

VADEMECUM du PCME

Un guide riche et utile pour les PCME et les futurs candidats.

Le SNPHARE salue cette publication et rappelle les difficultés structurelles qui pèsent sur la fonction de PCME et entravent le fonctionnement des CME.

La **Conférence Nationale des Présidents de CME de CH** et l'**ARS Grand Est** ont publié un guide à l'usage des Présidents de CME et des candidats à la fonction. Cet ouvrage a été coordonné par les docteurs **David Piney**, **Thierry Godeau** et **Cynthia Garignon**.

Il passe en revue une quantité de sujets qui seront le quotidien du Président de CME :

Prise de fonctions - gouvernance - instances - rôle du PCME - rapports avec DG - instances territoriales et régionales - FHF - conférence des PCME - CPTS - ARS et commissions - management participatif - PAQSS - gestion et EPRD - gestion des projets - lien ville hôpital - réforme des études médicales - régime des autorisations - conciliation/médiation - statuts médicaux et gestion RH médicale - transition écologique



Ce guide représente un gros travail et comble un vide. C'est en effet essentiel que les PCME, comme d'autres praticiens, comprennent l'hôpital, son fonctionnement et ce qu'il y a autour. La charge de travail qui pèse sur les PCME est bien mise en évidence (ne serait-ce que par la taille de ce guide). L'éventail des sujets à maîtriser est très large et ce document n'est pas de trop. Tout hospitalier qui s'intéresse à l'organisation interne et au-delà y trouvera matière à apprendre et mieux comprendre.

Ce document guide le PCME dès sa prise de fonction (temps dédié, organisation de la mandature, premières étapes) puis pour les passages obligés qui rythment l'instance. C'est une très bonne initiative de la conférence des PCME de CH et de l'ARS Grand Est.

Il est à retrouver ici : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/141312/download?inline>

Cette publication est aussi l'occasion de rappeler le contexte de l'hôpital public en 2025 et ce qui peut rendre difficile le mandat à la tête d'une CME.

1. La charge de travail et le temps à y dédier

Il faut un temps suffisant et naturellement les PCME souhaitent garder une activité clinique.

Le vadémécum n'explique pas le rôle du ou des vice-présidents de CME. Une organisation concertée avec des vice-présidents aux rôles définis pourrait représenter une partie de la réponse au dilemme entre clinique et institution. Une autre forme d'organisation pourrait s'appuyer sur le bureau de CME ou les présidents de sous-commissions.

2. Le contexte de l'hôpital de 2025, un état des lieux hérité de la loi HPST de 2009

La loi HPST ou loi Bachelot a concentré le pouvoir interne sur la personne du directeur général. Si de timides aménagements ont été consentis ces dernières années (liberté d'organisation - retour au service comme unité de référence - guide "mieux manager pour mieux soigner"), le circuit de décision à l'hôpital a peu changé et **la combinaison HPST – T2A – ONDAM fermé** continue à produire ses effets (bénéfiques pour certains établissements qui tirent parti de l'activité - mais catastrophiques pour de nombreux autres sans parler de la violence économique qui s'exerce sur l'offre des soins pas assez rentables, donc sur les patients et sur les personnels).

Ce vadémécum du PCME n'aborde peu ou pas le principe du retour au **service comme "échelon de référence en matière de gestion"** tel qu'il est passé dans le code de santé publique lors du Ségur de la santé. Les exemples de fiches de poste de Chef de Pôle et de Chef de Service ne semblent pas s'en inspirer. La possibilité de tenir des **séances communes CME-CSIRMT** est mentionnée. C'est l'occasion d'appuyer sur ce point pour 3 raisons : il est nécessaire de décroiser les débats internes, ces séances communes sont appréciées là où elles sont organisées et, **la loi Jomier sur les ratios de soignants dans les services** ayant été adoptée, il va falloir trouver une méthodologie hospitalière pour leur définition locale ; ces séances communes peuvent être la solution.

Enfin, on reproche régulièrement à la gouvernance hospitalière de n'être pas assez légitime et nous rappelons que rien n'interdit aux praticiens d'**élire les chefs de service et de pôle**.

3. L'expression des médecins à la CME / les "CME d'expression"

On connaît, du moins sur le papier, la CME comme le lieu de représentation des personnels médicaux pour discuter et rendre des avis sur le projet d'établissement au sens large. Elle est aussi l'instance, **faute de mieux**, où les médecins sont représentés pour discuter des conditions de travail. C'est de fait l'instance du "dialogue social" local pour les praticiens et, en comparaison de ce qui existe pour les autres personnels (que les praticiens côtoient quotidiennement), cette fonction de la CME ne satisfait pas aux standards actuels. Les **représentants syndicaux élus** n'y ont pas leur place et il n'y a pas d'équivalent de la **F3CST** auprès de la CME ni d'obligation d'y présenter le **DUERP** (cf. fin de texte pour le lexique). Si une alerte pour danger grave et imminent (**DGI**) pour la santé et la sécurité des agents est déposée par un personnel médical sur le registre ad-hoc, qu'aucun médecin ne connaît par ailleurs, elle ne déclenchera pas une saisine automatique de la CME, contrairement à un DGI concernant les autres personnels hospitaliers, régis par le CGFP (code général de la fonction publique), avec saisine de la F3SCT en urgence. La CME ne peut pas faire une **visite de locaux ou de situation de travail** à la demande d'un praticien. Les membres de la CME ne reçoivent pas de **formation à la santé et sécurité au travail**, ni de formation réglementaire.

Par ailleurs la CME n'est pas pensée comme une instance d'expression horizontale, encore moins ascendante. Dans l'idéal, le PCME est élu sur la base d'un projet résultant d'un constat partagé, donc légitime. Néanmoins, sans la contribution active des membres de la CME, le PCME risque la déconnexion et une perte progressive de sa légitimité. Pour éviter cette situation, on peut rappeler que rien n'interdit de convier toute la communauté médicale, une fois ou régulièrement. Les retours des praticiens auprès du SNPHARE sont quasi unanimes : les CME sont devenues de simples chambres d'enregistrement d'informations descendantes.

La réglementation ne dit pas si le PCME peut ou non organiser des discussions sans la direction. Mais, si la tenue de l'instance exige sa formation plénière pour les temps formels d'information et de délibération, rien n'empêche de convoquer, dans un temps contigu ou séparé, une **"CME d'expression"** où seule la communauté médicale est présente, avec les invités qu'elle souhaiterait entendre. Nous connaissons des situations explosives désamorcées par la tenue de ce type d'assemblée. Cela peut être utile à des moments clés de la mandature, en cas de difficultés économiques ou de mauvais climat social notamment. Après les débats, **des rapporteurs** peuvent informer la CME en formation plénière. Le PCME construisant ainsi sa légitimité saura d'autant mieux tenir une position difficile, seul devant le Directeur Général. Ceci est une proposition d'équilibre, pas une proposition en défiance de la direction.

4. La CME n'est que consultative et encore, si on la consulte !

Le Vadémécum replace la CME dans le schéma complexe des différentes instances de l'établissement et rappelle qu'elle n'est que consultative. C'est l'occasion de signaler que de nombreux acteurs hospitaliers

déplorent que les CME ne soient pas toujours consultées et qu'elles soient **devenues de simples chambres d'enregistrement des décisions du directoire** ? Directoire qui ne devrait avoir lieu qu'après la CME. Comment un directoire peut-il s'éclairer des avis de la CME si celle-ci a lieu après ?

5. La conciliation et la médiation

Le vadémécum-PCME les décrit et en explique les différences. Cela contribue à mieux faire connaître ces dispositifs encore nouveaux et sous-utilisés.

A cet égard, on peut souligner qu'il y a une place pour la prévention des conflits ou de leurs conséquences délétères sur les praticiens ou les services. Le dialogue avec les services de santé au travail, avec les représentants syndicaux peut contribuer à agir tôt dans l'évolution d'un conflit.

Aussi, dans la même optique, on peut encourager la création de **commissions de vie hospitalière (CVH)** qui pallient souvent les carences détaillées au point 3. C'est dommage que le document n'en parle pas.

6. Connaissance des statuts pour un PCME vu comme un DRH médical

Ce chapitre indispensable ne peut pas être complet car un livre entier n'y suffirait pas. Toutefois, des points importants de la réforme de 2022 pourraient être évoqués (changement de quotité de travail, valences non cliniques...) car ils sont au cœur de beaucoup de débats, de désaccords voire de conflits.

Aussi, pour comprendre les enjeux actuels de **l'attractivité et de la fidélisation des médecins** à l'hôpital public, il faut savoir :

- que 2 populations de PH coexistent actuellement avec des salaires de base très différents pour la même quotité de travail (perte des 4 ans d'ancienneté des PH nommés avant octobre 2020),
- que les heures supplémentaires des médecins (TTA) sont moins bien payées que les heures normales,
- les lacunes des statuts médicaux concernant les droits aux congés, aux ASA, à l'indemnité de résidence, au supplément familial de traitement,
- l'absence de prise en compte de la pénibilité et des risques professionnels dans les carrières médicales,
- la part du travail de nuit à l'hôpital et le coût social et sanitaire qu'en paient les médecins.

Cependant, on ne pourra reprocher à un PCME de méconnaître toutes les finesses des statuts médicaux. Rappelons aussi que les syndicalistes sont aussi là pour ça.

7. Respect de la réglementation et hiérarchie des normes

Une connaissance minimale de la lecture de la réglementation semble indispensable à la fonction de PCME. La DETT de 2023 (24 heures consécutives maximum, 48 heures hebdomadaires) et la décision du Conseil d'Etat du 22 juin 2022 sont des bornes infranchissables qu'il faut maîtriser avant de co-signer une convention ou un contrat d'engagement portant sur le TTA individuel ou collectif par exemple. Des établissements ont été pointés pour des primes non réglementaires, des comptes de TTA fictif voire des lignes de permanence des soins fictives. Les risques financiers et juridiques étant réels, on ne peut qu'encourager les PCME à ne pas signer des documents qui instaurent des organisations ou rémunérations non réglementaires. Une discussion "préventive" avec les organisations syndicales de médecins peut aussi aider le PCME dans ce domaine.

8. Les conflits de valeur entre PCME et directeurs généraux

Un kit de survie serait bienvenu. Toutefois et étonnamment, on peut trouver dans ce vadémécum un chapitre pratique invitant à détecter une **gestion financière insincère**. Si ces deux pages détonnent fortement au milieu d'un document plus convenu, il faut malheureusement reconnaître que, loin d'être une généralité, des présentations financières insincères pour justifier des plans sociaux, ont déjà eu lieu.

9. Les CRP (commissions régionales paritaires). Oui mais activons-les !

L'existence des CRP, largement méconnues des praticiens, est mentionnée dans le vadémécum. C'est une bonne chose mais on ne peut omettre qu'elles fonctionnent assez mal faute de volonté de la part des DG d'ARS. Pourtant, l'arrêté du 28 septembre 2021 sur les CRP ne dit pas qu'elles sont facultatives.

Ce Vadémécum du PCME dresse un panorama de ce qu'il faut connaître et des sujets qui s'imposeront lors du mandat d'un PCME. Il représente un travail conséquent et indispensable, et qui mérite une diffusion nationale. Il sera utile à de nombreux candidats à la fonction. Aussi, devons-nous rappeler que pour une CME opérationnelle et une présidence optimale, on peut mieux utiliser des dispositifs existants (séances communes CME-CSIRMT, CRP), activer des possibilités que la réglementation n'empêche pas (CVH, CME d'expression, élections des chefs de service et de pôle) mais aussi engager des réformes structurelles nécessaires (révision de la loi HPST, réduire encore la part de T2A, programmation pluriannuelle plutôt qu'un ONDAM fermé).

- *PM : personnel médical*
- *PNM : personnel non médical*
- *F3SCT : formation spécialisée sur la santé, la sécurité et les conditions de travail*
- *DUERP : document unique d'évaluation des risques professionnels*
- *TTA : temps de travail additionnel*
- *ASA : autorisation spéciale d'absence*
- *DETT : directive européenne sur le temps de travail*
- *CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques*
- *CRP : commission régionale paritaire*