

Mission DHOS /CNG : réunion du 16 février 2010

La discussion du référentiel métier D3S

Le groupe de travail sur le référentiel métier D3S, rassemblant la DHOS, le CNG et les syndicats représentatifs a été réuni le 16 février 2010, avec le cabinet GESTE. Après une table ronde de personnalités, l'avant-projet de référentiel métier D3S a été discuté. La prochaine réunion du 25 février 2010 devrait être conclusive, avant le séminaire du 8 mars 2010.

Le travail sur les référentiels n'est pas un exercice théorique pour argumenter des indemnités mais conditionnera le contenu de nos fonctions, nos responsabilités de chefs et d'adjoints, nos effectifs et nos conditions d'exercice. C'est pourquoi le SYNCASS-CFDT s'y implique activement.

Le SYNCASS-CFDT est attentif à la cohérence des référentiels DH, D3S et directeurs des soins. Il refuse les oppositions entre les corps que certains recherchent au nom de spécificités artificielles et il privilégie une approche par bloc de compétences, communs ou non, entre les établissements publics de santé, les établissements médico-sociaux et les établissements sociaux.

Les interventions de la table ronde

La table ronde a réuni **Pierre GAUTHIER**, Directeur d'ARH, **Edouard COUTY**, conseiller-maître à la Cour des Comptes, le **Dr CHAUVIN**, président de CME à Mont-de-Marsan et **Jean-Marc GILBON**, responsable de la formation D3S à l'EHESP. Chacun a été invité à répondre aux questions suivantes :

1. Quels sont les changements les plus importants dans les missions et les activités ?

Les réponses des invités convergent, mais elles ne traitent qu'une partie des sujets. Sont ainsi omises, la disparition du service public hospitalier ou encore le financement.

« **Les changements ne sont pas liés aux statuts (DH ou D3S) mais à la nature de l'établissement, de santé, médico-social ou social. Le directeur d'ARH ne constate une différence qu'au moment de l'évaluation... En revanche, une différenciation forte existe entre les fonctions de chef et d'adjoint** ».

« **Les changements portent sur la complexité et les contraintes croissantes : mise en place des ARS, articulation avec les conseils Généraux pour la tarification, coopérations sont citées. Les aspects qualité et sécurité également, notamment lorsque les évaluations externes seront publiques et renforceront les relations directeur/usagers, nécessitant une formation spécifique** ».

Pour le médico-social, le projet de vie est un axe essentiel. Une entrée en établissement ne doit pas être considérée comme définitive, mais avec l'hypothèse d'un retour à domicile. La notion de territoire est à intégrer, il faut tisser des relations durables en matière de permanence des soins ».

2. Quel impact en particulier du nouveau paysage législatif et institutionnel, du poids renforcé des territoires ?

Les personnalités invitées insistent surtout sur les nouvelles formules de coopération.

« **La tendance est au regroupement, les GCS constituant des formules rôdées. La reprise en main par l'Etat renforce les injonctions, l'objectif n'est plus d'interdire, mais de contraindre. La possibilité de retrait du chef d'établissement apparaît comme une contrainte supplémentaire** ».

« **La réponse à l'isolement peut résider dans l'intégration à une CHT selon la cohérence territoriale. Le directeur doit réfléchir en terme de filière de soins, manager le médical au niveau des territoires, mettre en place la mutualisation des systèmes d'information, de la qualité, de la sécurité** ».

« **Les directeurs devront être capables de créer des alliances sur le territoire, dans un contexte de plus en plus concurrentiel, y compris avec le secteur associatif. Des créations d'équipes de direction devront avoir lieu, renforçant la dimension stratégique du métier** ».

3. Quels sont les nouvelles compétences (ou connaissances) requises ?

Les interventions ne relèvent pas de fait marquant.

« **Les choix stratégiques étant confondus avec le projet d'établissement, l'accent est mis sur la continuité du fonctionnement, le contact avec les usagers et les difficultés de recrutement médical** ».

« **Les directeurs devront savoir valoriser l'offre de services et savoir communiquer, posséder une bonne connaissance des populations. La clef d'entrée actuelle est celle des politiques publiques. Elle sera dans l'avenir à centrer davantage sur les besoins et les attentes des populations** ».

4. Quelles spécificités éventuelles en fonction des modes d'organisation des établissements et de leur insertion dans le tissu local ?

Là aussi, les réponses restent courtes, l'exercice ayant d'évidentes limites.

« **Une spécificité positive : l'équilibre budgétaire est plus fréquent dans les petits établissements que dans les plus gros. La nécessaire gestion de la tension collectif/individuel peut être plus forte, pour les directeurs confrontés à l'individualisation des prestations** ».

Les débats du groupe de travail

Les organisations syndicales n'ont repris à leur compte qu'une part des remarques de la table ronde. Le **SYNCASS-CFDT** a rappelé que **les coopérations entre établissements sont bien avancées**, que les directions communes se développent et que d'autres outils existent à côté des CHT, auxquels les établissements médico-sociaux et sociaux accèdent.

Le **SYNCASS-CFDT** a aussi argumenté **l'intérêt d'un référentiel établi** non par statut mais **par type d'établissement** (établissement public de santé, établissement public médico-social, établissement public social), et **la distinction entre les chefs et les adjoints**, les seconds agissant sur délégation des premiers. Le SNCH reste enfermé dans une discrimination entre corps de direction DH/D3S.

Le débat de la table ronde a été relancé sur la coopération : vaut-il mieux construire une filière complète, de l'amont jusqu'à l'aval ou effectuer des regroupements afin de pouvoir offrir une palette de services médico-sociaux ? Les participants de la table ronde sont revenus sur certains points :

- *« L'expérience du secteur privé mérite d'être analysée. Les établissements et groupes ont tissé des alliances avec des mutualisations et la mise en œuvre d'ingénierie, pour répondre aux appels à projets. Des alliances d'établissements médico-sociaux sont envisageables pour négocier avec des hôpitaux. La constitution d'une filière complète, nécessite d'organiser les interfaces ».*
- *« Une démarche prospective d'accompagnement des établissements publics porteurs de projet a plus de poids que des présentations isolées des dossiers ».*
- *« L'insertion dans une filière pose la question de la contractualisation, d'une part entre les établissements et d'autre part avec l'ARS ».*
- *« La capacité des directeurs à développer des solutions alternatives doit être accompagnée d'une politique tarifaire des pouvoirs publics à la fois ambitieuse et incitative ».*

L'avant-projet de référentiel métier

Le choix de la méthode est discuté, avec des fortes interrogations : faut-il un référentiel distinct entre chef et adjoint ? Faut-il l'établir par nature d'établissement ou par statut ? Sur quels points insister ? Quelle articulation avec les négociations statutaires ? Quel niveau de détail ?

Les orientations suivantes ont été retenues :

- **La différence de positionnement institutionnel**, en interne comme en externe, du chef et de l'adjoint doit être rappelée, mais dans le cadre d'un même référentiel.
- **Les relations professionnelles avec les autres acteurs**, internes et externes, sont à expliciter, à l'instar de ce qui a été fait pour les directeurs des soins.
- **Le contexte est à intégrer** : hausse du nombre d'adjoints, situation plus complexe entre l'Etat et les collectivités territoriales.

Le **SYNCASS-CFDT** a soutenu l'orientation finalement validée par la DHOS : la réflexion sera menée en termes de **domaines de compétences**, non par statuts mais **par catégories d'établissements** : établissement public de santé, établissement public médico-social, établissement social.

Le cabinet GESTE en conclut que les D3S directeurs d'établissements publics de santé relèveront du référentiel DH. Ainsi, le groupe de travail concentrera ses efforts sur la catégorie majoritaire du corps, les directeurs d'établissements médico-sociaux, sans oublier les établissements sociaux. Ils retravailleront dans ce sens le projet de référentiel, auquel ils intégreront les enrichissements issus de la table ronde.

Les suites de la mission DHOS/CNG

Les discussions de la mission DHOS/CNG ne sont pas le « fiasco » décrit par un syndicat. Elles permettent une réflexion indispensable pour intégrer les changements de contexte et appréhender les conséquences indispensables à la gestion des corps de direction. Pour le **SYNCASS-CFDT**, il faut **limiter les dégâts de la loi « HPST »** puis obtenir des évolutions positives des statuts.

La vision stratégique qui doit maintenant prévaloir est de **consolider la fonction de direction, pour les trois corps de DH, de D3S et de directeur des soins** et dans toutes ses dimensions. Cela est indispensable pour assurer l'avenir des établissements et pour maintenir un exercice professionnel qui permette de répondre à l'accroissement des responsabilités et au renforcement des contraintes.

Le SYNCASS-CFDT réfute les caricatures (le directeur élaborant les projets de vie), **refuse les enfermements** (les DH d'un côté, les D3S de l'autre, les directeurs des soins sans attributions claires) et **veille à n'oublier aucune fonction** (les établissements sociaux). **Il exige des référentiels en phase avec les réalités** de l'exercice professionnel et **la reconnaissance des charges de travail**.

Le SYNCASS-CFDT agit pour la modernisation des statuts et la reconnaissance des responsabilités en vue d'un exercice professionnel conforté pour tous les directeurs. 2