



"Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple"

Jacques Tenon - " Mémoires sur les hôpitaux de Paris" 1788

## **Petites histoires de la CME**

La Commission médicale d'établissement plus habituellement désignée par l'acronyme de CME est probablement l'instance la plus souvent citée par les praticiens des hôpitaux.

Symbole tantôt de pouvoir médical, tantôt de perte de pouvoir, cette instance est celle sur laquelle se cristallise le plus les joies, mais surtout les peines de la communauté médicale.

### **Un peu d'histoire**

C'est la loi du 7 août 1851 qui érige en établissements autonomes les hospices et hôpitaux jusqu'alors rattachés aux communes, et leur donne une personnalité morale. Les commissions administratives communales d'organes de surveillance deviennent des organes de direction.

Les médecins chirurgiens et pharmaciens sont nommés par cette commission, mais ne peuvent être révoqués que par le ministre après avis du préfet.

Pour autant, ils ne siègent ni ne participent réglementairement aux commissions administratives et restent cantonnés dans le domaine du soin.

Ce n'est qu'à partir de la loi du 21 Décembre 1941 encore appelée "Charte Hospitalière" que se profile une organisation médicale moderne. Cette loi avait en fait été initiée par un décret loi de 1939, malheureusement jamais mis en œuvre du fait de la chute de la troisième république et de la déclaration de guerre.

Cette loi de 41 complétée par un décret de 43 fixait les nouvelles institutions de l'hôpital moderne :

Apparition des services, des chefs de service, mise en place d'une commission médicale consultative.

Les commissions administratives restaient en majorité composées d'administrateurs communaux, présidés par le maire. Des représentants de la commission médicale intégraient cette instance.

par la suite, et malgré de nombreuses modifications de la réglementation des hôpitaux, la commission médicale ne voit pas de modifications radicales ni de sa composition, ni de son rôle consultatif.

Pour autant son rôle durant toutes ces années reste important, voire prépondérant dans la vie de l'hôpital, permettant de mettre en place ce que d'aucuns ont bien voulu qualifier de "Pouvoir médical", mais qui somme toute ne traduisait que l'importance du corps médical dans la prise de décision et la gestion des établissements.

C'est avec le plan hôpital 2007, annoncé en 2002 que les grands bouleversements vont arriver, avec en particulier la mise en place en 2005 de la nouvelle gouvernance. Le rôle de la CME se voit clarifier et somme toute temporairement renforcé, sur des bases réglementaires précises, celles des ordonnances de mai 2005.

Elles introduisent une notion de gouvernance partagée entre le directeur et les médecins, dans le cadre d'un comité exécutif composé à parité de responsables administratifs désignés par le directeur, et de médecins, président de CME et essentiellement responsables de pôle, désignés par la CME.

## **La CME après les ordonnances de 2005**

### **Composition de la CME**

Il s'agit des représentants du personnel médical, odontologique et pharmaceutique. La CME élit son président.

Sa composition est fonction de la nature de l'établissement. Pour un centre hospitalier (CH), par exemple : les responsables de pôle d'activité clinique ou médico-technique ainsi que les chefs de service qui sont membres de droit. A parité avec ce premier collègue sont élus des représentants des praticiens hospitaliers titulaires et, le cas échéant, des représentants des pharmaciens.

Cinq représentants au total des médecins, odontologistes et pharmaciens contractuels, deux représentants des internes et des résidents, une sage-femme complètent la composition de cette CME.

Les articles R.6144-8 et R.6144-13 du CSP précisent la composition de la CME dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les hôpitaux locaux.

L'article R.6144-28 CSP détaille par ailleurs la qualité des personnes qui siègent à la CME avec voix consultative, comme le directeur général, le directeur de l'établissement ou, pour les syndicats inter-hospitaliers, le secrétaire général.

### **Rôle de la commission médicale d'établissement**

Les missions de la CME sont fixées par l'article R.6144-1 du CSP. Elle prépare, aux côtés du directeur dans les hôpitaux locaux et avec le conseil exécutif dans les autres établissements publics de santé, le projet médical d'établissement. Elle est également chargée d'organiser la formation continue (art. L.4133-1 du CSP) et l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles en préparant, avec le directeur ou le conseil exécutif, les plans de formation des praticiens et les actions d'évaluation des

médecins. En outre, elle peut délibérer sur des choix médicaux, dans certaines conditions, énumérées à l'article L.614 4-1 du CSP.

Dans le cadre des procédures de contractualisation interne entre les établissements publics de santé et leurs pôles d'activité, le contrat est négocié et cosigné par le directeur et le président de la CME, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part (art. L. 6145-16 du CSP). La CME pourra, aux côtés du comité technique d'établissement (composé de représentants du personnel hospitalier), demander au conseil d'administration la réalisation d'un audit en cas d'écart significatif et prolongé entre objectifs et résultats (art.R.6143-31 du CSP).

L'article L.6146-3 du CSP prévoit que les responsables de pôle sont nommés par **décision conjointe** du directeur et du président de la CME. De même, les chefs de service sont affectés par décision conjointe du directeur et du président de la CME (art. L.6146-4 du CSP).

#### **La CME est également chargée de rendre des avis:**

- sur l'organisation des activités médicales
- sur la nomination des praticiens hospitaliers à plein temps
- sur les questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des praticiens.
- elle est par ailleurs consultée, pour avis, sur les projets de délibération mentionnés à l'article L.6143-1 du CSP : projet d'établissement, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, état des prévisions de recettes et de dépenses , propositions de tarifs de prestations (art., organisation interne de l'établissement, politique sociale, etc.

De la CME continuait à émaner une ou plusieurs sous commissions en charge de diverses problématiques.

Au total, et malgré des précisions réglementaires insistant sur les rôles et attributions des CME, celles ci conservaient un statut particulier et important dans les établissements de santé.

Ce que certains ont pu considérer comme l'âge d'or du pouvoir médical était néanmoins en train de vivre ses dernières heures, et déjà, les prémises du plan hôpital 2012 laissaient augurer une période moins propice.

Petit à petit nous étions passés d'une CME purement médicale, c'est à dire appartenant aux médecins, obligatoirement consultée et émettant des avis sur le quasi-totalité des points débattus en conseil d'administration, à une CME réglementée mais permettant l'exercice d'un pouvoir officiellement partagé.

L'arrivée de la loi HPST faisait basculer les hôpitaux dans un nouveau paradigme comme on aime tant à le dire dans le langage technocratique actuel.

### **La CME de la loi HPST**

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Journal officiel, 22 juillet 2009) apportait une refonte profonde de la gouvernance, et par la même du rôle, des compétences et attributions, et donc de l'essence même de la CME.

## La refonte de la gouvernance

Le conseil d'administration devenait un Conseil de surveillance, et si on lit bien les textes, toutes les compétences de l'ex Conseil d'Administration sont transférées au directeur.

Le directeur devient effectivement le seul maître à bord si il le souhaite, et pour gouverner ne doit que se concerter avec le directoire et non en demander l'avis.

Le directoire remplace l'ex conseil exécutif, et si le président de CME en est le vice président, c'est bien le directeur président du directoire qui en nomme les membres, essentiellement d'ailleurs des chefs de pôle, que le directeur aura nommé lui-même, certes théoriquement en bonne intelligence avec le Pdt de CME et donc à priori la communauté médicale qui l'a élu.

Les pôles ont été renforcés, les chefs ont remplacés les responsables, ils sont nommés par le directeur sur proposition du Pdt de CME, mais en cas de désaccord avec lui, au final par le directeur et lui seul.

Les services ont disparus de la réglementation de même que les chefs de service nommés par le CNG pour le ministère.

Les responsables de structures internes qui les remplacent sont maintenant nommés localement et ont perdu le droit de faire automatiquement partie de la CME nous le reverrons.

## Evolution de la gouvernance

|                                    | 1996  | 2003-07  | 2009  |
|------------------------------------|---|--|---|
| <b>Gouvernance interne des EPS</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>•Délibératif: CA Directeur</li><li>•Consultatifs: CME, CTE,CSIRMT</li><li>•Services</li></ul> | <p><b>Nouvelle Gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>•CA: Délibératif + Surv. Directeur</li><li>•Conseil Exécutif</li><li>•Consultatifs: CME...</li><li>•Pôles + Services</li><li>Contractualisation interne, délégation gestion</li></ul> | <p><b>Nouvelle nouvelle Gouvernance.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>•Conseil surveillance</li><li>•Le Directeur et le directoire *</li><li>CME recentrée et affaiblie</li><li>•Pôles **</li><li>•Renforcement Chefs de pôles</li></ul> |

\* Le directoire dont le directeur est le président, et le Pdt de CME le vice-président

**\*\* les services disparaissent de la réglementation (même si on peut laisser ceux qui existaient en place) les structures internes sans 'poids » réglementaire les remplacent**

Parallèlement à ces réformes la CME n'est pas supprimée, mais sa composition revue, de même que ses attributions. Elle est globalement réduite à une chambre d'enregistrement pour les sujets qui auparavant en constituaient l'essence, et recentrée vers un rôle de structure qualité/formation qui était auparavant l'apanage de ses sous commissions.

### **La Nouvelle CME, sa composition :**

Comme on l'a vu, les pôles prennent une importance majeure dans cette nouvelle architecture, et les services, base même de l'organisation médicale et pharmaceutique perdent toute existence réglementaire. Parallèlement, les chefs de service et maintenant les responsables d'unité fonctionnelle perdent le droit de siéger « de droit » à la CME (ils conservent cependant un collège spécifique), les chefs de pôle conservent ce privilège.

### Composition des CME de CH

| <b>De Droit</b>  | <b>À titre consultatif</b>                 |
|--|--|
| 1. Tous les Chefs pôles  | Directeur +/-autres                        |
| <b>2. Représentants élus des Responsables de Structures Internes : Service ou UF</b> | Le Pdt CSIRMT                              |
| 3. Représentants élus des PH titulaires  | Le médecin DIM                             |
| 4 Représentants élus des médecins temporaires , contractuels ou libéraux             | Le Représentant élu du Comité d 'Ethique : |
| 5. Sage Femme  | PH responsable de L'Equipe op. d'Hygiène : |
| 6. Représentants des Internes Médecine, pharmacie                                    |  |

## Composition des CME de CHU

| De Droit   | À titre consultatif                      |
|--|--|
| 1. Tous les Chefs pôles si <11<br><b>SI &gt; 11 → le RI détermine le N. d'élus parmi et par CP (N&lt;10)</b> | Directeur +/-autres                      |
| <b>2. Représentants élus des Responsables de Structures Internes</b> : Service ou UF                         |  |
| 3. Représentants élus des PHU  | Le Pdt UFR ou du CCE                     |
| 4. Représentants élus des PH titulaires  | Le Pdt CSIRMT                            |
| 5. Représentants élus des médecins temporaires , contractuels ou libéraux                                    | Le médecin DIM                           |
| 6. Sage Femme  | Le Représentant élu du Comité d Ethique  |
| 7. Représentants des Internes en Médecine, pharmacie   | PH responsable de l'Equipe op. d'Hygiène |

### La mise en place de la CME

Nous ne reviendrons pas sur l'intégralité des dispositions concernant la CME, mais plusieurs points sont à mettre en exergue :

En théorie le Pdt de CME ne devrait pas également être chef de pôle

Le bureau de la CME, auparavant obligatoire si la CME avait plus de vingt membres ne l'est plus

Les commissions émanant de la CME n'ont plus de caractère obligatoire

Les sessions en formation restreinte n'existent plus, les discussions ayant trait aux plans de carrière et aux recrutements individuels ne faisant plus partie des attributions de la CME

Deux points sont par contre très importants et permettent un « contournement » du caractère restrictif des attributions de ces « nouvelles » CME

La CME définit librement son organisation

La CME écrit son règlement intérieur

Ces deux points précisés par le législateur ont permis à de nombreux établissements de rétablir le caractère obligatoire de la présence des responsables de structure interne en fixant un nombre de

sièges équivalent au nombre de responsables. au préalable le règlement intérieur pouvait réintroduire le découpage en services.

De la même façon, le règlement intérieur peut prévoir que tous les sujets seront soumis à un avis et à une délibération de l'instance, même si cela n'a aucun caractère réglementaire.

L'organisation de commissions, sous commissions peut également être officialisée et mise en place.

Pour autant, cette stratégie de « contournement » n'est pas obligatoirement complètement possible, le législateur ayant prévu que le règlement intérieur devait être intégré à celui de l'établissement et de ce fait validé et approuvé par le directeur.

### **Les attributions de la CME**

#### **1. La CME contribue à l'élaboration de la**

\* Politique d'amélioration continue de la qualité et de sécurité des soins (PACQSS) et des

\* Conditions de prise en charge et d'accueil des usagers (CAPECAU)

Elle propose un Programme d'actions assorti d'indicateurs

#### **2. Elle est consultée** sur les matières la concernant dans des conditions fixées par Décret

#### **3. Les EPS mettent à la disposition du Public les résultats publiés chaque année des indicateurs de qualité et de sécurité .**

### **Attributions générales fixées :**

#### La CME est saisie pour consultation et AVIS

##### 1. Projet médical Projet d'établissement

Missions de service public (Modifications des M attribuées)

Conventions constitutives des CHU + Statut des fondations hospitalières

##### 2. Règlement intérieur Modalités et politique d'intéressement, bilan social

##### 3. Programmes d'investissement, équipements médicaux

##### 4. Plan de DPC

Tout sujet relevant de son champ de compétence par le Pdt du directoire, le Pdt du CS ou le DGARS

La CME est saisie (***dessaisie en l'occurrence***) pour information

##### 1. CPOM+EPRD initial et ses modifications

Compte financier et affectation du résultat

##### 2. Politique de recrutement des emplois médicaux

##### 3. Rapport annuel d'activité

Bilan annuel des tableaux de service

4. L'organisation de l'établissement + Contrats de pôle

Organisation formation des étudiants internes et Liste des postes

Projet de soins infirmiers

**La CME perd le droit de donner des avis sur les recrutements médicaux, et les finances de l'établissement**

Par ailleurs et en parallèle, la CME se voit sinon officialisée, du moins fortement mise en évidence dans son rôle de : Contribution à la politique d'amélioration qualité et sécurité des soins, gestion du DPC, Elaboration des projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (CAPECAU).

La CME propose au directeur un plan d'action qualité, assorti d'indicateurs de suivi, elle contrôle la publication des indices divers et variés concernant les problèmes infectieux et le dossier patient.

Toutes actions qui étaient déjà de son ressort par le biais de ses commissions, mais qui somme toute et même si on ne peut en nier l'importance, ne constituaient que l'accessoire, le principal étant justement la gestion des politiques médicales, dont les carrières, et la politique financière de l'établissement.

Au total, cette CME style HPST si elle se voit investie d'un rôle majeur dans la politique qualité de l'établissement se voit dépossédée de son "âme" et disons le clairement de ce qui pour la majorité de ses membres en faisait l'intérêt

Certes la CME continue à donner des avis sur le projet médical et le projet d'établissement et la stratégie "qualité", mais elle est simplement tenue au courant de la politique financière, et surtout de la politique de gestion des personnels médicaux.

Cette CME affaiblie, associée à une gouvernance axée sur le directeur et les pôles, pouvant de facto marginaliser le Pdt de CME peut conduire à une gestion sans partage du directeur de l'établissement;

Elle est également la cause de la désaffection des praticiens pour cette instance, pouvant ans les pire cas voire se tenir des CME ou les non médecins sont plus nombreux que ceux ci, ou a des instances ou les concours de Power Point des bureaucrates de l'administration qualité occupent les trois quarts des débats alors que les informations sur le fonctionnement de l'activité médicale de l'établissement est glissée en fin de débats devant une assemblée clairesemée et endormie.

En fait tout se fait et se discute en amont, au mieux avec un directoire encore représentatif du corps médical et de son représentant élu le Pdt de la CME, au pire entre le directeur et les chefs de pôle le Pdt de CME ne faisant que voir passer des décisions qu'il peut contester, sans beaucoup plus de possibilités.

Bien entendu ce "scénario catastrophe" n'est ni souhaitable , ni manifestement très fréquent, pour autant un directeur ayant imposé ses chefs de pôle pourrait en théorie gérer l'hôpital, y compris en ce qui concerne l'activité médicale, en opposition quasi permanente avec la CME et son le président qu'elle a élu.

Ce qui est certain, c'est que la gouvernance actuelle, la prépondérance de la part attribuée aux chefs de pôle, la possibilité de les nommer en se passant de l'avis de la communauté médicale introduit une possibilité de marginaliser encore plus une instance déjà fortement affaiblie.

Le pseudo recentrement sur la qualité est un fait, mais avait-il un réel intérêt autre que de laisser la voie ouverte à une gestion excluant de facto la communauté médicale de la prise de décision, ou plus exactement de la préparation des prises de décision.

Quand aux stratégies de contournement que nous avons évoquées plus haut, elles trouvent très vite leurs limites si le directeur n'est pas compliant.

## **L'avenir et nos attentes**

Dès la mise en place du gouvernement suivant l'élection de F Hollande, nous avons placés nos espoirs dans une suppression de la loi HPST et un retour à une gouvernance associant mieux la communauté médicale. L'étude faite par les intersyndicales auprès des praticiens sur leur ressenti des pôles nous confortait dans l'idée de cette nécessité.

Force a été de constater que la loi ne serait pas abrogée, mais au mieux modifiée;

Dès les premières négociations avec le cabinet et la DGOS, nous avons demandé que la gouvernance soit revue, et en particulier que la CME soit rétablie dans ses anciennes prérogatives.

Contrairement à certains, et comme cela a pu être suggéré lors des discussions menées par R. Couty, nous n'avons pas souhaité demander une "syndicalisation" de la CME, ni un rapprochement, voire une fusion avec d'autres instances mélangeant pnm et pm de façon inutile.

### **Nos demandes sont claires :**

- nomination des chefs de pôle par le directeur conformément à la proposition du président de CME, après que celle-ci ait pu exprimer son avis ;
- redéfinition de la fonction et de la place des pôles dans l'organisation hospitalière avec une organisation en pôle facultative sur décision médico-administrative et non plus uniquement directoriale ;
- définition d'une équipe médicale sous l'autorité fonctionnelle d'un médecin responsable de service désigné par ses pairs ;
- désignation des médecins du directoire par la commission médicale d'établissement (CME) ;
- passage de deux à quatre représentants des médecins au conseil de surveillance ;
- règlement intérieur de la CME ne dépendant que de cette assemblée,
- nomination des praticiens hospitaliers par le Centre national de gestion (CNG), après avis du chef de pôle, de la CME et du directoire.
- attractivité des carrières hospitalières et prise en compte de la crise démographique médicale.

**Les réponses principales apportées ( 9 Octobre 2014) ont été les suivantes :**

- nomination du chef de pôle sur la proposition du président de CME (après consultation de la CME),
- réintroduction formelle des services (et valorisation de la notion d'équipe médicale),
- avis de la CME pour tous les contrats médicaux,
- maîtrise par la CME de son règlement intérieur par décret,
- avis de la CME pour la nomination des membres médicaux au directoire
- engagement à déterminer le mode de nomination des chefs de service par décret
- obtention d'éléments partiels concernant notamment la psychiatrie (un hôpital pourra faire partie de deux GHT) et retour à la possibilité de nommer les chefs de secteur) et le DPC (évaluation et simplification)

A ce jour, rien n'est fait et si, pour reprendre une expression tant galvaudée dans notre ministère favori, "c'est dans les tuyaux", on peut craindre que ces tuyaux soient d'une telle longueur ou que leur forme soit tellement complexe que rien n'en sorte jamais.

Ce serait dommage, car les médecins des hôpitaux qui pendant des années ont été fortement consultés et associés à la gestion de leurs structures, si ils ont pu supporter d'en être écartés temporairement, en ont maintenant assez et sont prêts à le dire haut et fort.

Un des premiers gages à leur donner serait de remettre en place des CME leur permettant de s'exprimer et de faire valoir leurs avis.