

DH/PG/2020-12

«BlocAdresse»

Paris, le 19 novembre 2020,

Objet : Proposition de loi n°3470.

Madame la Députée

Monsieur le Député

Par ce courrier, le Syndicat des cadres hospitaliers Force Ouvrière CHFO souhaite attirer votre attention sur les très fortes interrogations suscitées par l'article 7 de la proposition de loi n°3470 intitulée « Améliorer le système de santé par la confiance et la simplification ».

Cette proposition de loi se veut la traduction législative des mesures issues des conclusions du SEGUR de la santé qui ne relèvent pas du domaine budgétaire ; elle comprend dans sa version initiale treize articles répartis en cinq chapitres qui traitent des professions (chapitres I à III), de la gouvernance (chapitre IV) et de simplification des démarches (chapitre V).

L'article 7 inscrit dans le chapitre IV propose en substance de confier systématiquement la direction d'un établissement partie d'un groupement hospitalier de territoire GHT au directeur de l'établissement support dès que la chefferie de l'établissement partie est vacante.

L'inscription de l'article 7 dans la proposition de loi est d'abord un sujet d'étonnement car, ni le thème ni le dispositif précis n'ont été évoqués dans le cadre du SEGUR de la santé ou dans ses conclusions.

Au-delà de l'étonnement sur ce « cavalier » législatif, la disposition telle que proposée provoque une forte inquiétude chez de nombreux professionnels, qu'ils soient cadres de direction, professionnels médicaux ou paramédicaux, mais aussi chez de nombreux élus de nos conseils de surveillance.

Instaurer ainsi une automaticité de direction commune dans les GHT appelle de notre part des objections que l'on peut résumer en quatre points :

- 1/ l'automaticité va à l'encontre des orientations fixées dans le cadre même du SEGUR de la santé, qui prône écoute du terrain et territorialisation des réponses ;
- 2/ l'automaticité de direction commune ne tient pas compte de la réalité concrète des GHT, en particulier de l'expérience des directions communes existantes, et des analyses faites par plusieurs rapports nationaux ;
- 3/ le pilotage des GHT doit être remis en perspective avec des objectifs explicites, qu'il convient d'arbitrer avant de décider de faire de la direction commune l'instrument systématique.

4/ l'évolution des GHT doit être prise en compte pour définir le modèle de direction des établissements : la demande de proximité et de simplification est extrêmement forte dans les établissements de santé, il faut donc en tirer les conséquences sur les équipes de direction, et sur la reconnaissance de leur responsabilité.

Pour toutes ces raisons, qui sont développées dans la note ci-après, le CHFO demande que l'article 7 soit retiré de la proposition de loi et que le sujet de la gouvernance des GHT soit repris plus globalement et dans le dialogue avec les acteurs, comme cela a été le vœu émis lors du SEGUR de la Santé.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à notre demande, nous vous prions d'agréer, Madame la Députée, Monsieur le Député, l'expression de notre très haute considération.

***Le secrétaire général***

***Didier HOELTGEN,***

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Didier Hoeltgen', is written over a long, sweeping horizontal line that extends across the width of the signature.

## QUATRE RAISONS POUR NE PAS ADOPTER L'ARTICLE 7 DE LA PROPOSITION DE LOI

### **1/ L'automatisme va à l'encontre des orientations fixées dans le cadre même du SEGUR de la santé.**

Le ministre Olivier VERAN a présenté les conclusions du SEGUR comme « des orientations fortes qui sont des fondations sur lesquelles nous allons bâtir, avec les territoires, la santé de demain ». Parmi les propositions, on peut citer : « donner le pouvoir aux territoires en matière d'investissement en santé », « donner la capacité aux établissements et aux territoires d'adapter les règles du code de la santé publique », « mieux associer les soignants et les usagers à la vie de l'hôpital », « renforcer le niveau départemental et l'association des élus ».

Il apparaît paradoxal d'en faire une traduction législative en instaurant le « passage automatique » en direction commune dans les GHT : la principale conséquence de cette automatisme va consister à se dispenser de l'avis de l'ensemble des instances des établissements concernés. En procédant ainsi, on voudrait en fait décréter que toute notion de co-construction est superflue.

De nombreuses directions communes se sont déjà mises en place, elles ont demandé et demandent encore des efforts, de concertation, de conviction, de compromis. Elles sont également très chronophages pour des équipes et des chefs d'établissement. Mais pour autant, comment croire que de se passer du consentement des instances et des Conseils de Surveillance sera un gage de réussite. Par ailleurs, quel signal enverrait-on aux élus que l'on invite par ailleurs à s'investir plus avant dans les sujets d'organisation sanitaire ?

### **2/ L'automatisme de direction commune ne tient pas compte de la réalité concrète des GHT.**

Le schéma actuel des 135 GHT s'avère le fruit du croisement entre l'histoire profonde et les circonstances, et pas uniquement sur le plan des facteurs sanitaires car le service public hospitalier n'est pas hors sol. De fait tant le rapport de l'IGAS que celui de la Cour des Comptes soulignent l'hétérogénéité des territoires couverts, des nombres d'établissements membres, des ressources sanitaires réunies, etc. Pour autant, ce schéma certainement plein de défauts a bien été validé par les pouvoirs publics (Ministère + ARS) et lors des étapes récentes d'évaluation, or il n'a pas été fait le choix de le restructurer de manière centralisée et simultanée.

La première obligation se révèle donc de laisser vivre les acteurs avec les GHT qui ont été décidés, dont la diversité s'accommode mal d'une réponse uniforme.

Il peut être de bon ton de gloser sur la modestie des résultats des GHT, mais dans ce cas pourquoi en déduire qu'il faut absolument intensifier, et accélérer vers des intégrations plus poussées. Peut-être faut-il au contraire réunir un peu plus de preuves de la pertinence du chemin emprunté, et d'enseignements sur les adaptations à apporter ?

Si l'on compare avec les démarches antérieures de coopérations en matière de santé, ou avec le champ de la coopération entre les collectivités, on peut au contraire apprécier l'ampleur du chemin parcouru par les GHT en quelques années, et s'inspirer des concepts aujourd'hui admis sur la différenciation ?

L'option du CHFO est donc plutôt de laisser aussi sa chance pleine et entière au modèle coopératif de GHT plutôt qu'à l'uniformisation. C'est d'ailleurs aussi le choix de certaines

ARS qui ont les moyens « d'inciter » fortement à des directions communes, mais qui décident de publier des emplois vacants de direction d'établissements parties à des GHT. En synthèse il faut privilégier l'le pragmatisme plutôt que l'automatisme !

### **3/ le pilotage des GHT doit être remis en perspective avec des objectifs explicites**

L'affichage d'une vision intégrative des GHT ne saurait être une finalité en soi, au risque de relancer le débat et de déstabiliser les démarches progressives ; en outre cette vision intégrative ne peut suffire à définir les buts de transformation de l'organisation de l'offre de soins dans les territoires.

Le GHT fait désormais partie du paysage territorial ; son rôle a souvent été déterminant durant la crise sanitaire face à des défaillances en ARS ou en conseil départemental. Il ne doit cependant pas assécher sa périphérie : le GHT doit porter l'aménagement du territoire, pas la gestion de la pénurie.

Il conforte l'émergence d'une responsabilité populationnelle des établissements de santé sur leur territoire ; il doit ainsi permettre de favoriser l'égal accès de tous aux soins

Si l'utilité de l'outil est reconnue dans nombre de territoires, il ne saurait servir d'alibi à la mise en place d'un schéma intégratif que les élus nationaux n'ont pas inscrit dans la loi, d'où la carte actuelle des GHT.

La Cour des Comptes souligne en particulier les imperfections de l'outil « Direction commune », qui préexistait au GHT, qui reste précaire et particulièrement lourd pour les équipes concernées, et en réalité plutôt conçu comme une gouvernance de transition.

A l'opposé, la Cour des comptes souligne aussi que le choix de ne pas donner de personnalité morale au GHT constitue aujourd'hui un frein dans un certain nombre de situations. Elle prive le GHT d'un instrument d'incarnation de cette nouvelle responsabilité populationnelle et donne une perception très verticale du GHT où tout passe par l'établissement support. De ce point de vue, les enseignements de la coopération territoriale n'ont pas été transposés ou alors délibérément rejetés.

Pour le CHFO, des clarifications fondamentales qui sont donc nécessaires, avant de décider que la Direction commune est l'alpha et l'oméga du développement des GHT.

### **4/ l'évolution des GHT doit être prise en compte pour définir le modèle de direction des établissements.**

La direction commune est un outil déjà disponible et largement utilisé ; à titre indicatif, fin 2018, les 2/3 des emplois fonctionnels de directeurs relevaient de directions communes. En 10 ans, l'effectif de Directeurs d'hôpital en établissement a fondu de 19%. S'il y a une suradministration du système de santé, elle n'est pas dans les établissements.

Parmi les sujets majeurs de discussion dans le cadre du SEGUR de la santé, il y a eu celui de la restauration d'un management de proximité dans les établissements de santé, celui de la simplification et de l'association des soignants.

Il n'est donc pas envisageable de poursuivre dans un schéma d'éloignement permanent des centres de décision, certains ont parlé de « drones managers ». Ce n'est pas la conception du métier de cadre hospitalier que porte le CHFO, ni le souhait de la grande majorité des collègues qui ont fait le choix de cette carrière par goût du terrain et du concret, et qui le prouvent aujourd'hui dans l'action.

Personne ne peut soutenir que la création des GHT correspond à un allègement des responsabilités, au contraire ; donc il faut tirer les leçons de la création des directions communes déjà existantes ; elles aboutissent à la suppression de nombreux emplois fonctionnels de chefs d'établissement, sans reconnaître les responsabilités portées à une nouvelle échelle. C'est ce qui explique en partie la perte d'attractivité pour le métier, perceptible dans les inscriptions au concours, ou dans les mouvements de sorties par détachement.

Il y a donc là aussi urgence préalable à mettre en cohérence les choix de réorganisation de l'offre de soins, les impératifs d'un management de terrain avec la gestion statutaire des hauts fonctionnaires qui en portent la responsabilité : on ne pourra faire vivre la proximité attendue par les équipes médicales, paramédicales et techniques sans donner une place et une reconnaissance aux directeurs délégués, directeurs de site, de filières de territoire, de plateaux techniques, etc.

Franchir une nouvelle étape sans rétablir la confiance sera délétère pour de nombreux établissements.