplines	20
B.	Gouvernance des DMU et interactions UFR(s)/AP-HP-GH.....	21
1.	Cas particulier des DMU associés à plusieurs universités	22
C.	DMU et DHU	22
IV.	ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE DES DMU	23
A.	L’équipe de direction du DMU.....	23
1.	Responsable de DMU	23
2.	Responsable(s) académique(s) auprès du responsable du DMU	24
3.	Cadre supérieur de santé du DMU	25
4.	Cadre administratif du DMU	25
5.	Directeur délégué.....	25
6.	Exécutif du DMU.....	25
B.	Le projet de DMU.....	26
C.	Les instances du DMU	26
1.	Bureau de DMU	27
2.	Conseil de DMU.....	27
D.	L’animation des DMU.....	27

E.	Contractualisation et évaluation des DMU	28
1.	Contrat de DMU	28
2.	Évaluation des DMU	28
V.	ROLE DES DMU DANS LA GESTION HOSPITALIERE	29
A.	Principes généraux.....	29
1.	Contrat d'objectifs et de moyens	29
2.	Rôle de la gouvernance du DMU.....	30
3.	Interaction DMU - Services.....	30
4.	Interaction DMU – gouvernance du GH	30
5.	Interaction GH – siège de l'AP-HP	31
B.	10 mesures proposées par le sous-groupe « DMU-Gestion ».....	31
1.	Constitution et formation de l'équipe de gouvernance	31
2.	Délégation de gestion du TPER.....	31
3.	Valorisation des personnels et responsabilisation managériale	32
4.	Schéma d'encadrement et impératifs de site	32
5.	Management des personnels dont l'activité concerne plusieurs DMU (personnels transversaux inter DMU).....	32
6.	Révision des effectifs des praticiens hospitaliers	32
7.	Délégation des crédits de recherche	32
8.	Délégation des crédits de travaux et équipements.....	33
9.	Qualité des soins et crédits d'intéressement	33
10.	Comptabilité analytique des DMU.....	33
VI.	ROLE DU DMU ET DE SA GOUVERNANCE DANS QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES PERSONNELS.....	34
A.	Les enjeux	34
B.	Les axes de développement de la QVT dans le nouveau cadre de gouvernance	35
1.	Le développement d'un management plus participatif/coopératif avec les services et au niveau du service	35
a)	Les prérequis : la formation, l'accompagnement et la QVT des managers médicaux et non-médicaux	35
b)	Améliorer l'information et la promotion de la cohésion d'équipe au sein du service	36
c)	Renforcer la coopération dans le travail.....	36
d)	Evaluer la satisfaction	36
2.	Favoriser l'attractivité et la motivation des personnels.....	37
a)	Développer les compétences, les parcours professionnels et la mobilité choisie.....	37
b)	Reconnaître l'engagement différencié des professionnels	37
c)	Développer les initiatives innovantes au bénéfice du patient associant les professionnels (sens au travail)	37
3.	Prendre soin des professionnels	38
a)	Améliorer l'accueil des nouveaux arrivants.....	38
b)	Prendre soin de la relation de travail	38
c)	Prévenir et gérer les situations à risque et les conflits en lien avec la médecine du travail et la CVH	38
	L'ensemble de ces actions au sein des DMU devra s'inscrire dans un contexte visant, au niveau de l'Institution et des GH, à développer les services favorisant l'équilibre entre vie professionnelle et la vie privée	38
4.	Accompagner les transformations	39

VII. L'INTEGRATION DU ROLE DES USAGERS DANS L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES DMU	40
A. Les enjeux	40
B. Les objectifs	40
C. Les inquiétudes et les défis perçus par les usagers	40
D. Contribution des représentants des usagers du conseil de surveillance de l'AP-HP	40

I. Introduction

1. Le projet de départements médico-universitaires s'inscrit dans le cadre général de la nouvelle AP-HP

a) La nouvelle AP-HP s'élabore pour répondre aux grands défis auxquels l'AP-HP est confrontée.

- Une croissance démographique extra-muros contrastant avec notre implantation historiquement parisienne.
- Depuis 2016, la structuration régionale des hôpitaux publics en 15 groupements hospitaliers de territoire (GHT), une concentration progressive de l'offre de soins privée et la stabilisation de gros établissements ESPIC dans le secteur MCO
- Une évolution de l'offre de formation et de soins régionale et nationale qui renforce la concurrence et tend à réduire l'attractivité des services de l'AP-HP
- Une compétition mondiale dans le domaine de la recherche, avec des atouts français mais un dynamisme et des moyens considérables dans d'autres régions du monde.

b) La nouvelle AP-HP contribue à la mise en œuvre des objectifs et des axes de transformation portés par l'ARS

Face à ces défis, l'enjeu pour l'AP-HP est d'être en situation d'assumer son rôle de CHU de la région et de premier CHU français mais aussi de porter les objectifs régionaux dans le domaine de la santé.

Les objectifs du Projet Régional de Santé :

1. Renforcer la prévention et la promotion de la santé pour préserver le capital santé et bien-être et éviter d'avoir à se soigner
2. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé dans une région marquée par de forts contrastes en la matière
3. Adapter les actions et les politiques aux spécificités locales, en cherchant notamment une meilleure coordination des acteurs.

Les axes de transformation portés par l'ARS

1. Promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prise-en-charge en santé sur les territoires
2. Une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente
3. Un accès égal et précoce aux innovations en santé et aux produits de la recherche
4. Permettre d'agir sur sa santé et de contribuer à la politique de santé
5. Inscrire la santé dans toutes les politiques.

c) La nouvelle AP-HP engage une réforme importante de son organisation.

Pour mieux adapter son organisation à des défis et aux objectifs qu'elle souhaite atteindre l'AP-HP a engagé une réforme importante :

- Réforme de la gouvernance autour d'un directoire et d'un comité de direction renouvelés, dans une logique moins centralisatrice et plus fédérale
- Réforme du siège de l'AP-HP vers une logique de déconcentration et de réduction du périmètre et des fonctions des directions dans un siège plus petit et réorganisé dans un bâtiment neuf, fonctionnel, adapté à des missions modernes.
- Réforme des groupes hospitaliers par une fusion autour de grands ensembles, vers une logique plus territoriale, plus universitaire et autour d'ensembles plus importants et bénéficiant d'une plus grande autonomie grâce à la déconcentration du siège vers eux.

d) L'AP-HP conduit un plan de transformation ambitieux autour de 7 axes (et 60 projets)

Ces changements d'organisation et de gouvernance sont complémentaires des enjeux de transformation de l'AP-HP et un plan de transformation est mené en parallèle autour de 7 axes.

- Conduire les nouvelles opérations majeures d'évolution de nos structures et de nos organisations
- Adapter nos organisations aux évolutions des prises en charge, notamment en ambulatoire, pour les maladies chroniques et les patients vulnérables
- Regagner en attractivité auprès des patients et en développant une offre commune avec les acteurs de la santé sur le territoire
- Renforcer le travail en équipe et la gestion des ressources humaines
- Accélérer la transformation numérique autour du patient, levier d'une meilleure égalité d'accès aux soins et d'un temps retrouvé pour les professionnels de santé
- Renforcer la maîtrise des dépenses de produits de santé et optimiser nos filières achat, logistique et technique
- Sécuriser, développer et diversifier nos recettes

2. Pourquoi des DMU dans la nouvelle AP-HP ?

La réflexion sur des départements médico-universitaires est née au cours d'un séminaire Oikeiosis de juillet 2018. Les fondements de la réflexion ont été les suivants :

- L'unité d'organisation et d'exercice de la pratique hospitalière reste le service, quelle que soit la nature de cette pratique (médicale, chirurgicale, biologique, ...).
- Il y a cependant une nécessité d'interaction entre groupes de services avec une plus-value évidente (interaction sur filières patients, projets universitaires, développement d'activités, mise en commun de moyens et équipements, projets d'investissements) et

l'option de ≈700 services interagissant directement et sans intermédiaire avec la gouvernance des GH n'est pas envisageable.

- Le ressenti de l'expérience de 10 ans d'organisation en pôles est mitigé avec certains pôles perçus comme fonctionnant et d'autres moins. Insuffisance de délégation de gestion pour la majorité des chefs de pôles, effet démotivant de l'organisation en pôle pour beaucoup de chefs de services.
- Le changement de dénomination du mode d'organisation supra-service et l'évolution du périmètre des groupes hospitaliers est une occasion de repenser les modalités de création, gouvernance et fonctionnement de ces structures. Le mode d'élaboration de ces recommandations est une opportunité d'identifier des points de convergence, de divergence des options à éviter et des voies à encourager. Intérêt de la démarche en amont de la mise en place et du caractère collectif de la démarche.
- Les DMU ne sont pas un outil de restructuration et de rééquilibrage financier de l'AP-HP ; les enjeux économiques existent et se feront avec ou sans DMU
- Les DMU sont un échelon de l'organisation médicale de l'AP-HP, entre le service et les entités plus grandes que sont les nouveaux GH. Ils ne peuvent être tenus par avance responsables ni de toutes les solutions ni de tous les maux.
- Les DMU n'ont pas vocation à se substituer au rôle des services sur de nombreux sujets où le service est plus pertinent que le DMU.

Dans le cadre du groupe de travail, il a été regretté qu'un bilan précis et exhaustif des pôles n'ait pas été mené. Au sein de chaque groupe thématique, les membres du groupe ont néanmoins beaucoup échangé sur leur expérience des pôles pour en tirer à la fois les éléments positifs de bilan et chercher à profiter de la réflexion pour en rectifier les orientations ou faire évoluer les modes de fonctionnement des futurs DMU

3. Quelques principes généraux des DMU

Le groupe de travail est parti des conclusions du séminaire de juillet 2018 relatives au sujet des DMU.

Il était ainsi rédigé :

Les DMU comportent plusieurs caractéristiques communes :

- Ils ont une gouvernance hospitalo-universitaire collégiale, autour d'un responsable ;
- Ce responsable est nommé selon une procédure associant la gouvernance de l'AP-HP, la gouvernance du GH et la gouvernance de – ou des- université(s) concernée(s) ;
- Le « jury » peut associer des personnalités extérieures, éventuellement étrangères ;
- La nomination se fait sur la base d'un projet incluant les 3 dimensions (soins, recherche, enseignement) ainsi qu'une qualité managériale ;
- La gouvernance du DMU associe une valence paramédicale, qui vise notamment à impliquer les personnels paramédicaux dans la recherche, les pratiques avancées ;
- Il peut être expérimenté une association de représentants de patients à la gouvernance ou au fonctionnement du DMU ou la désignation d'un « représentant référent patient » pour chaque DMU ;

- Chaque DMU se voit désigner, dans l'équipe de direction du GH, un directeur comme référent, associé à la gouvernance du DMU ;
- La gouvernance du DMU se voit déléguer des compétences de gestion, dans le cadre d'un contrat ;
- Un DMU inclut dans son périmètre l'association avec les unités de recherche avec lesquelles il collabore ;
- Les responsables de DMU ne peuvent cumuler cette responsabilité avec celle de chef de service (sauf exception temporaire ou liée à un contexte particulier le justifiant). Les autres situations de cumul feront l'objet de précisions ultérieures ;
- La gouvernance du DMU, constituée autour d'un conseil de DMU, sera précisée ultérieurement ; elle veille à associer et créer des espaces d'échanges avec les services et avec les personnels et leurs représentants.

Les DMU sont organisés selon des principes auxquels il peut être dérogé pour des raisons légitimes, qui doivent être communiquées au directoire de l'AP-HP.

Ces principes sont les suivants :

- Leur taille doit être telle que le nombre total de DMU par nouveau GH ne devrait pas excéder 20 ;
- Leur périmètre doit être défini de telle sorte qu'il n'y ait pas dans deux DMU différents deux services de la même discipline, les disciplines pédiatriques pouvant justifier une exception, de même que la recherche d'une cohérence particulière au sein d'un site ;

Les services doivent favoriser le travail en équipe et la proximité :

- Les chefs de services sont nommés par la gouvernance locale ;
- La gouvernance locale peut, en cas de difficulté, faire remonter au niveau de la gouvernance de l'AP-HP, la nomination du chef de service ;
- La procédure de nomination inclut un avis formalisé de l'équipe, au vu du projet ;
- Les aptitudes au management sont un critère déterminant de la nomination ;
- La possibilité de nommer des PH comme chef de service, dans l'environnement hospitalo-universitaire qu'est le DMU, est légitime ;
- La notion d'équipe « médicale et soignante » associant donc les paramédicaux est un élément important du projet.

Le site contribue à la proximité :

- Les fonctions « RH », qualité, soins, travaux, logistique et représentants des usagers doivent être organisées pour assurer l'existence d'interlocuteurs de proximité capables d'apporter des réponses rapides aux équipes et aux patients ;
- L'animation de la communauté médicale et paramédicale au niveau de chaque site doit être assurée, d'une manière participative.

4. Nécessité d'intégrer l'élaboration des DMU dans les changements de la nouvelle AP-HP

Au-delà du seul bilan des pôles, de leurs forces et faiblesses, de leur hétérogénéité, l'évolution vers un dispositif adapté était rendue nécessaire pour au moins trois raisons majeures :

- Évolution du siège et de son rôle
- Organisation des nouveaux GH et niveau de déconcentration des fonctions préalablement assurées par le siège
- Périmètre des nouveaux GH et lien avec les périmètres universitaires

Ces recommandations ont été élaborées en octobre / décembre 2018 par un groupe de médecins, soignants et administratifs, mobilisé pour leur implication dans la vie collective de l'AP-HP et représentatifs de métiers, fonctions, lieu d'exercice, aussi divers que possible.

Ces recommandations n'ont pas vocation à se substituer à l'élaboration du règlement intérieur de l'AP-HP qui devra in fine traduire ces nouvelles modalités de fonctionnement de nos organisations médicales.

Le groupe a travaillé sur un délai court, autour de deux longues réunions un samedi matin, de réunions téléphoniques et de nombreux échanges de mails entre ses membres.

L'ensemble des documents ont été mis en ligne sur le site internet de la CME au fur et à mesure de leur production.

Le groupe DMU a été convié à participer au séminaire Oikeïosis de décembre 2018, principalement consacré à ce sujet. Les binômes qui avaient animé les groupes de travail ont animé des ateliers de réflexion lors de ce séminaire et présenté les principales orientations du groupe.

Parmi les recommandations contenues dans cette synthèse des groupes de travail, certaines auront vocation à constituer les quelques grandes orientations, validées par nos instances et opposables à tous. D'autres relèvent d'évidence plus du « guide de bonnes pratiques ». Mais de l'expérience de tous, il est apparu utile de ne pas se limiter à quelques « grands principes » mais d'insister aussi sur des recommandations de méthode qui peuvent s'avérer *in fine* plus importantes encore pour la réussite des DMU, leur appropriation par les équipes et leur pérennité

Ces recommandations sont présentées ici et déclinées en chapitres concernant différents aspects de l'organisation des DMU.

5. Membres du groupe de travail

Composition du Groupe de Travail sur les départements médico-universitaires (DMU) Pilotes : Pr Jean-Claude Carel et François Crémieux			
NOM/PRENOM	GH	Groupe Discipline	Discipline
BEAUNE Sébastien	PIFO	Med	SAU
BEGUE Thierry	PS	Chir/AR/gynéco	Chir ortho
BENACHI Alexandra	PS	Chir/AR/gynéco	Gynéco
BENARAB Najat	PSSD	Paramed	CPP
BERTRAND-MAPATAUD Marc	PSSD	Dir	DAF GH
BEYLER Constance	RDB	Med	Pédiatrie
BORNES Marie-Isabelle	P6	Chir/AR/gynéco	Gynéco
BOUSQUIE Florent	LRBSLS	Dir	DAM GH
CAREL Jean Claude	RDB	Med	Pédiatrie
CHARNAUX Nathalie	PSSD	Bio/PUI/Imagerie/SP	Biochimie
CHOQUET Sylvain	P6	Med	Hémato
CITRINI Marie	EXT	Patient	Patient
CREMIEUX François	SIEGE	Dir	Direction
DAVID Jean Philippe	HM	Med	Gériatrie
DE CASTRO Nathalie	LRBSLS	Med	Maladies inf
DE WILDE Pascal	PNVS	Dir	Direction
DELACOURT Christophe	P5	Med	Pédiatrie
DELPECH Vincent Nicolas	P5	Dir	Direction
FRAZIER Aline	LRBSLS	Med	Rhumato
GAILLARD Jean Louis	PIFO	Bio/PUI/Imagerie/SP	Microbio
GANS Gaia	P6	Dir	DRG GH
GOFFINET François	PS	Chir/AR/gynéco	Gynéco
GUENOT Christophe	P5	Paramed	CGS
HOARAU Gisèle	P6	Paramed	CPP
LAJOUX Marie	PS	Dir	Direction
LE JEUNNE Claire	P5	Med	Med. interne
LEGMANN Paul	P5	Bio/PUI/Imagerie/SP	Radio
LEVY Rachel	P6	Med	Reproduction
LUCIANI Alain	HM	Bio/PUI/Imagerie/SP	Radio
LYONNET Stanislas	P5	Med	Génétique
MARTINOD Emmanuel	PSSD	Chir/AR/Gynéco	Chir thor
MEKONTSO DESSAP Armand	HM	Med	Réa Med
MENEGAUX Fabrice	P6	Chir/AR/Gynéco	Chir vasculaire
PARIER Bastien	PS	Chir/AR/Gynéco	Chir uro
PAUGAM BURTZ Catherine	PNVS	Chir/AR/Gynéco	AR
PELLASSY-TARBOURIECH Denise	PIFO	Paramed	CSS
PONS-KERJEAN Nathalie	PNVS	Bio/PUI/Imagerie/SP	PUI
POYART Claire	P5	Bio/PUI/Imagerie/SP	microbio
RUFAT Pierre	P6	Bio/PUI/Imagerie/SP	Santé Pub
SIMILOWSKI Thomas	P6	Med	Pneumo
THIEBLEMONT Catherine	LRBSLS	Med	Hemato
WOLKENSTEIN Pierre	HM	Med	Dermato

II. Composition des DMU

Les principes proposés dans les conclusions du séminaire Oïkeïosis de juillet 2018 comportent les éléments suivants en lien avec la composition des DMU.

- *Les départements médico universitaires (DMU, appellation à consolider) réunissant plusieurs services unis par une logique de soins (filiales) et une logique de recherche et se substituant aux pôles actuels ;*
- *DMU organisés selon des principes auxquels il peut être dérogé pour des raisons légitimes :*
 - *Taille telle que le nombre total de DMU par nouveau GH ne devrait pas excéder 20 ;*
- *Périmètre défini de telle sorte qu'il n'y ait pas dans deux DMU différents deux services de la même discipline,*
 - *Disciplines pédiatriques pouvant justifier une exception,*
 - *Recherche d'une cohérence particulière au sein d'un site pouvant justifier une exception*

Au-delà de recommandations précises, le groupe de travail a insisté sur les « mots clés » qui devaient prévaloir à la constitution / composition des DMU : ouverture, pragmatisme, plasticité, adaptabilité, efficacité.

A. La méthode d'élaboration du contour des DMU

1. *Quelle méthodologie pour établir les périmètres des DMU*

Le groupe a été unanime pour dire l'importance que les équipes (tous métiers et toutes fonctions) aient la possibilité de s'approprier, individuellement et collectivement, cette nouvelle organisation. L'objectif est que nul ne se sente à l'écart de la réflexion et que tous ceux qui souhaitent donner leur avis et contribuer à ces évolutions aient l'opportunité de le faire.

→ Il est un objectif prioritaire que les collègues et les équipes s'approprient la question de la composition du DMU c'est-à-dire à la fois ses modalités d'élaboration, son périmètre et son organisation. Au-delà des recommandations que nous pourrions faire, toutes les mesures concourant à cet objectif devront être mises en œuvre.

a) Faire un état des lieux et proposer des projets

Les pôles ont leurs soutiens et leurs détracteurs. L'évolution vers un dispositif adapté à la nouvelle AP-HP était de toute façon nécessaire. Mais il apparaît utile d'établir un diagnostic du fonctionnement des pôles et d'en tirer les enseignements utiles pour en garder le positif et éviter de reproduire les dysfonctionnements observés.

→ Passer par une phase de diagnostic et considérer l'existant

- Identifier les pôles qui ont bien fonctionné et ceux qui ont connu des difficultés
- Identifier les problèmes ou les causes de blocage

Ce diagnostic doit concerner à la fois l'architecture des pôles existants mais aussi les problématiques de terrain sur les deux versants hospitalier et universitaire.

- Au-delà : savoir intégrer l'évolution vers les grands GH, et relever les nouveaux défis dans les trois grandes missions de nos hôpitaux
- Ne pas casser ce qui marche, en prendre modèle, et s'en servir pour la base des futurs DMU.

→ Il doit être organisé des séminaires participatifs de diagnostic et de construction au sein de chaque nouveau GH. Les participants sont les chefs de pôle, un représentant de chacune des structures (service ou UF), un directeur délégué, les CPP et des cadres de proximité, ainsi qu'un PH par spécialité avec un représentant de l'université (enseignement et recherche)

→ Différents projets thématiques HU doivent être établis pouvant servir de support à la constitution d'un DMU (voir plus bas)

b) Établir la liste des DMU possibles

Une des plaintes à l'égard des pôles a parfois été le sentiment des uns ou des autres qu'une alternative aurait été meilleure et que l'option finalement retenue n'est pas la meilleure. Il est important au stade de l'élaboration du DMU que les alternatives soient partagées et que nul ne puisse penser que l'option retenue l'ait été par défaut d'étude des alternatives possibles.

→ Établir une liste ouverte, sans a priori, des différents DMU possibles permettant la réalisation des projets thématiques, et dans le respect du cadrage proposé par le groupe de travail. Les participants sont les mêmes intervenants que dans le point mentionné ci-dessus.

→ L'objectif général d'environ 20 DMU par nouveau GH doit être intégré dans ce processus, mais la cohérence des DMU doit primer sur cette cible numérique.

c) Proposer les options

→ Ces différentes options pourraient être adressées pour avis et consultation à l'ensemble des médecins et aux cadres, voire à l'ensemble des professionnels sous forme d'un questionnaire avec retour par mail.

d) Décider des structures définitives de DMU

→ Choix final en comité restreint en tenant compte des remontées des questionnaires. Les participants sont identiques au séminaire (point 1) en concertation avec les DGH, PCMEL, Doyens, CEL et autres instances et autorités centrales.

Synthèse : Méthode d'élaboration des DMU



	Idéation	Consultation (mail)	Validation
Objectifs	Diagnostic de l'existant Enjeux du GH Enjeux des pôles existants Enjeux de spécialité Projets HU	Avis larges sur options possibles issues du séminaire présentées avec argumentaire	Fixer les contours et les projets des DMU retenus
Elaboration	Élaborer les options possibles avec argumentaire court		Préfigurer une gouvernance par DMU ?
Qui ?	Doyen ou représentant, chefs de pôle, chefs de service, RUF, Représentant PH un directeur délégué, CPP et/ou Cadres sup, cadres de proximité	Effectifs PM et cadres des services A discuter si uniquement sur un DMU ou tous les DMU	Id séminaire 1

Cette recommandation de méthode peut paraître de détail à l'échelle de l'AP-HP. Elle est apparue importante au groupe de travail qui a considéré que la méthode de travail, les modalités d'association des différents acteurs, la concertation la plus large et transparente étaient les conditions de l'adhésion à la fin du processus d'une décision prise par ceux qui sont mandatés ou nommés pour en assumer la responsabilité.

Les groupes hospitaliers pourront adapter cette recommandation à la condition d'en respecter l'esprit général.

2. Composition des DMU

a) Éléments à prendre en considération

Aucune composition de DMU ne répondra à tous les enjeux à la fois de cohérence de parcours de soin, de logique hospitalo-universitaire, de logique architecturale ou même de site, à l'historique des coopérations et des relations entre équipes.

Le groupe a voulu insister sur la nécessité de recentrer nos organisations en DMU et donc les regroupements de services sur notre « cœur de métier », le soin, en intégrant la problématique géographique.

Pour cela, le groupe rappelle quelques grands enjeux qui ne peuvent ni guider exclusivement la constitution des DMU, ni être ignorés. Ils doivent être pris en considération et si la composition du DMU ne porte pas pleinement telle ou telle dimension, d'autres dispositifs doivent être mis en place pour pallier.

→ Identifier l'expertise hospitalo-universitaire, capable de fédérer des services autour d'un axe thématique principal

→ Pour prendre en compte les parcours patients entre la ville et l'hôpital, tenir compte des relations avec la médecine de ville

→ Parce que les patients peuvent être pris en charge par plusieurs hôpitaux dans le cadre de parcours de soins gradués et parce que les missions d'enseignement et de recherche ne se limitent pas aux hôpitaux de l'AP-HP, réfléchir le lien avec les hôpitaux alentours : universitaires et non universitaires

→ Pour prendre en compte la dimension territoriale, intégrer la logique des GHT

Le groupe a estimé, au-delà des recommandations, que les principes de composition et les périmètres des DMU devaient être souples, adaptés à chaque situation, évolutifs dans le temps, articulés autour d'une expertise hospitalo-universitaire et qu'ils devaient permettre des connexions hors-CHU adaptées aux situations locales.

Le choix de l'organisation doit permettre de :

→ Renforcer les filières de soins et/ou les parcours patients. La cohérence de la filière de soins et du parcours patients doit rester un impératif fort.

→ Créer une organisation autour d'une logique universitaire incluant les aspects de recherche et d'enseignement. Pour autant ceci ne signifie pas que tous les services et/ou unités constituant le DMU devront forcément partager la même thématique de recherche (un DMU n'est pas un DHU justement constitué aux bornes d'une question scientifique ou d'un projet de recherche). Cependant, dans tous les cas, le DMU devra permettre d'optimiser le fonctionnement de la recherche : aide à la formation, soutien logistique, mutualisation de personnels de recherche le cas échéant.

→ Créer des parcours professionnels et renforcer leur attractivité (pour les PNM : exemple des IDE ou techniciens de laboratoires pouvant acquérir de multiples compétences en travaillant dans différents services et laboratoires via des plans d'acquisition de compétences).

→ Préserver l'unité, pas d'éclatement (afin, entre autres, d'éviter le partage de personnels entre plusieurs sites distants, sauf accord préalable et répartition des déplacements préétablie et non imposée au dernier moment).

→ Garantir la cohésion entre les équipes constitutives du DMU.

→ Optimiser l'attractivité professionnelle de l'exercice pour les praticiens et les paramédicaux/PNM.

→ Proposer des parcours de formation à l'échelle des DMU pour favoriser le recrutement de futurs praticiens et des paramédicaux/PNM.

→ Permettre une meilleure efficacité entre les unités constitutives (utilisation optimale des ressources et investissements, meilleure efficacité en termes de soin, enseignement, recherche)

b) Quelle logique pour la composition des DMU ?

Les logiques de DMU peuvent être :

- Soit de spécialité médicale ou médico-chirurgicale.
 - Spécialité spécifique (par exemple pédiatrie ou oncologie...)
 - Thématique d'organe (par exemple cardiologie et chirurgie cardiaque)

- Soit de métier :
 - Plateformes/plateaux médicotecniques,
 - Anatomopathologie, radiologie, médecine nucléaire, ...
 - Biologie

Le sujet de la biologie a suscité de longs débats et des contributions écrites allant dans deux directions principales (et opposées) :

- la défense de DMU clinico-biologiques au motif de la cohérence hospitalo-universitaire et de la promotion de la recherche (certains allant jusqu'à considérer qu'à cette seule condition les DMU mériteraient réellement leur U)

- la défense de DMU biologiques au motif de la cohérence métier, de la bonne mutualisation des équipements et du cadre légal de l'exercice de la biologie hospitalière.

***Rappel du cadre légal** : Article L6222-4 **Un établissement de santé ne peut gérer qu'un laboratoire de biologie médicale.** Toutefois, les établissements publics de santé mentionnés au premier alinéa de [l'article L. 6147-1](#) peuvent être autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé à disposer de plusieurs laboratoires de biologie médicale dans des conditions fixées par voie réglementaire. Un laboratoire de biologie médicale peut être commun à plusieurs établissements de santé.*

Sur la base de ces arguments, l'opinion majoritaire du groupe allait dans le sens de l'évolution des pôles de biologie médicale vers des DMU de biologie médicale, le cas échéant élargi à d'autres « métiers » de l'exploration/diagnostic (exemple : biologie médicale +/- anatomopathologie ; +/- explorations fonctionnelles).

Des propositions ont été faites par exemple de pôles clinico-biologiques dans le domaine de l'hématologie pour des raisons évidentes de logique intellectuelle, de prise en charge des patients, d'enseignement et de recherche.

Le groupe de travail s'en remet aux instances de l'AP-HP si une telle organisation devait être retenue et alerte sur le besoin d'en garantir la légalité au regard de la réglementation sur le COFRAC et d'en garantir les conditions de bon fonctionnement.

Les structures d'appui à la recherche, CIC, URC, et les services de santé publique et DIM, pourront également évoluer vers un DMU unique Santé publique et de structures d'appui à la recherche.

Pharmacie à usage intérieur.

Plusieurs options sont discutées :

- Association des PUI à la recherche clinique (CIC, URC), à la biologie médicale, ou à tout autre montage selon le contexte des GH
- L'hypothèse que les PUI d'un GH soient regroupées de façon isolée au sein d'un même DMU n'a pas été proposée par le groupe de travail. Elle a été explicitement réfutée par les universitaires en Pharmacie qui craignent un isolement de leur discipline.

Cette option ne nous semble donc pas devoir être retenue.

Au travers des DMU, le groupe a eu l'occasion de débattre des relations entre l'AP-HP et les établissements du territoire avec lesquels des coopérations existent, soit que des parcours patients soient organisés avec eux, soit que des plateaux techniques soient partagés, soit que des projets universitaires (enseignement ou recherche) soient menés en collaboration.

- Des structures non AP-HP, probablement à l'échelle des services devraient pouvoir être associées aux DMU selon des modalités qui sont à élaborer.

c) Des interdits, des obligations ?

Le groupe a globalement retenu le principe général de groupes hospitaliers responsables de la composition des DMU et donc d'interdits ou d'obligations en nombre limité. Il appartiendra aux gouvernances locales et centrale de s'assurer que les exceptions soient justifiées et ne constituent pas un détournement flagrant de l'esprit de ces recommandations.

→ Un service ne peut appartenir qu'à un seul DMU.

Mais des collaborations fortes avec d'autres DMU seront fréquentes, qui devront l'être dans le cadre de conventions formalisées

→ Deux services d'une même discipline (dans un même GH) devraient appartenir au même DMU.

Exceptionnellement deux services de même discipline au sein d'un même nouveau GH peuvent appartenir à deux DMU différents si cela est justifié par une thématique HU et/ou médicale très différente entre les deux services ou en raison de contraintes géographiques importantes.

Il faudra être attentif à l'impact possible en termes d'investissement (risque que deux DMU différents investissent dans le même équipement coûteux).

→ Des DMU inter-GH (ou supra-GH, ou hors-GH) peuvent être envisagés (exemple du SAMU ou des GH associés). Les contraintes de gestion et difficultés éventuelles de gouvernance devront être anticipées.

3. Évaluation des DMU : évolution de la composition des DMU

Le groupe de travail a unanimement retenu la question de l'évaluation comme un élément central de ses recommandations. L'idée générale est qu'en l'absence d'un dispositif d'évaluation, et donc de modalités claires pour faire évoluer un DMU qui n'aurait pas été conçu de façon adéquate, l'AP-HP met en péril l'ensemble du dispositif.

Un dispositif d'évaluation est donc nécessaire à la bonne évolutivité de nos organisations.

- Un projet initial de DMU sera diffusé à l'ensemble des professionnels concernés (incluant un projet managérial)
- Gouvernance locale et DMU contractualiseront en précisant les missions des services, en déclinant précisément par DMU l'articulation avec les services : qui fait quoi, qui est responsable de quoi et quelle sera l'action des services dans le projet du DMU. Les modalités de délégation de gestion seront précisées (voir infra).
- La durée maximale de 4 ans pour un DMU est proposée
- Une évaluation à mi-parcours de la politique du DMU, en tenant compte des objectifs du DMU et des moyens, est proposée (retour des évaluations de l'ensemble des professionnels par les chefs de service, évaluations durant lesquelles le sujet du DMU devra être évoqué) avec un bilan final à 4 ans
- A l'issue de ce bilan le DMU sera reconduit comme tel ou modifié
- En cas de problème majeur avant le terme de ces 4 ans, tout chef de service pourra à tout moment saisir le comité de direction du DMU et la direction du GH
- Cette évolution pourra se faire à tout moment, avec de possibles transformations de périmètre en cours de mandat, en raison, par exemple, d'évolutions locales
- Les critères d'évaluation (en nombre limité) à mi-mandat, 2 ans, et bilan final à 4 ans devront être précisés et pourront comporter :
 - Respect du projet initial
 - Indicateurs universitaires, enseignement, recherche
 - Parcours usagers, qualité des soins, sécurité, EIG
 - Indicateurs financiers et médico-économiques (CREA)
 - Indicateurs RH-QVT

III. Aspects Universitaires et Recherche des DMU

Le principe même du rôle universitaire des DMU, leurs missions précises dans les domaines universitaires (formation et recherche) ont été largement débattus au sein du groupe et en lien avec les doyens.

Une réunion spécifique a été organisée par le directeur général à ce sujet.

A l'issue de ces échanges, il apparaît qu'une articulation forte entre les DMU et les enjeux universitaires et de recherche doit être recherchée, dans le plus grand respect des prérogatives respectives de l'AP-HP et de celles des facultés de santé (médecine, odontologie et pharmacie).

En octobre/décembre 2018, lors de la rédaction de cette synthèse, les périmètres des futurs groupes hospitaliers étaient ainsi définis :

- AP-HP.5 associera les groupes HUPO, HUPC et Necker
- AP-HP.6 associera les groupes PSL et HUEP
- Un ensemble nord associera les groupes HUPNVS, SLS-larib, Debré et sous une forme à préciser, HUPSSD
- Un ensemble sud associera les groupes HUPS et HUIFIFO et sous une forme à préciser, HUM

Le groupe a débattu la question de DMU associant des services d'universités différentes.

A l'évidence, cette hypothèse concernerait prioritairement des DMU Université de Paris (P7) & P13 ou Université UVSQ & P11 voire l'association de P12 et de P11-UVSQ pour ce qui concerne les UFR de médecine et de manière plus générale un grand nombre de DMU pour ce qui concerne les UFR de pharmacie et d'odontologie.

➔ Des DMU « inter-université » sont possibles.

Ils peuvent être nécessaires pour associer des services de pharmacie ou d'odontologie à d'autres disciplines, ils peuvent avoir un sens particulier sur un plan territorial, de parcours de patients, de promotion de projets universitaires voire dans le cadre d'une phase transitoire vers une plus grande association entre universités.

Dans le cas de DMU inter-universités, les modalités de gouvernance en lien avec les deux UFR/doyens devront être précisées afin d'associer pleinement les doyens concernés aux décisions qui relèvent de leurs disciplines.

A. Périmètres des DMU et aspects universitaires et recherche

1. Périmètres des DMU et périmètres universitaires

Sauf exception (cf. SAMU évoqué infra ou certains territoires universitaires) les DMU n'ont pas vocation à transcender un GH, s'agissant d'un dispositif d'organisation d'abord hospitalière mais ils ne sont pas *a priori* limités par les périmètres universitaires. Il est néanmoins préférable qu'un DMU ne soit associé qu'à une université (de médecine, de pharmacie ou d'odontologie).

Afin de mettre en exergue la nécessité de réfléchir à des périmètres flexibles et adaptés, le groupe dédié à la réflexion sur DMU & enjeux universitaires a réfléchi en distinguant :

- Le D, département avec ses enjeux principalement de gestion, *a priori* destiné à rester aux bornes d'un groupe hospitalier (sauf exception, cf. l'exemple du SAMU),
- Le M, médical avec ses enjeux de filières patients et de prise en charge : il est principalement intra GH mais peut devoir s'organiser en supra GH comme pour la pédiatrie ou la transplantation voire en lien avec des services non AP-HP
- Le U, universitaire avec ses enjeux recherche et enseignement : intra GH, supra GH, supra AP-HP permettant par exemple que le service universitaire d'un GHT devienne service affilié du DMU.

Cette réflexion doit permettre à des DMU principalement (et logiquement) organisés aux bornes d'un groupe hospitalier de l'AP-HP de réfléchir aux modalités de coopération entre DMU au sein de l'AP-HP et avec d'autres acteurs non AP-HP.

Le rôle particulier de l'AP-HP, en sa qualité de CHU de Ile-de-France, oblige à cette souplesse pour tenir compte de la coopération entre spécialités de recours au sein de l'AP-HP, de la graduation des soins (en interne ou avec d'autres hôpitaux) et des missions HU d'une équipe, d'un service ou d'un futur DMU qui dépassent les seules frontières AP-HP (par exemple pour la recherche clinique ou des postes partagés).

Les conventions d'association AP-HP/GHT témoignent de ces relations.

- ➔ Les DMU de l'AP-HP peuvent associer des services non AP-HP
- ➔ Cette association devrait être formalisée à la fois dans la gouvernance du DMU et dans les conventions d'association AP-HP/GHT
- ➔ Cette association pourrait se traduire par une évaluation universitaire commune (SIGAPS ou autre).

2. Périmètre des DMU, services et disciplines

- L'hétérogénéité des services et structures de l'AP-HP en termes de niveau et de potentiel de recherche complexifie la mise en place d'un modèle unique.

En fonction du cahier des charges des DMU, d'aucun ont évoqué que certaines structures puissent ne pas entrer dans les DMU et constituer des pôles « ancien régime » quand ce cahier des charges DMU n'est pas atteint. Il s'agirait par exemple de « pôles » dont les règles de gouvernances n'associeraient pas le dispositif HU recommandé infra.

Si cette hypothèse a été débattue, elle n'a pas été explicitement retenue et ses conséquences le cas échéant sur le fonctionnement d'un groupe hospitalier n'ont pas été analysées.

En parallèle des travaux du sous-groupe de travail sur la composition des DMU, la réflexion sur le plan universitaire conduit aux mêmes recommandations, sous des formulations différentes :

- ➔ Les services d'une même discipline peuvent être dans des DMU différents sur un argumentaire rationnel et objectif, même si cela doit être l'exception,
- ➔ La mixité clinico-biologique ou clinico-radiologique doit être possible au sein d'un même DMU, notamment pour les disciplines qui sont mixtes par essence universitaire – hématologie, immunologie, génétique, oncologie,

Ceci ne devant pas préjuger d'une logique concomitante de plateforme, notamment pour les disciplines biologiques.

Les deux formulations issues de la réflexion sur la composition des DMU et de celle sur les enjeux universitaires paraissent compatibles. Il s'agit de conjuguer une logique intellectuelle qui concerne principalement la recherche avec une logique de gestion.

A titre d'exemple, soit toute l'activité de biologie est dans un DMU biologique et ses responsables sont associés à la gouvernance, notamment HU des DMU cliniques avec lesquels les interfaces sont pertinentes. Soit l'activité de biologie est dans un DMU clinico-biologique et l'organisation des services de biologie est structurée autour d'une plateforme qui garantisse la cohérence métier.

B. Gouvernance des DMU et interactions UFR(s)/AP-HP-GH

Tous nos débats ont insisté sur l'importance d'une grande cohérence hospitalo-universitaire tout au long du processus d'élaboration des DMU, de choix de leurs responsables et au sein de leur gouvernance.

Il a été précisé que le DMU ne devait en aucun cas se substituer au service pour ce qui concerne les missions HU qui relèvent de ce niveau d'organisation et en particulier de la responsabilité du chef de service. De même, il a été clairement établi que le DMU ne devait pas devenir un niveau de conduite de la procédure de révision HU qui est organisée par les UFR.

- Importance de la co-gouvernance : les modalités de nomination du responsable du DMU doivent renforcer la co-gouvernance hospitalo-universitaire, au-delà de ce que prévoient les textes actuels d'une nomination par le DG sur avis du doyen et du président de CME.
- L'exécutif de DMU comprend un (ou deux) directeur(s) délégué(s) aux affaires académiques (ou à la formation et à la recherche) – il ou elle (s) est(sont) choisis par le directeur du DMU et le doyen.
- La gouvernance d'un DMU doit préserver la possibilité d'associer un représentant d'une structure hors AP-HP (GHT), affiliée à un DMU, surtout si universitaire.

L'association de représentants des UMR dans le cadre de la gouvernance des DMU a été évoquée. Elle a suscité un accord de principe sans donner lieu pour autant à une recommandation particulière. Des réflexions pourraient être prolongées sur ce point précis.

1. Cas particulier des DMU associés à plusieurs universités

De manière générale, tous les doyens concernés doivent être également sollicités dans le cadre de la mise en place des DMU, de la réflexion sur les périmètres au choix de ses responsables.

Dans le cas de DMU impliquant deux universités, une gouvernance équilibrée sera proposée.

- L'exécutif du DMU associera toutes les composantes universitaires et organisera le éventuellement un dispositif de type gouvernance « tournante »
L'esprit est ici que des universitaires ne puissent avoir le ressenti d'être exclus d'une gouvernance de DMU à la raison qu'ils ne seraient pas de la même université que son responsable.
- Il sera recherché un équilibre dans la gouvernance entre les universités concernées (exemple chef de DMU appartenant à une université, directeur académique appartenant à l'autre).

C. DMU et DHU

Le dispositif DHU est collectivement considéré comme très positif pour la structuration et la dynamique de la recherche hospitalo-universitaire et doit être encouragé.

Le groupe considère que DHU et DMU n'ont pas le même objectif et que le DHU est un projet scientifique là où le DMU est aussi un instrument de gestion hospitalière.

Le périmètre des futurs DHU doit donc rester ouvert et indépendant du contour des DMU et fondé sur les politiques des sites et des facultés/universités.

IV. Organisation de la gouvernance des DMU

Les principes proposés dans les conclusions du séminaire Oïkeïosis de juillet 2018 comportent les éléments suivants en lien avec la composition des DMU.

- *Les DMU ont une gouvernance hospitalo-universitaire collégiale, autour d'un responsable ;*
- *Ce responsable est nommé selon une procédure associant la gouvernance de l'AP-HP, la gouvernance du GH et la gouvernance de – ou des- université(s) concernée(s) ;*
- *Le « jury » peut associer des personnalités extérieures, éventuellement étrangères ;*
- *La nomination se fait sur la base d'un projet incluant les 3 dimensions (soins, recherche, enseignement) ainsi qu'une qualité managériale ;*
- *La gouvernance du DMU associe une valence paramédicale, qui vise notamment à impliquer les personnels paramédicaux dans la recherche, les pratiques avancées ;*
- *Il peut être expérimenté une association de représentants de patients à la gouvernance ou au fonctionnement du DMU ou la désignation d'un "représentant référent patient" pour chaque DMU ;*
- *Chaque DMU se voit désigner, dans l'équipe de direction du GH, un directeur comme référent, associé à la gouvernance du DMU ;*
- *Les responsables de DMU ne peuvent cumuler cette responsabilité avec celle de chef de service (sauf exception temporaire ou liée à un contexte particulier le justifiant).*
- *La gouvernance du DMU, constituée autour d'un conseil de DMU, veille à associer et créer des espaces d'échanges avec les services et avec les personnels et leurs représentants.*

A. L'équipe de direction du DMU

De manière générale, le groupe a insisté sur l'importance d'une collégialité réelle. Au-delà des recommandations infra, c'est l'esprit de cette collégialité qui devra être recherché.

1. Responsable de DMU

Le groupe a débattu du terme pertinent pour nommer le/la responsable d'un DMU : responsable, chef, directeur, animateur...

➔ Le terme « chef de DMU » a été retenu par le groupe de travail

La question du statut (uniquement HU ou possiblement H ou HU) a été largement débattue dans le groupe de travail avec des positions contrastées. La présence d'un responsable académique de DMU (ou de deux responsables, l'un chargé de l'enseignement, l'autre de la recherche) est de nature à ouvrir la chefferie de DMU aux HU et aux H.

➔ Un(e) responsable de DMU peut être un hospitalo-universitaire ou un hospitalier. Il/elle est praticien titulaire de l'AP-HP

- Il/elle est choisi(e) en fonction de capacités managériales reconnues, idéalement étayées par la participation à une formation ad hoc (Arrêté du 11 juin 2010).

Si l'appréciation des capacités managériales du futur chef de DMU reste complexe, elle est indispensable.

- Une parité F/H doit être recherchée, à compétence égale, pour la nomination des chefs de DMU.
- La nomination est faite par le directeur général, le PCME et le(s) doyen(s), sur proposition du directeur du groupe hospitalier et du PCMEL.
- Cette proposition fait suite à l'élaboration d'un projet écrit et à sa présentation orale devant un comité comportant au minimum le directeur du groupe hospitalier, le(s) doyen(s), le PCMEL, et un psychologue (ou autre professionnel) spécialisé dans le management qui puisse émettre un avis ou une recommandation sur les capacités de direction/animation d'équipes nombreuses et pluriprofessionnelles.
- Cette nomination fait suite à un appel à candidature diffusé largement dans le groupe hospitalier.
- Les services du DMU sont amenés à se prononcer sur la ou les candidatures selon des modalités qui restent à définir.
- Il convient d'éviter que deux personnes du même service participent à l'exécutif du DMU.
- Des formations appropriées aux missions doivent pouvoir être proposées aux membres de l'équipe de direction du DMU.
- Le chef de DMU est en lien fonctionnel et non hiérarchique avec l'exécutif du groupe hospitalier.
- Le mandat de chef de DMU est renouvelable une fois.
- La question de la possibilité de cumul de fonctions entre responsable de DMU et chef de service a été largement débattue dans le groupe avec des positions clairement discordantes.
Le groupe s'accorde sur le fait que ce cumul de fonctions n'est pas souhaité et que le candidat à la responsabilité de DMU, s'il est chef de service, doit présenter ses perspectives, immédiates ou retardées de remplacement comme chef de service. Une attention doit aussi être portée à la situation du responsable de DMU à la fin de son mandat.

2. Responsable(s) académique(s) auprès du responsable du DMU

Comme évoqué infra, le principe d'un (ou deux) hospitalo-universitaires auprès du responsable du DMU pour traiter des questions d'enseignement et de recherche a été longuement débattu et a fait l'objet d'échanges successifs.

Quelques points issus des discussions doivent être précisés :

- Le principe de responsable(s) académique(s) ne doit pas venir en atténuation réelle ou symbolique de la responsabilité des chefs de service d'une part et des doyens d'autres part. Pour la formation médicale initiale

notamment, c'est bien entre doyen et chefs de services que la formation doit être organisée.

- ➔ De même, l'idée d'un rôle du DMU sur la recherche n'introduit aucunement l'hypothèse que le périmètre du DMU doivent être obligatoirement cohérent et porteur d'une logique autour de projets ou de thématiques de recherche. Cela pourra être le cas, ou non, selon d'autres contraintes parfois congruentes, parfois contradictoires qui guideront également la définition des périmètres des DMU : logique de parcours de soins, logique architecturale, ou autre.
- ➔ L'association des équipes autour d'une thématique voire d'un projet de recherche devra continuer de s'élaborer de manière souple, évolutive et spécifique pour réunir les équipes pertinentes qu'elles soient ou non d'un même DMU, d'un même GH, voire de l'AP-HP ou hors AP-HP.

La réflexion s'est donc concentrée sur l'utilité qu'à l'échelle d'un DMU une ou deux personnes puissent être identifiées par le responsable du DMU et le doyen comme responsables d'animer ces deux grandes missions du CHU.

Le groupe de travail n'a pas été jusqu'à préciser un contenu précis à ces missions, la teneur du débat a même incité le groupe de travail à laisser une grande latitude à notre institution pour s'approprier réellement l'idée et le cas échéant à laisser aux responsables de DMU et doyens une grande liberté quant aux modalités précises de mise en œuvre de cette idée, de l'identification des personnes aux conditions de leur nomination, jusqu'aux priorités de leurs actions et modalités de mise en œuvre.

3. Cadre supérieur de santé du DMU

Le cadre supérieur de santé du DMU doit être sélectionné en lien avec le chef de DMU, sur des critères qui doivent être formalisés en termes de formation, aptitude au management, compétences techniques. Les candidat(e)s à cette fonction doivent pouvoir être identifié(e)s en amont par les DSAP.

4. Cadre administratif du DMU

Le cadre administratif de DMU doit avoir des missions renforcées par rapport aux anciens cadres administratifs de pôles afin de renforcer leur rôle et l'attractivité de la fonction.

5. Directeur délégué

Le rôle du directeur délégué du DMU est identifié comme important. La question de la quotité de temps disponible pour le DMU doit être formalisée. La question du cumul de fonction avec une direction fonctionnelle est posée, tant en termes de neutralité vis-à-vis des différents DMU qu'en termes de quotité de temps disponible.

6. Exécutif du DMU

Un exécutif du DMU doit être constitué par le chef de DMU.

Il doit viser :

- Une parité H/HU pour les personnels médicaux
- Une ancienneté des personnels médicaux représentative de leur diversité et notamment un ou plusieurs d'une ancienneté inférieure à 10 -15 ans
- Une parité entre personnel médical/paramédical-administratif
- Une parité femmes / hommes
- Une représentation des différents sites

Une composition type pourrait être (si 8) : 2 PU-PH, 2 PH, 2 cadres, 1 cadre administratif, un directeur.

Chaque membre de l'exécutif du DMU doit avoir une fiche de poste avec des missions spécifiques qui seront annexées au projet de DMU.

Une formation doit être proposée à l'exécutif du DMU.

B. Le projet de DMU

Le(la) candidat(e) à la direction d'un DMU doit élaborer un projet de DMU qui doit comporter les éléments suivants :

- Objectifs médicaux de soins, qualitatifs et quantitatifs
- Objectifs universitaires et recherche, interactions avec les UMR et les EPST
- Rôle enseignement (rôle de site pour l'accueil et l'encadrement des étudiants sous la gouvernance de l'UFR)
- Grands projets immobiliers et d'investissement pour le quadriennal
- Projets d'évolution des structures au cours du quadriennal
- Proposition de gouvernance et d'organisation
- Critères d'évaluation et indicateurs de suivi et de résultats
- Communication et interaction avec les services

Il ou elle peut être aidé(e) par la gouvernance du GH à élaborer ce projet.

Le projet de DMU doit être élaboré en collaboration avec les membres proposés pour la gouvernance, avec les services constitutifs qui doivent se prononcer de façon collégiale sur ce projet.

Les points de divergence éventuels doivent être clairement évoqués.

Le projet doit être présenté à un comité comportant au minimum le directeur du groupe hospitalier, le(s) doyen(s), le PCMEL, et un psychologue ou autre professionnel spécialisé dans le management et capable d'émettre un avis argumenté sur les capacités de direction / animation d'équipes nombreuses et pluriprofessionnelles.

C. Les instances du DMU

Le groupe a eu l'occasion de rappeler que l'échec de certains pôles avait résidé dans l'absence d'instances de concertation/décision ou dans leur strict formalisme.

L'esprit des recommandations infra est de faire vivre la collégialité des futurs DMU autour d'instances de réelle information, concertation et le cas échéant de décision.

1. Bureau de DMU

Sa composition doit être précisée dans le projet de DMU.

Il doit comporter au minimum les chefs de services et les cadres supérieurs de santé.

Une représentation plus large peut être envisagée, en particulier en lien avec les UMR qui interagissent avec le DMU.

2. Conseil de DMU

Sa composition doit être précisée dans le projet de DMU.

Elle doit être large et représentative avec des personnels choisis par les services sur la base du volontariat et désignés par les chefs de services et par les cadres des services.

Elle doit faire une place importante aux personnels non impliqués dans l'exécutif et le bureau.

Les usagers ou tout représentant d'une structure en lien avec le DMU (membre d'un GHT par exemple) ont vocation à y être associés, en fonction des spécificités de chaque DMU.

D. L'animation des DMU

L'animation des DMU est un élément essentiel de leur réussite et doit être détaillée dans le projet de DMU.

Elle doit pouvoir reposer :

- Sur des éléments de suivi réguliers, transmis par voie électronique aux chefs de service, cadres supérieurs et de santé et médecins titulaires des services. Ces éléments doivent être quantitatifs et qualitatifs et veiller à éviter les modes de présentation stigmatisants.
- Sur des réunions ciblées sur des objectifs spécifiques réunissant les chefs de service, les cadres supérieurs (bureau de DMU), des cadres de proximité et toute personne dont la présence est pertinente ; ces réunions doivent pouvoir s'appuyer sur un matériel de visio-conférence largement disponible et fonctionnel, ce qui n'est actuellement pas le cas dans la majorité des sites et l'ensemble du personnel de l'AP-HP.

- Sur des réunions plus larges destinées à l'animation scientifique et médicale du DMU (conseil de DMU) qui pourraient prendre la forme d'un séminaire annuel avec une participation large du personnel médical et paramédical et des représentants des usagers.

E. Contractualisation et évaluation des DMU

1. Contrat de DMU

Les objectifs et les critères d'évaluation des DMU doivent être intégrés dans un contrat d'objectifs et de moyens passé entre le DMU et la gouvernance du GH. Ce contrat doit intégrer les éléments spécifiques du projet de DMU, éventuellement amendé suite à la présentation à la gouvernance du GH. Ce contrat doit être individualisé pour chaque DMU en évitant les formats et les contenus imposés.

Ce contrat doit être mis à jour annuellement et présenté au bureau de CMU.

2. Évaluation des DMU

Le groupe a identifié l'évaluation des DMU comme un élément important de reconnaissance individuelle et collective pour témoigner de ce qui « marche » ; comme un outil nécessaire pour faire évoluer soit un DMU particulier dont des dysfonctionnements spécifiques auraient été identifiés, soit pour amender l'ensemble du dispositif DMU de l'AP-HP si des dysfonctionnements plus structurels étaient relevés.

Un des arguments a notamment été le besoin de ne pas seulement laisser relayer les éléments négatifs de nos fonctionnements hospitaliers ou universitaires mais aussi d'organiser des canaux de « remontée » de la satisfaction et des éléments positifs.

Le groupe de travail n'a pas été jusqu'à proposer des modalités précises d'évaluation.

Il appartiendra à l'AP-HP d'élaborer un cadre général, de définir les indicateurs simples et utiles, le moins nombreux possible, d'intégrer le processus d'évaluation très en amont (et y compris au moment de la détermination des périmètres) et d'anticiper par avance les modalités de retour vers les équipes de ces évaluations.

V. Rôle des DMU dans la gestion hospitalière

Les principes proposés dans les conclusions du séminaire Oïkeïosis de juillet 2018 comportent les éléments suivants en lien avec le rôle des DMU dans la gestion.

- " La gouvernance du DMU se voit déléguer des compétences de gestion, dans le cadre d'un contrat "

A. Principes généraux

Le DMU ne pourra avoir une réalité et jouer son rôle que dans le cadre d'une délégation dans la prise de décision, et ce faisant, d'une délégation de moyens de gestion, de la part de la gouvernance du GH auquel il appartient.

Il est également constaté par les membres du groupe de travail, que cette délégation de gestion revêt diverses réalités dans le fonctionnement actuel des pôles dans les GH.

- D'un côté, si elle existe bien dans les textes, et qu'elle fait bien partie du discours ambiant autour de la gouvernance des pôles, celle-ci ne semble pas avoir été jusqu'au bout dans un certain nombre de GH selon certains membres du groupe de travail.

Exemple : Un contrat d'objectifs et de moyens proposé, mais sans marges de manœuvre possibles en cours d'année, des responsabilités de chef de pôle ou de CPP exercées, mais sans crédibilité des fonctions auprès des interlocuteurs des services faute de moyens réels mis à disposition, des sollicitations systématiques auprès des directions fonctionnelles pour la moindre décision.

- D'un autre côté, il est rappelé que certaines directions ont pu hésiter avant de confier des vraies responsabilités de gestion aux exécutifs de pôle par crainte que cette délégation ne contrevienne aux objectifs économiques des structures, ou encore que certains exécutifs de pôles refusent d'assumer la délégation de gestion dans l'ensemble de son acception c'est-à-dire aussi dans la prise de décisions difficiles, ou des choix de réorganisations.

Aussi il est unanimement évoqué par le groupe de travail, la nécessité de revoir la donne de cette délégation de gestion dans le cadre d'un **vrai « choc de confiance »** où les acteurs font le pari d'une vraie délégation de gestion et où les futurs exécutifs de DMU assument les responsabilités qui leur sont confiées.

1. Contrat d'objectifs et de moyens

Un contrat d'objectifs et de moyens annuels devra être mis en place sur la base de trois principes : autonomie, flexibilité, et transparence.

- Ce contrat doit déléguer des moyens humains et matériels au DMU, permettant de réaliser des objectifs annuels en termes d'activité médicale, de son organisation et d'amélioration de la qualité des soins.
- Ce contrat doit permettre de disposer de marges de manœuvres suffisantes pour opérer des choix infra-annuels
- Ce contrat doit être accompagné d'un budget de DMU permettant de suivre de façon transparente les dépenses et les recettes directes et indirectes de chacun des services et structures.
- Ce contrat de délégation de gestion suppose une diffusion d'indicateurs, un suivi et un contrôle nécessaires à toute délégation.

Les objectifs et les moyens de la recherche, l'enseignement et de façon plus large les activités et le personnel universitaire ne sont pas directement concernés par ce contrat d'objectif et de moyens. Ils feront l'objet d'un suivi spécifique entre le DMU, l'AP-HP (DRCI) et les universités.

2. Rôle de la gouvernance du DMU

Les responsables (exécutif) du DMU doivent être pleinement investis dans leurs missions.

L'absence de cumul de mandats peut apparaître comme une condition de la bonne réalisation de ces missions déléguées.

Dans tous les cas (avec ou sans cumul), les chefs de DMU et les directeurs délégués devront disposer d'une feuille de route précise, décrivant les obligations en termes de neutralité et de transversalité propres à la gestion d'une telle structure.

3. Interaction DMU - Services

Le « choc de confiance » doit se traduire par une participation active des services, structures élémentaires du fonctionnement hospitalier, à la construction des projets, aux décisions stratégiques, à leur mise en œuvre et à la gestion quotidienne du DMU.

L'exécutif du DMU, doit tout mettre en œuvre, pour organiser la participation des services aux décisions, au sein de cette nouvelle structure intermédiaire.

4. Interaction DMU – gouvernance du GH

Le souhait d'une plus grande délégation de gestion aux DMU ne doit pas remettre en cause la logique de solidarité entre les DMU appartenant à un même groupe hospitalier.

La transparence sur l'équilibre financier de chaque DMU, ne doit pas empêcher un traitement équitable de tous les DMU dans les demandes de moyens ou l'instruction de projets par la gouvernance du GH.

5. Interaction GH – siège de l'AP-HP

Le choc de confiance doit se réaliser à tous les niveaux de gestion de l'AP-HP et les mêmes exigences pourraient être exprimées dans la reconfiguration actuelle des liens entre le siège et les groupes hospitaliers. En effet une telle délégation de moyens aux DMU, doit pouvoir s'inscrire dans un cadre global de confiance entre l'ensemble des niveaux de responsabilités. Il ne pourra y avoir de confiance entre l'exécutif du DMU et la gouvernance d'un groupe hospitalier, si par ailleurs, la gouvernance du groupe hospitalier ne dispose pas elle-même d'une vraie délégation de gestion de la part du siège de l'AP-HP.

B. 10 mesures proposées par le sous-groupe « DMU-Gestion ».

Ces dix points ont été travaillés de manière pluridisciplinaire dans le sous-groupe de travail en ayant à l'esprit ce qui doit impérativement changer dans les relations réciproques entre gouvernance de groupe hospitalier et pôles ou services : absence de transparence sur les données, circuit de décision longs et complexes, méconnaissance et défiance entre les acteurs.

Ces points sont largement redondants/complémentaires de recommandations infra mais s'articulent avec le sujet particulier de la délégation de gestion.

1. Constitution et formation de l'équipe de gouvernance

La délégation de gestion au sein d'un DMU ne sera efficace que si les acteurs composant son exécutif disposent des compétences et de l'expérience nécessaire à la gestion de ce type de structure dans les champs notamment RH et financier. Aussi, il apparaît indispensable de maintenir la présence d'un Cadre Paramédical de DMU, et d'un Cadre Administratif de DMU, dans les exécutifs des DMU, en sus du Chef et du Directeur Délégué de DMU.

De plus, une formation (même de courte durée), réalisée par les directions fonctionnelles du GH (DF, DRH, DAM, etc...) mériterait d'être systématisée pour tous les responsables médicaux (exécutif de DMU, chefs de services) à leur prise de fonction. Ceci constitue un levier d'appropriation des enjeux médico économiques mais facilite aussi les relations entre les membres de la gouvernance du groupe hospitalier.

2. Délégation de gestion du TPER

La délégation de gestion en matière de ressources humaines non médicales doit permettre une souplesse dans la gestion du TPER en respectant le cadrage de la masse salariale.

L'exécutif du DMU, après concertation avec les acteurs du groupe hospitalier, doit pouvoir réaliser ses choix RH au sein de ses effectifs et ainsi avoir la possibilité de réaliser une fongibilité entre ses enveloppes d'emplois permanent et de remplacement et/ou de modifier la structure de ses emplois selon les choix et les projets du DMU.

3. Valorisation des personnels et responsabilisation managériale

La délégation de gestion en matière de ressources humaines non médicales doit permettre la reconnaissance professionnelle. Aussi il est proposé que soient généralisées les expériences existantes de délégation d'une enveloppe de surprime de service aux responsables de DMU afin de disposer de moyens managériaux de reconnaissance, sur une base individuelle ou collective.

4. Schéma d'encadrement et impératifs de site

La délégation de gestion en matière de ressources humaines non médicales impose la structuration d'un schéma d'encadrement paramédical maillé sur l'ensemble du périmètre géographique DMU, dans le cadre de DMU multi-site/GH. Il est souhaité la création de responsabilités de Cadre Supérieur de DMU « de site », permettant de faire le lien entre la gouvernance du DMU et la gestion de proximité avec les équipes.

5. Management des personnels dont l'activité concerne plusieurs DMU (personnels transversaux inter DMU)

La délégation de gestion en matière de ressources humaines non médicales auprès des DMU peut ne pas être le bon modèle de gestion et d'allocation des ressources pour le management de certains métiers « support » devant intervenir auprès de plusieurs DMU. Il est évoqué ici par exemple la nécessité que les équipes des personnels de rééducation, kinésithérapeutes, diététiciens ou encore les équipes de psychologues, puissent ne pas nécessairement « appartenir » aux effectifs d'un DMU ou d'un autre, mais fassent l'objet d'une gestion transversale et mutualisée au niveau d'un groupe hospitalier ou d'un site.

6. Révision des effectifs des praticiens hospitaliers

La délégation de gestion en matière de ressources humaines médicales nécessite que la procédure de révision des effectifs des praticiens hospitaliers soit allégée et que celle-ci s'apprécie uniquement au périmètre d'un groupe hospitalier et non plus de l'AP-HP. Elle nécessitera la mise en place d'une organisation interne au DMU permettant de prioriser les choix du DMU pour la procédure de révision des effectifs des praticiens hospitaliers au sein d'un groupe hospitalier.

7. Délégation des crédits de recherche

Il apparaît indispensable que les DMU disposent de leviers pour développer la dimension recherche, tant médicale que paramédicale, de ces nouveaux ensembles. A cet effet, la possibilité d'une délégation de crédits de recherche doit être évaluée selon une forme qui devra être travaillée. Il pourrait s'agir de la délégation de la MERRI Intéressement auprès des DMU au prorata de leur « performance » recherche. Il pourrait s'agir de dispositifs plus audacieux de délégation de crédits en lien avec les recettes liées aux surcoûts de chaque DMU.

Il est également rappelé que l'agilité des DMU en matière de recherche supposera une évolution dans la délégation de gestion auprès des groupes hospitaliers notamment dans le cadre d'une déconcentration de la gestion des RAF.

8. Délégation des crédits de travaux et équipements

La délégation de gestion auprès des DMU doit s'accompagner de la capacité d'une gouvernance de DMU à répondre plus rapidement à des besoins en travaux et en équipements de la part des services. Il est proposé ici que soient généralisées les expériences existantes de délégation d'enveloppes dites de « petits travaux et petits équipements » issues du plan de travaux et d'équipement du groupe hospitalier, permettant des actions plus rapides sur des petites opérations à montant limité, avec une procédure d'achat public adaptée.

9. Qualité des soins et crédits d'intéressement

La délégation de gestion auprès des DMU suppose que soient envisagés des objectifs précis en matière d'amélioration de la qualité des soins au sein du DMU auxquels pourraient être associés des crédits d'intéressement à la qualité. Les expériences de délégations de crédits IFAQ auprès des DMU pourraient être généralisées voire amplifiées, sur la base des résultats de chacun des DMU sur quelques indicateurs clefs définis dans le contrat de DMU annuellement. Les débats en cours sur l'efficacité des incitations financières en lien avec la qualité suscitent de la part des plus perplexes une demande forte d'évaluation de la pertinence de ce type d'approche et un engagement collectif à rectifier le dispositif, voire à en abandonner le principe s'il est démontré l'inefficacité de ce type d'approche

10. Comptabilité analytique des DMU

La délégation de gestion aux DMU suppose que ceux-ci disposent d'outils clairs et transparents pour piloter leur résultat médico-économique. Il est souhaité que les DMU disposent donc d'une transparence totale sur l'ensemble de leurs dépenses et de leurs recettes. Il devra donc être généralisé l'existence de Comptes de Résultats Analytiques de DMU et de leurs services. Il est également souhaité dans ce cadre que la transparence soit faite sur le montant et l'usage des enveloppes fléchées dédiées à certaines activités du DMU (crédits maladies rares, crédits de recherche par exemple)

VI. Rôle du DMU et de sa gouvernance dans qualité de vie au travail des personnels

Les principes proposés dans les conclusions du séminaire Oiikeiosis de juillet 2018 comportent les éléments suivants en lien avec la qualité de vie au travail et les relations entre services et DMU

- Il est mis en place une nouvelle organisation des structures médicales, reposant sur : les services, comme le niveau du travail d'équipe, de proximité avec le patient et d'organisation de la clinique.
- Les services doivent favoriser le travail en équipe et la proximité
- Le site contribue à la proximité

A. Les enjeux

Ces éléments ont pour vocation de dessiner des axes d'amélioration de la qualité de vie au travail des personnels dans le cadre des DMU.

Ils ne décrivent pas comment doit être organisé le portage de la QVT au sein de l'Institution et dans chaque GH, ni l'ensemble des acteurs institutionnels qui y participent.

De même, les principes proposés ici ne traitent pas de la bonne adéquation entre les effectifs réellement présents et la charge de travail, condition pourtant nécessaire à une qualité de vie au travail des équipes.

Le développement de la QVT des professionnels est reconnu comme un enjeu majeur pour les DMU et les services pour les prochaines années pour plusieurs raisons :

- La QVT est pour chaque professionnel un objectif en soi
- La QVT de l'ensemble des professionnels est un élément majeur de la satisfaction au travail qui contribue à la qualité des soins apportés aux patients.
- Le développement de la QVT est un enjeu déterminant pour favoriser l'attractivité du service pour les personnels.

Le groupe a défini quelques lignes directrices susceptibles d'y contribuer :

- Le service doit être l'espace d'animation et de développement de la QVT de l'ensemble des personnels.
- L'association des personnels, à tous les niveaux, est un élément majeur de renforcement de la QVT.
- Le développement professionnel et la reconnaissance de l'engagement des personnels sont des vecteurs importants pour promouvoir la QVT.
- Des mesures d'évaluation de la satisfaction des équipes doivent être mises en place.
- La constitution des nouveaux GH ne doit pas avoir pour effet de prévoir des organisations de travail reposant sur de la mobilité inter-sites imposée aux professionnels

Et identifié quelques facteurs clés de réussite :

- La mise en place d'un accompagnement de cette transformation (particulièrement des impacts sur les situations individuelles) par les GH.
- Le partage du projet RH et des règles de délégation de gestion du DMU avec les services.
- Le choix et la formation des managers.
- Le suivi de l'évaluation de la satisfaction des professionnels.

B. Les axes de développement de la QVT dans le nouveau cadre de gouvernance

L'exécutif du DMU doit créer un environnement favorable au développement dans les services de la qualité de vie au travail des professionnels s'appuyant sur 4 axes majeurs.

1. Le développement d'un management plus participatif/coopératif avec les services et au niveau du service

Mots clés : association, équipe, coopération, autonomie, initiative, décloisonnement, management moins descendant.

a) Les prérequis : la formation, l'accompagnement et la QVT des managers médicaux et non-médicaux

- Développer la formation managériale, le partage d'expériences et l'accompagnement des responsables médicaux et paramédicaux : formations-simulations communes PM/PNM tant sur les compétences nécessaires que sur la posture managériale.
- Définir un « attendu » pour les managers : socle de compétences managériales. La définition pourrait être commune pour l'ensemble de l'AP-HP : élaboration faite avec les GH.
- Développer la QVT des managers par :
 - Le développement d'un mode de travail plus collaboratif avec les managers (à chaque niveau de l'institution)
 - La formation,
 - Les entretiens individuels,
 - Le partage d'expériences,
 - Les séminaires professionnels
 - La possibilité d'exercice en télétravail pour les cadres (dispositif défini au niveau AP-HP et GH)

NB : La QVT des managers s'exerce à titre principal dans le service mais suppose également la mise en place de conditions d'exercice et de collaboration satisfaisantes au niveau de l'AP-HP, du GH, du DMU et du site et notamment d'espaces d'échanges, de partage et d'association aux décisions

b) Améliorer l'information et la promotion de la cohésion d'équipe au sein du service

Préalable : une articulation à définir dans le projet managérial du DMU à adapter en fonction de la configuration retenue de chaque DMU (particulièrement mono ou multi-site).

Le projet de DMU devra préciser :

- Les fonctions représentées dans l'organe collégial du DMU et le processus de désignation des membres (voir groupe gouvernance des DMU)
A noter : le sous-groupe souligne l'importance de l'association des cadres (au moins un cadre par service) au bureau de DMU et de la représentation des différentes catégories de professionnels au sein de l'organe collégial du DMU
- Les modalités de partage d'info du DMU avec les managers des services et les équipes ainsi que le cadre de ces échanges. *Importance du binôme responsable médical et responsable paramédical dans l'animation des managers.*
- Les modalités d'association des services à la décision et de reporting du DMU aux managers des services
- Les attendus vis-à-vis des services en matière de projet management/QVT

Le DMU soutiendra le développement des outils et leviers managériaux dans le service :

- Écoute du terrain (conseils de services), utilisation de solutions informatiques d'animation d'équipe et d'intelligence collective, moments de convivialité jour et nuit (expérimentation espaces de convivialité service/DMU/site ?), séminaires annuels de services etc.

c) Renforcer la coopération dans le travail

- Au sein du service
 - Développer les échanges sur le contenu du travail et l'articulation entre professionnels : réunions régulières (stand-up meetings, management visuel etc ?) NB : importance de la coordination PM/PNM
 - Organiser une conduite de projet participative : pas d'équipe projet sans binôme médecin cadre comme chef de projet, sans association de différents métiers et interfaces + associations des patients
- Avec le DMU/les directions
 - Conduite de projet participative associant les managers des services
 - Reporting DMU/service indispensable pour mettre les managers de proximité en situation d'exercer leur mission
 - Espace sharepoint managers GH

d) Evaluer la satisfaction

Le développement de l'évaluation de la satisfaction de tous les personnels au sein des services pourra s'appuyer sur un outil institutionnel AP-HP (projet en cours de la DRH AP-HP). Il permettra aux professionnels du service d'identifier et de mettre en place des axes d'amélioration avec l'appui du DMU en lien avec le site/le GH si besoin.

NB : modalités de présentation des résultats pour la restitution aux équipes de l'évaluation de la QVT à définir pour qu'elle garde sa pertinence et permette des actions correctives.

2. Favoriser l'attractivité et la motivation des personnels

a) Développer les compétences, les parcours professionnels et la mobilité choisie

- Développement des opportunités de mobilité choisie
 - Développement protocoles de coopération/pratique avancée pour évolution professionnelle interne au service ou DMU
 - Parcours mobilité choisie temporaire interne DMU ou avec DMU partenaire pour professionnels intéressés
 - Le développement de ces opportunités pourrait être favorisé par la création d'une bourse aux emplois GH/AP-HP (outil institutionnel à développer ?)

- Renforcement et sécurisation des compétences
 - Identification d'un référent formation au sein du DMU
 - Développement des formations par simulation
 - Déclaration et analyse des EI

L'association des DMU à la politique des formations diplômantes pourrait contribuer à ces ambitions.

b) Reconnaître l'engagement différencié des professionnels

- Rémunération
 - Le DMU en lien avec les services pourra utiliser les possibilités de différenciation existantes dans le cadre de la surprime de service en fonction de l'engagement ou pour valoriser des fonctions spécifiques (en garantissant la transparence des règles d'attribution (courrier individuel à chaque agent))
 - La mise en œuvre dès 2019 de primes spécifiques protocole de coopération permettra également de reconnaître les professionnels concernés.
- Valorisation financière de l'implication collective dans le cadre d'expérimentations notamment démarches innovantes ci-dessous (enveloppes intéressement GH)
- Valorisation de l'activité des professionnels
 - Projets collaboratifs de communication autour des métiers, de l'activité du service, des innovations, etc... (films ou autres vecteurs) au niveau du service avec le soutien technique du GH

c) Développer les initiatives innovantes au bénéfice du patient associant les professionnels (sens au travail)

- Projets d'évolution des modes de prise en charge des patients dans le service
- Développement fonctions interface Ville hôpital etc... *NB : importance d'associer des usagers à ces projets d'évolution de la prise en charge*

3. Prendre soin des professionnels

a) Améliorer l'accueil des nouveaux arrivants

Le DMU pourra organiser l'articulation entre l'accueil du DMU et du service avec les journées d'accueil du GH ou du site (nouveaux arrivants PNM, journées d'accueil PM)

b) Prendre soin de la relation de travail

Le DMU soutiendra les initiatives des services visant à renforcer l'esprit d'équipe (cf. ci-dessus : outils cohésion d'équipe) et à favoriser la prise de conscience de l'impact de la relation sur la QVT par l'interpellation des professionnels. Exemple : théâtre itinérant.

c) Prévenir et gérer les situations à risque et les conflits en lien avec la médecine du travail et la CVH

- Le DMU appliquera le principe de subsidiarité dans la gestion des difficultés individuelles et collectives.
 - Le service doit être premier niveau d'écoute et de gestion et le DMU le niveau de recours, d'alerte de la direction et de demande d'appui. *NB : Importance de la formulation des difficultés au plus tôt, de la formalisation des échanges et de la remontée vers le DMU et la direction*
- Le DMU soutiendra les demandes des services pour la formation des managers à la détection et à la prise en charge immédiate dès les premiers indices
- Il favorisera l'utilisation par les services des outils/procédures d'alerte et de résolution élaborés par l'Institution et les GH (notamment plan RH PM pour les médecins): variable en fonction des situations (médiation, conciliation, accompagnement coaching d'équipe ou individuel)
La mise en place d'une cellule d'écoute des personnels (en cours DRH AP-HP) permettra d'aider les services au repérage des situations à risque.

L'ensemble de ces actions au sein des DMU devra s'inscrire dans un contexte visant, au niveau de l'Institution et des GH, à développer les services favorisant l'équilibre entre vie professionnelle et la vie privée

- Co-voiturage organisé (blablabar institutionnel ou GH), conciergeries, aide à la recherche de l'habitat, petite enfance, opportunités de ressourcement aux personnels sur le site : activités sportives, méditation, tai-chi, shiatsu etc....
- Création d'une bourse aux emplois GH/AP-HP

Ces sujets ne relèvent pas directement du « niveau » DMU mais donc d'une politique institutionnelle (AP-HP), de groupe hospitalier voire d'hôpital – de site, mais il sera utile que les DMU aient la volonté de contribuer à cette politique et trouvent la manière adaptée d'y prendre leur part.

4. Accompagner les transformations

- Le DMU pilotera un dispositif d'accompagnement au changement, avec le soutien du GH (pour tout projet ayant un impact important sur le projet de service, les pratiques professionnelles, les compétences).

VII. L'intégration du rôle des usagers dans l'organisation et le fonctionnement des DMU

A. Les enjeux

- Coopérer et travailler en partenariat avec les usagers, leur représentant et les patients experts sur les enjeux relation de soin et la qualité des soins : ce sont eux les utilisateurs finaux.
- Intégrer la charte des valeurs de l'AP-HP dans la réforme des DMU.

B. Les objectifs

- Transformer la prise en charge hospitalière en un suivi de parcours
- Tenir compte du tissu sanitaire et social territorial pour organiser les soins
- Imaginer et anticiper l'impact du DMP
- Pour les urgences, instaurer des nouvelles pratiques : intégration de la médecine de ville (urgence/non urgence), travail avec les associations et les patients experts (organisation/éducation à la santé)
- Intégrer en continu l'expérience-patient (et non simplement la satisfaction) pour tirer toutes les conséquences d'une procédure médicale, soignante ou administrative
- Développer l'ETP avec la ville et les associations de patients
- Impliquer des personnes et aidants et des RU (certification).

C. Les inquiétudes et les défis perçus par les usagers

- Que la création de ces nouveaux GH ne corrige pas les ruptures et dysfonctionnements des parcours observés actuellement.
- Penser que
 - Le nouveau schéma sera forcément meilleur, d'où l'importance de l'analyse de l'existant
 - Le changement c'est pour les autres (risque de conservatismes)
 - L'évolution peut se faire sans les bénéficiaires que sont les usagers et les représentants des usagers
- S'assurer que la transformation numérique pourra répondre aux attentes des personnes en grande précarité et ne jouera pas contre la relation soignant/soigné
- Que la maîtrise des dépenses ne soit synonyme de restriction à l'accès aux soins ou d'une moindre qualité des soins

D. Contribution des représentants des usagers du conseil de surveillance de l'AP-HP

Marie Citrini et Thomas Sannier, représentants des usagers au conseil de surveillance ont par ailleurs remis un document intitulé « contribution des représentants des usagers de

l'AP-HP », non spécifiquement articulée avec les DMU mais dont des éléments pourraient être portés par les DMU. De même, le projet de « centre de l'expérience patient », également porté par les représentants des usagers pourrait être articulé avec un ou plusieurs DMU, au moins dans un cadre expérimental.

Ces enjeux importants mériteront des réflexions complémentaires avec les représentants des usagers.

CONTRIBUTION DES REPRESENTANTS DES USAGERS DU CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'AP-HP

Thomas Sannié & Marie Citrini

Le DMU est présenté comme l'outil permettant une meilleure organisation du parcours de soins permettant la transversalité et pluri-professionnalité. À quelles conditions ? Qu'est-ce que cela est censé changer ?

Les regroupements des spécialités sous un même DMU sont de la responsabilité des professionnels de santé (médecins, soins infirmiers, technico-administratifs).

Cependant, les DMU doivent intégrer des partenaires de l'expérience patient, afin d'assurer, des soins de qualité et aux plus près de leurs attentes et des professionnels de santé de ville. Les DMU doivent permettre d'avoir une vision globale des parcours : intégration de professionnels de ville et une représentation associative.

Pour cela, il convient d'envisager une représentation associative au plus proche des domaines regroupés dans le DMU. Le positionnement reste encore à définir à ce stade, mais cela pourrait être en participant à des staffs, en accompagnant sur une période de temps des internes et des infirmières, en participant à l'organisation des DMU... L'association sera une source de réflexion et d'innovation sur le parcours de soins, sur les enjeux des relations de soins et de qualité des soins (mise en place d'indicateurs). C'est une réflexion déjà très avancée à la HAS en vue de la certification V2020.

Le mouvement associatif et l'AP-HP devront accompagner l'intégration de patients au sein de DMU. Formation sur le fonctionnement de l'hôpital, sur les modes de coopérations.

Le représentant des usagers pourrait, quant à lui, être sollicité par le DMU pour des points plus spécifiques de droits des malades mais aussi lors d'interrogations sur des réclamations aux thèmes récurrents comme le DMU pourrait à son tour être sollicité par la Commission des usagers (CDU) pour présenter son projet. En tout état de cause, le projet des usagers pourra se construire sur un mode transversal avec le projet médical et le projet de soins de son GH/Supra-GH.