



Consternation et incompréhension chez les directeurs des soins qui tirent la sonnette d'alarme !

COMMUNIQUÉ

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.

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.

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.

Dans le cadre de son rapport 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 copilotages 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**.

L'AFDS est fortement engagée autour de **la complémentarité des acteurs**, quel que soit leur niveau d'intervention.

Le fait de pouvoir faire en sorte que les CME (Commissions Médicales d'Établissement) et 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 collèges 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 !

Par ailleurs, l'AFDS n'est pas en accord avec la délégation de signature accordée au chef de pôle sur les ressources humaines du PNM (Personnel Non Médical), même en étroite collaboration avec le CSS. 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.

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.**

ASSOCIATION FRANÇAISE DES DIRECTEURS DES SOINS

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.

De la même manière, **l'AFDS ne voit pas de pertinence ni de légitimité à avoir un président élu à la tête de la CSIRMT**. C'est renier la place des directeurs des soins et dénier 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...

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, dans un institut de formation ou une école paramédicale) au bénéfice des usagers. 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.

Les directeurs des soins ont toujours été force de propositions pour améliorer le système de santé et 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...

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

