



La Rochelle, le 18 avril 2023

COMMUNIQUE DE PRESSE

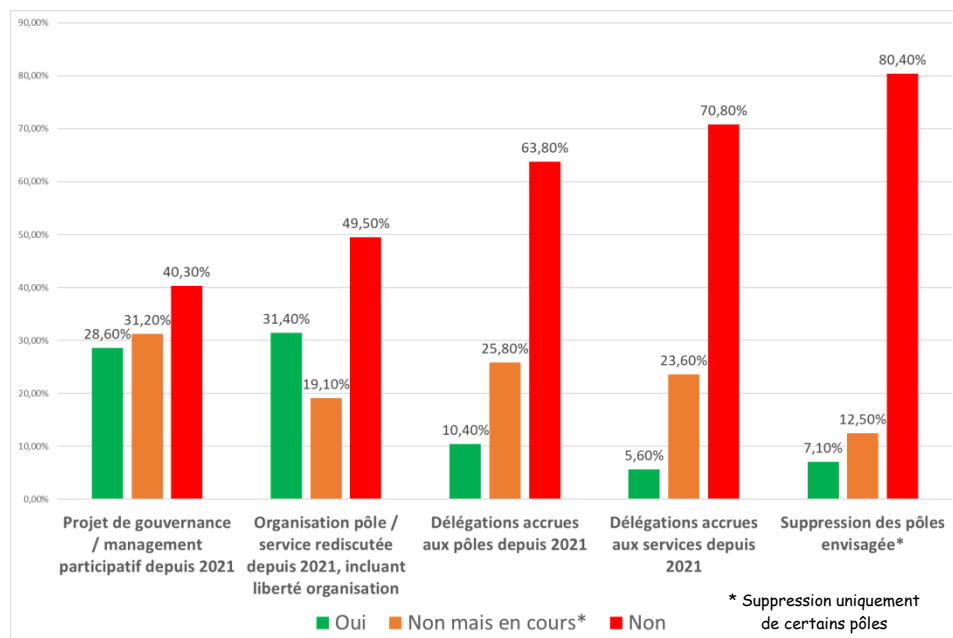
Les praticiens hospitaliers et les Présidents de CME réaffirment leur volonté de changement rapide avec l'installation d'une gouvernance de proximité autour d'un binôme Président de CME / Directeur rééquilibré

Le Président de la République a souhaité la mise en place d'un tandem administratif et médical à la tête des hôpitaux lors de ses vœux aux professionnels de santé le 6 janvier 2023. Cette annonce a suscité de nombreuses interrogations au sein des communautés hospitalières. Elle faisait néanmoins écho à un ressenti exprimé par de nombreux soignants qui ne constataient aucune évolution sur la médicalisation de la gouvernance malgré les engagements du Ségur de la Santé.

Les Conférences Nationales de Présidents de Commissions Médicales d'Établissement (CME) et de Commissions Médicales de Groupement (CMG) de Centres Hospitaliers (CH), Centres Hospitaliers spécialisés (CHS) et Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ont mené 2 enquêtes en février et mars 2023 pour objectiver la situation, dont les résultats sont annexés. 328 réponses de Présidents d'instance médicale et 6269 de praticiens hospitaliers ont contribué à établir un état des lieux partagé avec le Président de la République.

En comparaison avec les résultats de l'enquête de 2018, une tendance plutôt positive peut être notée même si celle-ci reste encore très modérée. A titre d'exemple, le temps moyen reconnu pour la fonction de Président de CME en CH est de 30% contre 22 % en 2018 ; avec un nombre encore trop important d'établissements sans aucun temps même s'il baisse depuis 2018. La fonction reste ainsi peu attractive, avec des différences importantes entre les tailles et types d'établissements : 76,8% non attractif en CH (versus 84% en 2018), 84,6% en CHS et 33,3% en CHU.

Deux ans après les textes issus de l'Ordonnance du 17 mars 2021 et la Loi du 26 avril 2021, les mesures emblématiques qui devaient renouer avec de réelles dynamiques positives pour les équipes de soins au sein des établissements peinent à se déployer malgré le consensus affiché des parties prenantes en 2021. Seul 37,5% des Présidents de CME ont signé une charte de gouvernance, majoritairement dans les CHU et les CH de taille importante. Les taux de réalisation de la conduite du projet de management et de gouvernance (28,6%), de la discussion sur l'organisation en pôles et services ainsi que la liberté d'organisation (31,4%), les délégations accrues aux pôles (10,4%), aux services (5,6%) sont faibles.



Ce ressenti est encore plus négatif chez les praticiens hospitaliers qui jugent que dans plus de 80% des cas les différents items n'ont pas changé voire même se sont dégradés :

[Questionnaire PH] Depuis le Ségur de la santé en 2020 et les nouveaux textes réglementaires de 2021, avez-vous perçu des changements ? Tous Etb (n=6269)	Oui significativement	Oui partiellement	Non et cela n'a rien changé	Non et ça s'est dégradé
Reconnaissance du service	2,1%	10,7%	64,8	22,4
Renforcement binôme chef de service/ cadre	2,9%	13,7%	71,1%	12,3%
Déconcentration des décisions au niveau service/pôle	1,6%	10,4%	67,3%	20,6%
Implication des praticiens dans les décisions de l'établissement	1,4%	11,3%	61,5%	25,7%
Implication des soignants dans les décisions de l'établissement	0,9%	6,5%	65,8%	26,8%
Rôle de la CME	2,2%	14,1%	69,8%	13,8%
Médicalisation de la gouvernance hospitalière	1,5%	9,4%	63,5%	25,6%

Le *statu quo* semble impossible à porter au vu des éléments mis en évidence par ces 2 enquêtes et notamment les réponses des praticiens hospitaliers qui estiment à seulement 7,2% que le binôme Directeur / Président de CME actuel fonctionne correctement.

Dans un contexte marqué par une succession de crises depuis 3 ans, tant sanitaires que démographiques et économiques, il devient urgent de concrétiser les engagements du Président de la République en installant définitivement le binôme Président de CME/Directeur à la direction des hôpitaux et tourner la page du « seul patron à l'hôpital » qui reste malheureusement encore ancré dans nos organisations. C'est un prérequis indispensable pour améliorer les conditions d'exercice et l'attractivité des carrières médicales et soignantes à l'hôpital, et en premier lieu au sein des services de soins, qui souffrent actuellement d'un manque réel de reconnaissance et d'emprise sur les décisions.

Sur la base de ces résultats, la Conférence nationale des Présidents de CME et de CMG des CH, à laquelle se joignent les Conférences nationales des Présidents de CME des CHS et des CHU, a formulé 12 propositions au Ministre de la Santé et de la Prévention et à la mission Claris-Baille :

1. Le praticien du tandem doit être le PCME élu mais un PCME renforcé avec plus de moyens et de responsabilités
2. Le PCME doit être positionné comme le responsable de la stratégie médicale de l'établissement et le pilote hospitalier des coopérations territoriales, avec des moyens adaptés et un pouvoir de représentation de l'établissement
3. Des compétences nouvelles en termes de codécisions réglementaires paraissent indispensables : projet médical, ressources humaines médicales, recherche, coopérations territoriales, qualité, sécurité et pertinence des soins
4. Des moyens supplémentaires doivent être attribués tant au PCME, au Vice-PCME qu'à la CME avec notamment du temps et des collaborateurs
5. Des liens étroits doivent exister entre le PCME et les directions fonctionnelles, impliquant une co-hiérarchie dans les domaines de compétence partagée et une transparence complète sur les productions internes et les échanges avec les autorités extérieures
6. Le circuit de décision institutionnel doit être lisible en prenant appui sur une réaffirmation des prérogatives de la CME, une association obligatoire à la construction des éléments financiers de l'établissement (EPRD, PPI, PGFP...), des co-signatures obligatoires et un rôle du Directoire à repenser
7. Le PCME doit pouvoir être investi d'un corpus identifié de responsabilités, se basant notamment sur une feuille de route stratégique, travaillée avec le directeur, et présentée conjointement devant le conseil de surveillance
8. La gouvernance des hôpitaux de proximité mérite une attention particulière pour prendre en compte un modèle fortement intriqué avec la ville mais aussi au vu du faible nombre de praticiens à temps plein, ainsi que celle des CHU pour y associer le doyen
9. Un plan ambitieux de formation managériale doit être conduit afin de pouvoir à terme consolider voire développer les responsabilités du PCME comme des responsables médicaux au travers d'un parcours managérial tout au long de la vie
10. Ce parcours de formation pourra constituer une voie d'accès à des fonctions de chef d'établissement ou de directeurs d'agence sur le modèle du cycle des hautes études de service public
11. Trouver les moyens réglementaires pour que l'ensemble des textes de 2021 et les recommandations du guide « mieux manager pour mieux soigner » soient impérativement mis en œuvre
12. Un marqueur politique est indispensable pour mener la réforme et transformer les organisations, avec par exemple une présidence ou une co-présidence du Directoire confiée au PCME

Elles viennent en complément des textes existants qui doivent s'appliquer obligatoirement partout et maintenant.

Dr Thierry GODEAU

Président de la Conférence Nationale
des Présidents de CME
des Centres Hospitaliers

Pr Rémi SALOMON

Président de la Conférence Nationale
des Présidents de CME
des Centres Hospitaliers Universitaires

Dr Christophe SCHMITT

Président de la Conférence Nationale
des Présidents de CME
des Centres Hospitaliers Spécialisés