

Paris, le 2 février 2021

**Monsieur le Sénateur,
Palais du Luxembourg
15 rue de Vaugirard
75 291 PARIS**

Objet : proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

Monsieur le Sénateur,

Alors que la proposition de loi *visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification* adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale va prochainement être examinée par le Sénat, je souhaite, au nom du **SYNCASS-CFDT**, attirer votre attention sur certaines de ses dispositions, qui soulèvent de nombreuses questions de forme et de fond, et dont l'adoption fragiliserait gravement le management des établissements publics de santé, leur organisation institutionnelle et leur fonctionnement. Les remarques du **SYNCASS-CFDT**, premier syndicat des cadres de direction du secteur (58% des voix aux élections professionnelles des directeurs), portent sur l'opportunité, le contexte, les contradictions juridiques et le contenu de cette PPL.

L'opportunité : un moment bien mal choisi

Nos établissements sont actuellement confrontés aux graves difficultés résultant de la crise sanitaire, dont les conséquences vont perdurer, sans que l'on puisse en apprécier l'issue. Les équipes sont pleinement mobilisées et le resteront durablement, car il faudra, ensuite rattraper de nombreux retards de soins. Imposer des bouleversements internes ajouterait alors une complexité supplémentaire, bien inutilement et sans apporter en contrepartie d'amélioration significative.

Le contexte : un cadre juridique déjà très mouvant

Depuis quinze ans, des réformes en série ont affecté l'organisation interne des hôpitaux : ordonnances n°2005-406 du 2 mai 2005 et n°2005-1112 du 1^{er} septembre 2005, loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 modifiée en 2011 par la loi Fourcade, loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, loi n°2019-774 d'organisation et de transformation du système de santé du 29 juillet 2019... Les hospitaliers se sont épuisés à mettre en place ces modifications successives, imposées par le droit, traduites dans plusieurs centaines de décrets et d'arrêtés successifs. De missions en rapports, d'états généraux en Ségur, ils ont consenti, plutôt qu'acquiescé, à ces rafales de changements permanents. Aujourd'hui, leur sentiment dominant est fait de lassitude. Leur appel, que notre syndicat vous relaie est simple : « *Plutôt que de réformer encore, laissez-nous travailler !* »

Des contradictions juridiques : un projet simultané d'ordonnance

A ce sentiment partagé s'ajoute un nouvel écueil. En effet, la loi d'organisation et de transformation du système de santé, dans son article 37, a habilité le gouvernement à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

1° Mettre en cohérence le fonctionnement et les champs de compétences des commissions médicales d'établissement et des commissions médicales de groupement ainsi que les attributions de leurs présidents respectifs ;

2° Étendre les compétences des commissions médicales d'établissements et de groupements ;

3° Définir l'articulation des compétences respectives en matière de gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des directeurs d'établissements parties à un GHT et des directeurs d'établissements support de GHT ;

4° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un GHT peuvent décider de fusionner ou substituer leurs directoires et le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 6141-1 du code de la santé publique ;

5° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un GHT peuvent décider de fusionner ou substituer leurs CME et leur commission médicale de GHT, par dérogation aux b et c du 5° du II de l'article L. 6132-2 et aux articles L. 6143-7-5, L. 6144-1 et L. 6144-2 du même code ;

6° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un GHT peuvent décider de fusionner ou substituer leurs CTE, leurs comités techniques de GCS de moyens de droit public et la conférence territoriale de dialogue social du GHT, par dérogation aux articles L. 6144-3, L. 6144-3-1, L. 6144-3-2 et L. 6144-4 dudit code ;

7° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un GHT peuvent décider de fusionner ou substituer leurs commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et la CSIRMT de groupement, par dérogation à l'article L. 6146-9 du même code ;

8° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un GHT peuvent décider de fusionner ou substituer leurs CHS-CT par dérogation aux articles L. 4611-1 et L. 4611-2 du code du travail, demeurés applicables en vertu du I de l'article 10 de l'ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 ;

9° Préciser les modalités de constitution, les règles de composition et les attributions des instances qui résulteront des fusions ou substitutions prévues aux 4° à 8° ainsi que les conditions permettant de mettre fin à ces fusions et substitutions, de nature à garantir la représentation effective des personnels de chacun des établissements du groupement et le respect du principe d'élection.

Une ordonnance relative aux hôpitaux de proximité, prévue à l'article 35 de la loi précitée, viendra ajouter des incidences sur le projet médical et le fonctionnement des GHT.

Or plusieurs articles de la PPL traitent ou abordent les points qui précèdent, directement ou par leurs conséquences. C'est le cas pour les articles **4** (création des postes de praticien hospitalier), **5** (réintroduction des services), **5 bis** (projet médical), **6** (substitution d'une commission médico-soignante à la CME et à la CSIRMT), **8** (fonctionnement médical et organisation des soins), **9** (directoire) et **11** (projet de gouvernance et de management).

Comment alors débattre, modifier, rejeter ou adopter ces articles, sans pouvoir prendre en compte ce que le gouvernement aura simultanément prévu par ordonnance ? Comment arbitrer entre ces textes, obéissant à des sources différentes et à des calendriers distincts, qui auront inévitablement des conséquences croisées et pourront comporter des contradictions ? La prééminence devrait revenir au Parlement, mais cela est loin d'être établi.

Le contenu : un projet qui divise et des risques de blocage

Parmi les dispositions prévues, en dépit des modifications déjà apportées, des points importants affectent le management et la prise de décision, entraînent des confusions entre les missions et les responsabilités des acteurs et complexifient l'organisation interne, sans apporter de plus-value organisationnelle ou managériale. C'est le cas pour le régime de la codécision, qui constituerait une anomalie dans le fonctionnement des établissements publics, et pour la commission médico-soignante, regroupant au seul niveau des établissements parties au GHT, la Commission médicale d'établissement (CME) et la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). La composition de ces instances, leurs attributions et compétences et les légitimités professionnelles qui les fondent diffèrent trop fortement pour les fusionner. Des collaborations étroites seraient plus logiquement envisageables. Prévoir, à l'article 10, un régime de sanctions pour des recours irréguliers à l'intérim sera illusoire, si le strict respect du droit devait impliquer la fermeture de services ou la suppression d'activités, faute de médecins.

Vous trouverez en activant le lien ci-dessous, divers développements, exposant les enjeux et des solutions alternatives. Je reste, avec mon organisation, à votre disposition pour échanger sur tous ces points et vous apporter toute précision ou complément d'information.

Espérant que vous souhaiterez prendre considération nos alertes, je vous prie de croire, Monsieur le Sénateur, à l'expression de ma plus haute considération.

La Secrétaire Générale



Anne Meunier

Paris, le 2 février 2021

Commentaires et propositions d'amendements sur les articles de la PPL « Visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification »

Déposée indépendamment du programme gouvernemental issu de la loi d'organisation et de transformation du système de santé et de la stratégie nationale de « *Ma santé 2022* », tout en se référant au *Ségur de la santé*, cette PPL arrive à un mauvais moment, contient des dispositions qui ne relèvent pas toutes de la loi, a suscité l'opposition des professionnels, aborde certains sujets sans les inscrire dans leur globalité, faute d'analyse suffisante et d'étude d'impact, et ajouterait finalement aux difficultés, dans une période qui n'en a vraiment pas besoin.

Rédigée hâtivement et contenant des erreurs de droit (rectifiées lors de son examen à l'Assemblée nationale), cette PPL ne répond guère aux enjeux qu'elle affiche. Ses articles hospitaliers troublent bien inutilement les esprits, en pleine crise sanitaire. Les hospitaliers veulent qu'on les laisse travailler ! Pas que l'on bouleverse, encore et encore, l'organisation interne et le fonctionnement des établissements !

▪ **Articles 3 et 4 : le recrutement des praticiens hospitaliers**

Deux articles seraient introduits dans le code de la santé, l'un inutile, l'autre problématique.

Tautologique, l'article 3 ajoute que la procédure de recrutement a pour but...le recrutement, sur poste vacant, à la diligence du DG du Centre national de gestion. Il précise que c'est « *en utilisant toutes voies de simplification permettant que le poste soit pourvu dans les meilleurs délais* ». Ces voies de simplification, pour « fluidifier » les procédures, affirmées dans l'exposé des motifs », ne sont pas précisées. **Exemple de loi bavarde**, selon la formule du Conseil d'Etat, l'article donne aussi une portée législative à certaines dispositions règlementaires des articles R. 6152-1 à R. 6152-823. Mais comment la célérité des procédures augmenterait-elle la taille du vivier dans lequel se recrutent les praticiens ? Cela ne soulagerait donc les uns qu'au détriment des autres.

C'est le directeur de l'établissement support du GHT qui créerait les emplois médicaux dans les établissements, au motif que la gestion des personnels médicaux lui est partiellement transférée. Ce serait sur proposition du directeur et du président de CME des établissements. Cet **article 4** s'appliquerait pour trois ans. Cela relève-t-il réellement du domaine de la loi ? Et celle-ci pourrait-elle décider une interférence aussi manifeste, alors que la responsabilité budgétaire reste bien attribuée au directeur de l'établissement partie. Et surtout, quel intérêt ?

Il est aisé de parler de simplifications, mais moins de les faire, sans ceux qu'elle concerne. Et des discussions sont prévues à la suite du « Ségur de la santé ». Légiférer d'abord les prive de leur sens et de leur intérêt, au risque de ne pas prendre les meilleures décisions.

Pour ces motifs, le SYNCASS-CFDT propose la suppression de ces deux articles.

▪ **Article 5 : l'affichage du service et de son chef**

L'article 5 poursuit le rétablissement du service et du chef de service à l'hôpital public, comme « *échelon de référence* ». Mais là où l'article L. 6146-1 précise que les EPS « *définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre* », l'alinéa vient **ajouter un niveau obligatoire d'organisation**, qui souvent existe déjà. Comment, au nom de la « *confiance* » et de la « *simplification* » atténuer le principe de libre organisation des établissements, réaffirmé ensuite à l'article 8 de la PPL, sous une forme peu claire ?

Le deuxième alinéa du nouvel article L. 6146-1-1 mentionne que le chef de service « *dirige* » le service :

« *Ils sont dirigés par un chef de service, responsable de structure interne, en étroite collaboration avec le cadre de santé.* »

Cette formulation n'est pas sans risque : elle suggère une direction du service, notion qui n'existe pas jusqu'ici et dont la portée n'est pas précisée. Il semble inutile de répéter que le chef de service est responsable de structure interne, dès lors que cela est le cas général, mais indispensable de définir la portée de sa responsabilité. Elle est, à ce jour, fonctionnelle et non hiérarchique sur les personnels du service. Modifier la répartition des missions entre le chef de service et le cadre de santé qui assure cette responsabilité bouleverserait les logiques actuelles. En rajoutant des fonctions nouvelles de GRH, elle priverait les établissements d'un temps médical déjà contingenté, au détriment de la prise en charge du patient et sans apporter de plus-value au fonctionnement des services.

Pour ces motifs, le SYNCASS-CFDT propose de reformuler comme suit, le deuxième alinéa de ce nouvel article L. 6146-1-1 : « Ils sont placés sous la responsabilité d'un chef de service, agissant en étroite collaboration avec le cadre de santé. » (Alinéa 4 de l'article 5)

Le troisième alinéa du même nouvel article L. 6146-1-1 pose également problème :

- **La nomination conjointe par le directeur et le président de la CME n'est pas opportune.** Elle a figuré dans certains rapports et pu être acceptée, sans grande réflexion par une bonne part des interlocuteurs, mais n'apporte aucun progrès au management. Le consensus dans la désignation des médecins est à privilégier, mais ne suppose pas que la décision administrative de nomination soit partagée ou cosignée, sans préciser d'ailleurs s'il s'agit du recrutement ou de l'affectation interne. Cela est aussi en contradiction avec l'article L. 6143-7 qui attribue le pouvoir de nomination au seul directeur et au directeur général du Centre national de gestion.
- **La concertation des personnels du service sur la nomination n'a jamais été revendiquée.** Outre que l'on n'imagine guère la forme de cette concertation, laisser celle-ci au règlement intérieur ne serait guère prudent. La nature imprécise de cette disposition présente un risque de démagogie et expose à des candidatures multiples, à arbitrer selon des logiques incertaines. La disparité avec les modalités de désignation du cadre de santé par le directeur s'y ajouterait.

Pour ces motifs, le SYNCASS-CFDT propose la suppression de l'alinéa 3 du nouvel article L. 6146-1-1 (alinéa 4 de l'article 5)

La dernière phrase du sixième alinéa du même nouvel article L. 6146-1-1 est inopportune : elle indique que « le chef de pôle peut déléguer sa signature au chef de service pour la mise en œuvre du contrat de pôle ». Or le code de la santé publique ne mentionne pas le principe d'une signature d'actes spécifiques par le chef de pôle. Le régime de la délégation et de la subdélégation par le directeur est une disposition d'ordre général. Il est donc inutile de la mentionner spécifiquement pour le chef de pôle et éventuellement le chef de service. Dans la version initiale de la PPL, il était mentionné « subdéléguer », ce qui a été modifié en « déléguer » par l'amendement 410 déposé par la rapporteure. S'il le chef de pôle est titulaire d'une délégation reçue du directeur, ce sera à ce dernier d'envisager la subdélégation. Elle n'a pas à figurer à ce titre dans le code de la santé publique.

Pour ces motifs, le SYNCASS-CFDT propose la suppression de la dernière phrase de l'alinéa 6 du nouvel article L. 6146-1-1 (alinéa 7 de l'article 5).

▪ **Article 5 bis : la clarification du projet médical**

L'article donne une explicitation utile du contenu du projet médical de l'établissement public de santé. Il est cependant surprenant qu'il ne fasse aucunement référence au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire auquel l'établissement est partie.

▪ **Article 6 : la création improbable d'une commission médico-soignante**

L'article 6 introduit un nouvel article L. 6146-12, ouvrant la faculté de créer une commission médico-soignante, par fusion de la CME et de la CSIRMT. La version initiale venait autoriser, pour un an, le « regroupement » de la CME et de la CSIRMT, sans préciser ni objectifs, ni modalités : juxtaposition, fusion, délibérations conjointes ou non, poids de chaque instance...

Reprenant une piste du « Ségur de la santé », l'article voté en première lecture ne se préoccupe, ni de la faisabilité, ni de l'acceptabilité de la mesure, alors que ces instances ont des sources juridiques, des légitimités et des attributions dissemblables : la CME figure à l'article L. 6146-1 au chapitre des organes représentatifs et de l'expression des personnels, la CSIRMT relève de l'article L. 6146-9 consacré à la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, au chapitre de l'organisation interne.

Ce qui était mentionné initialement à titre expérimental pour un an est ici pérenne, mais avec la faculté de retour à la situation antérieure, à l'initiative de la majorité des membres d'une des deux composantes. Cette garantie importante ne règle pas toutes les incertitudes de sa mise en œuvre :

- **La définition d'un équilibre interne de l'instance serait complexe, même si un amendement exige que les professions soient « équitablement réparties » sans autres précisions.** Sachant que le président sera issu de la

CME, le déséquilibre est inéluctable, d'autant que les paramédicaux sont nettement plus nombreux que les personnels médicaux dans l'établissement.

- **L'écart dans les attributions de la CME et de la CSIRMT est traité** en confiant à l'instance commune les compétences de chacune. Mais les avis rendus seront tributaires des poids respectifs des catégories de membres. De surcroît, un large rétablissement des compétences des CME devrait figurer dans l'ordonnance à venir, ce qui ne simplifiera pas les choses.
- **La possibilité d'une telle commission ne figure dans la PPL** que pour les établissements, l'équivalent ne semblant pas retenu au niveau du GHT : on ne peut guère imaginer une commission médico-soignante locale, s'il n'est pas possible de fusionner aussi les commissions médicales et les CSIRMT de groupement, la mesure ne pouvant s'appliquer à géométrie variable. Or, ce que prévoirait l'Ordonnance annoncée, c'est l'unification au sein des GHT des CME d'une part, des CSIRMT d'autre part, mais sans l'équivalent de la commission médico-soignante. Cette évolution impliquerait alors de défaire les commissions médico-soignantes à peine constituées.
- **La dénomination d'une telle commission est ambiguë** : elle suggère, bien à tort, que les personnels médicaux ne seraient pas eux-mêmes des soignants.
- **La liberté donnée à la CSIRMT de faire le choix de la fusion est discutable** : présidée par le coordonnateur général des soins, lui-même nommé par le directeur et donc placé sous son autorité hiérarchique, comment assurer une réelle autonomie de cette décision, qui se prendra davantage sous pression institutionnelle.

L'articulation des deux autorités, président de CME et coordonnateur général des soins se trouverait compromise. Aujourd'hui, chaque acteur a sa légitimité et ses compétences propres, définies par la loi dans le code de la santé publique, par la réglementation et les statuts. **En plaçant le coordonnateur général des soins en vice-président de la commission médico-soignante, on le placerait en position d'adjoint du président médecin et donc dans une situation de double dépendance hiérarchique vis-à-vis de celui-ci et du directeur.**

Cette situation serait intenable dans le fonctionnement courant. Non seulement elle mettrait à mal l'équilibre institutionnel, sans gain ni avantage pour l'établissement, mais elle ajouterait aussi une complexité inutile dans le management. Il n'est évidemment pas possible d'être écartelé entre des légitimités différentes, dans un conflit de loyauté insoluble. Et ce n'est pas l'objectif affiché d'un pilotage médico-administratif qui suffirait à répondre à tous les inconvénients d'une telle formule.

Pour ces motifs, le SYNCASS-CFDT propose la suppression de l'article 6.

Article 8 : un régime de liberté dont la simplicité n'apparaît pas démontrée

Dans la version initiale de la PPL, l'article 8 renouait avec un principe introduit par l'article 8 de la loi du 31 juillet 1991, qui stipulait que « *le conseil d'administration d'un établissement public de santé peut décider d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement...* ». La liberté réaffirmée dans les versions successives du code de la santé publique a ensuite été inscrite dans un cadre plus strict, tout en laissant des marges importantes et généralement suffisantes. Dans la version votée par l'Assemblée nationale, cette faculté dérogatoire est attribuée conjointement au directeur et au président de CME. Mais des dispositions de cet article soulèvent de fortes réserves :

- **La codécision** (déjà présente au seul 2° de l'article L. 6143-7) ne s'avère pas nécessaire à la bonne marche de l'hôpital et est d'abord d'ordre symbolique, pour afficher une centralité de la dimension médicale, après des ajustements répétés de la gouvernance, qui ont complexifié le management. Les médecins s'étaient sentis remis en cause, en amont de la loi HPST, par l'affirmation maladroite d'un directeur « patron », peu conforme à la réalité et confondant pouvoir et responsabilité.
- **Cette codécision constitue une anomalie dans le droit public** : le directeur, représentant légal de l'hôpital, reste seul porteur de la responsabilité juridique des décisions. Ajouter le président de la CME pour certaines décisions, sans pour autant impliquer directement sa responsabilité, fait de la codécision un artefact ambigu. Cela ne peut que venir fragiliser la sécurité juridique des actes administratifs correspondants, notamment en cas de recours ou de contentieux.
- **Elle est aussi en contradiction formelle avec le 7° de l'article L. 6143-7**, qui stipule que le directeur « *arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1* ». Or, la PPL prévoit de déroger à ce dernier article et non pas à l'article principal définissant les attributions du directeur qu'est le L. 6143-7.

- **L'avis conforme de la CME et de la CSIRMT** (le CTE n'étant que consulté) ajoute une innovation supplémentaire et constitue un précédent, que même les ordonnances ne semblent pas prévoir.
- **La nomination conjointe des responsables médicaux** par le directeur et le président de CME (alinéa 6) s'inscrit dans cette liberté d'organisation. Impliquant une codécision, les remarques précédentes s'appliquent bien évidemment. De plus, elle renforce un lien de dépendance envers le président de CME, alors que la loi maintient que le directeur a seul l'autorité sur les personnels, en application de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique. Cet article précise qu'il est l'autorité de nomination. La disposition proposée par la PPL vient en contradiction manifeste avec cet article qu'elle ne prévoit pas de modifier.
- **A ce même alinéa 6, il est étonnant d'indiquer que le directeur « prévoit »** les modalités d'expression et de participation des personnels au fonctionnement des structures internes. Cette formulation surprend, car il s'agit bien d'une décision administrative qu'il doit arrêter. Il a d'ailleurs cette obligation dans le cas général de l'organisation de l'établissement et il paraît donc inutile de le prévoir ici pour les seules structures au titre de la dérogation de l'article L 6146-1-1.

Pour ces motifs, le SYNCASS-CFDT propose de reformuler le 1° de l'article 8.

Le 1° de cet article 8 serait alors rédigé ainsi :

« **Art. L. 6146-1-2.** – Par dérogation aux articles L. 6146-1 et L. 6146-1-1, le directeur, **après avis du président de la commission médicale d'établissement d'un établissement public de santé peut décider d'organiser librement le fonctionnement médical ainsi que l'organisation des soins, conformément au projet médical d'établissement approuvé par le directoire.**

« Cette décision est prise après avis ~~conforme~~ de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Le comité technique d'établissement est consulté.

« Dans le cadre de la dérogation mentionnée au premier alinéa du présent article, le directeur, **après avis du président de la commission médicale d'établissement nomme conjointement les responsables des structures médicales et médico-techniques ainsi créées, après avis de la commission médicale d'établissement. Le directeur décide, après consultation de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement de ces structures.**

« Les modalités de cette organisation interne ainsi que ses conséquences sur les actions de coopération dans lesquelles l'établissement est engagé sont précisées dans le règlement intérieur de l'établissement. »

Mais le 2° de l'article 8 va bien plus loin dans l'exception, en ajoutant un régime de dérogation générale aux dispositions du code de la santé publique relative aux instances. **Cet amendement du gouvernement n'est pas nécessaire** et risque de créer des confusions et des disparités inutiles :

- **En ce qui concerne le fonctionnement médical et les soins**, le 1° de l'article 8, amendé comme ci-dessus, suffit largement à donner des marges de liberté dans l'organisation interne, sans répéter, dans un nouvel article L. 6149-1, ce qui vient déjà d'être rendu possible par l'article L. 6142-1-2.
- **En ce qui concerne le fonctionnement institutionnel** (directoire, CME, CSIRMT et organisation interne), aucune argumentation n'est apportée par le gouvernement dans son exposé sommaire, autre que la justification de principe de la « souplesse » et des « marges de manœuvre », illustrées en situation de crise, citant le Ségur de la santé et le rapport CLARIS.
- **Il est étrange et très paradoxal que cet amendement 513 émane du gouvernement**, dont une des missions est d'assurer pour tous les établissements publics de santé un cadre équitable et adapté permettant un fonctionnement efficace. L'amendement revient à suggérer, *a contrario*, que les dispositions qu'il contribue à créer par les projets de loi proposés au Parlement méritent, au nom de la liberté des acteurs, d'être contournées à l'initiative des hospitaliers eux-mêmes. **Mieux vaudrait alors alléger ou simplifier les dispositions générales s'appliquant à tous !**

Pour ces motifs, le SYNCASS-CFDT propose de supprimer le 2° de l'article 8.

- **Article 8 bis nouveau : la présence, certainement utile, des parlementaires**

L'ajout des parlementaires dans les conseils de surveillance, par amendement des députés, peut permettre un meilleur partage des informations et de la connaissance directe par ces élus des réalités hospitalières et de santé. Cette évolution peut ainsi être soutenue.

- **Il serait cependant nécessaire de mieux préciser les termes de cet article**, pour éviter toute éventuelle pléthore, notamment dans les établissements pour lesquels les enjeux sont les plus importants (par exemple les CHU).
- **La mention que les parlementaires sont membres de droit**, sans autre précision, ne suffit pas. Il serait utile de réécrire l'article L. 6143-5, soit pour adjoindre les parlementaires dans un des collèges, soit pour créer un collège spécifique, et de préciser une limite (par exemple un député et un sénateur dans chaque établissement).

Pour ces motifs, le SYNCASS-CFDT propose de reformuler l'article en conséquence.

Article 9 : l'élargissement discutabile de la composition du directoire

L'article 9 ajoute un personnel non médical au directoire et permet la participation de représentants des étudiants en santé et des usagers, sans doute à l'appréciation du directeur qui le préside et sans préciser les modalités de désignation.

- **L'ajout d'un personnel non médical, proposé par le président de la CSIRMT**, effectue un certain rééquilibrage interne dans la composition du directoire, sans modification majeure.
- **L'ajout d'étudiants et de représentants des usagers, option facultative**, est contradictoire avec l'article L. 6143-7-5 du code de la santé publique et son 1^{er} alinéa : « *Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.* » Les étudiants et les usagers n'en sont pas. Cette extension nécessiterait d'augmenter la représentation des médecins, aboutissant à une composition très élargie de cet organe resserré de concertation, sans améliorer la démocratie en santé.

Pour ces motifs, le SYNCASS-CFDT propose de supprimer le 3 de l'article 9 et de revoir en conséquence les chiffres indiqués au 1°.

Article 9 bis nouveau : une prévention des conflits d'intérêts à préciser

Cet article, émanant d'un amendement des députés, offre la faculté de déport vers un cadre de direction de décisions relevant du directeur, mais susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts. La formulation retenue n'est pas idéale, car le cadre de direction demeure sous l'autorité hiérarchique du directeur, mais constitue un pis-aller dont il faudra apprécier la pertinence.

Article 10

L'article 10 vise à prévenir les abus du mercenariat médical, lié au déséquilibre démographique, en prévoyant un signalement au DGARS par le comptable, lorsque les plafonds de rémunération, en application de l'article L. 6146-3 sont dépassés. La volonté de faire respecter la loi ne saurait évidemment être discutée. La mesure ne règle cependant pas les difficultés rencontrées :

- **Les directeurs sont contraints à recourir au mercenariat**, sans pouvoir imposer toujours le respect du plafond, lorsque celui-ci ne permet pas de s'assurer l'activité de l'intérimaire, sauf à compromettre la continuité du fonctionnement des services en tension.
- **La dénonciation par le comptable et le défèrement des actes au tribunal administratif** par le directeur général de l'ARS ne traitant pas les causes, il n'y aura pas de solution tant que les déficits actuels en médecins de certaines spécialités et le rééquilibrage des rémunérations en faveur du statut de praticien hospitalier ne seront pas traités.
- **Les gestionnaires continueront à porter, seuls et à leurs risques**, la responsabilité des contournements de la loi ou de l'interruption des activités, faute d'autre solution de continuité du service public. Il y a contradiction avec les engagements du Ministre auprès des directeurs, tenus de respecter une règle impossible tout en risquant la Cour de discipline budgétaire et financière, ou pire, la mise en examen pour mise en danger de la vie d'autrui.

Pour ces motifs, le SYNCASS-CFDT, tout en recherchant le respect de la loi, propose de différer l'application l'article 10 jusqu'à ce que la démographie médicale le permette.

Article 11 : la consécration de la logique de projet

L'article 11 ajoute un volet consacré au management dans le projet d'établissement. Ce n'est pas le premier ajout fait à l'article L 6143-2 du code de la santé publique, le projet d'établissement comportant déjà « *un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social.* » L'article recoupe en bonne partie le contenu actuel du projet d'établissement, mais aussi ceux du projet social, du projet de soins, du projet de formation... Outre le risque de redondance ou de contradiction, la simplification affichée n'est, là encore, pas vraiment garantie.

- **Il serait utile d'ajuster la terminologie**, car l'article parle d'abord de « projet de gouvernance et de management » au 3^{ème} alinéa, puis précise « management participatif » au 6^{ème} alinéa.
- **Le risque de redondance avec le contenu du projet social** serait à éviter, en veillant à une explicitation de leurs contenus respectifs, le cas échéant par décret.
- **Les « modalités de désignation des responsables hospitaliers »** sont-elles à prévoir dans un projet de gouvernance et de management participatif ? Sans avoir précisé de quelles fonctions il était question et alors que ces modalités de l'accès aux emplois correspondants sont généralement définies par les statuts et les autres règles en vigueur.
- **L'ordonnance à venir prévoit une charte de gouvernance**, liant le seul président de la CME, mais dont les contenus pourront aussi affecter les documents dont il est question ici.
- **Il serait intéressant de prévoir une construction plus précise**, insistant sur le projet social, unique pour l'ensemble des personnels, médicaux et non médicaux, incluant un volet pour la gouvernance et précisant les modalités du management participatif.
- **L'article, tel qu'amendé par les députés, devient un inventaire** visant à n'oublier personne, finissant par illustrer l'adage que le mieux est l'ennemi du bien. Un risque est de multiplier les priorités (lorsque tout devient prioritaire, plus rien ne l'est), un autre est de créer un catalogue inapplicable, où certains items deviennent des buts à atteindre et non plus des moyens d'action pour réaliser la mission de l'hôpital au service des usagers.

Dès lors, il serait utile de reconsidérer de manière plus globale l'articulation des projets, à partir d'une définition du projet d'établissement pouvant tous les englober, en plaçant en premier le projet médical, car l'hôpital est au service des patients, puis en précisant le projet social, car cette dimension humaine conditionne la bonne réalisation de ses missions premières de soins, d'enseignement et de recherche. Dans cette logique, une énumération de l'ensemble des enjeux ne relève peut-être pas du strict domaine de la loi, même si tous ont une utilité confirmée.

Il restera à réaliser, sans doute dans un autre cadre à définir, une harmonisation indispensable de la gestion des personnels médicaux et non médicaux, au regard des enjeux mentionnés dans l'article 11. Par exemple pour que le suivi et le bilan du projet social, mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 6143-2-1, ne soit pas faits qu'au sein du futur comité social d'établissement, excluant ainsi les représentants des personnels médicaux.

Pour ces motifs, le SYNCASS-CFDT propose que soit retenue une réécriture plus synthétique de l'article 11 et de renuméroter en conséquence les articles L. 6143-2-1, 2-2 et 2-3.

Une difficulté substantielle dans la réécriture périodique de dispositions législatives, notamment sur la gouvernance hospitalière, tient précisément à l'instabilité du droit. De réforme en réforme, la révision des textes a imposé aux établissements publics de santé des ajustements complexes, sources de désordres. Aujourd'hui, **la stabilité des dispositions législatives et réglementaires est le premier souhait de la communauté hospitalière**, même si les représentants médicaux sont tentés par davantage de cogestion interne. Mais c'est là dans l'espoir que leur intervention permettrait d'autres arbitrages, les libérant de la contrainte budgétaire, alors que bien évidemment, la codécision et l'avis conforme n'emporteront pas, par eux-mêmes, des moyens supplémentaires.

Paradoxalement, c'est sur des thèmes proches que le Parlement est saisi d'une énième réforme, issue d'une initiative parlementaire, tandis qu'il a délégué son pouvoir législatif au gouvernement, dans les articles 35 et 37 de la loi d'organisation et de transformation du système de santé. Dès lors, cela représente un risque supplémentaire à cette instabilité du droit, qu'une concertation étroite entre ces acteurs doit savoir éviter, dans l'intérêt général. C'est le souhait qu'exprime le SYNCASS-CFDT pour la bonne marche des hôpitaux, fortement sollicités pour la préservation de la santé de tous.