



# UNICITE STATUTAIRE DH-D3S

Réunion DGOS du 11 janvier 2022

Cette réunion fait suite à l'engagement pris en 2021 dans le cadre du groupe contact de rendre un arbitrage sur le principe de l'unicité statutaire des corps de DH et de D3S.

Le projet d'unicité statutaire repose sur une attente croissante de reconnaissance professionnelle et d'égalité de traitement entre collègues qui ont les mêmes responsabilités et déploient un niveau de technicité équivalent dans leur exercice professionnel. La dichotomie statutaire n'a plus lieu d'être car la démarcation professionnelle entre le sanitaire et le médico-social n'est plus que de pure forme ; les postes de D3S et DH peuvent être occupés indifféremment par des DH ou des D3S et la mixité au sein des équipes de directions et dans les territoires desservis par les GHT est une réalité quotidienne pour tous les collègues.

Au nom des trois organisations syndicales qui portent cette revendication depuis de trop longues années, nous exprimons notre satisfaction de pouvoir enfin exposer les arguments de cette évolution statutaire tant attendue, dont la simple évocation a été si longtemps refusée aux collègues D3S. Pour autant, nous soulignons que ce cadre de discussion, s'il en reste là, ne peut pas nous satisfaire.

Le SYNCASS-CFDT, le CHFO et l'UFIMCT-CGT représentent une très nette majorité des voix des deux corps de DH et de D3S aux élections professionnelles au CCN, encore amplifiée depuis 2018. Nos fédérations, qui soutiennent notre revendication sans réserve, représentent à elles trois plus de 80% des voix de la FPH. Fort de ce fait majoritaire incontestable, nous réclamons une négociation sur la déclinaison de l'évolution statutaire.

En effet, l'Etat ne peut plus désormais procéder par décisions unilatérales pour faire évoluer l'ensemble du cadre statutaire qui s'applique aux agents de la fonction publique. L'ordonnance du 17 février 2021 crée un ensemble de règles de négociation collective qui s'imposent aux pouvoirs publics, et dans lesquelles nos trois organisations sont prêtes à s'engager.

Nous entendons bien faire valoir que les corps de direction de la FPH sont dignes de la même attention que celle des autres versants, et que leurs représentants sont légitimes pour contribuer à la construction des règles et des garanties qui leurs seront appliquées. Le déroulement des carrières et la promotion professionnelle, les modalités de mise en œuvre de politiques indemnitaires, l'évolution des métiers et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sont autant de thèmes en lien direct avec le statut, et sur lesquels les organisations syndicales sont compétentes pour conclure des accords opposables.

Nous concevons donc la réunion qui s'ouvre comme le début d'un processus. Nos arguments sont prêts, validés par l'évolution de nos fonctions, confortés par les évolutions en cours de la haute fonction publique de l'Etat. Il y a une occasion historique à saisir pour que l'unicité statutaire se concrétise, marquant une reconnaissance déterminante de la fonction de direction de tous nos établissements. Nous ne la laisserons pas passer.

Anne MEUNIER

Didier HOELTGEN

Thomas DEREGNAUCOURT

## LA CONVERGENCE DES MISSIONS ET DES EXERCICES PROFESSIONNELS DES DEUX CORPS AFFIRME UN METIER COMMUN

### Les profils semblables des candidats admis et les reçus aux deux concours, les maquettes de formation similaires

**Au fil des années les profils des candidats sont devenus de plus en plus semblables.** Depuis 2016, les rapports des jurys des deux concours (accessibles sur le site du [CNG](#)) le prouvent, le profil universitaire des candidats et des lauréats des concours externes est assez homogène. Une large majorité de candidats ayant un diplôme de niveau I, parmi lesquelles une part significative des diplômés d'I.E.P.

	2016	2017	2018	2019
<b>Pourcentage Niveau 1 externe D3S</b>	73	65	70	70
<b>Pourcentage Niveau 1 externe DH</b>	84	84	80	88

**Il est donc logique qu'un nombre important de candidats soient admis aux deux concours.** Pour la session 2021, 39 candidats sont admis sur les listes DH et D3S, soit 40% des admis au concours DH et 39% des admis au concours D3S. Le choix des candidats se porte alors sur la carrière la plus attractive entraînant chaque année un déficit de recrutement dans le corps des D3S, les listes complémentaires étant la plupart du temps insuffisantes. En 2021, la liste complémentaire D3S comportait 16 noms.

**Par ailleurs, des évolutions sont intervenues dans la gestion des concours de direction et de leur cycle préparatoire,** pour tenir compte, là aussi, des réalités du management. Le concours d'accès au cycle préparatoire est devenu unique, la préparation l'était déjà. Les durées des formations de DH et de D3S sont harmonisées, désormais à 24 mois (comme l'ENA et l'INET), les contenus pédagogiques régulièrement actualisés. Une forte proportion d'enseignements sont équivalents, voire communs (le séminaire de santé publique, les modules interprofessionnels et la mise en œuvre dès 2022 du tronc commun avec les autres écoles de service public comparables). Tout ceci contribue à façonner des apprentissages fonctionnels et des approches métier identiques dans les deux corps.

**La nature des emplois proposés en sortie d'école reste une distinction significative, mais qui s'atténue.** Les élèves D3S sont plus fréquemment destinés à occuper des emplois de chefs d'établissements, mais le nombre d'emplois d'adjoints augmente sensiblement, notamment du fait des recompositions, modifiant la structure du corps.

### Le périmètre renouvelé du management

Force est de constater que **les pratiques de direction des deux corps tendent vers un cadre d'exercice unique, même s'il intervient dans des contextes différents (chef/adjoint, domaines fonctionnels, techniques, MCO, psychiatrie, médico-social, social).**

**Tout d'abord ils partagent une législation et un corpus de textes réglementaires communs** : ils se réfèrent aux mêmes codes, code de la santé publique et code de l'action sociale et des familles, code de la commande publique et bientôt code de la fonction publique. Les normes qui s'imposent à la gestion d'un établissement sanitaire, médico-social ou social sont les mêmes concernant l'urbanisme, la sécurité incendie et l'accessibilité... **Ces établissements fonctionnent avec les mêmes catégories de professionnels, les mêmes règles de dialogue social, les mêmes organisations syndicales et bien souvent les mêmes attendus dans le déploiement d'une politique de ressources humaines non médicales et même médicales.** Pour les achats, les prestataires et les fournisseurs sont bien souvent communs, dans des procédures qui sont le plus souvent mutualisées. Ce cadre d'exercice tend également vers **une convergence de nombreux outils de pilotage** : CPOM, EPRD, dialogue social et accords majoritaires, document unique...

Ces évolutions ont changé la perception et la construction de nos référentiels métier. **Elaborés en commun, en 2010, les deux référentiels métier reposent sur la même conception de nos fonctions.** Et si les appellations de DH et de D3S y figurent, il est aussitôt précisé que ce n'est pas l'appartenance à un corps qui définit le référentiel, mais la nature de l'établissement et de ses activités. **Le contenu du management demandé à tous les directeurs est assis sur un socle unique de responsabilités et de missions traduit dans des documents d'évaluation professionnelle qui sont en tous points comparables.**

**L'aptitude à un même métier se vérifie aussi dans l'absence d'obligation de formation en cas de détachement** entre les deux corps DH et D3S. Alors que cette formation d'adaptation à l'emploi est obligatoire

pour tous les autres fonctionnaires détachés directeurs de la FPH, les directeurs DH et D3S n'y sont statutairement pas tenus, parce qu'ils exercent déjà les mêmes fonctions de direction. On constate une exacte symétrie des aptitudes et des compétences. Tout cela participe de la coordination et l'intégration des différents opérateurs d'un même territoire.

### **Une réalité territoriale de plus en plus prégnante**

**L'évolution du contexte d'exercice des DH et des D3S est marquée ces dernières années par l'importance du cadre territorial, que la crise sanitaire est encore venue renforcer.** La séparation entre les secteurs sanitaire et médico-social avait déjà été largement estompée avec la gestion en EPS, quelle que soit sa catégorie, d'une part très significative des capacités d'EHPAD du secteur public (44,5% contre 38,5% pour les EHPAD autonomes et 17% pour les CCAS, soit 53/47 sans les CCAS- *source CNSA 2019*). Les établissements spécialisés en santé mentale gèrent en direct un nombre croissant d'activités médico-sociales (MAS, voire EHPAD) qui permettent des parcours intégrés pour une partie de leur file active.

Outre ces gestions hospitalières directes, sans oublier les directions communes, les formes de coopération se sont multipliées, notamment par les équipes mobiles de gériatrie et la structuration des filières gériatriques territoriales. **La réalité du paysage est celui d'une porosité croissante des activités, qui ne sont plus structurées par le statut des établissements et de leurs directeurs, mais par les nécessités de prises en charge coordonnées. La dichotomie statutaire ainsi que la construction initiale sanitaire et intégrative des GHT constituent un frein évident à cette évolution, comme cela avait été souligné dès 2016 lors de la mise en place des GHT.**

Les GHT constituent pour les établissements publics de santé le mode principal d'organisation territoriale. L'association des établissements médico-sociaux autonomes, permise par la loi, connaît des concrétisations contrastées. Malgré la construction hospitalo-centrée des GHT et la concurrence avec les GCSMS sur certains territoires, leur périmètre regroupe des établissements de taille très diverses, y compris relevant du secteur médico-social. Si une petite minorité d'établissements médico-sociaux a fait le choix d'être membre plénier des GHT, d'autres liens sont en place et se développent par association, ou par inclusion dans les projets médicaux de territoire (filière gériatrique, handicap, santé mentale notamment). **Ce décroisement des deux secteurs bien que porté par les pouvoirs publics, ne trouve aucune traduction concrète dans sa vision du métier de direction.**

A un échelon territorial plus fin, les hôpitaux de proximité forment un pont entre les différentes catégories d'activités, avec le cas échéant un adossement à des CPTS. Ces établissements peuvent être dirigés par un D3S ou un DH, du fait d'effets de seuils capacitaires déterminant le statut du directeur. **Les missions sont pourtant identiques.** Cette caractéristique conduit certains DH à demander leur détachement pour diriger ces établissements, avec des conséquences statutaires préjudiciables.

**La crise sanitaire a suscité dès la première vague une mobilisation à l'échelle des territoires qui a transcendé la césure entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux autonomes.** Les coopérations logistiques déjà en vigueur et mutualisées se sont amplifiées. Sur certains territoires, les établissements publics de santé de proximité ont pu constituer des plateformes relais au bénéfice des établissements médico-sociaux. Le rapprochement des différents secteurs a accéléré la prise de conscience sur les interactions entre les différentes structures et permis l'entraide et la concrétisation de coopérations sur la prise en soin.

### **Publics fragiles et santé globale : une convergence indiscutable de nos missions**

La dichotomie entre les statuts a pu être présentée comme résultant de différences de nature entre les hôpitaux dotés de plateaux techniques, animant une communauté médicale et les établissements médico-sociaux supposés centrés sur la fonction d'hébergement. **Cette présentation caricaturale est battue en brèche par l'évolution des populations accueillies en établissement de santé qui se caractérise par la proportion croissante des personnes âgées et de patients atteints de pathologies chroniques, de polyopathologies associées au handicap ou de troubles mentaux des enfants et adolescents de l'ASE.** S'agissant de personnes en situation de handicap, les établissements de santé, organisent depuis longtemps des filières spécifiques, notamment d'accès direct au plateau technique et aux consultations spécialisées, sans le passage par les urgences hospitalières, avec un circuit dédié. Cela passe par des liens directs avec les établissements spécialisés et leurs équipes. A noter dans ce domaine que les dossiers d'agendas d'accessibilité programmés (ADAP) ont fait progresser la prise en compte des particularités et de la culture du secteur du handicap à l'hôpital.

Des disciplines médicales comme la neurologie, l'addictologie ou la gériatrie organisent leurs activités et leurs parcours de soins en articulation avec des services et des équipes d'établissements du secteur médico-social,

que ce soit au niveau de l'adressage ou de l'aval du court séjour. Ces circuits sont aussi en développement entre l'enfance et la psychiatrie.

L'organisation des capacités de soins de suite et de réadaptation sur le territoire est une autre illustration de la répartition d'activités entre établissements sanitaires et médico-sociaux. Leur articulation avec les services de court séjour et d'hébergement est **une mission pilotée indifféremment aujourd'hui par des collègues DH ou D3S en fonction de l'établissement de rattachement.**

**L'affirmation du rôle social de l'hôpital** est consacrée par des dispositifs spécifiques tels que la permanence d'accès aux soins de santé définie comme des « cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social ». Le service social est devenu une composante essentielle du fonctionnement des activités de court séjour. Cette réalité est encore plus prégnante s'agissant des établissements spécialisés en santé mentale, et de tous les établissements de santé titulaires d'autorisations en psychiatrie sectorisée.

Les deux secteurs sanitaires et médico-sociaux voient converger les modes de représentation et d'expression des usagers, avec la prise en compte de leurs attentes et de leurs proches, la place croissante des aidants dans les attendus des prises en charge. **Ces évolutions structurelles de long terme, intégrant l'éducation thérapeutique et la médecine de prévention constituent une culture professionnelle et des référentiels communs.**

On relève également que la médicalisation des EHPAD, avec le développement de médecins salariés coordonnateurs, d'astreintes infirmière partagées, de PUI communes, contribuent à rapprocher les modes de fonctionnement et de dialogue interne aux établissements. **De façon globale, les défis posés par la démographie des professionnels sont identiques dans les secteur sanitaire et médico-social.**

**Enfin, inutile de rappeler que les directeurs, acteurs de santé publique au sens de l'OMS, œuvrent dans une unicité de valeurs : celles du service public et de ses missions.**

## **UNE URGENCE : PRENDRE EN COMPTE LA REALITE DES EMPLOIS ET DES EFFECTIFS**

### **La transformation des établissements**

- **L'évolution des structurations juridiques**

La typologie des établissements est définie à l'article 2 (1° à 7°) de la loi 86-33 du 9 janvier 1986.

Les DH dirigent les établissements du 1° et 7° (établissements publics de santé et CASH de Nanterre). Les D3S dirigent :

- Les établissements du 1° ne comportant pas de service de chirurgie ou d'obstétrique ou d'hospitalisation sous contrainte, et comportant au plus 30 lits de médecine et 250 lits de SSR.
- Les établissements du 2° et 3° (EHPAD),
- Ceux du 4° (foyers de l'enfance et MECS),
- Ceux du 5° (personnes handicapées)
- Et ceux du 6° (CHRS)

**Pour les emplois DH, les listes spécifiques portent sur les emplois fonctionnels des 3 groupes (actuellement 344 emplois sur listes pour 355 prévus au plan réglementaire).**

Concernant les listes D3S, le statut prévoit quatre listes d'établissements :

- **La liste des EPS à direction D3S**, passée de 238 en 2016 à 146 en 2021
- **Les emplois fonctionnels**, aux budgets supérieurs à 50 M€. Cette liste comporte 4 établissements actuellement sur 10 prévus au plan réglementaire.
- **Les emplois donnant accès à l'échelon fonctionnel (hors-échelle B)**. Liste contingentée à 12% des établissements, aux budgets les plus importants. Du fait du contingentement, le nombre évolue peu mais la liste varie au fil des années et selon les créations de direction commune, les fusions ou les rattachements à des EPS plus importants.
- **Les emplois réservés à la classe normale**, de budgets de moins de 2 M€, La liste est réduite à 20 établissements fin 2020, notamment à la suite des rattachements et directions communes.

Hors ces listes spécifiques, les données du CNG permettent une photographie de l'évolution des structures et des emplois.

Ainsi fin 2020, on recense que :

- les DH exercent dans 384 entités de direction regroupant 874 établissements ;
- les D3S exercent dans 979 entités de direction regroupant 1565 établissements.

**Les directions communes deviennent une norme dans les 2 secteurs.** Les fusions restent moins nombreuses mais se sont renforcées et semblent souvent le continuum logique d'une direction commune.

**Préalablement aux GHT, les directions communes avaient rapidement regroupé plus de la moitié des EPS, mêlant DH et D3S au sein d'équipe de direction.** En 2021, 250 D3S exercent au sein de CHU/CHR/CH et 200 D3S exercent au sein de directions communes mixtes. Dans le même temps 600 DH exercent dans des directions communes mixtes avec un établissement médico-social, sans compter bien sûr les structures médico-sociales directement intégrées aux EPS. En 2021, sur les 1 565 établissements recensés employant au moins un D3S, 577 ont intégré un GHT, soit 36,9 % (27,2 % en 2020). 364 D3S occupent un emploi au sein d'un GHT.

**Ces différentes données illustrent des tendances communes aux établissements sanitaires et médico-sociaux :** regroupements et recompositions se traduisant dans des directions communes et fusions, réduction du nombre de chefferies d'établissements dans les deux secteurs, et accroissement de la taille des équipes, généralisation de la mixité d'exercice sanitaire et médico-social.

**Même si elles ne sont pas réalisées dans ce but, mais bien pour organiser le service public, les recompositions ont des incidences statutaires qui doivent être prises en compte pour les directeurs. La recomposition du paysage hospitalier et médico-social déjà menée justifie, si besoin était, l'unicité statutaire.**

- ***Une construction circonstancielle des statuts***

Sans refaire l'historique détaillé des évolutions statutaires, le rappel de quelques étapes permet d'illustrer une logique d'adaptation au fil du temps qui relativise beaucoup la situation actuelle.

#### **Jusqu'en 1996 : deux statuts de directeurs.**

Le premier concernait les établissements relevant de l'article 2 (1°, 2° et 3°) de la loi du 9 janvier 1986 et était structuré en cinq classes. Le second concernait les établissements cités au 4°, 5° et 6° du même article. Le premier était alors géré par la Direction générale de la santé et des hôpitaux et le second par la Direction générale de l'action sociale.

Tous les directeurs des établissements hospitaliers et des maisons de retraite et hospices publics (article 2. 1°, 2° et 3°) relevaient d'un même corps, en cinq (statut de 1969), puis quatre classes (statut de 1988). Il existait deux voies de recrutement distinctes dans le corps, en 5<sup>ème</sup> et en 3<sup>ème</sup> classes. La distinction portait alors sur la taille des établissements.

#### **De 1996 à 2007 : trois statuts de directeurs**

La création d'un corps de DESS (directeur d'établissement sanitaire et social), par éclatement du statut commun de 1988 ne s'est pas faite sur une « logique métier », mais pour répondre au blocage des déroulements de carrières pour l'accès à la 3<sup>ème</sup> classe.

Une répartition des emplois s'est alors faite sur le critère exclusif de taille des établissements, exprimés en nombre de lits, indépendamment des secteurs d'activités ou des données budgétaires.

**En parallèle, pour le corps maintenu des DH, c'est un nouveau format calqué sur le corps des administrateurs civils**, qui a été créé par le statut du 13 mars 2000, pour les bornages indiciaires, puis par le statut du 2 août 2005 pour sa structuration en deux grades ainsi que les emplois fonctionnels.

Jusqu'en 2005, les DH et les DESS pouvaient indifféremment occuper des emplois sanitaires et médico-sociaux, les uns au-delà de 250 lits, les autres en deçà de ce seuil. A cette date, les DH ont été cantonnés aux établissements publics de santé supérieurs à 250 lits ou conservant, quelle que soit leur taille, de la chirurgie, de l'obstétrique ou de l'hospitalisation sous contrainte.

Tous les directeurs des établissements sociaux et médico-sociaux autres que de personnes âgées (article 2. 4°, 5° et 6°) appartenaient à un autre corps, celui de DESMS (directeur d'établissement social et médico-social). Aucune similitude, ni comparabilité, n'étaient alors évoquées entre DH et DESMS, la différenciation tenant à la stricte répartition des périmètres professionnels.

## **2007 et 2008 : deux statuts et une nouvelle répartition**

**L'unification des corps de DESS et de DESMS** est réalisée par le décret du 30 décembre 2007, consacrant à la fois la fusion et l'accès de tous aux échelles lettres dans le nouveau corps de D3S. Le corps unifié a permis une nouvelle structuration de la gestion des emplois de direction et des personnes, mais a nécessité une clarification de la répartition des emplois sanitaires entre les DH et les D3S

**En 2008, une différenciation des emplois sanitaires, entre DH et D3S**, s'est effectuée sur les critères de capacité et d'activité (précisée dans le protocole d'accord du 20 février 2008, donc sans traduction réglementaire) : 30 lits de médecine ou 250 lits de SSR classent les directions des établissements dans l'un ou l'autre corps (mais sans addition des lits en cas de direction commune). Ce système hybride a classé environ 550 chefferies sanitaires chez les DH et 450 chez les D3S.

**Sous l'effet des recompositions territoriales et de la loi mobilité de 2009**, les frontières se sont estompées, consacrant une mixité croissante des emplois au sein de nouveaux ensembles et un passage croissant d'un corps à l'autre, sans difficulté. La diversité des situations a ainsi relativisé fortement l'utilité d'une distinction qui résultait avant tout des circonstances, plutôt que d'un projet délibéré et qui devient une aberration en termes de management.

**Depuis 2015 le statut DH a progressé en rattrapant les évolutions du statut des administrateurs civils alors que celui des D3S n'a pas évolué. Ce sont ces mêmes évolutions que les D3S attendent en tant que corps comparable.**

- ***Une dichotomie désormais obsolète***

**La distinction introduite dans les statuts a traduit, pendant longtemps, une réelle disparité de situations.** Il était cohérent de distinguer les fonctions de chef d'établissement d'un grand hôpital général et celles d'une maison de retraite plus modeste, le contenu du management et des responsabilités étant sensiblement différent selon l'importance de la structure, la nature diversifiée ou unique des activités, la complexité organisationnelle... Mais à quelle aune comparer les responsabilités, de chef d'un établissement, même modeste et d'un adjoint, dans la diversité des situations ? Pas plus que de distinguer les adjoints DH et les adjoints D3S, occupant les mêmes emplois dans les organigrammes de direction des EPS. **La simple gestion de l'héritage statutaire a longtemps tenu lieu de politique. C'est, non seulement devenu injuste, mais aussi contreproductif.**

**La recomposition a reformaté, en profondeur et rapidement, la structure des plus petits établissements** : comme prévu dans le protocole du 20 février 2008, par la réduction accélérée du nombre d'établissements D3S de budget inférieur à 2 M€, par ailleurs réservés à la classe normale. La liste de plus de 575 établissements en 2008 est passée à environ 40 en 2015 et à 20 en 2020. Le nombre d'établissements D3S de budget supérieur à 10 M€ avait lui bondi.

**Le développement du nombre et du périmètre des directions communes a accentué les restructurations, entraînant la mixité croissante des emplois, entre les deux corps**, DH et D3S. En plus des détachements, 250 D3S exercent dans des équipes à direction DH, dans une indifférenciation des fonctions, tandis que 43 DH sont affectés sur des emplois D3S au 1<sup>er</sup> janvier 2021. Cela atténue les distinctions, parallèlement à la décade démographique.

**Le maintien de deux corps ajoute inutilement des complexités pour le recrutement des directeurs adjoints.** Pour les mutations, les DH et les D3S peuvent candidater indifféremment, les syndicats de directeurs diffusent d'ailleurs les avis de vacance à tous. Pour les sorties d'école, les chefs d'établissements publient dans l'un ou l'autre corps, selon la meilleure probabilité de recruter, la situation géographique, le calendrier...

**Le déséquilibre des carrières, pour des fonctions équivalentes, incite au départ vers le corps mieux rémunéré, celui de DH.** La chute démographique des DH, la qualité des candidatures D3S, l'interopérabilité des compétences et l'absence de revalorisation statutaire de ce corps expliquent une accélération de ce mouvement. Il compense partiellement les départs en retraite des DH, mais en libérant un nombre correspondant d'emplois de directeurs d'établissements D3S. Le déficit des recrutements D3S concerne dès lors les postes de chefs d'établissements moins attractifs, en raison de leur situation géographique isolée, de leur taille, de l'orientation des activités, de la complexité locale et de la rémunération. Cette déshérence conduit à des intérim prolongés, aggravant la situation.

**Dans les derniers tours de mutation, ce ne sont que la moitié des postes D3S qui trouvent un nouveau directeur D3S ou DH.** 1 poste sur 2 de chef d'établissement D3S reste vacant après publication (16/40 publication de septembre 2021, 12/21 publication juin 2021, 6/13 en mai, 9/13 en avril, 12/22 en mars, 7/13 en février, 13/28 en janvier soit 75/150 pour l'exercice 2021). Sans l'unicité statutaire, cela ne pourra qu'empirer et les recrutements de contractuels, temporaires, se révèlent souvent peu concluants.

Début 2022, l'unicité statutaire correspond encore plus à la cohérence du management et à la recomposition du paysage hospitalier et médico-social, qui a entraîné, rappelons-le à nouveau, une mixité croissante des emplois entre les deux corps, mixité effective au sein des équipes de direction.

**Il n'y a plus de raison d'attendre : l'unicité n'est pas à aborder sous l'angle d'un problème à résoudre mais bien comme une opportunité. Nous souhaitons que l'Etat tienne les engagements pris envers les directeurs et qu'il reconnaisse mieux leur engagement.**

### La démographie des corps

- **Une tendance alarmante**

L'augmentation ces dernières années des promotions DH et les détachements D3S a enrayé la baisse chronique des effectifs des DH, sans l'endiguer. La chute sur l'ensemble de l'effectif de directeurs est forte et régulière.

**On comptabilise -451 DH en 10 ans, soit -14%.** Le nombre de directeurs d'hôpital est passé de 3 379 DH en 2011 à 2 928 DH en 2021, pour rappel, en 2001, les directeurs d'hôpital étaient au nombre de 3 592.

**Pour les D3S on recense -188 directeurs en 10 ans, soit -10%.** 1 677 directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont en activité au 1<sup>er</sup> janvier 2021, contre 1 865 D3S en 2011

En 2020, ce sont 63 personnes qui sont entrées par la voie du détachement dans le corps de DH, soit 42 % des entrées. **La tendance est à la hausse pour la part d'entrée dans la carrière par le concours mais ne représente en moyenne que 46% sur les 10 dernières années.**

La baisse des effectifs se trouve minorée par les intégrations dans le corps de DH, masquant pour partie le phénomène : 348 D3S ont été intégrés dans le corps de DH en 10 ans.

Et d'autres le seront dans les années à venir du fait d'un décalage dans le temps de minimum deux ans. Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, sur les 255 détachés, 144 le sont sur des postes de DH. Les détachements (33%) sont le deuxième mode de sortie après les départs en retraite (43%). Les sorties des D3S par détachement sont le fait de collègues en début et milieu de carrière, une majorité l'est dans les premières années de la carrière (entre 1 et 9 ans).

A l'heure où **l'attractivité métier ne fait que décliner**, et plus particulièrement chez les D3S, les pouvoirs publics recherchent des solutions mobilisant avec force leurs moyens de communication, il est temps d'activer ce levier que représente un corps unique de personnels de direction. Les évolutions démographiques renforcent la nécessité de l'unicité statutaire.

- **Une nécessaire adaptation à la démographie des corps**

**Les pyramides des âges sont comparables avec une moyenne d'âge légèrement inférieure dans le corps de D3S (47,5 ans âge moyen DH, contre 46.6 ans pour les D3S).** L'âge moyen des deux corps accentue par ailleurs l'homogénéité des cursus et formations initiales lors du recrutement.

**La typologie des établissements fait que le profil des directeurs est différent selon les corps : 351 chefs pour 2 415 DH en établissements (soit 14,5 %), 794 chefs pour 1 319 D3S en établissement (60.2 %).** Cette photographie instantanée de la répartition chef/adjoint ne tient pas compte, faute de recensement statistique disponible, de la réalité des fonctions de direction déléguée d'établissement dans un nombre croissant de directions communes, qu'elles soient sanitaires, médico-sociales ou mixtes.

Les corps sont majoritairement féminisés, avec une parité chez les DH et 67% de femmes chez les D3S. Pour les DH, 7,6% des femmes DH sont cheffes, pour 21,5% des hommes. Les femmes ne sont ainsi que 26,2 % des 351 chefs DH. La féminisation des chefferies DH a progressé, mais l'égalité reste un objectif à poursuivre. Pour les D3S la tendance est la même mais dans des proportions différentes : 55.4 % des femmes D3S sont cheffes. Les femmes occupent 62,1 % des chefferies. **Nous constatons, à regret, tout comme le rapport de la fonction publique, et à l'expérience de la revalorisation insuffisante des directeurs des soins, que plus un corps est féminisé, moins il est valorisé et moins il est soutenu par les pouvoirs publics.**

- **L'unicité, ça change quoi ?**

- Pas le total des emplois, ni les disparités géographiques dans l'immédiat, mais **plus de choix dans les postes, moins de délais dans les publications, moins d'incertitudes sur le recrutement et plus de visibilité pour les opérateurs.**
- **L'égle attractivité de carrière** de tous les postes, DH ou D3S.

- **La fin de la déformation des parcours** induites par la disparité des deux statuts qui met à mal les établissements, impacte l'attractivité et renforce les disparités géographiques.
- **La réduction du nombre d'intérim**s rendu récurrent du fait de l'inégalité entre les statuts
- **Une GPMC mieux façonnable et maîtrisable.**
- **Des économies de temps et de coûts** pour l'administration liées à la gestion unique des deux corps.

Il y a un déroulement de carrière ou des champs de responsabilités différents entre un directeur général de CHU et un chef d'établissement médico-social. Mais ces mêmes questions existent déjà au sein des équipes de direction au sein des différents établissements d'un GHT : le directeur d'une direction commune ou d'un établissement support n'occupe pas les mêmes fonctions, ni le même niveau de responsabilité qu'un directeur de site ou qu'un directeur adjoint.

**Le chantier de l'unicité doit permettre d'identifier ces différences mais sur la base commune d'un statut ouvert à la diversité des parcours, notamment :**

- **En la décorrélant du suivi des seuils de capacité et d'activité** qui délimitent et départagent les actuels emplois DH et D3S.
- **En évitant de revoir le classement de l'emploi**, si les lits et les activités sont à un niveau proche des limites actuelles.
- **En rendant inutile la gestion et l'actualisation de la plupart des listes**, par la DGOS, pour ne garder a priori que celle des emplois fonctionnels.
- **En rendant inutile les stratégies personnelles de carrière** qui pourraient interférer avec l'intérêt de l'établissement.

**L'unicité statutaire est attendue par une large majorité de directeurs. Elle est tout autant de l'intérêt des établissements et de l'Etat et ses opérateurs (EHESP et CNG).**

## L'UNICITE STATUTAIRE UNE REPONSE LOGIQUE, BENEFIQUE A L'ATTRACTIVITE DES FONCTIONS

### Une gestion modernisée et simplifiée

**Les deux statuts relèvent des mêmes logiques de gestion** même s'ils demeurent séparés au sein du département des directeurs du Centre National de Gestion. Alors que les besoins d'accompagnement professionnel sont croissants, le CNG est amené à maintenir artificiellement un cadre de gestion distinct, concentrant sur la gestion administrative des moyens humains et budgétaires qui pourraient être plus utiles sur d'autres missions, notamment l'accompagnement des professionnels.

**La porosité croissante entre DH et D3S justifie une mise en cohérence dans la gestion des corps.** L'intérêt pour les directeurs est évident. Par exemple, les publications de postes manquent de fluidité ; les mêmes postes étant publiés en DH puis en D3S. Le problème est identique pour les postes proposés aux élèves directeurs (EDH et ED3S) car les postes ne peuvent être proposés aux deux corps. L'organisation de deux concours distincts DH et D3S représente un surcoût inutile pour le CNG et pour les postulants qui candidatent sur les deux concours.

**Quand les mobilités entre corps se mettent en place, elles relèvent en premier lieu du détachement mais avec deux ans d'attente au moins pour être intégré.** Tout ceci crée une lourdeur administrative et une perte de sens. Cela maintient les collègues dans une forme d'incertitude de carrière là où les règles simples du changement de poste pourraient prévaloir.

**L'unicité statutaire ne sera pas la seule réponse à l'érosion des effectifs des deux corps** de direction qui aboutit à des vacances de postes prolongées, mais permettra un rééquilibrage entre les deux, faisant primer l'intérêt professionnel du poste sur le débouché de carrière qu'il représente. En évitant les doubles publications, on se donne plus de chance de mieux pourvoir les postes dans des délais raccourcis. Une seule liste permet d'améliorer l'accès à l'information claire et lisible pour tous. La gestion pour les établissements, les ARS, les DDETS et le CNG en charge du recensement et de la publication des postes sera facilitée.

**L'unicité statutaire reconnaîtra comme équivalents des exercices professionnels** DH et D3S. Actuellement, ce sont essentiellement les D3S qui sont détachés dans le corps de DH. L'unicité statutaire rendra plus attractifs à la mobilité des postes de D3S qui suscitent un intérêt croissant pour les DH soucieux d'enrichir leur parcours professionnel. Cela pourrait répondre aux attentes de nombre de DH qui aspirent à une chefferie d'établissement mais qui y renoncent car les emplois de chef D3S sont moins bien reconnus statutairement.

**L'unicité statutaire permettra aussi une gestion plus lisible.** La DGOS n'aura plus à assurer l'actualisation de listes distinctes de classification des emplois. De même, nombre de textes statutaires qui ont un impact sur les personnels de direction concerne les deux corps et oblige à doubler un travail de rédaction réglementaire conséquent. La formation à l'EHESP pourra rassembler les deux filières actuelles qui comportent déjà nombre d'enseignements communs, la spécialisation, à aménager dans les maquettes, faisant le reste.

**Le corps actuel de D3S reste plus féminisé que le corps des DH, l'unicité statutaire permettra aux D3S d'accéder plus facilement à des postes de DH.** En ce sens, l'unicité statutaire répond à un enjeu d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, porté par le gouvernement et le Président de la République, dans l'accès aux emplois supérieurs d'encadrement dans la fonction publique hospitalière, comme dans les autres versants.

**La mise en œuvre de l'unicité statutaire est essentielle pour moderniser les cadres de gestion et faciliter enfin au CNG la mise en place une gestion prévisionnelle des métiers et compétences qui ne se borne plus à la seule gestion administrative.** La gestion sera simplifiée en évitant la duplication des instances, la gestion des doubles carrières pour les directeurs détachés, l'organisation en double des concours y compris du tour extérieur...

**Toute démarche de GPMC est aujourd'hui percutée par l'importance et l'imprévisibilité des détachements-intégrations de D3S dans le corps des DH.** Il convient d'unifier les deux corps dans un même cadre de gestion ce qui permettra, au plus fin, une mise en adéquation des postes vacants avec les effectifs de directeurs (nouveau corps) qui pourront les pourvoir. Le décret emplois supérieurs de la FPH permet d'ouvrir l'ensemble des chefferies sur des emplois unifiés en sortie d'école. Enfin, cela permettra de paramétrer avec bien plus de précision le nombre de postes à ouvrir aux concours.

**La diversité des profils de directeurs est un atout pour la fonction publique hospitalière et la diversité des postes ouverts aux directeurs des deux corps actuels en est un, également indéniable, pour l'attractivité du métier de directeur de la FPH.**

**La logique de la fonction publique : un corps, une carrière, l'adaptabilité et la continuité du service**

**Les exercices professionnels DH et D3S procèdent de la réponse satisfaisante aux besoins des usagers en situation de vulnérabilité et s'inspirent de la même logique de service public** pour garantir une prise en charge de qualité. Il y a donc une conception du service à la population et à l'intérêt général qui constitue un socle qui fait référence pour les deux corps. Les spécificités d'exercice et les approches populationnelles différentes ne justifient plus le maintien de deux corps distincts. L'aspiration à l'unicité n'est donc pas simplement la revendication des directeurs mais une nécessité pour mieux assurer le service public et répondre aux obligations fixées par la loi (code de la santé publique et code de l'action sociale et des familles).

**Le besoin du service public a évolué, rendant la dichotomie statutaire obsolète.** L'intérêt général s'est redéfini autour de la capacité des secteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux à travailler ensemble en vue d'une prise en charge globale centrée sur la prévention, le parcours de soins et l'accompagnement social. Le niveau de qualifications, les responsabilités exercées, les compétences déployées et le niveau d'expertise des DH et des D3S sont strictement comparables. Les référentiels professionnels sont très proches et convergents car la réalité des établissements et services a changé et leur fonctionnement est de plus en plus intégré dans des logiques de réseaux qui dépassent les clivages traditionnels entre sanitaire, social ou médico-social, **de sorte que ce qui rassemble est devenu plus important que ce qui sépare ces secteurs d'activités.**

Les équipes de direction comprennent en majorité des directeurs issus des deux statuts. En cas d'intérim ou de crise sanitaire, les ARS ne se préoccupent d'ailleurs plus de savoir si elles s'adressent à un DH ou un D3S. Il y a une forme d'hypocrisie à maintenir les cadres existants.

La dichotomie entre DH et D3S maintient artificiellement une distinction entre sanitaire et social alors que la qualité du service public repose sur leur capacité à travailler ensemble et assurer une prise en charge globale des populations dont les problématiques sont autant sociales que sanitaires. Il y a donc une logique intrinsèque à disposer d'un cadre statutaire, un corps unique de directeurs de la fonction publique hospitalière.

**Au-delà des évolutions propres à la FPH, l'unicité statutaire répond aussi à des évolutions tendanciennes de la fonction publique fondée sur une réduction du nombre de corps permettant plus de fluidité dans les parcours. Le rapport THIRIEZ remis au premier ministre en janvier 2020 va dans ce sens et affirme dans sa proposition 31 la nécessité de fusionner « à court terme » les corps de DH et D3S.**

**Depuis la loi n°2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels, les corps de DH et D3S sont reconnus comme comparables.** Il n'y a d'ailleurs aucune modalité de formation

d'adaptation à l'emploi obligatoire à l'occasion de la mobilité entre les deux corps. Le protocole du 29 juillet 2011 relatif aux personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière avait d'ailleurs acté la nécessité de repenser l'articulation entre les deux corps au vu de la comparabilité induite par la loi de mobilité de 2009.

**Depuis plus de dix ans, cette convergence n'a fait que s'affirmer.** La fusion des trois CCN en un seul et une CCT unique, la convergence des contenus de formation et des référentiels professionnels, la mise en place d'un cycle unique préparatoire au concours, la convergence des supports d'évaluation sont des signes allant dans le sens d'un rapprochement des deux corps. **Mais l'effort s'est interrompu au milieu du gué, laissant aux directeurs le sentiment amer qu'on leur fixe le même niveau d'exigence mais pas le même niveau de rémunération.** Aujourd'hui, l'inégalité est flagrante. On trouve ainsi dans une même structure, des adjoints D3S et DH qui exercent les mêmes fonctions mais qui sont rémunérés de façon différente. Ceci génère un sentiment d'injustice, et le temps passant, une légitime colère face à l'immobilisme.

**Les disparités du régime indemnitaire actuel provoquent iniquité et incompréhension** : dans une même équipe, à fonctions et responsabilités comparables, entre chefferie d'établissements de même nature et taille... L'harmonisation d'un régime indemnitaire basé sur les mêmes plafonds et montants de références permet de rétablir l'égalité de traitement et de différencier les niveaux de responsabilités des emplois occupés.

**Depuis, la réforme de la haute fonction publique et notamment l'ordonnance du 2 juin 2021 portant réforme de l'encadrement supérieur de l'État ont revisité largement les statuts particuliers de la FPE** en créant, par le décret n°2021-1550 du 1<sup>er</sup> décembre 2021, un statut interministériel des administrateurs de l'État à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022. Celui-ci doit intégrer les administrateurs civils dès janvier 2022 puis en 2023 **treize corps de la haute fonction publique de l'État** (à l'exception des corps juridictionnels). La diversité des fonctions exercées par ces hauts fonctionnaires de l'État ne semble pas avoir constitué un obstacle à une fusion dans un seul cadre statutaire. Or les spécificités d'exercice constatées dans la FPE sont bien plus importantes que celles existant entre les DH et les D3S, justifiant de moins en moins de maintenir deux corps de direction dont le périmètre et les fonctions sont si proches.

**Il y a aussi des enjeux de comparabilité avec le nouveau corps des administrateurs de l'État.** A l'heure où la DIESE se met en place, la FPH qui constitue une source importante de recrutement du A+ au titre de l'un des versants de la fonction publique doit adopter un cadre statutaire unifié. Donner plus de cohérence au cadre statutaire permettrait d'assurer un meilleur rayonnement de l'encadrement supérieur de la FPH dans l'ensemble de la fonction publique.

**L'unicité statutaire reconnaît les spécificités d'exercice professionnel mais n'a pas vocation à fondre tous les directeurs dans un même moule où toutes les fonctions exercées seraient identiques.** Elle met en cohérence la réalité statutaire avec la définition des personnels de direction telle que donnée par le titre IV et qui rassemble bien les DH et les D3S.