



**Charte médicale d'exercice
des praticiens hospitaliers
du
Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)
d'Orléans**

2024

1 Objectifs de la Charte

En tant que membres de la communauté médicale du CHU d'Orléans, nous nous engageons à maintenir les plus hautes exigences de pratiques médicales vis-à-vis des patients, des soignants et de nos confrères.

Cette charte reflète notre engagement envers l'excellence dans la prestation des soins, l'efficacité organisationnelle et la responsabilité médicale. Elle constitue un encadrement normatif des bonnes conduites et est conçue pour guider nos pratiques quotidiennes, assurer la meilleure qualité de soins possible pour nos patients, assurer la meilleure qualité de vie au travail pour tous et nous permettre de conjuguer au mieux les trois missions qui nous sont désormais confiées : soins, recherche et enseignement.

Cette charte d'organisation des services médicaux de notre hôpital permet à tous les praticiens d'assurer une activité de soins tout en respectant leurs engagements en matière de management, d'enseignement et de recherche. En établissant les principes de la charte, les services promeuvent une qualité et une continuité des soins homogènes au sein du CHU d'Orléans. De surcroît, les dispositions prévues par la charte permettent d'assurer la qualité des programmes éducatifs, et de soutenir le développement professionnel continu du personnel médical. En outre, une organisation judicieuse des maquettes médicales permet de libérer des plages horaires dédiées à la recherche scientifique et à l'innovation médicale.

2 Responsabilité médicale vis-à-vis de la Continuité et Permanence des Soins

Sauf cas particulier à discuter en amont avec la Direction des Affaires Médicales (DAM), les équipes médicales sont responsables de la continuité de leurs activités respectives et de l'organisation spécifique de ces activités. Cela implique de garantir une présence médicale réelle et continue en dehors des horaires de permanence des soins et la mise en place des mesures permettant d'assurer une couverture médicale adéquate en période de congés.

2.1 Hospitalisation complète (HC) et hospitalisation de semaine (HDS)

Un médecin sénior au moins doit être présent et joignable en continu dans les services cliniques entre 8h30 et 18h30.

De surcroît, l'organisation médicale est adaptée autant que de besoin pour assurer la continuité des soins en période estivale. Les services s'assurent de maintenir un effectif minimum de médecins séniors afin d'assurer l'activité d'hospitalisation pendant cette période. Ils informent conjointement la présidence de CME et la DAM en cas de difficulté à s'acquitter de cette tâche.

2.2 Hospitalisation de Jour (HDJ)

Le début de l'hospitalisation de jour est fixé à 08h30, assurant ainsi une harmonisation des pratiques entre les différents services et facilitant la coordination des professionnels sur le plateau d'hospitalisation de jour. Les horaires des hôpitaux de jour (horaire de début unique et horaires de fermeture) sont l'objet d'un article du règlement intérieur des HDJ. Ils sont modifiables dans le cadre de la mise à jour de ce règlement intérieur.

2.3 Consultations

Les consultations sont réalisées sur des vacations de minimum 3h30. Il convient d'harmoniser le temps de référence de chaque consultation.

Pour toutes les consultations « longues », et a fortiori au-delà d'une heure, la recherche d'une alternative de prise en charge doit être envisagée, tel qu'un transfert en HDJ ou une délégation de tâches aux paramédicaux.

Chaque service se doit d'organiser une plage de consultation d'urgence, au moins hebdomadaire ; les urgentistes doivent pouvoir positionner prioritairement des patients sur des plages dédiées selon une procédure établie avec le service.

En période estivale et de congés scolaires, le planning des vacances de consultations est redimensionné en fonction des présences médicales, l'hospitalisation restant prioritaire.

2.4 Permanence des soins (permanence hors heures ouvrables)

Les médecins seniors sont responsables de la permanence des soins telle que définie par la réglementation.

3 Organisation médicale des services

Sur la base de ces obligations de continuité de service, chaque service se dote d'une maquette médicale qui définit l'organisation horaire des activités des médecins seniors et juniors.

3.1 Construction d'une maquette médicale du service

La maquette médicale détermine la structure organisationnelle et décrit la répartition et l'utilisation des ressources médicales au sein des services pour les activités cliniques et médico-techniques. Elle permet de définir la manière dont les ressources médicales sont utilisées et coordonnées pour répondre aux besoins des patients de manière efficace et efficiente. Ainsi, la maquette détermine l'offre de soins que le service entend assurer par type de prise en charge (exemples : consultations, HDJ, HC, plateau technique, PDS, etc.) et par jour de semaine. Elle doit comporter un temps dédié aux avis urgents.

Elle précise les éventuels ajustements à opérer sur l'offre de soins dans les périodes de diminution temporaire prévue de l'effectif médical ou de diminution de l'activité (par exemple : fermeture de l'activité de consultation en période de vacances). Cette flexibilité permet d'ajuster les ressources en fonction des activités tout en maintenant des normes élevées de soins.

Cette maquette est synchronisée avec la maquette paramédicale ; elle est généralement déclinée en une maquette descriptive de l'existant et une maquette cible à atteindre pour un fonctionnement optimal de l'offre de soin.

3.2 Organisation du temps médical en service clinique : temps discontinu (demi-journées)

Chaque médecin hospitalier à temps plein doit réaliser 10 demi-journées par semaine pour valider ses obligations de service mais les demi-journées n'ont pas de valeur horaire officielle précise. La durée totale de travail effectif d'une semaine (qui n'inclut pas le temps de repas) ne peut être inférieure à 39h ni supérieure à 48h.

Chaque service a la responsabilité d'organiser les demi-journées de temps clinique conformément à ses besoins spécifiques (permanence des soins, actes techniques, hospitalisation, etc.). Ces demi-journées sont structurées comme suit pour un équivalent temps plein :

- Une demi-journée non clinique, sans lien direct avec un patient : participation à la vie du service, à la vie institutionnelle, enseignement, recherche...
- Deux demi-journées clinico-administratives (gestion médico-administrative des patients, RCP, etc.)
- Sept demi-journées de temps purement clinique ou médico technique réparties entre :
 - o Les consultations ;
 - o L'hospitalisation de jour (HDJ) ;
 - o L'hospitalisation conventionnelle (HC) et Hospitalisation de semaine (HDS) ;
 - o Le plateau technique ;
 - o Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) ;
 - o La ligne d'avis, chaque service disposant d'une ligne d'avis avec du temps dédié.

Les activités cliniques, clinico-administratives et non cliniques ne sont pas nécessairement individualisées dans le suivi quotidien des obligations de service d'un praticien hospitalier, une même demi-journée pouvant comporter des tâches relevant de plusieurs de ces trois dimensions.

À titre exceptionnel, un praticien non universitaire peut solliciter l'autorisation de consacrer plus qu'une demi-journée hebdomadaire à des activités non cliniques (par exemple enseignement, recherche, etc.). La demande

est à adresser à la direction des affaires médicales qui prendra une décision au vu notamment de l'avis du chef de service, du chef de pôle et du président de la CME.

3.3 Organisation du temps médical en service médico-technique : temps discontinu (demi-journées)

Chaque praticien hospitalier des services médico-techniques à temps plein se voit attribuer 10 demi-journées réglementaires.

Ces demi-journées de travail effectif (qui n'inclut pas le temps de repas) ne peuvent être inférieures à 39h ni supérieures à 48h et se doivent d'être structurées comme suit :

- Une demi-journée non clinique, sans lien direct avec un patient : participation à la vie du service, à la vie institutionnelle, enseignement, recherche...
- Une demi-journée « administrative » (RCP, staffs) ;
- Huit demi-journées de temps clinique et clinico-administratif.

3.4 Organisation du travail en temps continu

Chaque médecin hospitalier des services en temps continu à temps plein se voit attribuer une obligation de service comprise entre 39 et 48h selon les organisations en place et la réglementation.

Les activités du service ont des valeurs horaires définies avec l'administration et la consolidation de ces codes horaires forme la semaine de travail du praticien, dont le volume horaire peut donc varier d'une semaine à l'autre.

Les codes horaires des activités ont nécessairement un caractère forfaitaire mais doivent approcher au mieux la réalité par souci d'équité entre services et entre praticiens.

3.5 Processus de validation de cette organisation médicale

Les chefs de service doivent, dans leur projet de service, soumettre une proposition d'organisation médicale garantissant la continuité des soins. En l'absence de chef de service, un praticien peut être nommé référent de l'organisation médicale sous la responsabilité du chef de pôle. Une fois par an, chef de pôle et directeur délégué du pôle valident le bon fonctionnement de cette organisation.

Cette organisation médicale doit permettre d'assurer une continuité de service, de garantir le bon fonctionnement de la PDS et de limiter les fermetures d'activité sur les périodes estivales ou plus généralement de congés.

De la sorte, toutes les absences personnelles, dont les congés payés, doivent faire l'objet d'une concertation préalable avec le chef de service puis ou à défaut avec le chef de pôle. Cette validation garantit une planification anticipée et une continuité des soins maintenue.

Pour garantir la continuité des soins, la planification des congés médicaux doit être anticipée selon le même calendrier que les programmations des congés paramédicaux.

De façon plus générale, les absences, mêmes ponctuelles, des praticiens doivent être connues de l'ensemble de leurs collaborateurs médicaux et non médicaux.

3.6 Respect des effectifs découlant de la maquette

Pour information :

L'effectif rémunéré junior et senior d'un service pour une année civile est constitué des éléments suivants :

- L'ETP rémunéré du service (moyenne mensuelle)
- Les plages additionnelles et éventuellement les congés / RTT payés dans le cadre de la réglementation
- Les plages additionnelles et éventuellement les congés/ RTT non pris et versés au CET en fin d'année.
- Déduction faite des éventuelles reprises sur CET en cours d'année.

Cet effectif rémunéré se compare à la maquette préalablement définie pour déterminer si le service (ou par consolidation le pôle) a respecté ses effectifs budgétés attribués. La génération de plages additionnelles ou de congés RTT non pris (payés ou versés en CET) n'est pas de droit. Au-delà d'une marge de fluctuation admissible, elle suppose la conclusion préalable d'un contrat de temps additionnel dont les modalités dépendent principalement de l'écart entre

- L'effectif maquette
- Et l'effectif au travail (à distinguer de l'effectif rémunéré)

Une incohérence trop importante entre ces deux grandeurs peut entraîner le refus de validation par la DAM des temps additionnels (plages additionnelles et congés/RTT non pris) réalisés.

3.7 PROJET DE SERVICE OU DE POLE

Le CHU dispose d'un projet d'établissement qui se décline en projets de pôles, qui eux même se déclinent en projets de services. Le projet de pôle ou de service incarne la **vision partagée de l'équipe médicale et paramédicale** et garantit donc la cohérence de son action **en décrivant** les évolutions souhaitables, les ambitions réalistes ...). À ce titre le projet de service n'est pas l'addition des ambitions ou projets individuels des soignants qui composent l'équipe. Il repose sur des analyse et s'articule en orientations médico-soignantes, axes de recherches/innovation ; axes d'enseignement ; axes d'amélioration des parcours dans l'établissement et/ou sur le territoire, axes sur la communication, la QVT ou le dialogue interne à l'équipe Qualité.

Le projet identifie ses objectifs et les points de vigilance à surveiller. Il décrit, en lien avec les services prestataires, les ressources à mobiliser, qu'elles soient matérielles, humaines, coopératives, organisationnelles, juridiques.

4 Répartition des responsabilités médicales

4.1 Les fonctions des « managers » médicaux : généralités

Qu'ils soient chefs de service ou de pôle, voire responsables d'UF, les managers médicaux ont, à des degrés variables, des fonctions :

- D'animation et de coordination via des staffs, entretiens professionnels, réunions de service...
- De pilotage de leur structure via le suivi d'indicateurs, les processus de qualité ou de pertinence ; le suivi des calendriers de mise en œuvre des actions
- D'organisation via des outils tels que les tableaux de service, tableaux de gardes, rédactions de protocoles de soins ou d'organisation
- De représentation institutionnelle de leur unité et de leur spécialité dans les instances du CHU, sur le territoire, ou dans la mise en œuvre des politiques transversales (cyber sécurité, éco responsabilité, etc...)

4.2 Le rôle du chef de pôle

Le chef de pôle est nommé pour 4 ans (sans limite de renouvellement) par décision conjointe du directeur général et du président de CME. Il signe avec la gouvernance du CHU un contrat de pôle qui matérialise les objectifs assignés au pôle, sur la base d'un projet de pôle qui s'intègre dans le projet médico-soignant du CHU.

Le chef de pôle est assisté d'un directeur délégué et d'un cadre paramédical de pôle (trio de pôle). Il est entouré d'un bureau de pôle rassemblant tous les managers médicaux et non médicaux du pôle.

Il exerce son autorité directe sur l'ensemble des chefs de service, de façon à garantir la cohérence de leur action et leur inscription dans les projets du CHU. En cas d'absence, de carence ou d'empêchement du chef de service, il en exerce si besoin les missions.

Il assiste les chefs de service dans leurs missions ; il valide ou prend les décisions dont l'impact dépasse le champ d'action d'un service donné : intégration du projet de service au projet de pôle, organisation des prestations

médicales croisées, organisation de la PDS, etc. Il est associé obligatoirement aux démarches de projet nécessitant une validation institutionnelle.

Il gère les moyens mutualisés du pôle quand ils existent (équipe de remplacement, enveloppes déléguées...)

Au sein du trio de pôle, il est garant du suivi des indicateurs de gestion du pôle, de l'élaboration des actions correctrices et de l'explication de ces indicateurs et actions aux différents services. Il assure les liens montants et descendants avec la gouvernance du CHU et les directions centrales. Il est un collaborateur privilégié du président de la CME et l'épaule pour tout ce qui concerne les spécialités dont il a la charge.

Dans la gestion des effectifs médicaux, son avis est réglementairement obligatoire pour la plupart des actes de recrutement ou de gestion des PH ; il est donc l'interlocuteur de la DAM pour la gestion prévisionnelle des emplois médicaux du pôle.

Le chef de pôle coordonne la politique de qualité et de sécurité des soins du pôle : organisation des parcours de soins, veille au respect des droits des patients, relations avec patients et famille, gestion des risques et des événements indésirables.

Il réalise les entretiens professionnels des chefs de services. Le chef de pôle signe avec le directeur général et le président de la CME un contrat de pôle, qui reprend les objectifs assignés au pôle pour les quatre ans de son mandat.

4.3 Le rôle du chef de service

Le service est une entité hospitalière qui **regroupe un ensemble de moyens humains** (personnel médical, paramédical et administratif), matériels et logistiques, sous la responsabilité d'un médecin chef de service et d'un cadre de santé.

Le chef de service est nommé par décision conjointe du directeur général et du président de CME après avis du chef de pôle. Il est nommé pour 4 ans (sans limite de renouvellement) sur la base d'un projet de service rédigé préalablement ; ce projet de service décline sur le terrain le projet du pôle et le projet médico-soignant du CHU. Le chef de service arrête le projet de service après élaboration et concertation avec son équipe. Il s'assure de sa mise en œuvre effective.

Le chef de service, en étroite collaboration avec le cadre de santé, est responsable de l'organisation générale médico soignante de son service.

Le chef de service est le relais des praticiens hospitaliers pour le trinôme de pôle, facilitant la communication et garantissant que les politiques et procédures sont mises en œuvre de manière cohérente. Plus globalement il est le garant de la vie d'équipe et contribue à la qualité de vie au travail. Il est l'interlocuteur de première ligne de la DAM pour la conduite des recrutements médicaux de sa spécialité. Le chef de service fonctionne en binôme avec un ou plusieurs cadres de proximité afin de coordonner les activités médicales et soignantes.

Le chef de service est le garant de la qualité, de la rédaction et de l'actualisation des protocoles de prise en charge de sa spécialité ; il assure l'homogénéité des pratiques médicales au sein de son service et veille à la bonne coordination de l'ensemble des acteurs autour du patient.

Il est garant de la formation des étudiants en médecine de 2^e et 3^e cycles (internes, personnels en formation français ou étrangers) ou des médecins en formation continue accueillis dans le service et de l'actualisation des compétences de l'ensemble de l'équipe. Il peut être secondé dans ces tâches par tout médecin de son choix.

Par délégation et sous le contrôle du chef de pôle, les chefs de service ont une autorité fonctionnelle sur l'équipe médicale et paramédicale du service ou du pôle. Pour ce qui est de l'équipe médicale, ils définissent donc, dans le respect du code de déontologie médicale et des principes d'organisation (temps de travail et maquette médicale), les obligations, tâches et horaires des praticiens de leurs équipes. À ce titre, le chef de service est

responsable de l'organisation de la continuité et de la permanence des soins du service. Il définit la maquette organisationnelle du service et valide les absences programmées des personnels médicaux (congrés formation...)

Le chef de service est garant de la cohérence des activités du service, avec les projets polaires, institutionnels et territoriaux, et du suivi des activités, recettes et dépenses (notamment de l'exhaustivité du codage). Sous la coordination du chef de pôle, le chef de service est le garant des droits du patient, de la pertinence, de la qualité et la sécurité des soins, des relations et de la communication avec les patients et familles

Le chef de service réalise les entretiens professionnels annuels des praticiens du service.

Une formation managériale est fortement recommandée, au minimum une fois lors de la prise de fonction ou à tout moment au cours de l'exercice de ses fonctions.

4.4 Le responsable d'unité fonctionnelle (UF)

L'UF est une subdivision plus petite et plus spécifique d'un service de soins. Elle représente une entité opérationnelle dotée d'une activité spécifique. Une unité fonctionnelle peut regrouper des ressources humaines et matérielles affectées à des activités très précises, telles qu'un bloc opératoire, une salle de soins intensifs, une unité de consultation externe, ou encore une unité de soins spécifiques (comme une unité de dialyse ou de chimiothérapie). Chaque unité fonctionnelle a sa propre mission ; mais elle fait partie intégrante du service de soins dont elle dépend. La gestion quotidienne de l'unité fonctionnelle est assurée par un praticien, sous la responsabilité du chef de service.

Le responsable d'unité coordonne l'UF dont il a la charge. Il agit uniquement par délégation du chef de service, qu'il assiste, mais qui porte seul la responsabilité de la gestion de l'unité.

Pour cette raison la fonction de responsable d'UF est exercée à titre gratuit.

4.5 Le rôle et le suivi du praticien hospitalier

Le praticien hospitalier a un rôle central dans le bon fonctionnement du CHU. Il apporte son expertise, ses compétences et son investissement au service des patients et de l'innovation en santé, que ce soit sur le versant thérapeutique, diagnostique ou encore les parcours de soins et l'organisation des soins. Il porte et illustre les valeurs du service public hospitalier dans le respect du partenariat avec les la médecine de ville et les acteurs des autres établissements. Il participe également à la formation des étudiants en santé et des médecins étrangers.

Dès sa nomination, il peut s'investir au sein du service pour épauler son chef de service, au sein du pôle sur des projets de soins, au sein de la CME et des sous-commissions pour faire avancer les projets institutionnels. Il est porteur d'un projet de soins, d'une expertise spécifique et il s'intègre comme acteur dans le projet de service. Il peut demander un accompagnement pour tout projet innovant ou nécessitant des moyens / du temps, après validation par le chef de service puis par le chef de pôle dans un second temps, si cela sort du cadre propre du service.

L'hôpital de recours étant un lieu de haute technicité, Il doit entretenir ses compétences (obligation déontologique et légale) et les adapter à l'évolution de la médecine et des besoins de la population.

L'exercice hospitalier étant un travail d'équipe, il a l'obligation de participer à l'élaboration collective des solutions aux problèmes du quotidien et assume sa part équitable des contraintes de fonctionnement du service ; une fois le projet de service présenté par le chef de service et validé par l'équipe, il se doit d'en respecter les lignes et prend part intégrante à sa réussite auprès des patients, des équipes paramédicales et de l'institution.

La répartition des tâches se doit d'être équitable entre les praticiens dans la prise en charge des patients au quotidien sur les différents plateaux existants - consultations, hospitalisations, activités techniques, avis urgents - et dans la permanence des soins. Les organisations particulières pour raison de santé doivent faire l'objet d'une recommandation par le médecin de santé au travail. Toute organisation différente hors raison de santé doit faire l'objet d'une concertation avec le chef de service et l'équipe médicale.

En cas de situation de tension identifiée par l'institution et après validation en CME, il peut être demandé une participation plus large à la permanence des soins, dans le respect des compétences du praticien, et après avis de la COPS et de la CME.

Le praticien doit respecter les règles de la confraternité vis-à-vis de ses confrères médecins et de la courtoisie réciproque dans ses relations avec les autres corps de métier.

Il doit se tenir au courant de la vie institutionnelle et donc consulter régulièrement les vecteurs de communication définis par l'institution (messagerie...).

Lorsqu'il quitte ses fonctions au sein du CHU, par exemple par démission ou disponibilité, le médecin hospitalier (titulaire ou contractuel $\geq 50\%$) doit solliciter une autorisation pour toute activité lucrative exercée à moins de 10 km de l'établissement et ce pendant une durée de deux ans.

4.5.1 Recrutements

Dans l'attente de la mise en place d'un dispositif de révision annuelle des effectifs hospitaliers, chaque dossier de recrutement à long terme (PH, contractuel) est examiné en commission des ressources humaines médicales (CRH) de la commission médicale d'établissement (CME). Le porteur du projet de recrutement doit présenter le dossier en exposant le projet devant la CRH.

Ce suivi rapproché des recrutements de PH permet aux différents services d'ajuster les compétences présentes au sein des services en fonction des ambitions et des besoins spécifiques tels qu'exprimés dans le projet de service.

Le regard institutionnel de la CRH permet de juger de l'insertion à long terme d'une personnalité ou d'un profil de compétence dans l'institution, par-delà les contingences du moment.

4.5.2 Entretien professionnel annuel

Un entretien professionnel annuel est organisé entre chaque praticien hospitalier (PH) et le chef de service afin de faire le bilan de l'année écoulée et d'échanger sur ses attentes et les projets à développer. En effet, ces entretiens ont pour objectif de mieux accompagner les praticiens dans leur carrière hospitalière et de travailler avec eux, en cohérence avec les objectifs du service, du pôle et de l'établissement, leur trajectoire professionnelle. Cet entretien doit suivre la trame d'entretien présentée en annexe 1.

Pour mémoire ces entretiens sont réalisés de la façon suivante :

- Pour les praticiens, par le chef de service
- Pour les chefs de service, par le chef de pôle
- Pour les chefs de pôle par le président de la CME

4.5.3 Traitement des difficultés d'exercice professionnel des médecins

Les chefs de service et chefs de pôle sont responsables du management individuel et collectif des équipes médicales.

S'agissant du management individuel, en cas de manquements répétés et objectivés et/ou de difficultés particulières (relationnelles ou techniques) de la part d'un praticien il appartient au chef de service en lien avec le chef de pôle de mettre en place une réponse adaptée qui peut inclure :

- Un entretien avec le chef de service et/ou le chef de pôle, associé(s) à la direction déléguée

- Ces derniers peuvent avoir recours directement à la direction des affaires médicales ou à la direction générale pour un rappel des objectifs quantitatifs ou qualitatifs assignés à l'équipe et ainsi à chaque professionnel tels que ceux énumérés au paragraphe 2 ci-dessus ;
- Ou recours au CNG pour les praticiens hospitaliers.

Je soussigné(e), _____, atteste avoir pris connaissance et approuvé les termes de la présente Charte de Bonnes Pratiques Médicales. Je m'engage à mettre en œuvre ses principes dans l'exercice de mes fonctions.

Fait à _____, le _____

Signature