



Argumentaire transmis à monsieur le Sénateur Jean SOL lors de la visio conférence du jeudi 18 février 2021



Objet de l'audience

L'AFDS (Association Française des Directeurs des Soins) a eu accès au projet d'ordonnance relative à la réforme de la gouvernance hospitalière, ainsi qu'à la proposition de loi « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification ». **Elle est en total désaccord avec certaines orientations** qui sembleraient prises alors même qu'elles n'ont jamais été évoquées lors des échanges entre l'AFDS et le Ministère de la Santé ainsi que dans la contribution que l'AFDS a transmise à ce sujet.

Contexte

Le texte, porté par la députée **Stéphanie RIST** (LREM, Loiret), a été adopté par l'Assemblée nationale en première lecture en décembre 2020 puis a été examiné en Commission des affaires sociales du Sénat cette semaine avant un examen en séance publique prévu le 17 février 2021 puis reporté au 18 février 2021. C'est ainsi qu'une audience a été sollicitée par **Sylvain BOUSSEMAERE** auprès du Sénateur **Jean SOL** avant l'examen en séance publique.

Contenu du communiqué de l'AFDS du 14 février, complété d'éléments explicatifs et de proposition

1. Une incompréhension dans le cadre des conclusions du Ségur de la Santé

Alors que les conclusions du Ségur de la Santé prônaient des embellies et améliorations au regard de 4 piliers (transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent, définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins, simplifier les organisations et le quotidien des équipes de santé pour qu'elles se consacrent en priorité à leurs patients, fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers), **c'est une véritable douche froide qu'ont pris les directeurs des soins et à travers eux, toute la filière soignante et d'encadrement paramédical.**

2. Une incompréhension en regard du rapport CLARIS relatif à la gouvernance hospitalière

Monsieur le **professeur CLARIS** évoquait, dans le paragraphe « *Revaloriser le service, pierre angulaire à l'hôpital* », la recommandation 17 « *faire du chef de service et du cadre de santé un binôme managérial équilibré et opérationnel* ». De plus, dans le paragraphe « *Pour une gouvernance synergique* », le rapport précise « *Les directeurs des soins doivent être étroitement associés à la réflexion sur le projet de management et de gouvernance détaillé ci-dessous, en lien fort avec le directeur et le PCME* ». De ce fait, nous ne comprenons pas pourquoi les textes sur la gouvernance ne renforcent pas les co-pilotages chef de service/cadre de santé ; chef de pôle/cadre supérieur de santé (CSS) ; président de CME (PCME)/directeur général (DG)/directeur des soins (DS). Cette complémentarité, si elle était affichée et volontaire sur l'ensemble des organisations hospitalières, pourrait se traduire au sein d'un directoire équilibré entre les communautés administratives, médicales et paramédicales.

Il importe par ailleurs que la liberté d'organisation interne n'émane pas d'une unique co-décision DG / PCME, mais bien d'une **réelle concertation entre le trio de la gouvernance DG /PCME/ DS** qui a déjà fait ses preuves dans les établissements qui l'ont testée.

3. Une incompréhension en regard des recommandations du rapport NOTAT relatif aux instances représentatives hospitalières

Ce rapport souligne une organisation actuelle peu intégrée, reposant seulement sur le directeur général (DG) et le PCME (président de la Commission Médicale d'Établissement) élu. Il propose une organisation davantage intégrée reposant sur le trinôme DG-PCME-PCSIRMT (président de Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et MédicoTechniques), conception totalement partagée par l'AFDS qui est fortement engagée autour de la complémentarité des acteurs, quel que soit leur niveau d'intervention, **à condition que le président de la CSIRMT reste le coordonnateur général des soins et non un membre élu** (nous reviendrons plus loin sur l'argumentaire de l'AFDS à cet effet). L'AFDS croit à l'intégration définitive de la notion de projet médico-soignant d'un bout à l'autre de la stratégie de gouvernance de nos établissements de santé. **La crise COVID a bien démontré l'efficacité de la collaboration directeur/PCME/PCSIRMT dans la gestion de crise.** Si cela marche en situation de crise, pourquoi cela ne marcherait pas dans le cadre du fonctionnement quotidien de nos établissements ? Nous pensons que la co-élaboration direction-communauté médicale-communauté paramédicale ne peut que contribuer à la plus grande pertinence de nos modèles organisationnels.

Par contre, **l'AFDS ne peut pas cautionner l'idée exprimée dans ce rapport selon laquelle la CSIRMT serait une instance réunissant surtout l'encadrement car cela est faux** puisque les cadres de santé ne font partie que d'un seul collège sur les trois composant la CSIRMT (avec celui des personnels Infirmiers, de Rééducation et MédicoTechniques et celui des aides-soignants), les membres de chaque collège ayant été élu par les personnels soignants du Centre Hospitalier.

4. Une grande méfiance concernant la fusion de la CME et de la CSIRMT au profit d'une commission médico-soignante

Le fait de pouvoir faire en sorte que les CME (Commissions Médicales d'Établissement) et les CSIRMT (Commissions de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques) se rencontrent plusieurs fois par an, sur des sujets partagés paraît être une opportunité. Ce travail collectif permet le respect des

identités des uns et des autres, tout en les rapprochant. Mais à ce titre, **la CSIRMT ne peut pas être une sous-commission de la CME** car elle doit garder ses capacités de travail et d'autonomie de réflexion au même titre que la CME.

Cependant, si la fusion des CSIRMT de chaque établissement du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) s'inscrit en droit d'option, l'AFDS ne peut être en accord quand le document de travail explicite qu'une « *commission médico-soignante peut être organisée pour contribuer à l'élaboration et à la structuration des filières de soins définies par le projet médical et de soins partagé* » au niveau du GHT et que « *cette commission commune pourrait prendre la forme d'une sous-commission de la future CMG* » (Commission Médicale de Groupement).

L'AFDS n'est pas du tout favorable à une commission médico-soignante qui serait une sous-commission de la CMG. La CSIRMT et la CME, comme la CSIRMT de territoire et la CMG, sont des instances ayant des missions propres et sont actuellement présidées par des personnes différentes.

L'idée d'une commission médico-soignante est éventuellement envisageable sous réserve d'un accord express des présidents respectifs et sous réserve de certaines conditions préalables : réel projet médico-soignant (local et de territoire), collaboration effective entre les acteurs (l'AFDS prônerait alors pour une co-présidence et non une seule présidence par le président de la CME ou CMG avec le coordonnateur général des soins comme vice-président) et une composition équilibrée (50% à composante médicale et 50% à composante paramédicale issue des collègues cadres de santé-personnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques, aides-soignants).

Dans ce cas, **il serait normal que le coordonnateur général des soins ne soit pas seulement membre de droit du Directoire mais en devienne vice-président au même titre que le PCME.** Chaque acteur a son importance et l'approche collaborative est, pour l'AFDS, plus intéressante et cohérente que l'approche intégrative. C'est la moindre des choses pour une reconnaissance effective de toutes les forces vives hospitalières, y compris celles issues de la filière soignante !

Autre proposition : si une commission médico-soignante était créée, ce ne serait pas pour se substituer aux CSIRMT et CME mais éventuellement pour **se réunir sur des thématiques partagées lorsque les acteurs le jugent nécessaires**, par exemple sur les IPA (Infirmières en Pratiques Avancées), les protocoles de coopération entre professionnels de santé, la recherche et l'innovation, la simulation en santé, la formation, etc.

5. Un profond désaccord avec la délégation de signature accordée au chef de pôle sur les ressources humaines du PNM (Personnel Non Médical)

Même si cette délégation de signature était réalisée en étroite collaboration avec le CSS, l'AFDS considère que ce n'est pas une mesure raisonnable et adaptée car c'est une des missions du DS actuellement de garantir une équitable répartition des RH sur l'ensemble des pôles, sans parler de leur compétence spécifique de management (organisation, gestion et communication) des paramédicaux.

Cette proposition remet en question l'essence même de la présence des cadres, CSS et DS dont la plus-value se situe sur des compétences de management et de pédagogie acquises après sélection, formation diplômante etc.

De plus, cette délégation par pôle comporte un risque majeur d'iniquité dans le traitement des situations individuelles des agents et constituerait un point faible dans la gestion des situations conflictuelles au sein de chaque pôle.

6. L'absence de pertinence et de légitimité à avoir un président élu à la tête de la CSIRMT

Ce serait tout d'abord en effet renier la place des directeurs des soins et mépriser leur rôle majeur institutionnel dans la gouvernance de l'établissement. La présidence de la CSIRMT doit être portée par le directeur des soins car **la CSIRMT est un des outils de travail des DS pour promouvoir et piloter le projet de soins**, qu'il soit individualisé ou médico-soignant, institutionnel ou territorial dans le cadre de la CSIRMT du GHT. Sa présidence ne peut être assurée que par un DS car il englobe les 3 niveaux de compétences nécessaires au top management hospitalier paramédical : stratégique, de coordination et opérationnelle. Il connaît les enjeux majeurs à piloter pour garantir une prise en charge de qualité des patients, des filières de soins adaptées et une qualité de vie de tous les professionnels. C'est leur cœur de métier...

Imaginerait-on de la même manière que le CHSCT ou le CTE, qui pourtant sont des instances représentatives, ne soient plus présidés par le DG comme c'est le cas aujourd'hui mais par un membre élu en leur sein ? Soyons réalistes et pragmatiques.

Ensuite, le parallélisme de fonctionnement de la CSIRMT avec la CME n'est pas envisageable pour différentes raisons :

- il ne faut pas confondre des médecins qui, en plus de l'exercice clinique, ont des responsabilités de management et de représentation au sein des institutions avec les DS qui sont des managers de métier et dont l'exercice principal est le management et la conduite de projets (que ce soit au sein d'un établissement de santé que dans un institut de formation ou une école paramédicale) au bénéfice des usagers
- les médecins n'ont pas le même statut que les professionnels paramédicaux de l'hôpital qui eux sont fonctionnaires
- le président de la CME est élu parmi d'autres médecins sans lien hiérarchique, ce qui n'est pas le cas des membres de la CSIRMT. Comment imaginer qu'un aide-soignant pourrait éventuellement présider une instance alors qu'il aurait en face de lui des supérieurs hiérarchiques parmi les infirmiers, cadres de santé et directeur des soins ?
- le PCME ne peut être élu président que s'il n'est pas chef de pôle donc à un degré différent, il faudrait garder la même logique pour la CSIRMT

L'AFDS revendique que la Présidence de la CSIRMT demeure sous la responsabilité du DS. Il est en effet souhaitable que cette instance demeure un lieu de concertation professionnelle pour mettre en œuvre les projets de l'établissement, de manière opérationnelle et consensuelle. Le DS est en première ligne des réflexions et des travaux engagés pour la qualité des parcours patient et l'amélioration continue des organisations.

À l'inverse, il ne faut pas politiser cette instance en promouvant l'élection de son président car cela conduirait à une seconde instance représentative des personnels non médicaux aux côtés du CTE (ou futur CSE = Comité Social d'Etablissement). À l'inopérabilité de ce changement s'ajouterait l'inutilité et la répétition des prises de décisions.

Enfin, cela impliquerait ipso facto une modification du statut des directeurs des soins réglementé par le décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la Fonction Publique Hospitalière qui précise : « **Président de la CSIRMT, il est membre de droit du Directoire. À ce titre, il contribue à l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques** ».

Afin de rehausser le rôle de la CSIRMT parmi les organes consultatifs de l'établissement et de garantir aux personnels paramédicaux la représentation assurée par ailleurs au corps médical et la participation au projet d'établissement, il serait par contre éventuellement opportun, outre la présence actuelle d'un membre de la CSIRMT au Conseil de Surveillance et à la Commission des médicaments et des dispositifs médicaux, de proposer qu'un de ses membres soit élu pour intégrer le Directoire (non pas à la place du directeur des soins qui en serait membre de droit voire 2^e vice-président, mais en complément) .

7. Une méconnaissance du périmètre des attributions de la CSIRMT

Le projet de texte évoque aussi que « *la CSIRMT pourra donner son avis sur la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques* », point sur lequel l'AFDS est totalement en accord puisque c'est déjà une des compétences qui lui sont attribuées depuis 1991 et qui a été maintenue dans le décret du 30 avril 2010 qui lui a par contre enlevé la nécessité qu'elle soit consultée sur le projet d'établissement et l'organisation interne (suite à la répartition des missions entre le conseil de surveillance et le Directoire, remplaçant à l'époque le Conseil d'administration et le Conseil exécutif).

Pourquoi ne pas proposer de lui réattribuer ces éléments en y ajoutant certaines attributions également confiées à la CME, comme les modalités d'accueil et d'intégration des étudiants ou la politique de coopération territoriale ?

Pour conclure cette audience, il est important de rappeler que les directeurs des soins ont toujours été force de propositions pour améliorer le système de santé et qu'ils jouent un rôle majeur dans la gouvernance des établissements de santé, sous l'autorité du chef d'établissement et en collaboration avec le PCME. Puissent-ils être écoutés et reconnus comme tels de manière à continuer à fédérer les équipes et conserver le rôle de chef d'orchestre de toute la filière soignante qui leur est confié.

Encore faut-il écrire correctement la partition pour mettre en musique tous les instruments. Car, comme en musique, c'est l'orchestration de tous les déterminants défendus par l'AFDS qui fait de la partition initiale, le support de lecture de la vision stratégique, de coordination et opérationnelle, nécessaire pour améliorer le parcours du patient à toutes les étapes de sa prise en charge à l'hôpital...

Nous vous remercions vivement pour votre écoute, Monsieur le Sénateur, et nous espérons pouvoir compter pleinement sur votre soutien.

Contact secretariat@directeurdesoins-afds.com
03.57.80.60.20

Le Président de l'AFDS,
Francis MANGEONJEAN



ASSOCIATION FRANÇAISE DES DIRECTEURS DES SOINS
www.directeurdesoins-afds.com - secretariat@directeurdesoins-afds.com

 @AFDS_Officiel