



Inspection générale
des affaires sociales

Etablissements de santé Risques psychosociaux
des personnels médicaux : recommandations
pour une meilleure prise en charge Mise en
responsabilité médicale : recommandations pour
une amélioration des pratiques

**PIECES JOINTES
TOME II**

Établi par

Dr. Marie-Ange DESAILLY-CHANSON

Hamid SIAHMED

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec la contribution de Stéphane ELSHOUD - IGAENR

- Décembre 2016 -

2016-83R

Sommaire

PIECE JOINTE N° 1 ADDENDA SPECIAL DES OBJECTIFS DE FORMATION CANMEDS 2015	5
PIECE JOINTE N° 2 REFERENCE DES COMPETENCES CANMEDS 2015 POUR LES MEDECINS	11
PIECE JOINTE N° 3 PROGRAMME D'AIDE AUX MEDECINS DU QUEBEC RAPPORT ANNUEL 2014/2015	31
PIECE JOINTE N° 4 CFAR ECOUTE + SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE.....	51
PIECE JOINTE N° 5 COMMISSION REGIONALE PARITAIRE DE BRETAGNE : ENTRETIEN MI-CARRIERE.....	55
PIECE JOINTE N° 6 EPSM DE LA VALLEE D'ARVE : ENTRETIEN APRES 3/6 MOIS DU PERSONNEL MEDICAL	65
PIECE JOINTE N° 7 HCL : PROCEDURE DE RENOUVELLEMENT DES CHEFFERIES DE SERVICE	71
PIECE JOINTE N° 8 CHU DE NANCY : PROCEDURE DE MEDIATION MEDICALE.....	79
PIECE JOINTE N° 9 AP-HP : PLAN D'ACTION CONCERNANT LE PERSONNEL MEDICAL..	83
PIECE JOINTE N° 10 CHU DE BORDEAUX : DETECTION ET PREVENTION DES RPS	89
PIECE JOINTE N° 11 CODE NATIONAL DE DEONTOLOGIE DU MEDIATEUR	93
PIECE JOINTE N° 12 CNU SANTE ET CNU DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES : GRILLES D'EVALUATION.....	105
PIECE JOINTE N° 13 ARS AUVERGNE-RHONE-ALPES : APPEL A PROJETS POUR LA MISE EN PLACE D'EQUIPE MEDICALE DE TERRITOIRE	127

PIECE JOINTE N° 1
ADDENDA SPECIAL DES OBJECTIFS DE
FORMATION CANMEDS 2015

L'addenda spécial des objectifs de formation CanMEDS 2015 est un document générique qui complétera les objectifs de formation des 58 disciplines des cohortes 3 ou des cohortes suivantes (voir la liste à la fin du document) effectuant la transition à La compétence par conception (CPC). Il faut donc lire ce document de concert avec les objectifs de formation de chacune des disciplines dans la liste.

L'addenda est axé sur de NOUVEAUX domaines d'intérêt du Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins, qui feront partie des normes de formation de certains programmes de résidence canadiens le 1^{er} juillet 2016.

Les directeurs de programme devront montrer que l'addenda spécial des objectifs de formation CanMEDS 2015 a été intégré à l'enseignement et à l'évaluation des résidents.

Lorsqu'une discipline aura effectué la transition à la CPC et qu'elle commencera à admettre des stagiaires dans ses programmes de formation révisés et fondés sur les compétences, l'addenda ne s'appliquera plus, car ces programmes comprendront de nouvelles normes nationales basées sur CanMEDS 2015.

Veillez prendre note que la numérotation utilisée ci-dessous correspond à celle des capacités (compétences clés) et manifestations (compétences habilitantes) du référentiel CanMEDS 2015.

Sécurité des patients, amélioration de la qualité et gestion des ressources

Expert médical

5. Contribuer activement, à titre individuel et en tant que membre d'une équipe de soins, à l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients

- 5.1. Reconnaître le préjudice pouvant résulter de la prestation des soins, y compris les incidents touchant la sécurité des patients et y remédier
- 5.2. Adopter des stratégies qui favorisent la sécurité des patients et qui tiennent compte des facteurs humains et systémiques

Communicateur

3. Informer le patient, sa famille et ses proches aidants quant aux soins de santé qui leur sont prodigués

- 3.2. Divulguer les événements indésirables ayant causé un préjudice, avec tact et précision, au patient, sa famille et ses proches aidants

Collaborateur

3. Assurer de manière sécuritaire la transition du patient vers un autre professionnel de la santé et le transfert des soins afin d'en assurer la continuité

- 3.1. Déterminer quand effectuer un transfert des soins à un autre médecin ou professionnel de la santé

- 3.2. Effectuer un transfert sécuritaire des soins, à la fois verbalement et par écrit, durant la transition d'un patient vers un nouveau milieu, un nouveau professionnel de la santé ou une nouvelle étape de prestation des soins

Leader

1. Contribuer à l'amélioration de la prestation des soins de santé au sein d'équipes, d'organismes et de systèmes

- 1.1. Appliquer les principes de l'amélioration de la qualité pour faire progresser les systèmes de soins aux patients
- 1.2. Contribuer à une culture favorisant la sécurité des patients
- 1.3. Analyser les incidents qui mettent en cause la sécurité des patients afin d'améliorer les systèmes de soins

2. Participer à la gestion des ressources allouées aux soins de santé

- 2.1. Répartir les ressources afin d'optimiser les soins aux patients
- 2.2. Mettre en pratique des données probantes, portant notamment sur les processus de gestion qui permettent de dispenser des soins de qualité à un rapport coût-bénéfice approprié

Érudit

3. Enseigner aux étudiants, aux résidents, à d'autres professionnels de la santé et au public

- 3.3. Veiller à ce que la sécurité des patients soit assurée quand les apprenants participent aux soins

Professionnel

2. Démontrer un engagement envers la société en reconnaissant et en respectant ses attentes en matière de soins de santé

- 2.2. Démontrer leur engagement à participer à des initiatives liées à la sécurité des patients et à l'amélioration de la qualité

Cybersanté et technologie

Communicateur

4. Faire participer le patient, sa famille et ses proches aidants à l'élaboration d'un plan reflétant ses besoins et objectifs en matière de santé

- 4.2. Aider le patient, sa famille et ses proches aidants à utiliser les technologies de l'information et de la communication en appui aux soins qui lui sont prodigués et à la gestion de sa santé

5. Documenter l'information, en format papier et électronique, résumant la rencontre et la partager afin d'optimiser la prise de décision clinique, la sécurité des patients et le secret professionnel

- 5.2. Communiquer efficacement aussi bien lors de l'utilisation des dossiers médicaux écrits, que des dossiers électroniques (DSE) ou d'une autre technologie

5.3. Transmettre des informations aux patients de manière sécuritaire de façon à protéger le secret professionnel et la confidentialité pour parvenir à une meilleure compréhension mutuelle

Leader

1. Contribuer à l'amélioration de la prestation des soins de santé au sein d'équipes, d'organismes et de systèmes

1.4. Utiliser la technologie afin d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser la sécurité des patients

Professionnel

1. Démontrer un engagement envers les patients par l'application de pratiques exemplaires et le respect de normes éthiques élevées

1.5. Se comporter de manière professionnelle lors de l'utilisation des outils technologiques de communication

Leadership et santé des médecins

Leader

3. Faire preuve de leadership dans leur pratique professionnelle

3.1. Démontrer des habiletés de leadership afin d'améliorer les soins de santé

3.2. Faciliter le changement dans les soins de santé afin d'en améliorer les services et les résultats

Professionnel

4. Démontrer un engagement envers la santé et le bien-être des médecins afin de favoriser la prestation de soins optimaux aux patients

4.1. Démontrer une conscience de soi et gérer son bien-être et son rendement professionnel

4.2. Gérer les exigences personnelles et professionnelles pour une pratique durable tout au long du cycle de vie professionnelle

4.3. Promouvoir une culture favorisant l'identification des collègues en difficulté et offrant un soutien et une réponse à leurs besoins

Cet addenda s'applique aux cohortes suivantes :

Cohorte 3	Cohorte 4	Cohorte 5	Cohorte 6	Cohorte 7
<ul style="list-style-type: none"> • Neurochirurgie • Chirurgie cardiaque • Pédiatrie • Anatomopathologie • Pathologie générale • Radio-oncologie • Médecine d'urgence • Médecine de 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie générale • Chirurgie plastique • Obstétrique et gynécologie • Médecine physique et réadaptation • Médecine nucléaire • Psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie orthopédique • Chirurgie vasculaire • Neuropathologie • Neurologie • Pathologie hématologique • Hématologie • Hématologie/oncologie pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatologie • Ophtalmologie • Radiologie diagnostique • Génétique médicale • Santé publique et médecine préventive • Médecine d'urgence pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie colorectale • Chirurgie générale oncologique • Chirurgie thoracique • Radiologie d'intervention • Médecine palliative • Médecine de la

soins intensifs • Médecine interne générale • Néphrologie	• Pneumologie • Cardiologie • Rhumatologie • Médecine gériatrique • Médecine néonatale et périnatale • Immunologie clinique et allergie	• Chirurgie pédiatrique • Pharmacologie clinique et toxicologie • Psychiatrie légale • Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent • Gériopsychiatrie • Médecine de l'adolescence	• Endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité • Médecine maternelle et fœtale • Oncologie gynécologique • Maladies infectieuses • Microbiologie médicale • Biochimie médicale	douleur • Pédiatrie du développement • Neuroradiologie • Radiologie pédiatrique • Médecine du travail • Endocrinologie et métabolisme
---	--	---	--	--

PIECE JOINTE N° 2
REFERENCE DES COMPETENCES
CANMEDS 2015 POUR LES MEDECINS

Référentiel de compétences

CanMEDS 2015

pour les médecins



RÉDACTEURS

Jason R. Frank
Linda Snell
Jonathan Sherbino
Andrée Boucher

Ce référentiel est fièrement appuyé par 12 organisations médicales canadiennes

Comité consultatif francophone du Collège royal

Dre Andrée Boucher (présidente), Université de Montréal
Dr Paul Belliveau, Université Queen's
Dr José François, Université du Manitoba
Mme Lucie Hamelin, Collège des médecins de famille du Canada
Dr Jean Latreille, Université de Sherbrooke
Dr Jean-François Lemay, Université de Calgary
Dr Julien Poitras, Université Laval
Dr Serge Quérin, Université de Montréal
Dre Louise Samson, Collège des médecins du Québec
Dr Louis-George Ste-Marie, Université de Montréal

Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
774, promenade Echo
Ottawa (Ontario) K1S 5N8
Canada

TÉLÉPHONE : 1 800-668-3740 ou 613-730-8177

TÉLÉCOPIEUR : 613-730-8262

SITE WEB : collegeroyal.ca

COURRIEL : canmeds@collegeroyal.ca

© Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Tous droits réservés. Ce document peut être reproduit en totalité à des fins éducatives, personnelles ou non commerciales seulement, en indiquant la source tel qu'indiqué dans la colonne de droite. Toute autre utilisation, y compris l'utilisation commerciale des illustrations CanMEDS ou de son référentiel, est interdite sans l'autorisation écrite du Collège royal.

Imprimé au Canada.

ISBN : 978-1-926588-30-8

COMMENT CITER CE DOCUMENT EN RÉFÉRENCE

Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

COMMENT CITER LES RÔLES

Expert médical

Bhanji F, Lawrence K, Goldszmidt M, Walton M, Harris K, Creery D, Sherbino J, Ste-Marie L-G, Stang A. Expert médical. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Communicateur

Neville A, Weston W, Martin D, Samson L, Feldman P, Wallace G, Jamouille O, François J, Lussier M-T, Dojeiji S. Communicateur. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Collaborateur

Richardson D, Calder L, Dean H, Glover Takahashi S, Lebel P, Maniate J, Martin D, Nasmith L, Newton C, Steinert Y. Collaborateur. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Leader

Dath D, Chan M-K, Anderson G, Burke A, Razack S, Lief S, Moineau G, Chiu A, Ellison P. Leader. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Promoteur de la santé

Sherbino J, Bonnycastle D, Côté B, Flynn L, Hunter A, Ince-Cushman D, Konkin J, Oandasan I, Regehr G, Richardson D, Zigby J. Promoteur de la santé. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Érudit

Richardson D, Oswald A, Chan M-K, Lang ES, Harvey BJ, Ackroyd-Stolarz S, Bhanji F, Campbell C, Cea ER, Clark M, Dawes M, Fon NC, Goertzen J, Goldstine I, Gordon J, Grad R, Haynes B, Henderson J, Horsley T, Kloda L, LeBlanc C, Lockyer J, Mann K, Parboosingh J, Powelson S, Ramsden VR, Sen M, Silver I, Streiner D, Walton J, Weston W, Wong BM. Érudit. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Professionnel

Snell L, Flynn L, Pauls M, Kearney R, Warren A, Sternszus R, Cruesz R, Cruess S, Hatala R, Dupré M, Bukowskyj M, Edwards S, Cohen J, Chakravarti A, Nickell L, Wright J. Professionnel. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Expert médical

DÉFINITION

En tant qu'experts médicaux, les médecins assument tous les rôles CanMEDS et s'appuient sur leur savoir médical, leurs compétences cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient. Pivot du référentiel CanMEDS, le rôle d'expert médical définit le champ de pratique clinique des médecins.

DESCRIPTION

En tant qu'experts médicaux qui dispensent des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient, les médecins s'appuient sur un ensemble évolutif de connaissances, ainsi que sur leurs habiletés cliniques et leurs valeurs professionnelles. Ils recueillent et interprètent des informations, prennent des décisions cliniques et effectuent des interventions diagnostiques et thérapeutiques. Ils posent ces gestes dans les limites de leur champ de pratique et de leur expertise. Leur prise de décision éclairée basée sur les lignes directrices et les données probantes issues de la recherche tient compte de la situation du patient et de ses préférences, ainsi que des ressources disponibles. Leur pratique clinique est régulièrement mise à jour. Elle est respectueuse de l'éthique, et efficiente dans l'utilisation des ressources, conduite en partenariat avec le patient, sa famille et ses proches aidants,* d'autres professionnels de la santé et la collectivité. Le rôle d'expert médical constitue l'élément central de l'activité des médecins et s'appuie sur l'ensemble des compétences comprises dans les rôles CanMEDS transversaux (communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, érudit et professionnel).

CONCEPTS FONDAMENTAUX

Amélioration de la qualité : 5.1, 5.2
 Application des sciences cliniques et biomédicales fondamentales : 1.3
 Compassion : 1.1
 Complexité, incertitude et ambiguïté dans la prise de décision clinique : 1.6, 2.2, 2.4, 3.2, 3.3, 3.4
 Conscience des limites de sa propre expertise : 1.4, 3.4
 Consentement : 3.2
 Continuité des soins : 2.4, 4.1
 Décision partagée quant aux objectifs de soins : 2.1, 2.3, 2.4, 3.2, 4.1
 Devoir de prodiguer des soins : 1.1, 1.5, 2.4
 Établissement des priorités en matière de responsabilités professionnelles : 1.4, 1.5, 2.1, 3.3, 5.1
 Évaluation et gestion cliniques axées sur le patient : 1.4, 2.2, 2.4, 3.1, 3.3, 3.4, 4.1, 5.2
 Expertise médicale : toutes les manifestations de cette compétence
 Intégration des rôles CanMEDS transversaux : 1.2
 Interprétation des tests diagnostiques : 2.2
 Maîtrise des compétences procédurales : 3.1, 3.3, 3.4
 Participation au sein de l'équipe de soins : 1.3, 1.4, 2.1, 2.4, 3.3, 4.1, 5.1
 Prise de décision clinique : 1.4, 1.6, 2.2
 Raisonnement clinique : 1.3, 1.4, 2.1, 3.1
 Sécurité des patients : 1.5, 3.4, 5.1, 5.2

* Dans le référentiel CanMEDS 2015 et celle du Guide des jalons, l'expression « le patient, sa famille et ses proches aidants » inclut toutes les personnes qui ont une importance pour le patient d'un point de vue personnel et qui se préoccupent des soins qui lui sont prodigués, y compris, selon la situation du patient, les membres de sa famille, les partenaires, les aidants naturels, les tuteurs et représentants légaux.

Capacités (Compétences clés)	Manifestations (Compétences habilitantes)
LES MÉDECINS SONT CAPABLES DE :	
1. Exercer la médecine selon leur champ d'activité et leur expertise clinique	1.1 S'engager à prodiguer des soins de grande qualité à leurs patients 1.2 Intégrer les rôles CanMEDS transversaux dans leur exercice de la médecine 1.3 Appliquer les connaissances des sciences cliniques et biomédicales pertinentes à leur discipline 1.4 Réaliser des évaluations cliniques en temps utile et formuler des recommandations de manière structurée 1.5 S'acquitter des responsabilités professionnelles en dépit de multiples exigences concurrentes 1.6 Reconnaître la complexité, l'incertitude et l'ambiguïté inhérentes à l'exercice de la médecine et y réagir de façon appropriée
2. Procéder à une évaluation clinique centrée sur les besoins du patient et établir un plan de soins	2.1 Établir la priorité parmi les sujets qui devront être abordés au moment de la rencontre avec le patient 2.2 Obtenir l'anamnèse, procéder à l'examen physique, choisir les examens appropriés et interpréter leurs résultats aux fins de diagnostic et de traitement, de prévention de la maladie et de promotion de la santé 2.3 Établir, en partenariat avec le patient, sa famille et ses proches aidants les objectifs de soins, y compris de ralentir la progression de la maladie, le soulagement des symptômes, la guérison, l'amélioration fonctionnelle et la palliation 2.4 Établir un plan de soins centré sur les besoins du patient
3. Planifier et réaliser des interventions diagnostiques et thérapeutiques	3.1 Définir les interventions les plus appropriées 3.2 Obtenir et documenter le consentement éclairé, en expliquant les risques et les avantages de l'intervention proposée, et en la justifiant 3.3 Prioriser une intervention en tenant compte du degré d'urgence clinique et des ressources disponibles 3.4 Réaliser toute intervention avec habileté et de façon sécuritaire, en l'adaptant aux trouvailles imprévues ou aux changements du contexte clinique
4. Planifier la continuité des soins et, le cas échéant, des consultations en temps opportun	4.1 Mettre en œuvre un plan de soins centré sur les besoins du patient et qui assure la continuité des soins et un suivi de l'investigation, de la réponse au traitement et des autres consultations
5. Contribuer activement, à titre individuel et en tant que membre d'une équipe de soins, à l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients	5.1 Reconnaître le préjudice pouvant résulter de la prestation des soins y compris les incidents touchant la sécurité des patients et y remédier 5.2 Adopter des stratégies qui favorisent la sécurité des patients et qui tiennent compte des facteurs humains et systémiques

Communicateur

DÉFINITION

En tant que communicateurs, les médecins développent des relations professionnelles avec le patient, sa famille et ses proches aidants* ce qui permet l'échange d'informations essentielles à la prestation de soins de qualité†.

DESCRIPTION

Par la création d'une relation professionnelle centrée sur les besoins du patient, sa famille et ses proches aidants et d'une écoute active, les médecins sont capables d'identifier et analyser les symptômes qu'il présente. Ils explorent la perspective du patient, ce qui inclut ses craintes et perceptions au sujet de la maladie, les répercussions sur sa vie et ses attentes quant à la qualité des soins prodigués par les professionnels de la santé. Ces informations permettront de mieux saisir le contexte du patient, y compris ses antécédents personnels et familiaux, son mode de vie, ses conditions de vie et son statut socioéconomique, son milieu de travail ou scolaire ainsi que d'autres facteurs psychologiques et sociaux pertinents. Une décision partagée représente l'élément clé de l'approche centrée sur les besoins du patient : celle-ci consiste à élaborer un plan de soins en collaboration avec le patient, en abordant ses problèmes médicaux et ses objectifs de santé tout en tenant compte de ses besoins, de ses valeurs et de ses préférences. Ce plan doit être appuyé par des données probantes provenant de la littérature et des lignes de pratiques reconnues.

Parce que la maladie n'affecte pas que le patient, mais également sa famille et ses proches aidants, les médecins doivent communiquer efficacement avec tous ceux qui entourent la personne concernée lors d'un épisode de soins.

CONCEPTS FONDAMENTAUX

Annonce de mauvaises nouvelles : 1.5, 3.1
 Approche centrée sur les besoins du patient en matière de communication : 1.1, 1.6, 2.1, 3.1
 Attention accordée aux aspects psychosociaux de la maladie : 1.6, 2.1, 2.2, 4.1
 Collecte et synthèse des renseignements sur les soins au patient : 2.1, 2.2, 2.3
 Compétence relationnelle dans les interactions : 1.5
 Compréhension mutuelle : 1.6, 3.1, 4.1
 Concordance des buts et des attentes : 1.6, 2.2, 3.1, 4.3
 Confiance dans la relation médecin-patient : 1.1, 5.2, 5.3
 Consentement éclairé : 2.2
 Divulgence d'événements indésirables ayant causé un préjudice : 3.2
 Documentation pertinente : 2.1, 5.1, 5.2, 5.3
 Écoute active : 1.1, 1.3, 1.4, 1.5, 2.1, 2.2, 2.3, 4.1, 4.3
 Efficacité : 2.3, 4.2, 5.2
 Empathie : 1.1, 1.2, 1.3
 Éthique dans la relation médecin-patient : 3.2, 5.1
 Expertise en matière de communication verbale et non verbale : 1.1, 1.4
 Précision : 2.1, 3.1, 4.2, 5.1
 Prise de décision partagée : 1.6, 4.1, 4.3
 Relation professionnelle : 1.4
 Relations thérapeutiques avec le patient, sa famille et ses proches aidants : 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6
 Respect de la diversité : 1.1, 1.6, 2.2, 4.1
 Secret professionnel : 1.2, 5.1
 Transfert des soins : 5.1, 5.2, 5.3
 Transmission efficace d'informations orales et écrites quant aux soins à dispenser aux patients, quelle que soit la plateforme utilisée : 5.1, 5.2, 5.3

* Dans le référentiel CanMEDS 2015 et le Guide des jalons, l'expression « le patient, sa famille et ses proches aidants » inclut toutes les personnes qui ont une importance pour le patient d'un point de vue personnel et qui se préoccupent des soins qui lui sont prodigués, y compris, selon la situation du patient, les membres de sa famille, les partenaires, les aidants naturels, les tuteurs et représentants légaux.

† On doit prendre note que dans le référentiel CanMEDS, le rôle de communicateur décrit les compétences liées à la rencontre médecin-patient. D'autres compétences en communication sont mentionnées ailleurs dans le référentiel, dont la communication au sein des équipes de soins de santé (rôle de collaborateur) et les exposés universitaires (rôle d'érudit).

Capacités (Compétences clés)	Manifestations (Compétences habilitantes)
LES MÉDECINS SONT CAPABLES DE :	
1. Établir des relations professionnelles avec le patient, sa famille et ses proches aidants	1.1 Démontrer, lors des échanges, de l'empathie, du respect et de la compassion envers le patient afin de favoriser sa confiance et son autonomie 1.2 Tirer le meilleur parti de l'environnement physique afin d'assurer le confort du patient, le respect de sa dignité, de sa vie privée, son engagement et sa sécurité 1.3 Reconnaître les circonstances dans lesquelles les valeurs, les principes, les perceptions et les préférences du patient ou des professionnels impliqués pourraient influencer la démarche clinique et la qualité des soins 1.4 Répondre aux comportements non verbaux d'un patient afin d'améliorer la communication 1.5 Gérer les désaccords et les conversations très émotives 1.6 S'adapter aux valeurs, aux principes, aux perceptions et aux préférences du patient, de même qu'à son état clinique en tenant compte du contexte général
2. Recueillir et synthétiser l'information pertinente, en tenant compte de la perspective du patient, sa famille et ses proches aidants	2.1 Utiliser des techniques d'entrevue centrées sur les besoins du patient afin d'obtenir l'information pertinente sur les plans biomédical et psychosocial 2.2 Structurer le déroulement de la rencontre clinique et gérer le flux d'informations 2.3 Obtenir et résumer toute information pertinente provenant d'autres sources que le patient, dont sa famille et ses proches aidants, avec le consentement de celui-ci
3. Informer le patient, sa famille et ses proches aidants quant aux soins de santé qui lui sont prodigués	3.1 Fournir des informations et des explications claires, exactes et en temps opportun, et s'assurer que le patient, sa famille et ses proches aidants les ont bien comprises 3.2 Divulguer les événements indésirables ayant causé un préjudice, avec tact et précision, au patient, sa famille et ses proches aidants
4. Faire participer le patient, sa famille et ses proches aidants à l'élaboration d'un plan reflétant ses besoins et objectifs en matière de santé	4.1 Entretenir avec le patient, sa famille et ses proches aidants des échanges respectueux, exempts de jugements de valeur et adaptés à leur culture 4.2 Aider le patient, sa famille et ses proches aidants à utiliser les technologies de l'information et de la communication en appui aux soins qui lui sont prodigués et à la gestion de sa santé 4.3 Utiliser leurs habiletés et stratégies de communication pour aider le patient, sa famille et ses proches aidants à faire des choix éclairés concernant sa santé
5. Documenter l'information, en format papier et électronique, résumant la rencontre et la partager afin d'optimiser la prise de décision clinique, la sécurité des patients et le secret professionnel	5.1 Documenter la rencontre clinique avec le patient de façon précise, complète et en temps opportun et la rendre accessible conformément aux exigences juridiques et réglementaires 5.2 Communiquer efficacement aussi bien lors de l'utilisation des dossiers médicaux écrits, que des dossiers électroniques (DSE) ou d'une autre technologie 5.3 Transmettre des informations aux patients de manière sécuritaire de façon à protéger le secret professionnel et la confidentialité pour parvenir à une meilleure compréhension mutuelle

Collaborateur

DÉFINITION

En tant que collaborateurs, les médecins travaillent efficacement avec d'autres professionnels de la santé pour prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient.

DESCRIPTION

Essentielle à la prestation de soins de grande qualité et sécuritaires centrés sur les besoins du patient, la notion de collaboration englobe le patient, sa famille et ses proches aidants,* les médecins, les autres professionnels de la santé, les partenaires de la collectivité et les autres intervenants du système de santé.

La collaboration requiert des liens qui s'appuient sur la confiance, le respect et une prise de décision partagée mettant à contribution une diversité de personnes possédant des habiletés complémentaires et œuvrant dans l'ensemble des milieux du continuum des soins. Ceci ne peut se réaliser sans le partage des connaissances, des perspectives et des responsabilités, et la volonté d'apprendre ensemble. Au préalable, la collaboration nécessite une compréhension du rôle de chacun, la poursuite des mêmes buts et la gestion des divergences.

Ces habiletés sont requises pour la réalisation d'activités autres que les soins cliniques, comme l'administration, la formation, la promotion de la santé et les travaux d'érudition.

CONCEPTS FONDAMENTAUX

Collaboration avec des organismes communautaires : 1.1, 1.2, 1.3

Collaboration entre collègues médecins (intraprofessionnelle ou intradisciplinaire) : toutes les manifestations

Collaboration entre professionnels de la santé (interprofessionnelle ou interdisciplinaire) : toutes les manifestations

Communautés de pratique : 1.3, 3.2

Conscience de la situation : 1.1, 1.2, 2.2, 3.1, 3.2

Consultations et orientation efficaces : 1.2, 1.3, 3.1, 3.2

Dynamique d'équipe : 1.1, 2.2, 3.1

Équipes de soins de santé efficaces : toutes les manifestations

Négociation constructive : 2.2

Partage de connaissances et d'informations : 1.3, 3.1, 3.2

Prise de décision partagée : 1.3

Reconnaissance de ses propres rôles et limites : 1.2, 3.1

Résolution, gestion et prévention des conflits : 2.2

Respect des autres médecins et membres de l'équipe de soins de santé : 2.1, 2.2

Respect et promotion de la diversité : 1.2, 2.1, 2.2

Soins centrés sur les aspects relationnels : toutes les manifestations

Transfert des soins : 3.1, 3.2

Transition du patient (entre les différents intervenants) : 3.1, 3.2

* Dans le référentiel CanMEDS 2015, l'expression « le patient, sa famille et ses proches aidants » inclut toutes les personnes qui ont une importance d'un point de vue personnel pour le patient et qui se préoccupent des soins qui lui sont prodigués, y compris, d'après les circonstances de ce patient, les membres de sa famille, les partenaires, les aidants naturels, les tuteurs et représentants légaux.

Capacités (Compétences clés)	Manifestations (Compétences habilitantes)
LES MÉDECINS SONT CAPABLES DE :	
<p>1. Travailler efficacement avec d'autres médecins ou professionnels de la santé</p>	<p>1.1 Établir et maintenir de saines relations de travail avec des médecins et autres professionnels de la santé aux fins d'une prestation de soins en collaboration</p> <p>1.2 Négocier le partage ou le chevauchement des responsabilités avec d'autres médecins et professionnels de la santé dans le contexte de soins épisodiques ou continus</p> <p>1.3 Participer à une prise de décision partagée qui soit respectueuse à la fois des médecins et d'autres professionnels de la santé impliqués</p>
<p>2. Travailler avec les médecins et autres professionnels de la santé pour favoriser une compréhension mutuelle, gérer les divergences et résoudre les conflits</p>	<p>2.1 Faire preuve de respect envers les collaborateurs</p> <p>2.2 Mettre en œuvre des stratégies afin de favoriser une compréhension mutuelle, de gérer les divergences et de résoudre les conflits dans un esprit de collaboration</p>
<p>3. Assurer de manière sécuritaire la transition du patient vers un autre professionnel de la santé et le transfert des soins afin d'en assurer la continuité</p>	<p>3.1 Déterminer quand effectuer un transfert des soins à un autre médecin ou professionnel de la santé</p> <p>3.2 Effectuer un transfert sécuritaire des soins, à la fois verbalement et par écrit, durant la transition d'un patient vers un nouveau milieu, un nouveau professionnel de la santé ou une nouvelle étape de prestation des soins</p>

Leader

DÉFINITION

En tant que leaders, les médecins veillent à assurer l'excellence des soins, à titre de cliniciens, d'administrateurs, d'érudits ou d'enseignants et contribuent ainsi, avec d'autres intervenants, à l'évolution d'un système de santé de grande qualité.

DESCRIPTION

Le rôle de leader du référentiel CanMEDS décrit l'intervention du médecin dans la prise de décision partagée quant au fonctionnement et à l'évolution continue du système de soins de santé. La société s'attend à ce que les médecins exercent un leadership de collaboration et un rôle de gestion au sein du système de santé. Sur le plan systémique, les médecins contribuent à l'évolution et à la prestation de soins de santé constamment améliorés, et incitent d'autres intervenants à travailler vers cet objectif commun. Les médecins maintiennent un équilibre entre leur vie personnelle et leurs responsabilités cliniques, administratives, de recherche et d'enseignement. Ils agissent à la fois comme cliniciens, comme professionnels au sein d'équipes et comme leaders au sein du système de santé à l'échelle locale, régionale, nationale et mondiale.

CONCEPTS FONDAMENTAUX

Administration : 4.1, 4.2

Amélioration de la qualité : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2.2, 3.2, 4.3

Complexité des systèmes : 1.1

Développement de carrière : 4.2

Établissement des priorités : 2.1, 3.2, 4.1

Gestion d'une pratique médicale de manière durable et en bonne santé : 4.1, 4.2, 4.3

Gestion du personnel : 4.2

Gestion du temps : 4.1, 4.2

Habilités personnelles de leadership : 3.1, 4.1

Intendance : 2.1, 2.2

Négociation : 3.1

Organisation, structuration, établissement du budget et financement : 2.1, 2.2, 4.1, 4.2, 4.3

Participation efficace au sein de comités : 3.2

Pensée systémique : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2.1, 2.2

Prise en compte de l'équité, de l'efficacité et de l'efficacité dans l'attribution des ressources en santé en vue d'une prestation optimale des soins aux patients : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2.1, 2.2

Rémunération des médecins : 4.2

Ressources humaines dans le domaine de la santé : 2.1, 4.2

Rôle actif de participant-architecte au sein du système de santé : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 3.2

Rôle de moteur de changement : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2.2, 3.2

Rôles et responsabilités des médecins au sein du système de santé : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2.2, 3.2

Supervision d'autres personnes : 4.2

Technologies de l'information au service des soins de santé : 1.4

Capacités (Compétences clés)	Manifestations (Compétences habilitantes)
LES MÉDECINS SONT CAPABLES DE :	
1. Contribuer à l'amélioration de la prestation des soins de santé au sein d'équipes, d'organismes et de systèmes	1.1 Appliquer les principes de l'amélioration de la qualité pour faire progresser les systèmes de soins aux patients 1.2 Contribuer à une culture favorisant la sécurité des patients 1.3 Analyser les incidents qui mettent en cause la sécurité des patients afin d'améliorer les systèmes de soins 1.4 Utiliser la technologie afin d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser la sécurité des patients
2. Participer à la gestion des ressources allouées aux soins de santé	2.1 Répartir les ressources afin d'optimiser les soins aux patients 2.2 Mettre en pratique des données probantes, portant notamment sur les processus de gestion qui permettent de dispenser des soins de qualité à un rapport coût-bénéfice approprié
3. Faire preuve de leadership dans leur pratique professionnelle	3.1 Démontrer des habiletés de leadership afin d'améliorer les soins de santé 3.2 Faciliter le changement dans les soins de santé afin d'en améliorer les services et les résultats
4. Gérer la planification de carrière, leurs finances et les ressources humaines au sein de leur pratique professionnelle	4.1 Établir leurs priorités et gérer leur temps de façon à maintenir un équilibre entre leur pratique médicale et leur vie personnelle 4.2 Gérer leur carrière, leurs finances et les ressources humaines au sein de leur milieu de pratique 4.3 Mettre en œuvre des processus afin d'améliorer leur pratique personnelle

Promoteur de la santé

DÉFINITION

En tant que promoteurs de la santé, les médecins mettent à profit leur expertise et leur influence en œuvrant avec des collectivités ou des populations de patients en vue d'améliorer la santé. Ils collaborent avec ceux qu'ils servent afin d'établir et de comprendre leurs besoins, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement.

DESCRIPTION

Les médecins reconnaissent leur responsabilité sociale. Ils doivent participer aux efforts d'amélioration de la santé et du bien-être des patients, des collectivités et des populations qu'ils servent.* Ils possèdent un savoir médical et des habiletés qui leur procurent une perspective spécifique et unique. Les médecins ont également un accès privilégié au vécu et à l'expérience des patients au regard de la maladie et du système de santé. L'amélioration de la santé ne se limite pas à atténuer l'impact des maladies ou de traumatismes, mais comprend également la prévention de la maladie ainsi que la promotion et le maintien de la santé. L'amélioration de la santé englobe aussi l'équité en santé, afin de permettre aux individus et populations d'atteindre leur plein potentiel sur le plan de la santé sans être pénalisés notamment par leur race, leur appartenance ethnique, leur religion, leur sexe, leur orientation sexuelle, leur âge, leur classe sociale, leur statut économique ou leur niveau de scolarisation.

Les médecins tirent parti de leur statut et de leur rôle au sein du système de santé, afin de soutenir les patients dans leur trajectoire de soins et de les épauler dans leurs démarches pour qu'ils aient accès aux ressources appropriées en temps voulu. Ils s'efforcent d'améliorer la qualité de leur pratique clinique et des organisations avec lesquelles ils transigent, afin de répondre aux besoins en santé des patients, des collectivités et des populations qu'ils servent. Ils favorisent le maintien en santé des collectivités et des populations en influençant ou en offrant leur appui à ceux qui influencent le système de santé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des milieux cliniques.

La promotion de la santé implique l'action. Les médecins mettent à profit leur connaissance des déterminants de la santé afin d'exercer une influence positive sur la santé de leurs patients, des collectivités ou des populations qu'ils servent. Ils acquièrent des informations et recueillent des perceptions quant aux problèmes vécus dans le système de santé, œuvrant avec le patient, sa famille et ses proches aidants[†] afin de comprendre ses besoins et d'identifier des mécanismes permettant potentiellement de répondre à ces besoins. Ils offrent leur soutien aux patients, aux collectivités ou aux populations en vue d'appeler au changement et ils jouent le rôle de porte-parole si nécessaire. Les médecins contribuent à conscientiser la société aux enjeux majeurs qui concernent la santé des patients, des collectivités et des populations. Ils appuient ou guident l'allocation de ressources (p. ex., financières, matérielles ou humaines), que ce soit à petite ou à grande échelle.

Les médecins œuvrent au sein de systèmes complexes. Ils doivent ainsi collaborer avec le patient, sa famille et ses proches aidants, les réseaux de soutien, de même qu'avec les organisations locales en santé et les organismes communautaires en vue d'agir sur les déterminants de la santé. De plus, la promotion de la santé nécessite souvent l'intervention d'autres professionnels de la santé, d'organismes communautaires, d'administrateurs et de décideurs.

* Dans le référentiel CanMEDS, une « collectivité » est un groupe de personnes ou de patients rattachés à la pratique d'un médecin, et une « population » est un groupe de personnes ou de patients partageant un enjeu ou une caractéristique commune.

† Dans le référentiel CanMEDS 2015 et le Guide des jalons, l'expression « le patient, sa famille et ses proches aidants » inclut toutes les personnes qui ont une importance pour le patient d'un point de vue personnel et qui se préoccupent des soins qui lui sont prodigués, y compris, selon la situation du patient, les membres de sa famille, les partenaires, les aidants naturels, les tuteurs et représentants légaux.

CONCEPTS FONDAMENTAUX

Adaptation de la pratique afin de répondre aux besoins des patients, des collectivités ou des populations servies : 2.1, 2.2

Amélioration continue de la qualité : 2.2, 2.3

Connaissance du système de santé : 1.1, 2.1

Déterminants de la santé, qu'ils soient d'ordre psychologique, biologique, social, culturel, environnemental, scolaire et économique, de même que les facteurs liés au système de soins de santé : 1.1, 1.3, 2.2

Équité en santé : 2.2

Mobilisation de ressources en fonction des besoins : 1.1, 1.2, 1.3

Obligations fiduciaires : 1.1, 2.2, 2.3

Potentiel d'intérêts divergents en matière de santé des patients, des collectivités ou des populations servies : 2.3

Prévention de la maladie : 1.3, 2.1

Principes des politiques de la santé et leurs retombées : 2.2

Promotion de la santé : 1.1, 1.2, 1.3, 2.1

Promotion de la santé en partenariat avec les patients, les collectivités ou les populations servies : 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3

Protection de la santé : 1.3

Responsabilité sociale des médecins : 2.1, 2.3

Utilisation responsable du statut et de l'influence : 2.1, 2.3

Capacités (Compétences clés)

Manifestations (Compétences habilitantes)

LES MÉDECINS SONT CAPABLES DE :

1. Répondre aux besoins d'un patient en défendant, avec celui-ci, ses intérêts au sein du milieu clinique et à l'extérieur de celui-ci

- 1.1 Collaborer avec le patient afin de prendre en compte les déterminants de la santé qui le concernent et qui limitent son accès aux services de santé ou aux ressources dont ils ont besoin
- 1.2 Collaborer avec le patient, sa famille et ses proches aidants pour modifier ses comportements et adopter de saines habitudes de vie
- 1.3 Intégrer les principes de prévention de la maladie, de promotion et de maintien de la santé dans les échanges avec chaque patient

2. Répondre aux besoins des collectivités ou des populations servies en collaborant avec celles-ci pour promouvoir d'une manière socialement responsable des changements systémiques

- 2.1 Collaborer avec des collectivités ou des populations afin de caractériser les déterminants de la santé qui s'appliquent
- 2.2 Améliorer la pratique clinique en appliquant un processus d'amélioration continue de la qualité à des activités de prévention de la maladie et de promotion et maintien de la santé
- 2.3 Participer à une initiative d'amélioration de la santé dans une collectivité ou une population qu'ils servent

Érudit

DÉFINITION

En tant qu'érudits, les médecins font preuve d'un engagement constant envers l'excellence dans la pratique médicale par un processus de formation continue, en enseignant à des tiers, en évaluant les données probantes et en contribuant à l'avancement de la science.

DESCRIPTION

Les médecins acquièrent des habiletés en matière d'érudition afin d'améliorer leur pratique et la prestation de soins. Ils visent l'excellence en misant sur une évaluation continue des processus et des résultats de leur travail quotidien, en partageant et en comparant leurs travaux avec d'autres, et en sollicitant activement une rétroaction dans un souci de qualité et de sécurité des patients. À l'aide de multiples moyens d'apprentissage, ils s'efforcent de répondre aux besoins du patient, sa famille et ses proches aidants*, ainsi que de la société.

Les médecins s'appliquent à maîtriser leur domaine d'expertise et à partager leur savoir. En tant que tenants d'un processus de formation continue, ils adoptent une démarche planifiée d'apprentissage afin de s'améliorer dans chaque rôle CanMEDS. Ils reconnaissent la nécessité d'apprendre continuellement et de devenir des modèles pour leurs pairs et autres professionnels à cet égard. En tant qu'enseignants, ils facilitent, autant sur une base individuelle qu'au sein d'équipes, la formation et l'apprentissage d'étudiants et de résidents, de collègues médecins et d'autres professions, du public et d'autres intervenants.

Les médecins savent trouver des données probantes pertinentes, les évaluer au moyen de critères précis et les appliquer dans leurs activités d'érudition et leur pratique. Par leur participation à une prise de décision partagée et fondée sur des données probantes, ils reconnaissent l'existence d'incertitude dans l'exercice de leurs fonctions médicales et formulent des questions de recherche pour combler les lacunes dans les connaissances. Grâce à leurs habiletés à naviguer dans les sources d'information, ils repèrent des synthèses sur les données probantes liées à ces questions et prennent des décisions cliniques qui s'appuient sur des faits tout en tenant compte des valeurs et des préférences du patient, sa famille et ses proches aidants.

Enfin, le médecin contribue à l'application, à la diffusion, à la création et à l'essor de connaissances et de pratiques nouvelles dans le domaine de la santé et des soins de santé.

CONCEPTS FONDAMENTAUX

Apprenant à vie

Amélioration de la qualité : 1.1, 1.2, 1.3

Apprentissage en collaboration : 1.3

Auto-amélioration : 1.1, 1.2, 1.3

Communautés de pratique : 1.3

Évaluation du rendement : 1.2

Plan personnel d'apprentissage : 1.1

Recherche de rétroaction : 1.2

Réflexion sur la pratique : 1.2

Sécurité des patients : 1.3

Enseignant

Curriculum caché : 2.1

Curriculums formel et informel : 2.1

Enseignement et apprentissage : 2.2, 2.4, 2.5

Évaluation des apprenants : 2.5, 2.6

Évaluation des besoins : 2.4

Évaluation des enseignants, des stages et des programmes : 2.5, 2.6

Formulation d'une rétroaction : 2.5, 2.6

Mentorat : 2.2, 2.5

Modèles de rôle : 2.1, 2.5

Optimisation de l'environnement d'apprentissage : 2.2

Principes de l'évaluation : 2.6

Résultats des apprentissages : 2.4, 2.5, 2.6

Supervision et responsabilité progressive : 2.3

Prise de décision fondée sur des données probantes

Ampleur des effets : 3.3, 3.4

Application des connaissances : 3.3, 3.4, 4.2

Évaluation critique structurée : 3.3

Généralisabilité : 3.3

Incertitude dans la pratique : 3.1

Lacunes dans les connaissances : 3.1

Maîtrise de l'information : 3.2

Médecine factuelle : 3.1, 3.2, 3.3, 3.4

Reconnaissance du risque de biais en recherche : 3.3

Services de signalement rapide de données probantes de qualité : 3.2, 3.4

Synthèse de données probantes : 3.2, 3.3

Validité externe : 3.3

Validité interne : 3.3

Recherche

Confit d'intérêts : 4.2, 4.5

Confidentialité : 4.1, 4.2

Consentement éclairé : 4.1

Enquête scientifique : 4.1, 4.2, 4.4, 4.5

Érudition : 4.1, 4.2

Éthique de la recherche : 4.2

Méthodes de recherche : 4.4

Principes scientifiques : 4.1

Recherche : 4.1, 4.2, 4.3, 4.5

* Dans le référentiel CanMEDS 2015 et le Guide des jalons, l'expression « le patient, sa famille et ses proches aidants » inclut toutes les personnes qui ont une importance pour le patient d'un point de vue personnel et qui se préoccupent des soins qui lui sont prodigués, y compris, selon la situation du patient, les membres de sa famille, les partenaires, les aidants naturels, les tuteurs et représentants légaux.

Capacités (Compétences clés)	Manifestations (Compétences habilitantes)
<p>LES MÉDECINS SONT CAPABLES DE :</p>	
<p>1. S’engager dans l’amélioration continue de leurs activités professionnelles par un processus de formation continue</p>	<p>1.1 Élaborer, mettre en œuvre, suivre et réviser un plan personnel d’apprentissage en vue d’améliorer la pratique professionnelle</p> <p>1.2 Identifier les occasions d’apprentissage et d’amélioration en évaluant périodiquement leur rendement d’une manière réflexive à l’aide de diverses données internes et externes</p> <p>1.3 Participer à l’apprentissage en collaboration afin d’améliorer constamment leur pratique personnelle et de contribuer à l’amélioration collective des pratiques</p>
<p>2. Enseigner aux étudiants, aux résidents, à d’autres professionnels de la santé et au public</p>	<p>2.1 Reconnaître l’influence que peut avoir un modèle de rôle et les effets des curriculums formel, informel et caché sur les apprenants</p> <p>2.2 Favoriser un environnement d’apprentissage sécuritaire</p> <p>2.3 Veiller à ce que la sécurité des patients soit assurée quand les apprenants participent aux soins</p> <p>2.4 Planifier et mener une activité d’apprentissage</p> <p>2.5 Fournir une rétroaction afin d’améliorer l’apprentissage et le rendement</p> <p>2.6 Évaluer les apprenants, les enseignants et les programmes selon les principes pédagogiques</p>
<p>3. Appliquer les données probantes disponibles dans leurs activités professionnelles</p>	<p>3.1 Reconnaître l’incertitude et les lacunes dans les connaissances à l’occasion des activités cliniques ou professionnelles d’autre nature, et formuler des questions ciblées afin d’y apporter des solutions</p> <p>3.2 Trouver, sélectionner et parcourir les ressources ayant fait l’objet d’une évaluation préalable</p> <p>3.3 Évaluer de façon critique l’intégrité, la fiabilité et l’applicabilité de la recherche et de la littérature médicales dans le domaine de la santé</p> <p>3.4 Intégrer les données probantes à la prise de décision dans la pratique</p>
<p>4. Contribuer à la diffusion et à la création de savoirs et de pratiques applicables à la santé</p>	<p>4.1 Faire preuve d’une compréhension des principes scientifiques de la recherche et de l’enquête scientifique, de même que du rôle des données probantes issues de la recherche dans les soins de santé</p> <p>4.2 Reconnaître les principes éthiques de la recherche et les intégrer dans l’obtention d’un consentement éclairé de la part du patient, évaluer les avantages et risques possibles de cette recherche pour lui, en portant une attention particulière aux populations vulnérables</p> <p>4.3 Contribuer aux travaux d’un programme de recherche</p> <p>4.4 Poser des questions de recherche pertinentes et choisir les méthodes appropriées pour y répondre</p> <p>4.5 Résumer et communiquer à d’autres professionnels et au grand public, y compris le patient, sa famille et ses proches aidants, les résultats de recherches et enquêtes scientifiques pertinentes</p>

Professionnel

DÉFINITION

En tant que professionnels, les médecins ont le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être d'autrui, tant sur le plan individuel que collectif. Ils doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société. De plus, les médecins contribuent à l'autoréglementation de la profession et voient au maintien de leur santé.

DESCRIPTION*

Les médecins jouent un rôle essentiel dans la société en tant que professionnels responsables de la prestation de soins. Leur travail requiert la maîtrise de l'art, de la science et de l'exercice de la médecine. L'identité professionnelle du médecin est un élément fondamental de ce rôle. En effet, ce rôle de professionnel reflète les attentes de la société envers la profession, y compris la compétence clinique, l'engagement envers le maintien de la compétence, la promotion de l'intérêt public, le respect des normes éthiques, et des valeurs telles

l'intégrité, l'honnêteté, l'altruisme, l'humilité, le respect de la diversité et la transparence relativement aux éventuels conflits d'intérêts. On admet généralement que, pour optimiser les soins aux patients, les médecins doivent veiller à leur propre santé et bien-être qu'à ceux de leurs collègues. Le professionnalisme des médecins constitue la base du contrat social entre la société et la profession médicale. En retour, la société reconnaît aux médecins le privilège de l'autoréglementation de leur profession, pourvu qu'ils restent redevables envers la société, la profession et eux-mêmes.

CONCEPTS FONDAMENTAUX

Identité professionnelle : 1.1, 4.1, 4.2

Engagement envers les patients

Altruisme : 1.1

Compassion et bienveillance : 1.1

Comportement moral et éthique : 1.1, 1.3

Connaissance de soi : 1.1, 1.3, 1.4, 2.1

Divulgation des convictions personnelles qui ont une incidence sur les soins : 1.1

Engagement envers l'excellence dans la pratique clinique et la maîtrise de la discipline : 1.2

Intégrité et honnêteté : 1.1

Limites professionnelles : 1.1

Principes et théories bioéthiques : 1.3

Respect de la diversité : 1.1

Secret professionnel : 1.1, 1.5

Engagement envers la société

Attentes de la société envers les médecins et la profession médicale : 2.1, 2.2

Contrat social dans le domaine des soins de santé : 2.1, 2.2

Engagement envers la promotion de l'intérêt public en matière de soins de santé : 2.1, 2.2

Responsabilité sociale : 2.1, 2.2

Engagement envers la profession

Cadres médico-légaux régissant la pratique : 3.1, 3.3

Codes de déontologie : 3.1

Conflits d'intérêts (d'ordre personnel, financier, administratif, etc.) : 1.4

Engagement envers les normes professionnelles : 3.1

Engagement envers la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité des soins : 2.1, 4.1

Responsabilité à l'égard des organismes de réglementation de la profession médicale : 3.1

Responsabilité envers la profession, y compris l'évaluation par des pairs, le mentorat, la collégialité et le soutien : 3.2, 3.3, 4.3

* La description du rôle est adaptée de Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. "Profession": A working definition for medical educators. *Teach Learn Med.* 2004;16(1):74-6 et de Cruess SR, Cruess RL. Professionalism and medicine's social contract with society. *Virtual Mentor.* 2004; 6(4).

Engagement envers soi-même

Approche consciencieuse et réfléchie par rapport à la pratique médicale : 4.2

Développement et transitions dans la carrière : 4.1, 4.2

Divulgarion d'incidents de sécurité des patients potentiellement préjudiciables et leurs conséquences : 4.2, 4.3

Recours au privilège d'autoréglementation, en tenant compte de ses réflexions, comportements, émotions et attention en vue d'un rendement et d'un bien-être optimaux : 4.1

Résilience pour une pratique médicale durable : 4.2

Responsabilité envers soi-même, y compris la nécessité de prendre soin de soi, afin de s'occuper des autres : 4.1

Capacités (Compétences clés)

Manifestations (Compétences habilitantes)

LES MÉDECINS SONT CAPABLES DE :

1. Démontrer un engagement envers le patient par l'application des pratiques exemplaires et le respect des normes éthiques

- 1.1 Agir et se comporter selon les règles déontologiques de la profession médicale, reflétant l'honnêteté, l'intégrité, l'engagement, la compassion, le respect, l'altruisme, le respect de la diversité et du secret professionnel
- 1.2 Se vouer à l'excellence dans tous les aspects de l'exercice de la médecine
- 1.3 Reconnaître les problèmes éthiques qui surgissent dans l'exercice de la médecine et y répondre adéquatement
- 1.4 Reconnaître et gérer les conflits d'intérêts
- 1.5 Se comporter de manière professionnelle lors de l'utilisation des outils technologiques de communication

2. Démontrer un engagement envers la société en reconnaissant et en respectant ses attentes en matière de soins de santé

- 2.1 Assumer sa responsabilité sociale envers les patients, la société et la profession et répondre aux attentes de la société à l'endroit des médecins
- 2.2 Démontrer leur engagement à participer à des initiatives liées à la sécurité des patients et à l'amélioration de la qualité

3. Démontrer un engagement envers la profession par le respect des normes et la participation à l'autoréglementation de la profession

- 3.1 Satisfaire et se conformer au code de déontologie, aux normes de pratique et aux lois régissant l'exercice de la médecine
- 3.2 Reconnaître les comportements non professionnels et contraires au code de déontologie des professionnels de la santé et y réagir
- 3.3 Participer à l'évaluation des pairs et à l'élaboration des normes

4. Démontrer un engagement envers la santé et le bien-être des médecins afin de favoriser la prestation de soins optimaux aux patients

- 4.1 Démontrer une conscience de soi et gérer son bien-être et son rendement professionnel
- 4.2 Gérer les exigences personnelles et professionnelles pour une pratique durable tout au long du cycle de vie professionnelle
- 4.3 Promouvoir une culture favorisant l'identification des collègues en difficulté et offrant un soutien et une réponse à leurs besoins

PIECE JOINTE N° 3
PROGRAMME D'AIDE AUX MEDECINS DU
QUEBEC RAPPORT ANNUEL 2014/2015



PROGRAMME
D'AIDE
AUX MÉDECINS
DU QUÉBEC

RAPPORT ANNUEL

2014 / 2015

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	4
MISSION DU PAMQ	4
DE L'OMBRE À LA LUMIÈRE	5
L'évolution de la santé des médecins	5
L'évolution des motifs de consultation	6
L'histoire s'écrit	7
L'ESSENTIEL À SAVOIR SUR LA SANTÉ DES MÉDECINS	7
La santé des médecins / État des connaissances et approches préventives	7
LA STRUCTURE DU PAMQ	8
Conseil d'administration	8
Équipe	8
Médecins-conseils	9
Interventions et services	10
Éducation et partage des savoirs	11
Banque de ressources	11
Principes	11
La Fondation du PAMQ	12
ANALYSE DES STATISTIQUES	13
Total annuel des clients aidés / 2006 à 2015	13
Demandes d'aide de groupe	13
Répartition de la clientèle - nouvelles demandes	14
Total annuel des clients aidés	14
Tableau comparatif	15
Taux de prévalence annuel des nouveaux clients	16
Âge moyen de la clientèle	17
Taux de prévalence sur 3 ans - comparatif par régions	18
Répartition des dépenses	18

Soutenir
les médecins
dans tous
les enjeux
susceptibles
d'affecter leur
fonctionnement
professionnel.

PRÉAMBULE

Le PAMQ est un service essentiel dédié à la santé des médecins. Aux consultations des premières années en lien avec leur santé mentale s'ajoutent de plus en plus des motifs reliés aux enjeux de la profession. La nature des demandes d'aide s'est peu à peu transformée et le Programme, dans l'esprit de sa mission, est invariablement resté engagé à soutenir les médecins dans tout ce qui peut affecter leur fonctionnement professionnel.

Le présent rapport-anniversaire dresse non seulement le portrait de ce qu'est le PAMQ, il met aussi en lumière les principaux ferments de l'évolution de la santé des médecins durant les 25 dernières années.

MISSION DU PAMQ

Il y a 25 ans, dans l'esprit de soutenir les médecins dans tous les enjeux susceptibles d'affecter leur fonctionnement professionnel, le PAMQ a énoncé sa mission en ces termes :

1 VENIR EN AIDE AUX MÉDECINS, AUX RÉSIDENTS, AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET, DANS DES CAS PARTICULIERS, AUX MEMBRES DE LEUR FAMILLE IMMÉDIATE QUI ONT DES PROBLÈMES :

- de santé mentale dans le sens le plus large du terme, allant de la simple réaction émotive à la maladie psychiatrique grave
 - de consommation inappropriée ou abusive d'alcool, de médicaments psychotropes ou de drogues illégales
 - d'inconduite sexuelle
-

2 ÉTABLIR DES PROGRAMMES QUI VISENT À :

- prévenir, chez les médecins, les résidents et les étudiants en médecine, certains problèmes de santé mentale, ainsi que l'abus d'alcool et de drogues
 - favoriser l'identification précoce et le traitement approprié des médecins, des résidents ainsi que des étudiants qui présentent des problèmes de santé mentale, d'alcoolisme ou de toxicomanie
 - leur prêter assistance dans leur insertion ou leur réinsertion à l'exercice professionnel
-

3 FAVORISER LA RECHERCHE DANS CE DOMAINE

DE L'OMBRE À LA LUMIÈRE

L'ÉVOLUTION DE LA SANTÉ DES MÉDECINS

La santé des médecins n'était pas un sujet très couru il y a 25 ans. En fait, leurs problèmes de santé constituaient plutôt une réalité que la culture médicale de l'époque s'efforçait d'occulter.

Vingt-cinq ans plus tard, les choses ont considérablement changé. Les mentalités ont évolué et force est d'admettre que la santé des médecins est devenue une préoccupation majeure qui intéresse de nombreux chercheurs et experts ayant accumulé et partagé un savoir spécialisé.

La notion du « patient d'abord » continue de guider l'exercice de la profession, mais aujourd'hui, le médecin commence à pouvoir introduire dans sa vie les termes « moi aussi ». La recherche a révélé que le médecin qui voit à sa santé soigne mieux son patient.

Cette notion est maintenant admise dans les hautes instances de la communauté médicale et la santé des médecins, dans une perspective de maintien d'une pratique sécuritaire et durable, figure depuis 2009 dans les compétences CanMEDS du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada. Qualifiée de changement majeur et de compétence à part entière dans la version 2015 des CanMEDS, cette aptitude que doit acquérir tout médecin vise entre autres la reconnaissance de ses propres indicateurs de santé. Le milieu médical est également invité à développer une culture professionnelle soucieuse de la santé du médecin et des équipes de travail.

À Moscou en octobre 2015 lors de son assemblée générale, l'Association médicale mondiale s'est également prononcée en faveur de la santé des médecins, dans une perspective de santé publique. Elle recommande la prévention et le traitement de leurs maladies aiguës et chroniques dont les maladies mentales, les handicaps et blessures liés aux dangers du travail, le stress professionnel et l'épuisement. « Les médecins sont enclins à avoir des habitudes saines, mais il est essentiel de favoriser leur santé en tant que moyen d'améliorer la santé de la population entière », écrit-elle.

Au Québec, le PAMQ publiait à l'automne 2015 l'ouvrage *La santé des médecins, État des connaissances et approches préventives*, une revue exhaustive de littérature qui fournit des assises scientifiques à l'intervention et à la prévention entourant la santé des médecins.

La recherche a permis un changement majeur de paradigme. En plus d'être un individu ayant des besoins de santé, le médecin doit aussi être considéré comme faisant partie d'une population à risque de maladies professionnelles ciblées. Les soins et les approches préventives qu'on développe à son intention doivent donc aller au-delà des besoins individuels et englober la sphère populationnelle.

« Les médecins sont enclins à avoir des habitudes saines, mais il est essentiel de favoriser leur santé en tant que moyen d'améliorer la santé de la population entière. »

Depuis 15 ans, les enjeux liés à la pratique sont en augmentation chez la clientèle du PAMQ et affectent aujourd'hui une grande partie des médecins qui consultent.

L'ÉVOLUTION DES MOTIFS DE CONSULTATION

En parallèle de la recherche qui travaille à mieux saisir les besoins singuliers des médecins en matière de santé et les approches les plus appropriées pour prévenir la maladie, les motifs de consultation au Programme ont également évolué au cours des 25 dernières années.

Au début, les médecins consultaient au Programme essentiellement pour des problèmes de santé mentale et pour des problèmes de dépendance incluant l'alcoolisme et la toxicomanie.

Ces motifs de consultation initiaux font encore aujourd'hui l'objet de demandes d'aide. Mais depuis 15 ans environ, moment où le système de santé commence à fonctionner avec des effectifs réduits, les enjeux liés à la pratique sont en augmentation chez la clientèle du PAMQ et affectent aujourd'hui une grande partie des médecins qui consultent.

Ces enjeux concernant des événements liés au travail se concentrent essentiellement dans trois catégories :

1 LES STRESSEURS INHÉRENTS À LA PRATIQUE MÉDICALE :

- événements indésirables
- erreur réelle ou perçue
- poursuite
- enquête professionnelle

2 LES ENJEUX RELIÉS AU MILIEU DE TRAVAIL :

- surcharge de travail
- enjeux systémiques (coupures, réorganisations, fusions)
- baisse des effectifs médicaux et paramédicaux
- lourdeur administrative (organisation du travail, dossiers, formulaires)
- rôles pour lesquels il y a peu de formation (administrateurs, gestionnaires)
- inflexibilité des milieux pour les accommodements en raison des diminutions d'effectifs
- fortes pressions sur la relève dans un contexte de vieillissement ou de pénurie des effectifs
- structures d'accueil ou de coaching insuffisantes

3 LES CONFLITS AU SEIN DE L'ÉQUIPE ET LES ÉVÉNEMENTS DE LA VIE POUR LESQUELS L'ABSENCE DE SOUPLESSE DES MILIEUX DE TRAVAIL POSE PROBLÈME :

- périodes de transition (naissance, retraite, enfant ou conjoint avec problèmes de santé)
- handicap, maladie ou limitation

L'HISTOIRE S'ÉCRIT

Les histoires des milliers de médecins venus au Programme parler de leurs problèmes et de leurs besoins ont également nourri les connaissances et contribué à raffiner l'intervention des médecins-conseils. En d'autres mots, la première tranche d'histoire de la santé des médecins, jeune d'un quart de siècle, s'est aussi écrite au PAMQ.

L'essentiel à savoir sur la santé des médecins

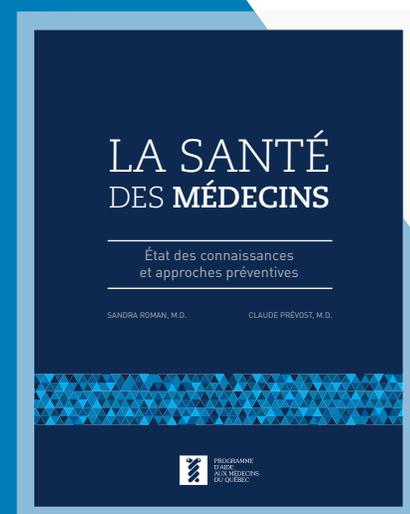
LA SANTÉ DES MÉDECINS État des connaissances et approches préventives

Synthèse et reflet actualisé des connaissances sur la santé des médecins, cet ouvrage paru en 2015 condense le savoir accumulé depuis une vingtaine d'années. Ce qui fait maintenant école dans la littérature scientifique internationale représente la réalité des problématiques qui se vivent au Québec.

En plus d'en être l'éditeur, le PAMQ en est aussi l'acteur puisque l'une des médecins-conseils du Programme, **D^{re} Sandra Roman**, a co-signé l'ouvrage avec **D^r Claude Prévost**, médecin spécialiste en santé publique.

Son lancement a immédiatement intéressé la communauté médicale. Entre les mains des médecins, il sert à la fois d'outil de référence et de guide de prévention.

Il est accessible gratuitement pour lecture sous forme électronique ou papier dans les deux langues. Il s'agit de le demander par courriel à info@pamq.org ou de le lire directement sur le site du PAMQ au www.pamq.org, onglet documentation.



LA STRUCTURE DU PAMQ

Le Programme d'aide aux médecins du Québec est un organisme à but non lucratif fondé en 1990 par le biais d'une entente entre la **FMOQ**, la **FMSQ**, la **FMRQ**, le **CMQ** et l'**AMLFC**. Ces partenaires, conjointement avec la Fondation du PAMQ, ont toujours assuré le financement du Programme.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration du PAMQ est constitué de cinq membres désignés par chacun des organismes fondateurs et de la Directrice générale du PAMQ. Le Conseil définit l'orientation et les politiques du Programme pour en assurer l'essor et la saine gestion. Il n'intervient jamais dans les demandes d'aide, qui restent de nature strictement confidentielle.

Membres du Conseil pour l'exercice 2014 / 2015

PRÉSIDENT :

D^r William J. Barakett

Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec (FMOQ)

D^r Serge Lenis

Fédération des médecins
spécialistes du Québec (FMSQ)

D^{re} Anne Magnan

Programme d'aide aux médecins
du Québec (PAMQ)

Mme Céline Monette

Médecins francophones
du Canada (MdFC)

D^r Yves Robert

Collège des médecins
du Québec (CMQ)

D^{re} Annie Trépanier

Fédération des médecins
résidents du Québec (FMRQ)

ÉQUIPE

Sous l'autorité de la Directrice générale, 9 médecins-conseils travaillent à temps partiel (pour un équivalent de 4 individus à temps plein). L'équipe du PAMQ se compose également de cinq employés à temps complet, soit un directeur de l'administration, une directrice des communications, une adjointe à la direction générale et deux secrétaires administratives et à l'accueil.

MÉDECINS-CONSEILS

Un médecin préfère s'adresser à un autre médecin en raison de son savoir médical et de sa connaissance de tous les aspects entourant la pratique de la médecine. C'est pourquoi le PAMQ travaille depuis son origine sur le principe de médecins-conseils au service des médecins. Cette approche réduit au minimum les obstacles à la consultation et assure un maximum d'impact sur le rétablissement du médecin.

L'expertise des médecins-conseils repose sur leur expérience et sur une formation spécifique en santé des médecins, notamment sur :

- ▲ les stress professionnels caractéristiques chez les médecins
- ▲ les risques typiques rattachés à la profession
- ▲ les stratégies pour gérer le stress et détecter les risques
- ▲ les interventions optimales pour rétablir le fonctionnement professionnel d'un médecin
- ▲ la culture médicale
- ▲ les aspects déontologiques et médicologiques de la profession
- ▲ les structures universitaires et organisationnelles de la santé au Québec

Les médecins-conseils du PAMQ :

D^r Richard Boulé

D^{re} Sophie Collins

D^{re} Suzanne Cummings

D^{re} Adrienne Gaudet

D^{re} Micheline Héroux

D^{re} Claude Johnson

D^{re} Anne Magnan

D^r Claude Rajotte

D^{re} Sandra Roman

D^{re} Marie-France Villiard

Le PAMQ n'est pas un service d'urgence, mais traite chaque demande comme pouvant être potentiellement urgente.

INTERVENTIONS ET SERVICES

La médecine est une profession à haut risque comportant un niveau élevé de responsabilité et d'importants standards de qualité. C'est pourquoi chaque demande d'aide au Programme importe tant.

Déterminé à enclencher rapidement la coordination, le PAMQ :

- ▲ accueille chaque appelant, en toute discrétion, dans les deux langues
- ▲ propose des points de service dans les villes de Montréal, Québec et Sherbrooke
- ▲ répond 365 jours par année aux demandes des médecins
- ▲ donne accès à un médecin-conseil généralement le jour même ou à l'intérieur de 24 h

Les médecins-conseils fournissent des services de consultation à des individus, des tiers et des groupes.

L'intervention individuelle des médecins-conseils inclut :

- ▲ le parcours professionnel et personnel du médecin
- ▲ son fonctionnement au travail
- ▲ ses facteurs de stress professionnels et personnels
- ▲ sa capacité à affronter la situation qui l'amène à consulter
- ▲ l'identification des éléments susceptibles d'affecter son aptitude au travail et la qualité des soins qu'il prodigue
- ▲ l'identification des risques liés à l'abus de substances
- ▲ le dépistage de la dangerosité et du risque suicidaire
- ▲ la référence, au besoin, à des ressources validées et reconnues dans un délai approprié à la situation pour une prise en charge médicale
- ▲ la planification du retour au travail dans une perspective de pratique durable
- ▲ l'évaluation des options qui s'offrent à un médecin souhaitant réorienter sa pratique

Les services d'évaluation et de soutien à des groupes ou à des tiers comme les collègues, gestionnaires, enseignants ou équipes en difficulté concernent des situations telles que :

- ▲ comportements perturbateurs au sein d'une équipe
- ▲ soupçon d'abus d'alcool ou de drogue
- ▲ présence de troubles cognitifs ou d'un problème de santé mentale
- ▲ détection d'un résident en difficulté ou en échec scolaire

ÉDUCATION ET PARTAGE DES SAVOIRS

L'équipe du PAMQ assume un rôle de partage des connaissances en santé des médecins par le biais d'activités telles que :

- ▲ soutien conseil
- ▲ formations spécifiques et adaptées aux besoins s'adressant aux médecins à tous les niveaux de leur parcours professionnel
- ▲ partage des connaissances via différentes plateformes afin de faire connaître les meilleures pratiques en santé des médecins.

BANQUE DE RESSOURCES

Lorsque requis, le médecin-conseil en appelle à des ressources externes familières avec une clientèle de médecins pour compléter son offre de service.

Ces médecins de famille, psychiatres, psychologues et avocats détiennent des expertises pointues et sont au fait des enjeux de santé et des milieux de travail spécifiques aux médecins. La collaboration avec ces ressources permet de dénouer des situations parfois hautement complexes.

La disponibilité, la célérité, la compréhension fine des enjeux, l'esprit collégial et l'engagement durable envers la communauté médicale dont ils font preuve sans exception sont dignes de mention.

CONFIDENTIALITÉ

Le Programme d'aide aux médecins du Québec est autonome et entièrement indépendant des organismes médicaux, du Collège des médecins et des facultés de médecine. Son objectif est de maintenir les plus hauts standards de confidentialité et de discrétion pour protéger l'identité et les renseignements personnels de ses clients.

PRINCIPES

La consultation du PAMQ par un médecin repose sur le principe de la confidentialité, incluant même le fait d'avoir consulté ou non le Programme.

Quel que soit le contexte, le PAMQ estime que le client doit connaître le contenu de son dossier avant de signer toute autorisation de divulgation.

Le Programme d'aide aux médecins du Québec est autonome et entièrement indépendant des organismes médicaux, du Collège des médecins et des facultés de médecine.

LES ACTIVITÉS DE LA FONDATION SONT :

- LA CAMPAGNE DE SOUSCRIPTION
– une sollicitation postale annuelle auprès de tous les médecins du Québec
- LE TOURNOI DE GOLF DES FÉDÉRATIONS MÉDICALES incluant depuis 2015 un volet vélo. L'événement, qui a célébré son dixième anniversaire en 2015, constitue l'une des rares occasions, pour la communauté médicale, de se rassembler dans une ambiance festive.

LA FONDATION DU PAMQ

La Fondation du PAMQ existe depuis 2004. Les fonds recueillis par ses diverses activités de financement sont exclusivement dédiés au Programme d'aide aux médecins et représentaient, en 2014-2015, un versement au Programme de 300 000 \$.

Le Conseil d'administration de la Fondation est composé des personnes suivantes :

D^r William J. Barakett

Médecin reconnu pour son engagement envers ses confrères en difficulté

D^r Charles Bernard

Collège des médecins du Québec (CMQ)

D^r Joseph Dahine

Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)

D^{re} Diane Francœur

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

D^r Louis Godin

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

D^{re} Anne Magnan

Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)

Mme Céline Monette

Médecins francophones du Canada (MdFC)

D^{re} Muriel Narjoz-Mury

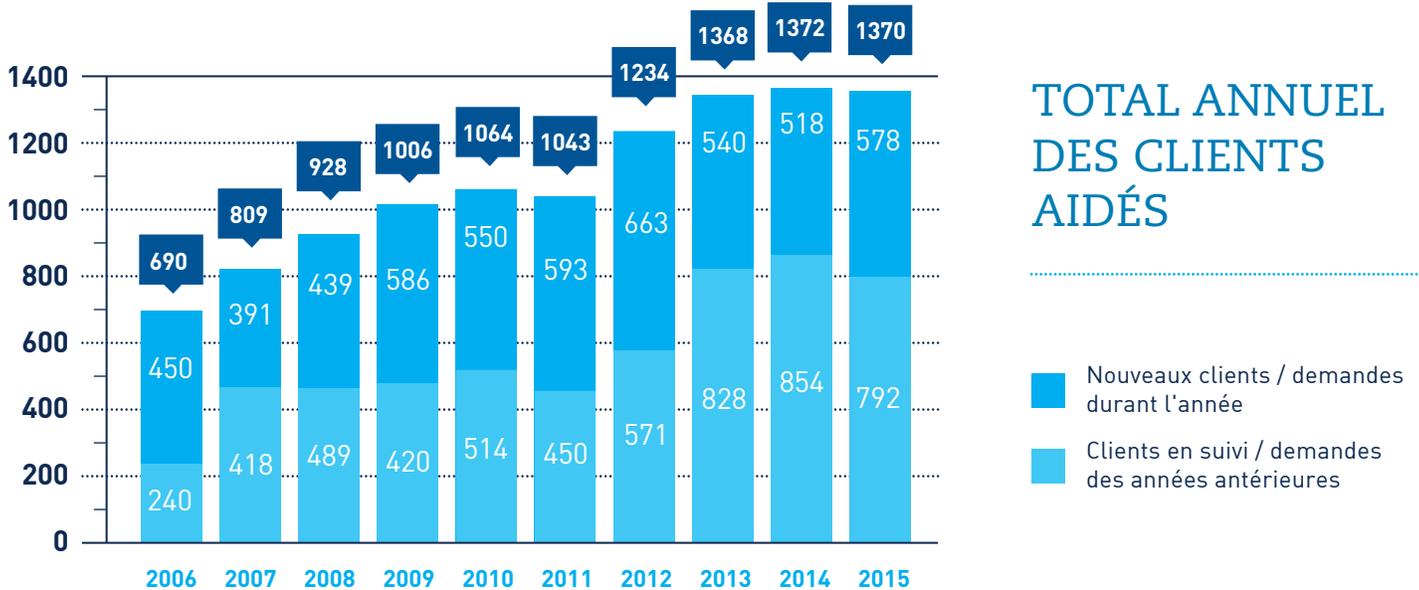
Médecin reconnue pour son engagement envers ses confrères en difficulté

D^r Claude Thibeault

Médecin reconnu pour son engagement envers ses confrères en difficulté

Par la présence de leur président ou de leur délégué au sein de ce Conseil, les grandes fédérations et autres partenaires de la communauté médicale réaffirment leur appui à la cause de la santé des médecins en participant aux décisions qui contribuent à l'essor de la Fondation et en soutenant ses activités de financement.

ANALYSE DES STATISTIQUES



TOTAL DES CLIENTS AIDÉS

Alors qu'on notait une augmentation constante antérieurement, on observe de 2013 à 2015 une stabilisation du nombre de clients aidés. Depuis sept ans, la moyenne des nouvelles demandes d'aide se maintient autour de 575 demandes.

Les trois dernières années se distinguent par une hausse significative des clients en suivi. Malgré l'absence d'études pouvant expliquer ce phénomène, la situation n'est pas sans soulever un questionnement. Outre la complexité des cas, qui pourrait en partie expliquer la nécessité d'un suivi prolongé, les médecins-conseils observent que la mobilité dans les milieux de travail est plus réduite qu'auparavant. Dans le passé, les médecins qui vivaient des situations difficiles dans leur milieu de travail pouvaient plus facilement changer d'endroit et ainsi trouver une solution à leur problème. Depuis quelque temps, on observe que le milieu n'offre plus cette flexibilité, que les possibilités de transferts sont très restreintes et que les médecins sont contraints de rester dans leur milieu, même s'il est peu propice à des aménagements ou qu'il demeure conflictuel.

DEMANDES D'AIDE DE GROUPE

À chaque année, le PAMQ intervient auprès d'équipes en difficulté aux prises avec des conflits, une surcharge de travail ou des situations inhabituelles (décès subit ou suicide d'un collègue, deuils, etc.). Pour ces demandes d'aide de groupe, l'intervention se fait sur les lieux de travail. Les médecins et résidents rencontrés lors de ces interventions sont comptabilisés avec l'ensemble des nouvelles demandes d'aide.

RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE / NOUVELLES DEMANDES

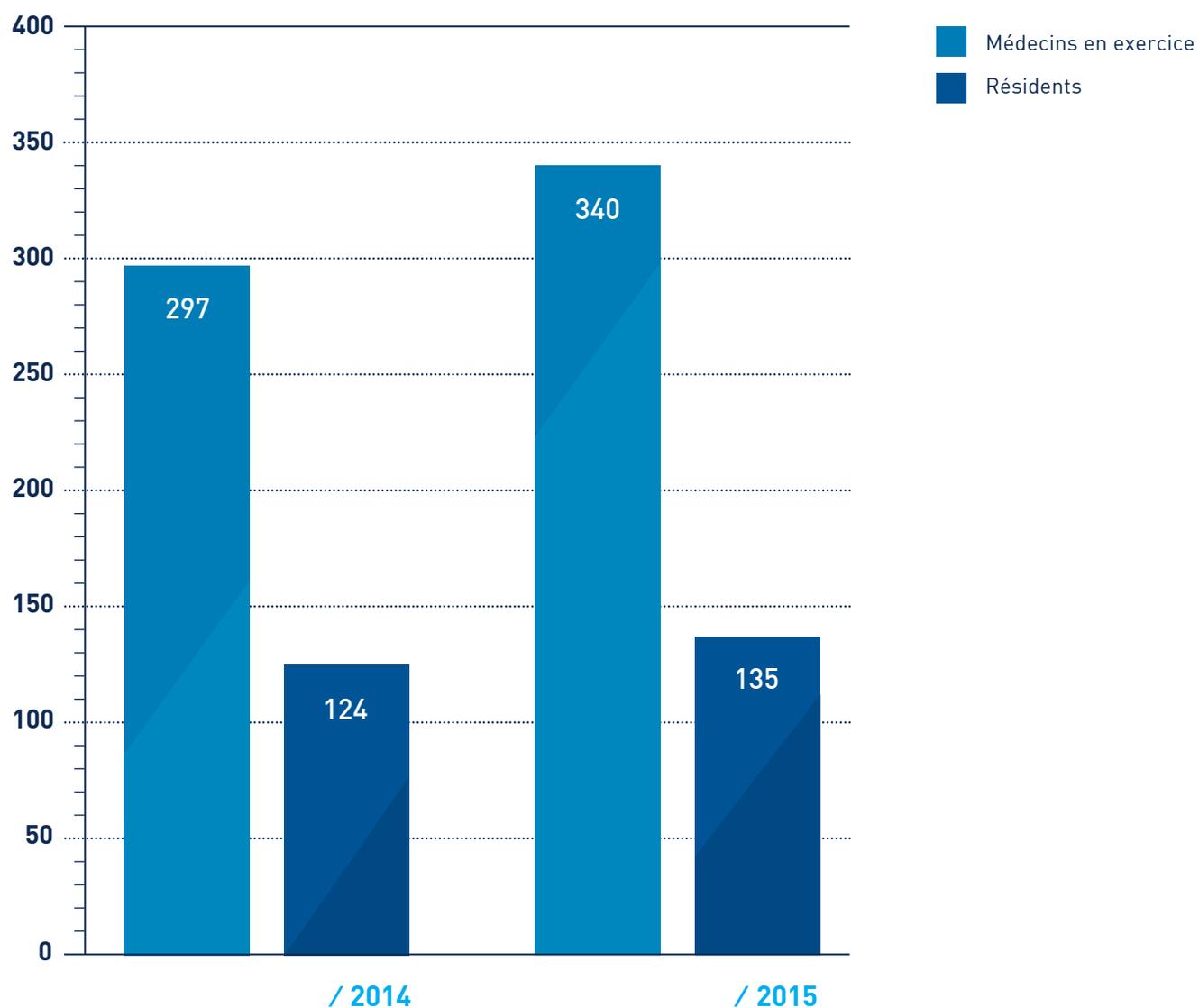
	2013 / 2014	2014 / 2015
Médecins de famille	160	179
Spécialistes	137	161
Résidents	124	135
Étudiants	22	25
Anonymes	0	3
Famille du médecin	1	1
Clients ayant demandé de l'aide pour un collègue	74	74
TOTAL DES NOUVEAUX CLIENTS	518	578

TOTAL ANNUEL DES CLIENTS AIDÉS

	2013 / 2014	2014 / 2015
NOUVEAUX CLIENTS / DEMANDES DURANT L'ANNÉE	518	578
CLIENTS EN SUIVI / DEMANDES DES ANNÉES ANTÉRIEURES	854	792
TOTAL ANNUEL DES CLIENTS AIDÉS	1 372	1 370

COMPARAISON DES NOUVEAUX CLIENTS

Médecins en exercice et résidents



La figure 2 illustre que les deux tiers des clients du Programme sont des médecins en exercice, que les résidents constituent l'autre tiers et que cette proportion est stable dans le temps.

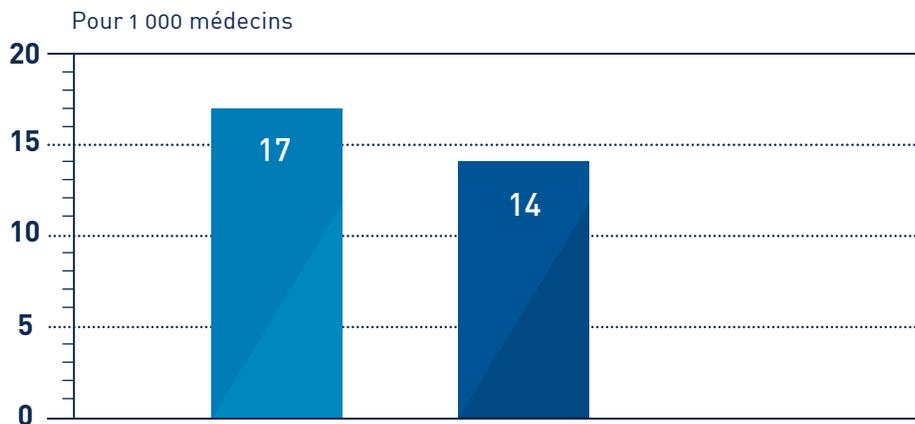
TAUX DE PRÉVALENCE ANNUEL DES NOUVEAUX CLIENTS

Médecins de famille
Spécialistes

Médecins de famille et spécialistes

/ 2015

SUR LE TOTAL DES MÉDECINS DANS LE RÉSEAU* SELON LE GROUPE AUQUEL ILS APPARTIENNENT



* Selon les données du CMQ au 31 décembre 2014

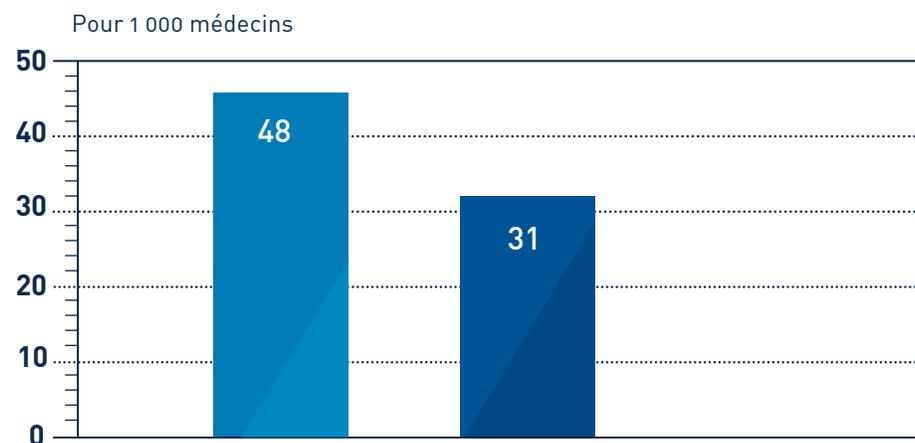
TAUX DE PRÉVALENCE ANNUEL DES NOUVEAUX CLIENTS

Médecine familiale
Spécialités

Résidents

/ 2015

SUR LE TOTAL DES MÉDECINS DANS LE RÉSEAU* SELON LE GROUPE AUQUEL ILS APPARTIENNENT



* Selon les données du CMQ au 31 décembre 2014

PRÉVALENCE

Les figures 3 et 4 permettent d'observer que la prévalence annuelle des demandes d'aide est similaire chez les médecins de famille et les spécialistes. Toutefois, en comparaison avec la cohorte des médecins, la prévalence chez les résidents est beaucoup plus importante.

Le phénomène soulève plusieurs questionnements. Par exemple, les critères de sélection des futurs médecins, où certains traits de caractère (perfectionnisme, doute, besoin d'exercer un contrôle sur les situations) sont valorisés dans la profession médicale, pourraient-ils être à l'origine de certaines vulnérabilités? Ou encore, comment expliquer que des individus dont le parcours académique s'est toujours distingué par la performance et l'excellence présentent des difficultés lorsque confrontés au système?

ÂGE MOYEN DE LA CLIENTÈLE*

	PAMQ		QUÉBEC **
	2013 / 2014	2014 / 2015	2014 /
Médecins de famille	46,2	45,5	51,9
Spécialistes	44,0	43,9	54,0
Résidents	30,4	30,4	—
Étudiants	24,0	26,1	—

* Nouveaux clients

** Âge moyen pour le Québec / Données du CMQ au 31 décembre 2014

ÂGE MOYEN

Ce tableau indique que les médecins de famille et spécialistes qui consultent au PAMQ sont en deçà de l'âge moyen de leur groupe respectif. Les médecins en mi-carrière sont donc plus représentés dans la clientèle du Programme que les autres tranches d'âge. Notons que les données de recherche en santé des médecins confirment ce phénomène¹.

1. Roman, S. et C. Prévost. *La santé des médecins, État des connaissances et approches préventives*. PAMQ, 2015.

TAUX DE PRÉVALENCE SUR 3 ANS / COMPARATIF PAR RÉGIONS**

Spécialistes et médecins de famille seulement*

PRÉVALENCE DE PÉRIODE (3 ANS)

2009 / 2012

2012 / 2015

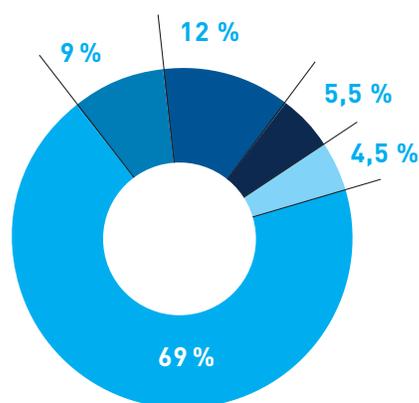
	2009 / 2012	2012 / 2015
Bas-St-Laurent - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	4,30 %	4,15 %
Saguenay - Lac-St-Jean	5,11 %	3,29 %
Québec	4,67 %	4,91 %
Mauricie - Centre du Québec (Bois-Francs)	5,14 %	3,63 %
Estrie	6,51 %	6,11 %
Laval	3,87 %	3,85 %
Montréal	4,16 %	4,42 %
Outaouais	5,14 %	3,31 %
Abitibi-Témiscamingue	4,65 %	3,33 %
Côte-Nord - Nord-du-Québec	4,90 %	5,26 %
Chaudière-Appalaches	4,09 %	2,24 %
Laurentides - Lanaudière	5,61 %	4,22 %
Montérégie	4,68 %	4,31 %
Hors-Québec	0,22 %	0,12 %
PRÉVALENCE PROVINCIALE	4,44 %	4,14 %

* Nouveaux clients

** Selon les données du CMQ au 31 décembre 2014

RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS

2014 / 2015



RÉPARTITION DES DÉPENSES

Les activités de prévention et d'intervention, reliées directement à la clientèle, représentent 78 % des dépenses du PAMQ. Sur le total des médecins en exercice et des résidents², le coût du Programme d'aide représentait, pour l'exercice se terminant en 2015, 73 \$ per capita par année pour un budget annuel de 1,9 M\$.

2. Selon les données du CMQ



PROGRAMME
D'AIDE
AUX MÉDECINS
DU QUÉBEC

WWW.PAMQ.ORG

PIECE JOINTE N° 4
CFAR ECOUTE + SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE



Professionnels de l'Anesthésie Réanimation, être écouté ça peut aider

N° Vert 0 800 00 69 62

Appel gratuit depuis un poste fixe
Tarif selon opérateur depuis un téléphone mobile

→ Certains événements peuvent altérer votre bien-être, votre qualité de vie et votre exercice professionnel. → Si vous rencontrez des difficultés professionnelles ou personnelles (épuisement professionnel, conduites addictives, idées noires, isolement, situations de harcèlement, crises, perturbations dans la sphère privée...). → Un professionnel de l'écoute* vous répond de manière entièrement anonyme et confidentielle. Vous pouvez appeler à tout moment, dès que vous en ressentez le besoin, de votre lieu de travail ou de votre domicile.

* Psychologue clinicien diplômé soumis au code de déontologie de la profession

↘ Accessible
par téléphone
24h/24 et 7j/7
un service d'écoute,
de soutien et d'orientation
est mis gratuitement à votre
disposition par le *Collège
Français des Anesthésistes
Réanimateurs*

↗ www.cfar.org

↓ CARTE À DÉTACHER ET À CONSERVER



Écoute + Soutien psychologique

N° Vert

0 800 00 69 62

Appel gratuit depuis un poste fixe / Tarif selon opérateur depuis un téléphone mobile

www.psy.fr

espace bénéficiaires

Pour obtenir le login et mot de passe connectez vous au site du CFAR onglet SMART

24^h
/ 24

7 jours
/ 7



En partenariat avec



Si besoin : une orientation secondaire personnalisée

- Vers un psychologue qualifié du réseau PSYA (ou tout autre thérapeute), au choix de l'appelant, pour une prise en charge plus approfondie,
- Vers un médecin traitant,
- Vers un réseau d'addictologie,
- Vers un service de santé au travail,
- Vers un contact syndical,
- ou toute autre ressource mise en place par le CFAR

Qui peut appeler ?

- Tout professionnel en anesthésie-réanimation (médecin, interne ou infirmier(e), du secteur public ou libéral),
- un proche, un conjoint, un collègue...

PsyA est certifié AFAQ ISO 9001 pour son « Centre d'Ecoute Psychologique »

7 jours
/ 7

24h
/ 24

Service accessible



À l'origine de ce service : les organisations composantes du CFAR et le SNIA



Pour en savoir +
sur les services
proposés par le CFAR
rendez-vous sur :
www.cfar.org



COLLÈGE
FRANÇAIS
DES ANESTHÉSISTES
RÉANIMATEURS

PIECE JOINTE N° 5
COMMISSION REGIONALE PARITAIRE DE
BRETAGNE : ENTRETIEN MI-CARRIERE

Bilan professionnel de mi-carrière Commission Régionale Paritaire (CRP)

Présentation des
éléments de réflexion
du CHBS/CHQ
21 mars 2016

Objectifs de cet entretien de mi-carrière

- Identifier les situations de difficultés et de vulnérabilité
- Libérer la parole sur ce thème du bien-être au travail auprès des PH des services
- Donner des informations sur le fonctionnement de l'institution

Les écueils

- Défiance vis-à-vis de l'établissement
 - Intention supposée d'une évolution professionnelle contrainte
 - Démarche perçue comme un gadget « administratif »
- Déception en l'absence de résultat
- Dénier sur la réalité des questions de RPS pour les praticiens hospitaliers

Principes méthodologiques proposées

- Volontariat
- Echange bienveillant, sur le mode de l'entretien compréhensif
- Pas de présence du PCME et du médecin du travail lors de ces entretiens
- Un binôme pour les entretiens :
 - Le DAM
 - Un PH expérimenté ou récemment retraité « incontestable » au plan clinique, éthique et relationnel

Trame de questions

- Niveau d'épanouissement professionnel
 - Votre exercice au CHBS, CHQ correspond-il à vos attentes initiales ?
 - Vos objectifs initiaux ont-ils été satisfaits ?
 - Quels projets avez-vous porté ?
 - Quelles formations avez-vous réalisé ?

Trames de question

- Projection sur les prochaines années
 - Quel champ de votre spécialité semble-t-il important de développer au chbs ?
 - Comment voyez-vous l'hôpital évoluer ?
 - Seriez-vous intéressés par des missions institutionnelles, des missions transversales ou de compagnonnage (accompagnement des internes, des jeunes médecins, tutorat) ?
 - Avez-vous des souhaits de changement de modes d'exercice (temps partiel, exercice libéral, disponibilité, humanitaire) ?

Trames de question

- Conditions de travail / Ambiance de travail
 - Avez-vous propositions d'améliorations de fonctionnement ?
 - Connaissez-vous les différents interlocuteurs et les modalités d'accès aux informations qui concernent votre exercice à l'hôpital ?
 - Quels sont les principaux problèmes de communication dans l'hôpital

PIECE JOINTE N° 6
EPSM DE LA VALLEE D'ARVE : ENTRETIEN
APRES 3/6 MOIS DU PERSONNEL MEDICAL

PRATICIEN
DATE RDV :
NOM/PRENOM :
DATE D'ENTREE A L'EPSM :
STATUT :
TEMPS DE TRAVAIL :
AFFECTATIONS :

ACCUEIL	Oui	Non
Connaissance du site principal		
Connaissance de l'ensemble des sites de l'EPSM		
Besoin d'une visite complémentaire		
Le poste est-il conforme à ce qui vous a été présenté ? *		

* Si non, expliquez pourquoi :

.....

.....

Les points positifs qui ont facilité votre intégration :

.....

.....

Les difficultés rencontrées lors de votre intégration :

.....

.....

Points positifs dans l'exercice de votre mission :

.....

.....

Les difficultés rencontrées dans l'exercice de votre mission :

.....

.....

Besoins matériels, conditions de travail :

.....

.....

Suggestions :

.....

.....

.....

.....

CONNAISSANCE DES PROCEDURES	Oui	Non
Accident de travail/arrêt maladie		
Accident d'exposition au sang		
Fiche d'événement indésirable		
Procédures de sécurité/appels à l'aide		
Permanence des soins (gardes/astreintes, présence minimale)		
Soins sans consentement		
Logiciel de gestion du temps de travail Octime médica		
Utilisation d'intranet		
Formation / DPC		
Frais de déplacements/ ordre de mission		

Observations sur la permanence des soins :

Besoins et souhaits de formation :

CONNAISSANCE DES INSTANCES	Oui	Non	Participation aux réunions	oui	Non
CME					
CLUD					
CLIN/CLAN					
CONSEIL DE SURVEILLANCE					
DIRECTOIRE					
COPS					
CSIRMT					
CONSEIL DE PÔLE					

Observations sur vos relations avec le chef de pôle/ le chef de secteur :

Observations sur vos relations avec vos confrères :

Observations sur vos relations avec le cadre de santé de l'unité :

Observations sur vos relations avec les AMA au secrétariat médical :

Observations sur vos relations avec l'équipe soignante :

PIECE JOINTE N° 7
HCL : PROCEDURE DE RENOUVELLEMENT DES
CHEFFERIES DE SERVICE



Hospices Civils de Lyon

**Service :
DAM**

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT DU 29 FEVRIER 2016

PROCEDURE DE RENOUVELLEMENT DES CHEFFERIES DE SERVICE (Missions – modalités de désignation)

Pour avis

Missions des chefs de service pour le mandat 2016 – 2020

Ce document a pour but d'informer et de guider les nouveaux chefs de service sur leurs missions.

La fonction de chef de service constitue une responsabilité confiée en fonction de compétences, soumise à évaluation régulière. Elle n'est pas attribuée selon un grade, ni en reconnaissance à des services rendus.

1. Définition des missions du chef de service au sein des HCL

Compétences et aptitudes requises :

- Une légitimité médicale reconnue par son équipe et l'Institution
- Le souci du Service Public et du sens collectif
- L'esprit d'ouverture et d'écoute des équipes
- L'aptitude au management des ressources humaines et à la gestion des conflits potentiels
- Une aptitude à la gestion des ressources qui lui sont confiées
- Un intérêt pour la formation des personnels du service.

Le chef de service peut proposer la désignation (avec information de la CME) d'un chef de service adjoint, auquel il délègue certaines de ses fonctions. Cette organisation permet aussi d'assurer la continuité de la responsabilité médicale.

Il peut déléguer certaines missions (« responsable d'UF ») ou l'animation de groupes de travail à des praticiens du service en fonction de leur affectation ou de leurs compétences.

Les missions du chef de service peuvent être ainsi recensées.

En matière d'organisation et de qualité des soins :

Le chef de service est appelé à :

- présenter un projet médical du service (mêlant conjointement le projet médical et le projet de soins paramédical) dans le but de participer à la réalisation des objectifs fixés au Pôle dans le cadre du contrat passé avec la gouvernance des HCL. Dans ce cadre, il organise le fonctionnement global du service, discute les objectifs et les ressources du service. Il s'assure de la mise en œuvre dans le service du projet de Pôle,
- collaborer étroitement au quotidien avec le cadre de santé pour définir les conditions de travail des équipes de personnel non médical et l'ambiance dans chaque unité de soins, dans le souci d'une amélioration constante de la qualité et de la sécurité des soins. Dans les suites du séminaire de l'encadrement de santé, le binôme chef de service/cadre de santé est appelé à mettre en œuvre les prescriptions en matière de « *Prescription et organisation des soins* » et de « *Tour médical* »,

- être responsable du management des ressources humaines médicales :
 - o organisation du service en distribuant les fonctions au sein de l'équipe médicale (tableau de service...), en garantissant la continuité de la couverture médicale, en veillant à une répartition équilibrée de la charge de travail entre les médecins et au respect des règles associées au temps de travail (repos de sécurité, temps de formation..);
 - o gestion prévisionnelle des présences et des absences des personnels médicaux en articulation avec celles des personnels non médicaux et en fonction des objectifs de maintien de l'ouverture des lits ;
 - o suivi de la prise régulière des congés pour minimiser le flux des CET : planification annuelle avant le 30 avril pour atteindre un niveau global suffisant, organisation adaptée permettant aux praticiens de solder la totalité de leurs congés
 - o gestion des carrières et de l'évolution de l'équipe (anticipation des remplacements, parcours professionnels...), en liaison avec le Chef de Pôle ;
 - o mise en place d'un management de service avec un entretien annuel individuel pour chacun des médecins du service et le cadre, selon une méthode à définir,

- promouvoir les objectifs institutionnels en matière de qualité et sécurité des soins et d'évaluation des pratiques professionnelles, avec notamment l'analyse des événements indésirables et des plaintes, des séances régulières de Revues Morbi-Mortalité (RMM) et la réalisation au moins une fois par an d'un patient traceur,

- organiser les éventuelles coopérations territoriales,

- organiser l'enseignement des étudiants et des praticiens en formation affectés au service et, notamment, leurs stages hospitaliers en lien avec les directeurs des UFR,

- assurer l'accueil et la bonne intégration des nouveaux praticiens arrivants (information, intégration...), notamment lors des regroupements de services.

En matière de recherche et de formation :

La recherche fait intégralement partie des missions d'un service de centre hospitalo-universitaire.

Le chef de service :

- est garant de la diffusion de la culture de recherche auprès du personnel médical et paramédical et de l'encouragement au développement de cette activité ;
- organise les modalités de participation à des travaux de recherche clinique académiques ou industriels en encourageant les jeunes praticiens à participer aux projets de recherche ;
- veille à la validation des scores SIGAPS et SIGREC par toute l'équipe médicale ;
- organise la formation par le retour d'informations en staff pour les participations aux congrès et aux publications ;
- veille à la mise en œuvre des actions de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens du service : déploiement du DPC...
- assure une formation par l'information et la formation des équipes paramédicales au cours de réunions sur les questions médicales, sur les actes à effectuer, sur les problèmes rencontrés en matière de fonctionnement du service.

En matière d'information et de communication :

Le chef de service :

- est garant de la bonne diffusion de l'information au sein du service en organisant régulièrement des réunions de service d'une part pour les personnels médicaux, d'autre part pour l'ensemble des personnels (en collaboration avec les cadres),
- transmettre à son équipe les informations reçues, notamment en Bureau de Pôle,

- s'assure de la bonne visibilité institutionnelle dans toutes les actions de communication conduites par le service : les documents ou supports de communication, mails et courriers, interventions extérieures... devront mentionner l'appartenance du service ou de ses membres aux Hospices Civils de Lyon et respecter la charte graphique (ou a minima présenter le logo de l'établissement),
- est garant de la promotion de l'activité du service auprès des partenaires et des médecins du réseau de ville adressant les patients : entre autres, disponibilité téléphonique d'un sénior ou respect du délai réglementaire pour la transmission obligatoire d'un compte rendu pour toute hospitalisation,
- se rapproche de la direction de la communication dans les cas de sollicitation de la presse et pour tout projet de communication externe.

En matière d'inscription dans la démarche institutionnelle :

Le chef de service doit :

- être responsable de la prise en charge médicale des patients dans son service et veiller à la mise au point et à l'application des protocoles médicaux,
- travailler en étroite collaboration avec le Chef de Pôle et participer (ou se faire représenter par un praticien titulaire du service) aux réunions du Bureau de Pôle ou à celles organisées dans chaque groupement par la gouvernance locale,
- mettre en œuvre un projet de service qui soit la déclinaison locale du Projet d'établissement,
- réaliser le suivi de l'activité et des dépenses déléguées et en rendre compte au chef de pôle,
- s'assurer de la continuité des activités du service : mise au point du règlement intérieur de l'astreinte senior ou junior (s'il y en a une dans le service) ou de la « continuité des soins », contrôle des horaires de déplacements annoncés et de la pertinence du recours à l'astreinte,
- s'assurer de la réalisation de tâches transversales : codification des actes, déclaration administrative des congés médicaux,
- proposer au Pôle une priorisation en matière de renouvellement des équipements médicaux

Le chef de service sera incité à participer aux formations au management qui seront proposées et financées par l'Institution pour améliorer les compétences des chefs de service dans ce domaine.

2. Modalités de désignation des chefs de service à partir du printemps 2016

La plupart des chefs de service des HCL (130 sur 185) ont été nommés à compter du 23 avril 2012 pour une durée de 4 ans. Une décision de la gouvernance a décidé le report de cette échéance jusqu'au 31 mai 2016. Les chefs de service seront donc nommés ou renouvelés à compter du 1^{er} juin 2016.

Quatre ans après la définition de l'organisation médicale des HCL, il a paru souhaitable de préciser de manière plus détaillée les missions d'un chef de service au sein de l'Institution, en rapport avec les missions attribuées réglementairement aux Chefs de Pôle.

Celles-ci ont été rappelées ci-dessus. Elles constituent ainsi la base de l'engagement que prendront tous les candidats aux fonctions de chefs de service.

S'agissant des chefs de service qui ont été nommés après 2012, et dont le mandat n'arrive donc pas à échéance en 2016, ils sont invités à déposer dans les mêmes délais un projet de management de service pour la fin de leur mandat.

Il est précisé que tout praticien titulaire (hospitalo-universitaire ou non) peut se porter candidat à la fonction de chef de service.

Qu'il s'agisse d'un renouvellement de fonctions, d'une première nomination ou d'une poursuite du mandat de chef de service, **il est demandé aux candidats à cette fonction de transmettre à la gouvernance des HCL** (par l'intermédiaire de la Direction des Affaires Médicales : catherine.labarde@chu-lyon.fr) **avant le 12 avril 2016**, avec copie au directeur de groupement (ou directeur référent pour les activités médico-techniques), au Président de CMEL et au Chef de PAM :

- Un engagement personnel à assurer les missions définies ci-dessus.
- **Un projet de management de service (3 pages maximum)** qui se concentrera sur la proposition de 5 actions à mener dans les prochains 24 mois en matière de management, d'organisation du service et de projet médical (développement d'activité) en reprenant les missions recensées ci-dessus. Il sera établi à partir du diagnostic posé sur le fonctionnement actuel du service (fonctionnement de l'équipe médicale et paramédicale, qualité de prise en charge du patient et services à la clientèle, activité, situation du CREO)... Il devra être conforme au projet d'établissement.
- Une proposition de quelques indicateurs (élaborés et suivis avec l'administration) permettant, à mi-parcours et en fin de mandat, d'évaluer la bonne réalisation de ces actions.

Ces documents seront transmis aux directeurs des groupements, présidents de CMEL et chefs de pôle pour qu'ils apprécient l'adéquation de ce projet avec les orientations institutionnelles et le contrat passé avec le PAM. Après analyse conjointe avec la gouvernance locale, le Chef de Pôle proposera un nom de chef de service à la gouvernance.

De façon préférentielle, les nominations devront concerner des praticiens susceptibles d'exercer pendant 18 mois au moins les fonctions de chefs de service.

Ce document servira comme outil du « dialogue de gestion » annuel entre le chef de service et le binôme « Directeur référent – Chef de Pôle », qui dépassera les thématiques d'activités et de ressources pour évoquer plus globalement le management du service.

En fin de mandat, le chef de service présentera un bilan sur la base des engagements pris et des contraintes de fonctionnement rencontrées. Celui-ci sera soumis à l'appréciation du directeur de groupement (ou directeur référent pour les activités médico-techniques) du Président de CMEL et du Chef de Pôle.

En synthèse, le calendrier du renouvellement pour les mandats se terminant en 2016 :

- Validation du document par la CME : 29 février 2016
- Appel à candidatures : 2 mars
- Dépôt des dossiers de candidature : 12 avril
- Etudes des projets par les groupements (aboutissant à une proposition officielle par le chef de PAM): 12 avril au 15 mai 2016
- Avis de la CME : 30 mai
- Décision du Directeur général : 31 mai
- Prise d'effet : 1^{er} juin.

Ce dossier est présenté :

- **à l'avis de la Commission Médicale d'Etablissement du 29 Février 2016**
- **au Comité Technique Central d'Etablissement du 1^{er} Mars 2016 (pour information)**

ANNEXE

L'organisation médicale des HCL est définie conformément aux articles L 6146-1 et R 6146-1 à R 6146-8 du Code de la Santé Publique : elle a été adoptée par la CME dans sa séance du 5 mars 2012.

Il y est ainsi précisé « que :

- les pôles hospitalo-universitaires (ou Pôles d'activité médicale – PAM) sont les structures de base de l'organisation médicale.
- les pôles comportent des structures internes : les services et les unités médicales.

Les services sont les structures de prise en charge des patients ou de réalisation des actes médico techniques par les médecins, les pharmaciens et les odontologistes affectés au pôle. Les ressources sont affectées aux services par le responsable du pôle sur la base du projet de pôle.

Les responsables des services et unités médicales sont nommés par le directeur général sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de service ou unité médicale par décision du directeur général, à son initiative, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle.

Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Dans ce cas, le directeur général dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

Les praticiens candidats aux fonctions de responsable de service proposent au chef de pôle un projet de service conforme au projet et au contrat du pôle d'activité. Ces projets sont communiqués au directeur général et au président de la commission médicale d'établissement. La CME en est informée.

Au terme de leurs mandats, les chefs de service peuvent être candidats au renouvellement de leurs fonctions concurremment avec les autres praticiens titulaires du pôle.

Dans ce cas, ils établissent un bilan de leur mandat sur la base duquel le renouvellement sera apprécié.

La durée du mandat des responsables de service est de quatre ans.

Le responsable de service organise le fonctionnement du service. Il assume cette fonction par « délégation du responsable de pôle ».

PIECE JOINTE N° 8
CHU DE NANCY : PROCEDURE DE MEDIATION
MEDICALE

Séance du 26 mars 2012

- - -

◀ *Question n° III.2* ▶

PROCEDURE DE MEDIATION MEDICALE

Suite à la présentation en séance CME du 26 mars 2012, il est créé au sein de la Commission Médicale d'Établissement, une cellule de médiation médicale lorsque des conflits entre praticiens au sein de l'établissement persistent.

La procédure s'établit comme suit :

- Médiation de 1er niveau s'il y a échec de médiation au niveau du pôle :
 - ✓ Demande auprès du Président de la CME qui la valide et lance l'instruction
 - ✓ Constitution du dossier

- Composition de la cellule :
 - ✓ Président de la CME ou Vice –Président et Responsable Vie Médicale
 - ✓ 1 représentant de chaque catégorie médicale concernée par la médiation (nommé par le Président de CME)
 - Membre de la CME en priorité, hors conflit d'intérêt
 - Instruction du dossier

- Audition :
 - ✓ Exposé des différentes parties
 - ✓ Recherche d'une conciliation

- Compte-rendu :
 - ✓ Modalités de conciliation, délai de mise en œuvre et suivi

- Si échec :
 - ✓ Médiation possible de 2^{ème} niveau avec participation de la Direction des affaires médicales et/ou de la Direction des services juridiques.

PIECE JOINTE N° 9
AP-HP : PLAN D'ACTION CONCERNANT LE
PERSONNEL MEDICAL

Paris, le 05 JUL. 2016

3, avenue Victoria
75184 PARIS Cedex 04
Standard : 01 40 27 30 00
Télécopie : 01 40 27 55 77
secrétariat.dg.sap@aphp.fr

Note
à l'attention de
Mesdames et Messieurs les Directeurs de GH
Mesdames et Messieurs les Présidents de CMEL

2016-3456

PRESIDENT DE LA CME

Objet : Mise en œuvre du plan d'action RHPM

DIRECTEUR GENERAL

Le plan d'action du directoire relatif à la prévention et au traitement des situations particulières concernant le personnel médical, adopté en directoire et voté en CME, vous a été adressé le 3 mai 2016.

Il convient donc désormais de mettre en œuvre les préconisations de ce plan dans chaque GH et à l'échelle de l'Institution, ce qui demande une implication forte des gouvernances.

Dès 2016, chaque GH doit mettre en œuvre le dispositif d'analyse et de traitement des situations particulières (i) :

- **Le comité de suivi des situations individuelles complexes et de prévention des RPS.** Celui-ci est composé du PCMEL, du président de la CVH locale, du DGH, du DAM, d'un chef de pôle, du doyen (si la situation analysée concerne un praticien hospitalo-universitaire), du médecin du travail, d'un représentant du conseil départemental de l'Ordre en tant que de besoin. Ce comité peut être saisi par la gouvernance du GH de toute situation particulière. Il est alors chargé de l'analyser et de préconiser des solutions de résolution et/ou des actions de prévention. Un bilan annuel de son action doit être établi et adressé au PCME et à la DOMU.
- **L'identification de personnes ressources susceptibles de mener des missions d'analyse, d'accompagnement et/ou de médiation.** Divers profils peuvent être recherchés, qu'il s'agisse de personnel médical ou non médical, mais tous doivent pouvoir se prévaloir d'une autorité morale au sein du GH et pourra se voir proposer une formation spécifique à ce type de mission. Parmi ces personnes volontaires, il conviendra d'identifier celles qui le seraient également pour des missions dans d'autres GH, et d'en informer la DOMU.
Il conviendra d'éviter les conflits d'intérêts des membres du comité de suivi et des personnes missionnées avec les parties en cause.

Ainsi que des actions de prévention (ii) :

- **Organiser des journées d'accueil des nouveaux séniors** : le contenu est libre dans chaque GH mais devra permettre aux intéressés de connaître le projet d'établissement, la gouvernance du GH, les interlocuteurs à la Direction des affaires médicales et à la médecine du travail.
- **Informier l'ensemble de la communauté médicale des prises de fonctions** des nouveaux PH.
- **Mettre en place dans chaque GH la commission de sélection des responsables de services, de départements et d'UF directement rattachées aux pôles**. Celle-ci est composée du PCMEL, du doyen, du DGH, du chef de pôle concerné, de personnalités qualifiées. Il conviendra d'éviter les conflits d'intérêts entre les membres de la commission et les candidats aux postes de responsables de services, de départements et d'UF directement rattachées aux pôles.
- Cette même commission est constituée pour les nominations après appel à candidatures.
- Chaque candidat présentera le projet médical et universitaire de service à l'équipe.
- Il convient également dans chaque GH de définir le contenu attendu du bilan de mandature que devront établir les candidats à leur propre succession à l'issue des 4 ans de mandat.

En 2017, les actions devront se poursuivre, en matière de prévention par :

- **L'organisation des entretiens annuels** pour l'ensemble des praticiens travaillant au moins à mi-temps. Ces entretiens doivent être systématiques : chaque senior avec le chef de service (ou avec le responsable d'UF), chaque chef de service avec le chef de pôle et chaque chef de pôle avec le DGH, le doyen et le PCMEL. Les entretiens feront l'objet d'un court compte-rendu signé des participants. Un suivi statistique des entretiens doit être réalisé et transmis pour information au comité de suivi des situations individuelles complexes et de prévention des RPS.
- **L'installation des conseils de service**, dans la forme prévue par le règlement intérieur de l'AP-HP qui aura alors été modifié.

Le Siègre est aussi partie prenante dans la concrétisation du dispositif d'analyse et de traitement prévu dans plan RHPM et doit dès l'année 2016 :

- Préciser les modalités de nomination des chefs de service, dans le cadre du règlement intérieur. A cette fin, dès l'adoption du nouveau règlement intérieur, la nouvelle procédure de nomination intégrant les préconisations du plan vous sera adressée.

- Elaborer une charte du management hospitalier coordonnée par la CME et la Domu avec l'appui d'un groupe de travail composé de membres de la DOMU, de directeurs des affaires médicales, de directeurs des ressources humaines et de membres de la CVH. Celle-ci comprendra notamment le guide de l'entretien annuel, qui sera mis à votre disposition en décembre 2016.
- Coordonner la formalisation des liens entre les services de santé au travail hospitaliers et universitaires et fournir à la médecine du travail hospitalière une liste de médecins susceptibles de prendre en charge des praticiens en dehors de leur GH voire de l'AP-HP.
- Créer un vivier de consultants et de praticiens volontaires pour mener des missions d'analyse, d'accompagnement de personnels ou de médiation.

S'agissant des actions de prévention, il sera instauré dès 2016 :

- **Une journée d'accueil des nouveaux PH.** Cette journée se déroulera en octobre 2016, en notre présence. Elle sera organisée par la DOMU, en lien avec le département du développement professionnel continu médical, et permettra une présentation du plan stratégique et du projet médical de l'AP-HP, de l'organisation de l'institution, de l'offre de formation et du statut de PH. Nous souhaitons que cette journée constitue un véritable temps d'échange avec les nouveaux PH de l'Institution, et constitue un temps fort de leur intégration.
- **Un parcours d'intégration pour les PH,** qui sera défini en lien avec la CVH, avec l'appui du groupe de travail précédemment évoqué. Ce parcours prévoira notamment un entretien avec le DAM du GH d'affectation 6 ou 9 mois après l'installation et devra être articulé avec l'évaluation de fin de période probatoire prévue par le statut.
- **La proposition d'une offre de formation au management** adaptée aux différentes étapes du parcours professionnel. Cette offre doit notamment s'adresser aux CCA qui s'orientent vers la carrière hospitalière, aux seniors mais également aux responsables de structures internes conformément à la réglementation. Elle viendra compléter l'EMAMH qui reste la formation de référence pour les futurs responsables de structures internes. L'objectif de cette offre globale de formation est tout à la fois de préparer les praticiens à leurs responsabilités managériales, de favoriser la détection des potentiels en management, mais également la prévention d'éventuelles difficultés.

Enfin, en 2017, le Siège mettra en place une journée d'accueil des nouveaux praticiens hospitalo-universitaires en lien avec les UFR, et développera des actions de prévention en lien avec le RESPADD (Réseau de prévention des addictions).

Nous vous remercions de votre implication sur ce sujet crucial pour faire évoluer la culture et les pratiques managériales des praticiens au service de notre Institution.

Le Directeur général de l'AP-HP



Martin HIRSCH

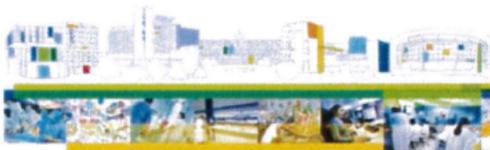
Le Président de la CME



Noël GARABEDIAN

PIECE JOINTE N° 10
CHU DE BORDEAUX : DETECTION ET
PREVENTION DES RPS

DISPOSITIFS	PREVENTION	DETECTION COLLECTIVE	DETECTION INDIVIDUELLE	ACTION CORRECTIVE
Projet social	X			X
Convergence médico-soignante	X	X		X
Sous commission CME	X			X
Dispositif pré-crise	X	X		X
Suivi des EI et EIG	X	X	X	X
Actes de malveillances et CSPB		X	X	X
Gestion des conflits médicaux				X
Gestion de crise				X
Régulations / APP		X	X	X
Suivis d'équipes	X	X	X	X
Diagnostics RPS	X	X	X	X



PIECE JOINTE N° 11
CODE NATIONAL DE DEONTOLOGIE DU
MEDIATEUR

CODE NATIONAL DE DÉONTOLOGIE DU MÉDIATEUR

Rédigé par le Rassemblement des
Organisations de la Médiation
(R.O.M.)
Présenté au Palais Bourbon le 5 février 2009

LE RASSEMBLEMENT DES ORGANISATIONS DE LA MÉDIATION (R.O.M.)

Contexte

La médiation a toujours existé sous des formes et dans des domaines très variés.

Elle représente dans la démocratie une autre voie utile et moderne de prévention et de gestion des conflits, et de résolution des différends. Elle conduit les personnes en présence à prendre conscience de leur capacité à trouver par elles-mêmes une issue au conflit qui les oppose, à restaurer un dialogue, à construire ensemble un projet.

En France, elle émerge à partir des années 1980 avec le développement des modes non juridictionnels de règlement des conflits (appelés M.A.R.C¹) en marge des procédures judiciaires, mais aussi en les accompagnant.

La médiation prend ainsi une importance qui en fait l'un des leviers des changements sociaux.

L'Europe aussi a compris l'importance de la médiation et le parlement européen a adopté, le 21 Mai 2008, une directive portant sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale.

Cette directive a pour but d'inciter à recourir à la médiation, notamment dans les litiges transfrontaliers.

Le développement de la médiation est d'abord apparu dans la société civile.

Aujourd'hui, l'entreprise, les relations commerciales, la famille, le social, la consommation... sont autant de domaines où un médiateur est de plus en plus sollicité.

- 1 M.A.R.C (Mode Alternatif de Règlement des Conflits)

2008 : la médiation se structure

Trois événements ont marqué le monde de la médiation en 2008.

La **commission GUINCHARD**, mise en place par le Garde des Sceaux, a travaillé sur la déjudiciarisation des litiges.

La **commission MAGENDIE** a réfléchi, durant le premier semestre, sur l'état des lieux de la médiation judiciaire et la mise en place d'un dispositif la favorisant au sein de la Cour d'appel de Paris.

La **directive européenne 2008/52** du 21 mai 2008 a ouvert des perspectives avec, notamment, une harmonisation des différentes réglementations des pays membres.

Bruxelles encourage le recours à la médiation et le développement de celle-ci est aujourd'hui incontournable.

Les principales organisations représentatives de la médiation en France ont souhaité se rassembler pour travailler ensemble. Si les différences culturelles, de méthodologies et de domaines d'intervention sont indéniables, toutes ces organisations, cependant, se retrouvent sur les principes et les valeurs de la médiation.

Le chantier ouvert par le R.O.M. autour de l'élaboration du Code de déontologie est le reflet de cette identité commune.

Et après...

Le développement de la médiation va entraîner des exigences qualitatives à l'égard des médiateurs : quelle formation ? quelles compétences ? quel encadrement ?

Plus globalement, quelles garanties les médiateurs seront-ils capables d'apporter aux personnes qui font appel à eux et aux prescripteurs de médiations ?

Ces questions vont conduire, immanquablement, à l'encadrement de la fonction de médiateur, ce qui ne peut se faire sans les médiateurs eux-mêmes.

CODE NATIONAL DE DÉONTOLOGIE DU MÉDIATEUR

Les signataires de ce code se placent dans la mouvance européenne, au sens de la Directive 2008/52 du 21 mai 2008.

Ils considèrent que le « Code de conduite européen pour les médiateurs » de 2004, référencé en annexe du présent code, est perfectible parce que n'incluant pas les avancées actuelles de la pratique de la médiation.

En conséquence, le présent Code constitue le socle de référence éthique de la pratique de la médiation en France et la contribution des signataires à l'amélioration du Code de conduite européen pour les médiateurs.

Le présent Code s'applique sans préjudice des dispositions spécifiques régissant le domaine d'exercice de chaque médiateur.

Préambule

Définition de la médiation

La médiation, qu'elle soit judiciaire ou conventionnelle, est un processus structuré reposant sur la responsabilité et l'autonomie des participants qui, volontairement, avec l'aide d'un tiers neutre, impartial, indépendant et sans pouvoir décisionnel ou consultatif, favorise par des entretiens confidentiels, l'établissement et/ou le rétablissement des liens, la prévention, le règlement des conflits.

Les organisations et les personnes physiques, signataires du présent Code de Déontologie, affirment leur attachement aux Droits Humains et aux valeurs que sont : la liberté, l'indépendance, la neutralité, l'impartialité, la confidentialité, la responsabilité.

L'éthique s'entend comme la réflexion du médiateur sur sa pratique et ses actes par rapport à ces valeurs.

La déontologie fixe l'ensemble des règles et obligations dans les relations entre les professionnels, entre les professionnels et les personnes sollicitant leurs services et entre les professionnels et les institutions.

Le recours à la médiation peut intervenir dans le cadre :

- conventionnel, à la demande d'une ou plusieurs personnes concernées, agissant individuellement ou conjointement,
- d'une procédure judiciaire, à la demande du magistrat, des avocats ou des personnes concernées.

La médiation est confiée à une personne physique : le médiateur.

Outre le préambule ci-dessus, le présent Code se compose de trois parties :

- les règles garantant de la qualité de médiateur,
- les règles garantant du processus et des modalités de la médiation,
- les responsabilités du médiateur et les sanctions éventuellement encourues.

LES RÈGLES GARANTANT DE LA QUALITÉ DE MÉDIATEUR

Le Médiateur agit dans le cadre de la loi et le respect des personnes. Il doit maintenir sa position de tiers et vérifier, en permanence, que les conditions éthiques et déontologiques sont respectées tout au long de la médiation.

La formation

- Le médiateur doit avoir suivi, et posséder, la qualification spécifique à la médiation, en fonction notamment des normes ou critères d'accréditation en vigueur dans chaque organisation.
- Le médiateur, outre la participation à des séances d'analyse de la pratique, actualise et perfectionne ses connaissances théoriques et pratiques par une formation continue (symposiums, colloques, ateliers professionnels, etc...).

La posture de médiateur

Le médiateur est un tiers. Il doit respecter les exigences suivantes :

► L'indépendance

Le médiateur doit être détaché de toute pression intérieure et/ou extérieure à la médiation, même lorsqu'il se trouve dans une relation de subordination et/ou institutionnelle.

Le médiateur s'engage notamment à refuser, suspendre ou interrompre la médiation chaque fois que les conditions de cette indépendance ne sont pas réunies.

► La neutralité

Le médiateur accompagne les personnes dans leur projet, sans faire prévaloir le sien.

Pour ce faire, le médiateur s'engage, impérativement, à un travail sur lui-même et sa pratique. Il s'engage à participer de manière régulière à des séances collectives d'analyse de la pratique. Il est recommandé d'y associer une supervision.

► L'impartialité

Le médiateur s'oblige à ne pas prendre parti ni privilégier l'une ou l'autre des personnes en médiation. Il s'interdit d'accepter une médiation avec des personnes avec lesquelles il a des liens d'ordre privé, professionnel, économique, de conseil ou autre.

Le médiateur s'interdit d'avoir un intérêt financier direct ou indirect dans l'issue de la médiation. Il doit refuser la mission si l'un des membres de son équipe a agi, et/ou agit, en qualité autre pour l'une des personnes concernées par la médiation.

► La loyauté

Le médiateur s'interdit par éthique de remplir des fonctions de représentant ou de conseil de l'un et/ou l'autre des participants au processus de médiation. Il ne peut davantage être arbitre.

Le médiateur devra orienter ou réorienter les personnes si la demande n'est pas ou plus du champ de la médiation.

LES REGLES GARANTES DU PROCESSUS ET DES MODALITES DE LA MEDIATION

Règles garanties du processus de la médiation

► Le consentement

Le médiateur doit veiller à ce que le consentement des personnes soit libre et éclairé. Il refusera toute mission où le consentement peut être altéré. Il s'oblige à donner des informations claires et complètes sur les valeurs et principes de la médiation ainsi que sur les modalités pratiques de celle-ci. Il doit vérifier que les informations données ont bien été comprises.

Le médiateur doit rappeler que la médiation peut être interrompue à tout moment sans justification par les participants, ou par lui-même s'il considère que les conditions de la médiation ne sont plus réunies.

► La confidentialité

Le médiateur ne divulgue ni ne transmet à quiconque le contenu des entretiens ni aucune information recueillie dans le cadre de la médiation, sauf s'il en a l'obligation légale ou s'il y a non-respect d'une règle d'ordre public.

Le médiateur ne peut notamment pas faire état des éléments dont il a eu connaissance lors de son intervention et ne doit fournir aucun rapport à ce sujet.

En cas de médiation judiciaire, il peut, tout au plus, indiquer au juge s'il y a eu accord ou non.

Règles garanties des modalités de la médiation

► L'information

Le médiateur délivre aux personnes, préalablement à l'engagement de médiation, une information présentant la médiation et ses modalités d'une façon complète, claire et précise.

Il informe notamment les participants de l'existence du présent Code de déontologie, auquel il se réfère.

► Le consentement

Comme il a été dit plus haut, le médiateur doit obligatoirement recueillir le consentement, libre et éclairé, des personnes, préalablement à leur entrée en médiation.

Une convention de médiation constatera ce consentement.

► La convention de médiation

La convention de médiation est écrite.

Cette convention comprendra notamment les éléments qui participent à l'organisation de la médiation :

- déroulement du processus,
- durée des rencontres,
- lieu de la médiation,
- coût de la médiation,
- liberté de prendre conseil auprès d'autres professionnels,
- comportement en médiation (respect, non-violence, etc.).

Elle comportera obligatoirement l'engagement des participants sur la confidentialité des informations dévoilées en médiation : celles-ci ne pourront en particulier être utilisées dans une procédure en cours ou à venir.

Par cette convention, les parties prennent acte de l'engagement du médiateur de respecter le présent Code.

► Le déroulement de la médiation

La médiation se déroule dans un lieu neutre.

► La fin de la médiation

La médiation peut se terminer par un accord écrit (protocole), ou non écrit, entre les personnes.

Un protocole est la transcription des points d'accord que les personnes ont décidé de faire apparaître. Les documents écrits sont signés par les seules personnes concernées.

Les accords écrits sont la propriété des personnes concernées. Elles ont la possibilité de les faire homologuer par un juge.

LES RESPONSABILITES ET SANCTIONS

Le médiateur a, en plus des responsabilités déjà citées dans ce texte, les responsabilités suivantes :

► Responsabilités du médiateur

- Il n'a pas d'obligation de résultat.
- Il est le garant du déroulement apaisé du processus de médiation.
- Il informe les personnes de ce que, tout au long du processus de médiation, elles ont la possibilité de prendre conseil auprès des professionnels qu'elles souhaitent. S'il a un doute sur la faisabilité et/ou l'équité d'un accord, connaissance d'un risque d'une atteinte à l'ordre public... il invite expressément les personnes à prendre conseil auprès du professionnel compétent avant tout engagement.
- Il doit s'efforcer d'aider la ou les personnes dont il aurait reçu des informations au cours d'entretiens individuels à les exprimer, si elle(s) l'estime(nt) indispensable à la progression du processus.
- Il ne doit pas avoir fait l'objet d'une condamnation, d'une incapacité ou d'une déchéance encore mentionnée sur le bulletin n° 2 du casier judiciaire.

► Sanctions

Le médiateur signataire du présent code s'engage à le respecter. En cas de manquement, le médiateur s'expose à être exclu de la liste des médiateurs du centre ou de l'association dont il est membre.



CMAP

Résolvez sereinement vos conflits
avec le Centre de Médiation et d'Arbitrage de Paris



Association des Médiateurs Européens
créée à l'initiative de barreau de Paris



PIECE JOINTE N° 12
CNU SANTE ET CNU DISCIPLINES
PHARMACEUTIQUES : GRILLES D'EVALUATION

CNU Santé - Grille d'évaluation

Principes généraux

La grille d'évaluation des personnels par les sous-sections et sections du CNU Santé prend en compte l'ensemble des missions des PU-PH et MCU-PH; elle s'applique à toutes les étapes de la carrière hospitalo-universitaire: nominations, promotions aux différentes classes.

L'unité d'évaluation est la sous-section qui fixe les modalités d'utilisation de la grille d'évaluation, la responsabilité de l'évaluation appartient au CNU.

Les règles suivantes sont précisées:

- tous les membres du CNU reçoivent tous les dossiers des candidats
- les MCU-PH n'ont pas compétence pour l'évaluation des PU-PH
- chaque dossier est évalué par 2 rapporteurs, désignés par le Président du CNU selon des critères géographiques et de compétence
- lorsqu'un dossier est évalué 2 années de suite, un rapporteur peut être identique à l'année précédente mais le second doit être nouveau et différent
- le rapport établi par chaque rapporteur est littéral et reprend tous les éléments de la grille; il est daté et signé
- afin de respecter la déontologie et de prévenir tous conflits d'intérêts, il est recommandé que candidat et rapporteurs n'aient pas de travail en commun, ni de co-directions de Thèses ou HDR, ni de participations concurrentes directes, ni de communauté d'intérêts
- lorsqu'un membre du CNU est concerné par sa propre évaluation, il ne participe pas à la discussion ni à la délibération le concernant; les mêmes règles s'appliquent s'il s'agit d'un élève direct de son équipe ou d'un membre de son équipe; dans ces situations, le jury délibère candidat par candidat
- les résultats globaux de l'évaluation sont communiqués à tous les membres de la sous-section; les résultats de l'évaluation du candidat sont communiqués à l'autorité de tutelle universitaire du candidat et au candidat sur sa demande
- toutes ces règles et la grille d'évaluation sont diffusées à tous les membres de la sous-section

CNU Santé - Grille d'évaluation

1 - Activités de Recherche

- Publications dans des revues indexées

Score SIGAPS personnel (*des 10 dernières années pour les PU-PU et des 5 dernières années pour les MCU-PH, joindre la copie du tableau*)

Score SIGAPS de l'équipe (*des 10 dernières années, joindre la copie du tableau*)

- Implication dans des PHRC/STIC/contrats de Recherche/essais cliniques/gestion de cohortes (*uniquement en tant que investigateur principal*)

PHRC nationaux

PHRC régionaux

STIC

Essais cliniques multicentriques / cohortes

- Subventions obtenues pour des projets de recherche

- Appartenance à une structure de Recherche Labellisée

INSERM / CNRS

autres

- Direction/animation d'une équipe de recherche

- Encadrement de Masters et de doctorants (*préciser le nombre, le pourcentage de l'encadrement et l'année*)

- Valorisation de la Recherche: brevets, logiciels, financements publics/privés, transferts vers l'industrie, partenaires industriels, expertise, prix

- Rayonnement:

conférences comme invité

internationales

nationales

responsabilités éditoriales

jurys de Thèses/HDR

organisation de congrès/journées d'étude

- Appartenance à des Comités de lecture/Comité de rédaction (*préciser les revues et les fonctions exercées*)

revues internationales

revues nationales

2 - Activités d'Enseignement

1- Formation à la pédagogie

- Formation personnelle à la pédagogie :
diplôme de type DU, DIU,
lors de congrès (participation à des ateliers ou à des modules de formation)
mobilité à objectifs pédagogiques (préciser, date, lieu, durée)
- Contribution à la formation pédagogique des enseignants :
par des communications orales ou affichées lors de congrès pédagogiques,
par le développement de dossiers types : APP, ECOS, LCA, TCS
- Formation personnelle: DU, congrès, participation à des ateliers, mobilité à objectifs
pédagogiques
- Contribution à la formation pédagogique des enseignants: communications orales
lors de congrès pédagogiques, APP, ECOS, LCA, TCS

2- Enseignement

Ces activités concernent la formation initiale et le DPC.

- Enseignement théorique local (Facultés, Ecoles)
nombre d'enseignants dans la discipline (HU+H chargés d'enseignement+U)
nombre d'heures (*sur les 5 dernières années, à insérer dans le tableau*)

	n-5	n-4	n-3	n-2	n-1
de la discipline du candidat dont en PACES					

- Enseignement théorique interrégional/national
nombre d'heures: DES, DESC, Master, jury d'examens

- Enseignement pratique:
certification des compétences des étudiants
participation ECOS, simulation, ateliers pratiques
stages cliniques hospitaliers: référent de stage

encadrement de travaux pédagogiques:
mémoires, Thèses, Doctorants

-Evaluations

une évaluation des enseignants par les étudiants est-elle disponible?

oui non
si oui (*joindre ces éléments*)

d'autres évaluations des enseignements théoriques et pratiques (coordonnateur,
Collège Universitaire, responsable de discipline) sont-elles disponibles?

oui non
si oui (*joindre ces éléments*)

3- Innovation et recherche pédagogiques

- Création de supports pédagogiques :
livres, chapitres de livres,
monographies,
documents multimédia ou par e-learning,
simulateur ou développement d'enseignement par simulation
publications de pédagogie
- Obtention de financements au titre de la pédagogie: bourses, subventions, contrats

4- Responsabilités administratives d'enseignement

Facultés, Ecoles certifiées par le Doyen ou l'autorité compétente

Préciser le niveau local, inter régional, national, international

- Type de responsabilité
coordonnateur de DES/DESC
responsable de l'organisation de DU/DIU/Master
responsable ou appartenance à une commission pédagogique
autre responsabilité académique
- Pour chaque type de responsabilité, préciser :
la structure (Faculté, Ecole)
le niveau (local, régional, national, international)
le ou les année(s) concernée(s)
le module ou le cycle concerné

3 - Activités de diagnostic et de soins

- Activités cliniques ou médico-techniques

indicateurs d'activité personnelle (*source SIH, PMSI*)

nombre de consultations (/an)

nombre de visites (/an)

nombre d'actes (/an)

nombre de gardes/astreintes (/an)

description qualitative et quantitative de l'activité

des 3 dernières années

n-3	n-2	n-1

indicateurs d'activité du service

nombre de consultations/actes/séjours...

nombre de praticiens seniors

HU

H (*préciser en ETP*)

- Activités de référence

thématiques de compétence

activités de recours (*préciser les pathologies*)

appartenance à un réseau régional/centre de référence/centre maladies rares

labellisations

- Activités nouvelles et innovantes (*en clair*)

- Notoriété

visibilité de l'activité et reconnaissance:

locale/nationale/internationale

attractivité (*accueil internes hors-CHU/médaille d'or de l'internat, mobilité, stagiaires étrangers...*)

capacité à former les juniors

- Contribution à la reconnaissance et à la pérennité de la discipline au niveau local/national (*gestion d'une équipe, nomination /promotion d'élèves, succession*)

- Gestion médico-économique et management

formation à la gestion

responsabilités (*unité de soins, unité fonctionnelle, service, pôle*)

4 - Responsabilités collectives

Les fonctions non citées seront évaluées par assimilation

- Au sein de l'Université

Doyen-Président CNU

Président Collège-Fédération

Vice-Doyen

Membre Conseil Faculté-CNU

- Au sein de l'Hôpital

Président CME-commission nationale

Président commission CME

Membre CME

Responsabilités régionales (réseaux)

- Au sein des Sociétés savantes

Président - Secrétaire

Membre CA - Président commission

- Au sein des agences sanitaires

Expert HAS, INCa

5 - Collaborations internationales

- Soins

- Enseignement

- Recherche

<p style="text-align: center;">MODALITES DE RECRUTEMENT ET D'AVANCEMENT DU CNU-HU DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES 80^{ème} section "SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUES ET INGENIERIE APPLIQUEE A LA SANTE"</p>

I – Les critères pour les candidats au Concours de Recrutement

Le CNU-HU des disciplines pharmaceutiques doit avoir la volonté clairement affichée de recruter des candidats de qualité sur les plans Recherche, Enseignement et Activités Hospitalières.

L'engagement indiscutable dans la discipline doit être la règle (projets Recherche, Pédagogie et Hospitalier).

Le CNU-HU des disciplines pharmaceutiques s'est donné pour objectif d'accompagner et de conseiller, avant les nominations des PU-PH ou MCU-PH, les différentes instances locales, dans l'élaboration des profils à la fois sur le plan hospitalier, pédagogique et recherche.

1 – Pour les candidats PU – PH :

- **Activité de Recherche** : Le postulant doit démontrer sa capacité d'intégration, d'animation, de participation dans une équipe de Recherche labellisée au sein de l'Université dans laquelle il sera nommé, à la fois sur les activités de publications passées ou en cours, et sur ses projets.

Un niveau de publications minimum requis c'est-à-dire un nombre d'articles originaux en premier, deuxième, avant dernier ou dernier auteur dans des revues internationales, à facteur d'impact significatif, sera exigé. La Liste de Travaux permettra d'analyser l'intégration du candidat au sein d'une équipe de recherche, et de juger de sa capacité d'animer une équipe de recherche (direction de thèses d'université, attribution de contrats de recherche, dépôt de brevets...)

L'originalité des travaux, leur pertinence, la dynamique personnelle et l'investissement (participations et/ou conférences sur invitation aux Congrès Nationaux et Internationaux) ainsi que l'obtention de la Prime d'Excellence Scientifique (P.E.S.), seront à prendre en compte.

- **Activités hospitalières** :

A l'appui de l'organigramme du Service, détaillant le nombre de PU-PH, de MCU-PH, de PH, d'AHU et d'internes, la nature et le volume d'activité global du postulant, y-compris l'encadrement de mémoires de DES, seront pris en considération.

- **Activités pédagogiques** :

Les activités seront appréciées en détaillant le volume horaire (cours, TD, TP), la responsabilité d'enseignements (filière, UE, Master, DU, etc...), la

participation à des actions de formation continue, la création d'articles, d'ouvrages didactiques ou autres conception et développement de pratiques pédagogiques innovantes, le pilotage de projets pédagogiques...

- ***Responsabilités collectives :***

La participation des candidats à des activités administratives au sein de la Faculté ou de l'Université (Conseil de Faculté ou d'Université, Conseil Scientifique, CEVU...) ou dans le CHU (CME...) sera précisée. Il en est de même de leur implication au sein d'instances nationales.

- ***Mobilité :***

Le but de la mobilité est l'ouverture du candidat à des horizons nouveaux qui diffèrent de ces structures habituelles et lui permettent d'acquérir savoir faire et connaissances nouvelles qui seront autant d'atouts pour les activités futures et le renom de la discipline et de son Université. Les publications effectuées au cours de cette période seront à identifier. Si idéalement elle sera d'une année à l'étranger dans une structure hospitalière ou d'enseignement ou de recherche, cette mobilité peut être fractionnée par périodes minimales de trois mois et se faire en France.

La validité de la mobilité sera évaluée par le Bureau de la section compétente.

2 – Pour les candidats MCU-PH :

Un niveau de publication minimum requis, c'est-à-dire un nombre d'articles originaux en premier auteur dans des revues internationales sera exigé.

Les critères concernant l'activité hospitalière, l'Enseignement et la Recherche sont qualitativement les mêmes que pour les PU-PH.

Note : Le respect des critères ne préjuge en rien des décisions qui seront prises par le jury après audition des candidats.

II – Concours pour le titre hospitalo-universitaire (Recrutement)

1- Modalités du concours :

Les rapporteurs sont désignés par le Président de la section : 2 PU-PH pour les candidats à un emploi de PU-PH ; 1 PU-PH et 1 MCU-PH pour les candidats à un emploi de MCU-PH.

Les candidats adressent aux rapporteurs et à tous les membres de la section, les épreuves de titres et travaux et se mettent à la disposition des rapporteurs pour tout complément d'information nécessaire pour évaluer leurs activités pédagogiques, hospitalières et de recherche.

2 - Organisation du concours (décret n° 2008-308 du 2 avril 2006) : pour tous les candidats

- ① - examen des rapports écrits des rapporteurs et audition des rapporteurs.
- ② - présentation orale des titres et travaux et projets professionnels (enseignement, recherche et hospitalier) par le candidat, d'une durée de 15 minutes, suivie d'une discussion de 15 minutes.
- ③ - exposé oral destiné à évaluer les aptitudes didactiques du candidat, dont le thème est fixé par le jury, en rapport avec ses travaux personnels.

Concours PU-PH : Le candidat propose 6 sujets de leçon en rapport avec ses travaux et s'inscrivant dans la formation commune de base du cursus pharmaceutique. Ces sujets sont validés par les rapporteurs et le Président de la section. Le jour de l'audition, le jury retiendra 3 de ces sujets et le candidat en tirera un au sort. Il disposera de deux heures de préparation suivi d'un exposé oral qui durera 30 minutes. Cet exposé oral n'est suivi d'aucune discussion.

Concours MCU-PH : Le candidat propose 3 sujets de leçon en rapport avec ses travaux et s'inscrivant dans la formation commune de base du cursus pharmaceutique. Ces sujets sont validés par les rapporteurs et le Président de la section. Le jour de l'audition, le candidat tirera un de ces sujets au sort. Il disposera de 2 heures de préparation, suivi d'un exposé de 30 minutes. Cet exposé oral n'est suivi d'aucune discussion.

Les candidats sont libres d'apporter tous les documents qu'ils désirent et d'utiliser un ordinateur. L'exposé oral peut s'accompagner de projections sur vidéo-projecteur.

- ④ - épreuve pédagogique pratique, portant sur l'analyse et commentaires d'articles du candidat, avec une orientation hospitalière si possible, d'une durée de 20 minutes.

Concours PU-PH : le candidat propose 6 publications. Le jour de la présentation, le jury retiendra 3 de ces publications et le candidat en tirera une au sort. Il disposera de deux heures de préparation, suivies d'un exposé oral de 10 minutes et de 10 minutes de discussion.

Concours MCU-PH : le candidat propose 3 publications. Le jour de la présentation, il tirera au sort une de ces publications. Il disposera de deux heures de préparation, suivies d'un exposé oral de 10 minutes et de 10 minutes de discussion.

Les candidats sont libres d'apporter tous les documents qu'ils désirent et d'utiliser un ordinateur. L'épreuve pédagogique pratique, sous forme d'exposé oral, peut s'accompagner de projections sur vidéo-projecteur.

3 – La présentation du dossier de titres et travaux :

Les candidats s'efforceront de suivre le plan suivant pour présenter leurs titres et travaux.

- a- Un résumé de 2 à 3 pages avec les titres universitaires, les titres hospitaliers, les activités universitaires, hospitalières, de recherche et les 5 publications les plus importantes.
- b- Un curriculum vitae comprenant :
 - L'état civil...
 - Les titres universitaires et les fonctions universitaires
 - Les titres hospitaliers et les fonctions hospitalières
 - Appartenance à une formation labellisée et obtention de la P.E.S.
 - Action de valorisation (brevets, contrats industriels, création de start up...)
 - Les activités d'intérêt collectif
 - Les obligations en matière de mobilité
- c- Un exposé des travaux de recherche en quelques pages, accompagné d'une fiche d'évaluation bibliométrique, (outils possibles : SIGAPS, ISI web of Knowledge) comprenant en particulier le nombre de publications indexées, le nombre total de citations, l'indice h, etc...(maximum 4 pages).
- d- Les perspectives et projets du candidat en quelques pages concernant les activités pédagogiques, de recherche et hospitalières (maximum 3 pages).
- e- Une liste des publications doit être présentée en respectant la classification en cinq parties :
 - e 1 - Publications originales scientifiques (Le candidat identifiera les publications qu'il souhaite sélectionner pour l'épreuve pédagogique pratique – 6 pour les candidats au concours PU-PH, 3 pour les candidats au concours MCU-PH)
 - e 2 - Brevets
 - e 3 - Revues et chapitres d'ouvrages
 - e 4 - Conférences sur invitation.
 - e 5 - Communications (orales ou affichées)
 - e 6 - Contrats de recherche (PHRC, ANR, Programmes européens, ...)
- f- Une liste des masters recherche et thèses encadrés avec l'insertion professionnelle des doctorants.
- g- Liste des sujets de leçon proposés par le candidat, pour l'exposé oral destiné à évaluer les aptitudes didactiques du candidat (6 pour les candidats au concours PU-PH, 3 pour les candidats au concours MCU-PH).

4 - Le suivi des nouveaux nommés :

Le CNU se préoccupera de connaître le devenir de l'intégration hospitalo-universitaire des nouveaux nommés dans les mois qui suivent la nomination administrative.

II – Les avancements de classe

Les avancements de classe font partie des responsabilités du CNU.

Le corps des PU-PH comprend 3 classes (2^{ème}, 1^{ère} et exceptionnelle CE1 et CE2), le corps des MCU-PH aussi (2^{ème}, 1^{ère} et hors classe). Chaque classe est divisée en échelons.

Le passage d'un échelon à l'autre est automatique et se fait à l'ancienneté. Le changement de classe est contingenté et nécessite un avis du CNU.

Compte tenu du nombre limité de postes accordés chaque année relativement au nombre d'enseignants dans la discipline, des critères consensuels seront à définir.

Les critères suivants seront privilégiés :

- analyse de la Liste de Titres et Travaux : qualité scientifique des publications, valorisation de la Recherche (contrats), appartenance à une structure labellisée...
- nombre de Thèses et masters encadrés ou co-encadrés,
- notoriété nationale et internationale (invitations pour conférences, expertises, et autres activités d'Enseignement),
- conférences sur invitation et organisation de congrès,
- investissement dans les structures locales (Universités, CME, Direction de Recherche), membre de Commissions Locales et Nationales (AFSSAPS, HAS, ARS, CNU), services rendus à la discipline,
- contribution à l'aura de la discipline.

Chaque dossier sera évalué dans les quatre domaines d'activités : pédagogie, recherche, activités hospitalières et activités d'intérêt général.

<p style="text-align: center;">MODALITES DE RECRUTEMENT ET D'AVANCEMENT DU CNU-HU DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES 81^{ème} section "SCIENCES DU MEDICAMENT ET DES AUTRES PRODUITS DE SANTÉ"</p>
--

I – Les critères pour les candidats au Concours de Recrutement

Le CNU-HU des disciplines pharmaceutiques doit avoir la volonté clairement affichée de recruter des candidats de qualité sur les plans Recherche, Enseignement et Activités Hospitalières.

L'engagement indiscutable dans la discipline doit être la règle (projets Recherche, Pédagogie et Hospitalier).

Le CNU-HU des disciplines pharmaceutiques s'est donné pour objectif d'accompagner et de conseiller, avant les nominations des PU-PH ou MCU-PH, les différentes instances locales, dans l'élaboration des profils à la fois sur le plan hospitalier, pédagogique et recherche.

1 – Pour les candidats PU – PH :

- **Activité de Recherche** : Le postulant doit démontrer sa capacité d'intégration, d'animation, de participation dans une équipe de Recherche labellisée au sein de l'Université dans laquelle il sera nommé, à la fois sur les activités de publications passées ou en cours, et sur ses projets.

Un niveau de publications minimum requis c'est-à-dire un nombre d'articles originaux en premier, deuxième, avant dernier ou dernier auteur dans des revues internationales, à facteur d'impact significatif, sera exigé. La Liste de Travaux permettra d'analyser l'intégration du candidat au sein d'une équipe de recherche, et de juger de sa capacité d'animer une équipe de recherche (direction de thèses d'université, attribution de contrats de recherche, dépôt de brevets...)

L'originalité des travaux, leur pertinence, la dynamique personnelle et l'investissement (participations et/ou conférences sur invitation aux Congrès Nationaux et Internationaux) ainsi que l'obtention de la Prime d'Excellence Scientifique (P.E.S.), seront à prendre en compte.

- **Activités hospitalières** :

A l'appui de l'organigramme du Service, détaillant le nombre de PU-PH, de MCU-PH, de PH, d'AHU et d'internes, la nature et le volume d'activité global du postulant, y-compris l'encadrement de mémoires de DES, seront pris en considération.

- **Activités pédagogiques** :

Les activités seront appréciées en détaillant le volume horaire (cours, TD, TP), la responsabilité d'enseignements (filière, UE, Master, DU, etc...), la

participation à des actions de formation continue, la création d'articles, d'ouvrages didactiques ou autres conception et développement de pratiques pédagogiques innovantes, le pilotage de projets pédagogiques...

- ***Responsabilités collectives :***

La participation des candidats à des activités administratives au sein de la Faculté ou de l'Université (Conseil de Faculté ou d'Université, Conseil Scientifique, CEVU...) ou dans le CHU (CME...) sera précisée. Il en est de même de leur implication au sein d'instances nationales.

- ***Mobilité :***

Le but de la mobilité est l'ouverture du candidat à des horizons nouveaux qui diffèrent de ces structures habituelles et lui permettent d'acquérir savoir faire et connaissances nouvelles qui seront autant d'atouts pour les activités futures et le renom de la discipline et de son Université. Les publications effectuées au cours de cette période seront à identifier. Si idéalement elle sera d'une année à l'étranger dans une structure hospitalière ou d'enseignement ou de recherche, cette mobilité peut être fractionnée par périodes minimales de trois mois et se faire en France.

La validité de la mobilité sera évaluée par le Bureau de la section compétente.

2 – Pour les candidats MCU-PH :

Un niveau de publication minimum requis, c'est-à-dire un nombre d'articles originaux en premier auteur dans des revues internationales sera exigé.

Les critères concernant l'activité hospitalière, l'Enseignement et la Recherche sont qualitativement les mêmes que pour les PU-PH.

Note : Le respect des critères ne préjuge en rien des décisions qui seront prises par le jury après audition des candidats.

II – Concours pour le titre hospitalo-universitaire (Recrutement)

1- Modalités du concours :

Les rapporteurs sont désignés par le Président de la section : 2 PU-PH pour les candidats à un emploi de PU-PH ; 1 PU-PH et 1 MCU-PH pour les candidats à un emploi de MCU-PH.

Les candidats adressent aux rapporteurs et à tous les membres de la section, les épreuves de titres et travaux et se mettent à la disposition des rapporteurs pour tout complément d'information nécessaire pour évaluer leurs activités pédagogiques, hospitalières et de recherche.

2 - Organisation du concours (décret n° 2008-308 du 2 avril 2006) : pour tous les candidats

① - examen des rapports écrits des rapporteurs et audition des rapporteurs.

② - présentation orale des titres et travaux et projets professionnels (enseignement, recherche et hospitalier) par le candidat, d'une durée de 15 minutes, suivie d'une discussion de 15 minutes.

③ - exposé oral destiné à évaluer les aptitudes didactiques du candidat, dont le thème est fixé par le jury, en rapport avec ses travaux personnels.

Concours PU-PH : Le candidat propose 6 sujets de leçon en rapport avec ses travaux et s'inscrivant dans la formation commune de base du cursus pharmaceutique. Ces sujets sont validés par les rapporteurs et le Président de la section. Le jour de l'audition, le jury retiendra 3 de ces sujets et le candidat en tirera un au sort. Il disposera de deux heures de préparation suivi d'un exposé oral qui durera 30 minutes. Cet exposé oral n'est suivi d'aucune discussion.

Concours MCU-PH : Le candidat propose 3 sujets de leçon en rapport avec ses travaux et s'inscrivant dans la formation commune de base du cursus pharmaceutique. Ces sujets sont validés par les rapporteurs et le Président de la section. Le jour de l'audition, le candidat tirera un de ces sujets au sort. Il disposera de 2 heures de préparation, suivi d'un exposé de 30 minutes. Cet exposé oral n'est suivi d'aucune discussion.

Les candidats sont libres d'apporter tous les documents qu'ils désirent et d'utiliser un ordinateur. L'exposé oral peut s'accompagner de projections sur vidéo-projecteur.

④ - épreuve pédagogique pratique, portant sur l'analyse et commentaires d'articles du candidat, avec une orientation hospitalière si possible, d'une durée de 20 minutes.

Concours PU-PH : le candidat propose 6 publications. Le jour de la présentation, le jury retiendra 3 de ces publications et le candidat en tirera une au sort. Il disposera de deux heures de préparation, suivies d'un exposé oral de 10 minutes et de 10 minutes de discussion.

Concours MCU-PH : le candidat propose 3 publications. Le jour de la présentation, il tirera au sort une de ces publications. Il disposera de deux heures de préparation, suivies d'un exposé oral de 10 minutes et de 10 minutes de discussion.

Les candidats sont libres d'apporter tous les documents qu'ils désirent et d'utiliser un ordinateur. L'épreuve pédagogique pratique, sous forme d'exposé oral, peut s'accompagner de projections sur vidéo-projecteur.

3 - La présentation du dossier de titres et travaux :

Les candidats s'efforceront de suivre le plan suivant pour présenter leurs titres et travaux.

- a- Un résumé de 2 à 3 pages avec les titres universitaires, les titres hospitaliers, les activités universitaires, hospitalières, de recherche et les 5 publications les plus importantes.
- b- Un curriculum vitae comprenant :
 - L'état civil...
 - Les titres universitaires et les fonctions universitaires
 - Les titres hospitaliers et les fonctions hospitalières
 - Appartenance à une formation labellisée et obtention de la P.E.S.
 - Action de valorisation (brevets, contrats industriels, création de start up...)
 - Les activités d'intérêt collectif
 - Les obligations en matière de mobilité
- c- Un exposé des travaux de recherche en quelques pages, accompagné d'une fiche d'évaluation bibliométrique, (outils possibles : SIGAPS, ISI web of Knowledge) comprenant en particulier le nombre de publications indexées, le nombre total de citations, l'indice h, etc...(maximum 4 pages).
- d- Les perspectives et projets du candidat en quelques pages concernant les activités pédagogiques, de recherche et hospitalières (maximum 3 pages).
- e- Une liste des publications doit être présentée en respectant la classification en cinq parties :
 - e 1 - Publications originales scientifiques (Le candidat identifiera les publications qu'il souhaite sélectionner pour l'épreuve pédagogique pratique – 6 pour les candidats au concours PU-PH, 3 pour les candidats au concours MCU-PH)
 - e 2 - Brevets
 - e 3 - Revues et chapitres d'ouvrages
 - e 4 - Conférences sur invitation.
 - e 5 - Communications (orales ou affichées)
 - e 6 - Contrats de recherche (PHRC, ANR, Programmes européens, ...)
- f- Une liste des masters recherche et thèses encadrés avec l'insertion professionnelle des doctorants.
- g- Liste des sujets de leçon proposés par le candidat, pour l'exposé oral destiné à évaluer les aptitudes didactiques du candidat (6 pour les candidats au concours PU-PH, 3 pour les candidats au concours MCU-PH).

4 - Le suivi des nouveaux nommés :

Le CNU se préoccupera de connaître le devenir de l'intégration hospitalo-universitaire des nouveaux nommés dans les mois qui suivent la nomination administrative.

II – Les avancements de classe

Les avancements de classe font partie des responsabilités du CNU.

Le corps des PU-PH comprend 3 classes (2^{ème}, 1^{ère} et exceptionnelle CE1 et CE2), le corps des MCU-PH aussi (2^{ème}, 1^{ère} et hors classe). Chaque classe est divisée en échelons.

Le passage d'un échelon à l'autre est automatique et se fait à l'ancienneté. Le changement de classe est contingenté et nécessite un avis du CNU.

Compte tenu du nombre limité de postes accordés chaque année relativement au nombre d'enseignants dans la discipline, des critères consensuels seront à définir.

Les critères suivants seront privilégiés :

- analyse de la Liste de Titres et Travaux : qualité scientifique des publications, valorisation de la Recherche (contrats), appartenance à une structure labellisée...
- nombre de Thèses et masters encadrés ou co-encadrés,
- notoriété nationale et internationale (invitations pour conférences, expertises, et autres activités d'Enseignement),
- conférences sur invitation et organisation de congrès,
- investissement dans les structures locales (Universités, CME, Direction de Recherche), membre de Commissions Locales et Nationales (AFSSAPS, HAS, ARS, CNU), services rendus à la discipline,
- contribution à l'aura de la discipline.

Chaque dossier sera évalué dans les quatre domaines d'activités : pédagogie, recherche, activités hospitalières et activités d'intérêt général.

**MODALITES DE RECRUTEMENT ET D'AVANCEMENT
DU CNU-HU
DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES
82^{ème} section
"SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES "**

Le CNU-HU des disciplines pharmaceutiques a la volonté, clairement affichée, de recruter des candidats de qualité sur les plans Recherche, Enseignement et Activités Hospitalières. L'engagement indiscutable dans la discipline sera la règle (Projet de Recherche, Projet Pédagogie et Projet Hospitalier).

Le CNU-HU des disciplines pharmaceutiques s'est donné pour objectif d'accompagner et de conseiller, avant les nominations des PU-PH ou MCU-PH, les différentes instances locales, dans l'élaboration des profils à la fois sur les plans hospitaliers, pédagogiques et de recherche.

De même, le CNU-HU entend s'assurer du devenir et de l'intégration hospitalo-universitaire des nouveaux nommés à la suite des concours de recrutement.

I – Les critères pour les candidats au Concours de Recrutement

1 – Pour les candidats PU – PH :

- **Activité de Recherche** : Le postulant doit démontrer sa capacité d'intégration, d'animation, de participation dans une équipe de Recherche labellisée au sein de l'Université dans laquelle il sera nommé, à la fois sur les activités de publications passées ou en cours, et sur ses projets.

Un niveau de publications minimum requis c'est-à-dire un nombre d'articles originaux en premier, deuxième, avant-dernier ou dernier auteur dans des revues internationales, à facteur d'impact significatif, sera exigé. La Liste de Travaux permettra d'analyser l'intégration du candidat au sein d'une équipe de recherche, et de juger de sa capacité d'animer une équipe de recherche (direction de thèses d'université, attribution de contrats de recherche, dépôt de brevets...)

L'originalité des travaux, leur pertinence, la dynamique personnelle et l'investissement (participations et/ou conférences sur invitation aux Congrès Nationaux et Internationaux) ainsi que l'obtention de la Prime d'Excellence Scientifique (P.E.S.), seront à prendre en compte.

- **Activités hospitalières** :

A l'appui de l'organigramme du Service, détaillant le nombre de PU-PH, de MCU-PH, de PH, d'AHU et d'internes, la nature et le volume d'activité global du postulant, y-compris l'encadrement de mémoires de DES, seront pris en considération.

La responsabilité d'un secteur de laboratoire ou transversal hospitalier doit être indiquée. La qualité du projet hospitalier est un critère important de l'évaluation.

- **Activités pédagogiques :**

Les activités seront appréciées en détaillant le volume horaire (cours, TD, TP), la responsabilité d'enseignements (filière, UE, Master, DU, DES de Biologie médicale etc...), la participation à des actions de formation continue, la création d'articles, d'ouvrages didactiques ou autres conception et développement de pratiques pédagogiques innovantes, le pilotage de projets pédagogiques...

- **Responsabilités collectives :**

La participation des candidats à des activités administratives au sein de la Faculté ou de l'Université (Conseil de Faculté ou d'Université, Conseil Scientifique, CEVU, Ecoles Doctorales,...) ou dans le CHU (CME...) sera précisée. Il en est de même de leur implication au sein d'instances nationales (CS, CA, ...).

- **Mobilité :**

Le but de la mobilité est l'ouverture du candidat à des horizons nouveaux qui diffèrent de ses structures habituelles et lui permettent d'acquérir savoir faire et connaissances nouvelles qui seront autant d'atouts pour les activités futures et le renom de la discipline et de son Université. Les publications effectuées au cours de cette période seront à identifier. Si idéalement elle sera d'une année à l'étranger dans une structure hospitalière ou d'enseignement ou de recherche, cette mobilité peut être fractionnée par périodes minimales de trois mois et se faire en France.

La validité de la mobilité sera évaluée par le Bureau de la section compétente.

2 – Pour les candidats MCU-PH :

Les critères concernant l'activité hospitalière, l'Enseignement et la Recherche sont qualitativement les mêmes que pour les PU-PH.

Un niveau de publication minimum requis, c'est-à-dire un nombre d'articles originaux en premier ou deuxième auteur dans des revues internationales, à facteur d'impact significatif, sera exigé.

II – Concours pour le titre hospitalo-universitaire (Recrutement)

1- Modalités du concours :

Les rapporteurs sont désignés par le Président de la section : 2 PU-PH pour les candidats à un emploi de PU-PH ; 1 PU-PH et 1 MCU-PH pour les candidats à un emploi de MCU-PH.

Les candidats adressent aux rapporteurs, les épreuves de titres et travaux et se mettent à la disposition des rapporteurs pour tout complément d'information nécessaire pour évaluer leurs activités pédagogiques, hospitalières et de recherche.

2 - Organisation du concours (décret n° 2008-308 du 2 avril 2006) : pour tous les candidats

- ① - examen des rapports écrits des rapporteurs et audition des rapporteurs.

- ② - présentation orale des titres et travaux et projets professionnels (enseignement, recherche et hospitalier) par le candidat, d'une durée de 15 minutes, suivie d'une discussion de 15 minutes.

- ③ - Un exposé de 15 minutes destiné à des étudiants de 3^e cycle « Master 2 », sur un sujet choisi à l'avance par le jury et communiqué plusieurs semaines avant le concours au candidat, dans une de ses thématiques de prédilection. Cet exposé est préparé au préalable par le candidat qui apporte avec lui les documents nécessaires et devra ainsi faire la preuve de ses capacités pédagogiques. Cet exposé n'est suivi d'aucune question.

- ④ - Une épreuve pédagogique pratique différenciée, pour les candidats PU-PH ou MCU-PH.

Pour les candidats PU-PH :

Cette épreuve portera sur un exposé oral de 30min traitant d'un sujet tiré au sort parmi une liste de questions issues essentiellement du programme de la formation commune de base du cursus pharmaceutique et choisies dans l'orientation principale du candidat (hématologie, immunologie, biologie cellulaire, biochimie, biologie moléculaire, génétique, bactériologie, virologie, parasitologie, biotechnologies, biothérapies, ..).

Une liste thématique comportant des questions possibles est préalablement fournie au candidat. Le niveau doit être celui d'un enseignement destiné à des étudiants de la formation commune de base du cursus pharmaceutique. Les candidats disposent de 2 heures de préparation et sont libres d'apporter tous les documents qu'ils désirent. Cet exposé oral n'est suivi d'aucune question.

Pour les candidats MCU-PH:

L'épreuve pédagogique pratique porte sur l'analyse et commentaire d'un document, rapport ou article, ou cas clinique, choisi dans une des thématiques de prédilection du candidat.

Les candidats disposent de 2 heures de préparation, sont libres d'apporter tous les documents qu'ils désirent et d'utiliser un ordinateur.

Cette épreuve a une durée de 30 minutes : un exposé oral de 15 minutes et 15 minutes de discussion.

3 – La présentation du dossier de titres et travaux :

Les candidats s'efforceront de suivre le plan suivant pour présenter leurs titres et travaux.

- a- Un résumé de 2 à 3 pages avec les titres universitaires, les titres hospitaliers, les activités universitaires, hospitalières, de recherche et les 5 publications les plus importantes.
- b- Un curriculum vitae comprenant :
 - L'état civil...
 - Les titres universitaires et les fonctions universitaires
 - Les titres hospitaliers et les fonctions hospitalières
 - L'appartenance à une formation labellisée et obtention de la P.E.S.
 - Les actions de valorisation (brevets, contrats industriels, création de start up...)
 - Les activités d'intérêt collectif
 - Les obligations en matière de mobilité
- c- Un exposé des travaux de recherche en quelques pages, accompagné d'une fiche d'évaluation bibliométrique, comprenant en particulier le nombre de publications indexées et leur facteur d'impact, le nombre total de citations, l'indice h, etc....(maximum 4 pages).
- d- Les perspectives et projets du candidat en quelques pages concernant les activités pédagogiques, de recherche et hospitalières (maximum 3 pages).
- e- Une liste des publications doit être présentée en respectant la classification en cinq parties :
 - e 1 - Publications originales scientifiques
 - e 2 - Brevets
 - e 3 - Revues et chapitres d'ouvrages
 - e 4 - Conférences sur invitation.
 - e 5 - Communications (orales ou affichées)
 - e 6 - Contrats de recherche (PHRC, ANR, Programmes européens, ...)
- f- Une liste des étudiants en master recherche et des doctorants encadrés en précisant l'insertion professionnelle de ces doctorants.

4 - Le suivi des nouveaux nommés :

Le CNU se préoccupera de connaître le devenir de l'intégration hospitalo-universitaire des nouveaux nommés dans les mois qui suivent la nomination administrative.

II – Les avancements de classe

Les avancements de classe font partie des responsabilités du CNU.

Le corps des PU-PH comprend 3 classes (2^{ème}, 1^{ère} et exceptionnelle CE1 et CE2), le corps des MCU-PH aussi (2^{ème}, 1^{ère} et hors classe). Chaque classe est divisée en échelons.

Le passage d'un échelon à l'autre est automatique et se fait à l'ancienneté. Le changement de classe est contingenté et nécessite un avis du CNU.

Compte tenu du nombre limité de postes accordés chaque année relativement au nombre d'enseignants dans la discipline, des critères consensuels sont définis.

Chaque dossier sera évalué dans les quatre domaines d'activités : pédagogie, recherche, activités hospitalières et activités d'intérêt général.

Les critères suivants seront privilégiés :

- analyse de la Liste de Titres et Travaux : qualité scientifique des publications, valorisation de la Recherche (contrats), appartenance à une unité de recherche reconnue à la suite de l'évaluation nationale
- nombre de Thèses et masters encadrés ou co-encadrés (préciser le taux de co-encadrement),
- notoriété nationale et internationale (invitations pour conférences, expertises,...)
- activités d'enseignement (qualité pédagogique, nature volume de l'enseignement)
- conférences sur invitation et organisation de congrès,
- investissement dans les structures locales (Universités, CME, Direction de Recherche), membre de Commissions Locales et Nationales (AFSSAPS, HAS, ARS, CNU), services rendus à la discipline,
- contribution à l'aura de la discipline.
- Pour les PU-PH : implication dans la structuration des différents domaines d'activité : pédagogie (ex. responsabilité et/ou création de diplômes ou filières), recherche (ex. direction et/ou création d'équipes ou d'unités), hospitalière (ex. direction de service ou d'unité fonctionnelle).
- Pour les MCU-PH, l'obtention du diplôme de HDR est fortement recommandée pour l'examen d'une demande d'avancement à la hors classe.

Note : L'ensemble de ces critères doivent être considérés comme des recommandations aux candidats et peuvent être modifiés à l'initiative de la section. Les nouvelles versions de ces recommandations seront diffusées avant chaque concours.

Le respect des critères ne préjuge en rien des décisions qui seront prises par le jury après examen des dossiers ou audition des candidats.

Fait le 2 janvier 2011
Professeur M Guenounou
Président de la Section 82

PIECE JOINTE N° 13
ARS AUVERGNE-RHONE-ALPES : APPEL A
PROJETS POUR LA MISE EN PLACE D'EQUIPE
MEDICALE DE TERRITOIRE

APPEL A PROJET POUR LA MISE EN PLACE D'EQUIPE MEDICALE DE TERRITOIRE

Accompagnement au développement d'une gestion coordonnée des ressources médicales territoriales 2016

I) Contexte

L'Agence Régionale de Santé se doit de garantir une offre de soins de qualité, lisible pour la population et les acteurs de santé. Pour ceci, les établissements hospitaliers doivent disposer des effectifs médicaux adaptés. Or, un certain nombre d'établissements publics sont aujourd'hui en situation de fragilité pour le recrutement de praticiens du fait des contraintes de la démographie médicale. Cette situation conduit à de la surenchère voire à de la concurrence entre les hôpitaux d'un même territoire et génère des surcoûts importants (la progression des charges de personnel médical est de + 3% par an en moyenne), en raison notamment du recours à de l'intérim ou à des vacataires. Plus généralement, l'ensemble des contraintes s'imposant actuellement aux établissements publics et la nécessité de disposer d'une offre de soins publique coordonnée, oblige à s'interroger sur la meilleure organisation des activités et donc sur la meilleure répartition des ressources médicales.

Dans ce cadre, l'agence entend :

- 1) Accompagner la définition et la mise en œuvre de projets médicaux de territoire entre établissements publics dans le cadre des GHT visant à améliorer l'offre de soins en envisageant la mutualisation des ressources médicales pour l'activité programmée comme pour l'organisation de la permanence des soins.
- 2) Soutenir la mise en place de véritables politiques de gestion coordonnée des ressources médicales territoriales en accompagnant l'expérimentation puis le déploiement de modalités d'organisations innovantes des ressources médicales par groupe d'établissements publics.

II) Soutien à la mise en place d'une politique de gestion coordonnée des ressources médicales hospitalières au niveau des territoires de santé

L'objectif est de soutenir les établissements d'un territoire dans la mise en place d'une organisation médicale coordonnée par spécialité au sein des hôpitaux publics d'un territoire donné.

Tout en maintenant l'affectation principale de chaque praticien hospitalier sur un site, ces organisations doivent permettre une optimisation des ressources médicales disponibles afin d'assurer l'offre de soins la plus efficiente, en particulier pour ce qui est de la continuité des soins au niveau territorial, sur un principe de solidarité entre les établissements, afin :

- D'éviter les surenchères dans les négociations de rémunérations ;
- De rendre attractif pour les praticiens l'exercice multi sites en leur permettant dans certains cas, d'exercer des activités de recours et de proximité ;
- De rompre l'isolement des établissements partenaires et des praticiens en renforçant les liens des équipes avec l'établissement de référence ;
- De sécuriser l'organisation de la permanence des soins en ayant suffisamment de praticiens pour assurer une ligne de permanence des soins; parallèlement, l'ARS doit conduire une

réflexion portant sur la réorganisation de la permanence des soins pour limiter le nombre de lignes de gardes et astreintes dans un objectif de sécurisation et d'optimisation du temps médical (conséquences de l'arrêté du 8 novembre 2013);

- De développer de nouvelles techniques et une offre de soins complète, grâce à une équipe de taille suffisante, en confortant les relations entre les établissements partenaires (formation, programmes de recherche clinique, réunions de concertation, télé-imagerie...);
- De renforcer certaines activités de recours en développant des postes d'assistants partagés entre CHU et CH (appel à projet spécifique).

III) Modalités de mise en œuvre

Dans le cadre du présent appel à projet, le développement d'une gestion coordonnée des ressources médicales territoriales concerne la mise en place d'EQUIPE MEDICALE DE TERRITOIRE qui comprend 3 éléments de mise en œuvre :

1. **La constitution d'une (ou de plusieurs) équipe(s) médicale(s) de territoire rassemblant les praticiens d'une même spécialité:**

Sauf exception, cette EMT doit rassembler l'ensemble des praticiens de la spécialité travaillant dans les différents établissements du GHT ou a minima dans au moins 2 établissements hospitaliers publics du GHT.

2. **La mise en place d'une gestion administrative coordonnée des ressources médicales de l'EMT considérée,** voire le cas échéant d'une direction des Affaires Médicales unique.

Cette coordination administrative doit disposer d'une vision globale de la gestion de la ressource médicale disponible pour assurer l'optimisation de ces ressources médicales en lien avec le coordonateur médical, afin de procéder aux ajustements nécessaires en cas de manque de temps médical en respectant les orientations du projet médical commun.

3. **La coordination médicale de l'activité concernée** qui doit être pilotée par un coordonateur médical par spécialité et un coordonateur médical adjoint si nécessaire. Ce coordonateur et son adjoint ont vocation :

- à mettre en place l'organisation médicale adaptée en lien avec les médecins de l'EMT,
- à décliner au niveau de la spécialité le projet médical commun du GHT,
- à s'assurer du respect de l'organisation médicale cible,
- à s'assurer du partage des protocoles de prise en charge par l'ensemble des équipes,
- à promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles de façon transversale pour l'ensemble de l'équipe, ainsi que toute démarche d'amélioration de la qualité des prises en charge.

L'atteinte de cet objectif nécessite des protocoles partagés, une équité des conditions de recrutement et l'implication de tous les médecins de l'équipe dans les décisions importantes.

L'organisation à concevoir vise aussi à garantir à tous les partenaires qu'en cas de problèmes (départ d'un praticien, congés maladies ...), la réduction du temps médical ne sera pas portée sur un seul établissement.

Pendant le temps nécessaire pour parvenir à cet objectif correspondant à une maturité des organisations et à une réelle intégration de la politique de coopération, il est proposé d'accompagner les expérimentations visant à la mutualisation de la gestion des ressources médicales entre les établissements publics.

La réalisation de ces trois éléments de mise en œuvre doit conduire à terme à une meilleure efficacité et donc à retrouver un équilibre financier.

L'aide que l'ARS pourra fournir dans le cadre de cet appel à projet n'a pas vocation à être pérennisée et doit permettre de financer les frais de mise en place des nouvelles modalités d'organisation, dans l'attente des effets attendus de cette optimisation des ressources médicales qu'il s'agisse de réduction des charges ou d'augmentation d'activité

III) Les conditions d'un accompagnement à la mise en place d'équipes médicales de territoire par l'ARS

a) Constitution du dossier et délai de candidature:

Le dossier de demande de soutien financier à la mise en place d'équipes médicales de territoire doit comporter :

- **Les orientations du projet médical commun de territoire dans le cadre du GHT et/ou dans le cadre d'un projet territorial** (périmètre retenu pour l'organisation médicale selon les spécialités concernées: sous ensemble du GHT ou collaboration interGHT) pour chaque activité faisant l'objet d'une demande de financement au titre du soutien à la mise en place d'équipes médicales de territoire;
- **La description synthétique de l'organisation médicale cible**, des types d'activités assurées par l'équipe sur chacun des sites en fonction des besoins identifiés pour chaque activité concernée, précisant les conditions envisagées de réalisation de la Permanence des soins;
- **La description des modalités de pilotage de l'équipe médicale de territoire** et notamment la mise en place d'une coordination médicale de l'équipe (poste de coordonnateur et coordonnateur adjoint), avec identification du coordonnateur médical pour chaque Equipe Médicale de territoire.
- **Le bilan des effectifs médicaux existants et des charges afférentes par établissement** participant au projet pour chaque activité concernée en intégrant les données d'intérim, de recours aux vacataires, aux temps de travail additionnel, aux contrats de cliniciens pour les différents établissements impactés et toutes données relatives aux spécificités de gestion des ressources médicales sur les établissements impliqués dans le projet ;
- **La description de la gouvernance prévue en termes de gestion des ressources médicales** entre les établissements concernés ;
- **Les mesures engagées en termes de prévention des risques psycho sociaux et d'amélioration des conditions de travail** pour les praticiens impliqués dans le projet ;
- **Les demandes d'accompagnement** en termes de création de postes partagés (l'établissement de rattachement devra être précisé) et/ou en termes de financement de primes multi sites et/ou en termes de mutualisation de la gestion des ressources médicales pour chaque activité concernée;
- **Les modalités de coordination des Directions des Affaires Médicales** des établissements partie prenante de chaque Equipe Médicale de Territoire;
- **Le budget prévisionnel sur 3 ans de la charge financière de chaque EMT** sur les territoires concernés avec présentation des éléments permettant d'assurer à terme de 2 ou 3 ans la neutralité financière du dispositif, les charges nouvelles (coordination, primes multisites...) étant compensées par la suppression des surcoûts liés à l'intérim et/ou à la réduction de la charge financière de la PDS et/ou à des évolutions d'activité.
- **Les impacts en termes de gestion des emplois et des compétences pour les différents sites pour les équipes administratives ;**
- Les conditions de réussite du projet et les freins à lever;
- Les demandes éventuelles auprès de l'ARS pour accompagner la mise en œuvre du projet : financement d'un consultant, accompagnement social, formation ...
- **Le calendrier de mise en œuvre.**

Le dossier doit être cosigné par l'ensemble des établissements impliqués pour chaque activité concernée.

Le dossier devra être déposé au cours du deuxième semestre 2016.

b) Critères d'éligibilité

Les critères d'éligibilité pour l'accompagnement financier à la mise en place d'équipes médicales communes sont définis comme suit :

- Dossier complet.
- Activité multi sites portée par plusieurs praticiens dans le cadre de la constitution d'une équipe médicale commune et coordonnée.
- Estimation du bénéfice attendu en termes de gestion des ressources médicales et impact économique.

- Capacité à pérenniser les équipes médicales de territoire sur le plan humain et sur le plan économique.

- Engagement à une gestion coordonnée des ressources médicales sur l'ensemble du territoire concerné comprenant une coordination médicale unique par spécialité concernée, voire une DAM commune pour les établissements concernés, voire l'ensemble du GHT.

L'ARS sera amenée à prioriser les choix d'accompagnement en fonction des difficultés rencontrées par les établissements en termes de gestion des ressources médicales au sein du territoire considéré dans cette activité (contraintes en termes de démographie médicale), en fonction des priorités en termes d'organisation de l'offre de soins.

Le ciblage sur les spécialités en tension, notamment celles impliquées dans la PDSA et/ou la PDSES est attendu afin de permettre d'envisager des optimisations des dispositifs existants dans le cadre du projet de GHT.

Le dossier doit être porté par les différents établissements impliqués et validés par les directoires.

L'ARS sera amené également à établir des rangs de priorités en fonction de l'analyse du degré d'avancement du projet et du niveau d'engagement des différents directoires.

Le niveau d'accompagnement du projet, les critères d'évaluation seront définis en fonction de la nature du projet et de la demande.

c) Modalités d'aide financière de l'ARS

L'accompagnement financier prend en compte les enjeux pour les établissements de santé et les enjeux individuels pour les praticiens.

Il pourra revêtir différentes formes :

- Accompagnement à la mise en place d'une équipe médicale de territoire avec le financement de poste partagé ;

- Financement de primes multi sites pour les praticiens impliqués dans la mise en place d'une équipe médicale de territoire ;

- Compensation financière du poste de coordonnateur médical et coordonnateur adjoint à raison de 10% (base forfaitaire d'un PH) par équipe médicale de territoire.

Ces modalités d'aide de l'ARS s'inscrivent dans un projet de gestion financière du groupe d'établissements concerné, qui doit aboutir à un auto-financement du dispositif dans un délai maximum de 3 ans.

d) Contractualisation et indicateurs d'évaluation

L'accompagnement financier sera repris dans une annexe CPOM pour une durée de 3 ans.

Les indicateurs d'évaluation sont établis comme suit :

- Pour l'accompagnement à la mise en place d'une équipe médicale de territoire et le financement d'un poste partagé : recrutement effectif du praticien ;

- Mise en place effective de la coordination médicale unique;

- Analyse des charges de personnel médical et en particulier de l'intérim médical et vacataires pour les activités concernées;

- Indicateurs d'activités à définir pour chaque projet en fonction des objectifs du projet médical commun et de l'organisation cible;

- Communication à la demande de l'ARS, de tableaux de service pour suivi des activités multi sites.