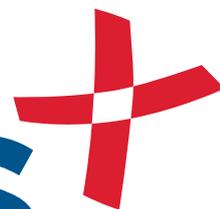


# managers de santé



NUMÉRO 105  
DÉCEMBRE 2017 - 6,25 €

le magazine des directeurs, cadres et ingénieurs hospitaliers

## Cher Père Noël...



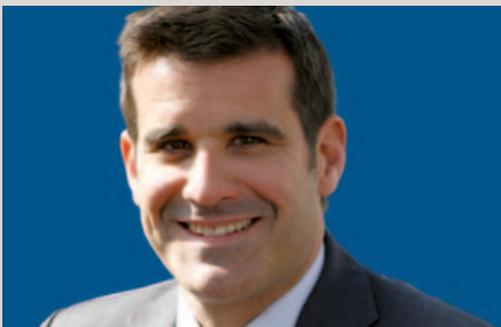
**Côté région**  
Inspiration rugby



**LFSS, SNS...**  
Le Père Noël, ça existe ?



**Pour Noël, je voudrais...**  
Et si l'hôpital de demain devenait collaboratif



# Éditorial

Jérémie SÉCHER  
Président

## Après le statu quo de 2017, 2018 devra être l'année de la reconnaissance

**E**n reprenant l'image du « big bang » que j'avais utilisée lors de notre congrès de septembre 2015 pour illustrer ce que représenterait la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), 2017 aura été, de façon certaine, l'année des turbulences. Chacun dans son vaisseau aura pu expérimenter la manœuvre dans un champ d'astéroïdes juridiques d'un côté, tant le flou juridique nous force à naviguer à vue, et de l'autre le vide sidéral de la reconnaissance des pouvoirs publics. Plusieurs mois après le début de la mise en œuvre, et avec une équipe gouvernementale renouvelée, nous ne pouvons que constater l'absence d'évolution des pouvoirs publics concernant les dysfonctionnements relevés. Le SMPS s'est pourtant montré constructif en formulant une proposition d'amendement visant à adapter les conditions de la délégation de compétence au sein des GHT. L'objectif était de favoriser le développement de coopérations efficaces entre établissements relevant d'un même GHT, ainsi qu'entre ces établissements parties et d'autres établissements ou professionnels intéressés, pour lesquels le GHT ne constitue pas aujourd'hui un cadre adapté.

Malgré un cadre juridique complexe et des moyens limités, les acteurs de terrain ont été au rendez-vous. La DGOS a d'ailleurs confirmé que la majorité des GHT était désormais dotée d'un projet médical partagé. La reconnaissance de cet investissement sans égal se fait pourtant attendre. L'absence d'avancées concernant la prime d'exercice territorial et le report d'un an de l'application du protocole « Parcours professionnels, carrières et rémunérations » (PPCR) portent un message

négligé auprès de ceux qui mettent en œuvre et rendent possible les réformes.

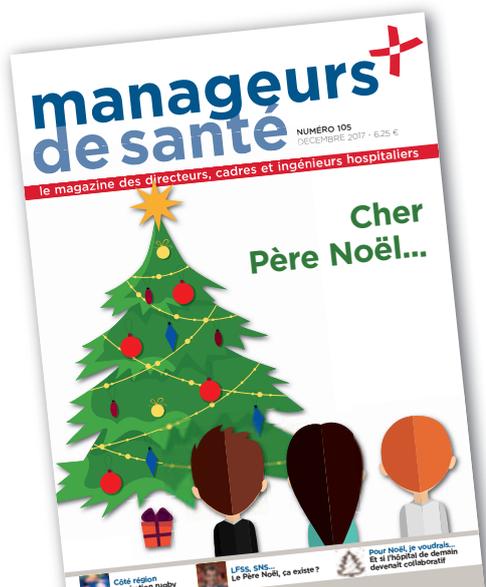
En 2018, le Gouvernement doit prendre la mesure de l'implication de chacun sur le terrain, la valoriser en conséquence et donner aux acteurs de terrain les moyens d'agir pour adapter le système de santé aux défis actuels et de demain. En ce sens, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 ouvre des possibilités juridiques qui pourront stimuler la capacité d'innovation du terrain, comme la mise en place des expérimentations et la télémédecine.

Le SMPS sera particulièrement vigilant sur l'élaboration et sur l'application de la stratégie nationale de santé 2018-2022. Celle-ci se doit d'être ambitieuse pour maintenir un modèle de santé français d'excellence. Le SMPS a formulé vingt propositions à la ministre des Solidarités et de la Santé pour que la stratégie de santé corresponde aux besoins des populations et du terrain.

Par ailleurs, la période de Noël étant propice à la formulation de vœux, le SMPS souhaite l'ouverture de réflexions ciblées autour :

- de la qualité de vie au travail des directeurs et cadres des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ;
- de l'accompagnement de la fin de carrière ;
- de la reconnaissance collective du management, médecin, soignant et administratif, la réussite des réformes n'étant jamais l'effet de l'action d'une seule profession, mais le résultat d'un processus partagé.

Je vous souhaite à toutes et à tous de bonnes fêtes de Noël et une année 2018 riche en vœux exaucés. ■



<b>Dossier LFSS, SNS... Le Père Noël, ça existe ?</b>	
Que retenir de la LFSS ? .....	20
Pour une SNS ambitieuse .....	22
<b>Interviews</b>	
Olivier Véran .....	25
Pierre Charestan et David Piney .....	27



**Directeur de la publication**  
Jérémie Sécher

**Rédacteur en chef**  
Marie Hiance  
E-mail : contact@smpsante.fr

**Rédacteur**  
Pascal Marion

**SMPS**  
Bâtiment de l'IFSI  
Cour Mazarin  
47 boulevard de l'Hôpital  
75651 Paris Cedex 13  
Tél : 01 40 27 52 21

**Conception/Réalisation**  
Héral

**Photo couverture**  
Tous droits réservés

**Régie publicitaire**  
Héral  
44, rue Jules-Ferry - CS 80012  
94408 Vitry-sur-Seine Cedex  
Tél. : 01 45 73 69 20  
Fax : 01 46 82 55 15

**Imprimerie**  
Imprimerie Bialec

## Infos en bref

<b>CAPN des directeurs d'hôpital - 14 septembre</b> Les directeurs, constants dans l'action et dans leurs attentes .....	2
<b>CCN - 18 septembre</b> Qualité de vie au travail des corps de direction : l'émergence d'outils n'épuise pas les sujets de fond .....	2
<b>Comité de sélection DH - 19 septembre</b> La reconnaissance se fait attendre mais la contrainte demeure .....	3
<b>Comité de suivi des réformes de la tarification et de la contractualisation, 25 septembre</b> Les Ehpads publics, premiers touchés .....	4
<b>CAPN des directeurs des soins - 28 septembre</b> L'avenir se décide maintenant .....	5
<b>Contribution sociale généralisée</b> Le SMPS interpelle le ministre de l'Action et des Comptes publics .....	5
<b>CAPN D3S - 19 octobre</b> Pour le respect des droits, des personnes et des structures.....	6
<b>Comité de suivi des GHT - 10 octobre</b> Phase 2 des GHT : prendre le temps et consolider l'accompagnement de la mise en œuvre.....	7
<b>Commission des conditions de travail - 17 octobre</b> Charte de l'éthique et de la responsabilité et risques psychosociaux .....	8
<b>CAPN des directeurs d'hôpital - 7 novembre</b> Il est urgent de se revoir .....	8
<b>CA de l'EHESP - 12 octobre</b> Point sur la situation financière .....	9

## En coulisses

Nos rendez-vous institutionnels .....	10
Le think tank Nouvel'R : insuffler un sens nouveau .....	11
Antoine Loubrieu, nouveau président du club Jeune Génération .....	11

## À la loupe

La Baule - 22-23 juin 2017 : retour sur le 70 <sup>e</sup> Congrès national .....	12
Application du protocole PPCR : où en est-on ? .....	14

## Publication

GHT et GRH : mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire.....	16
---	----

## Côté région

Inspiration rugby .....	17
-------------------------	----

## Pour Noël, je voudrais...

Reconnaissez notre contribution à la transformation du système de santé .....	30
L'égalité professionnelle au service de tous .....	32
L'égalité à Nice : action ! .....	34
Et si l'hôpital de demain devenait collaboratif ? .....	36

## Catégories

<b>directeurs d'hôpital</b> .....	38
Père Noël, à quand une reconnaissance de notre engagement ?	
<b>directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux</b> .....	39
Attentes et craintes	
<b>directeurs des soins</b> .....	40
Le temps passe. L'attitude décevante des pouvoirs publics demeure	
<b>cadres de santé</b> .....	41
Père Noël, offre-nous du temps, pour donner du sens à nos actions	
<b>ingénieurs et cadres techniques</b> .....	42
Rendez-vous avec nos collègues de la territoriale	
<b>cadres administratifs</b> .....	44
Les cadres administratifs ne croient plus au Père Noël	
<b>cadres détachés</b> .....	45
Transférabilité du compte épargne-temps : l'administration hors la loi	
<b>cadres retraités</b> .....	46
Père Noël, donne-nous de l'amour	

**Adhésion/cotisation**..... 47

**Vos élus et représentants**..... 48

# infos en bref

## CAPN des directeurs d'hôpital - 14 septembre

### Les directeurs, constants dans l'action et dans leurs attentes

Lors de la CAPN du 14 septembre, le SMPS a souhaité témoigner sa compassion à l'adresse des populations de Saint-Martin et Saint-Barthélemy, et son soutien à tous les hospitaliers de ces deux îles mais aussi à nos collègues du CHU de Pointe-à-Pitre, du CH de Basse-Terre, et de toutes les structures de soins guadeloupéennes et martiniquaises qui assurent la prise en charge de ces populations. Les professionnels de santé œuvrent sans discontinuer pour tous leurs concitoyens depuis les premières minutes malgré leurs propres blessures ou tourments personnels. Il faut leur rendre un hommage appuyé, comme cela a été fait par le président de la République et la ministre de la Santé, pour ce qu'ils ont fait, et feront encore pendant de longs mois malheureusement, face à la terrible destruction due au passage de l'ouragan Irma.

Il faut aussi rendre hommage à l'action de toutes les structures publiques, et notamment la réserve sanitaire, qui démontrent la grande capacité de réponse du service public.

Le SMPS a par ailleurs souhaité revenir sur les nombreux sujets de préoccupation des directeurs d'hôpital, qui vivent cette rentrée avec des sentiments très mitigés. La poursuite de la mise en œuvre des GHT est un de leurs principaux sujets... de questionnement, ou d'enthousiasme, selon le point abordé.

Si l'on traite de la mise en œuvre des PMP qui doivent avoir l'objectif d'une structuration efficace de l'offre de soins, on voit de nombreuses équipes mobilisées, notamment lorsqu'il s'agit de couvrir des déserts médicaux. Mais encore faut-il avoir les outils nécessaires à la mise en œuvre ! Les débats crispés autour du partage ou non de la couverture budgétaire des primes d'exercice territorial en sont l'exemple. Quant à la

mutualisation des fonctions support, là aussi le sentiment des directeurs est mitigé. La complexité du dispositif juridique sur les achats va donner ses pleins effets négatifs lors de la montée en charge en cette fin d'année. Une évaluation rapide des plans d'action pour les achats territoriaux est nécessaire.

#### L'incompréhension prend le pas sur l'enthousiasme

Le SMPS a bien entendu que la ministre souhaite quitter le champ réglementaire pour passer au temps de l'évaluation. C'est le sens de son soutien à la réforme : place à l'initiative de terrain et au pragmatisme. Le SMPS sera très actif dans cette démarche.

Les directeurs s'inquiètent en outre que les démarches de coopération soient obérées par les effets probables de l'annonce d'un plan Ondam de deuxième génération. Aussi bien pour les balbutiements de la réforme du financement du SSR, pour les outils à trouver afin d'encourager le recours à la télémédecine ou tout simplement pour le maintien d'un financement à un niveau intégrant les surcoûts liés à l'in-

novation et au soutien aux professionnels, les attentes et les doutes sont nombreux, en l'absence de signes évidents. À cela s'ajoute l'extrême difficulté du secteur médico-social, sous le choc induit par la nouvelle tarification des Ehpad.

Sur le plan statutaire enfin, les préoccupations sont aussi considérables, à juste titre. Tous les travaux sur l'accompagnement statutaire à la mise en œuvre des GHT sont suspendus et les textes pourtant déjà votés en CSFPH doivent faire l'objet de nouvelles discussions interministérielles, comme l'a confirmé la DGOS en séance, qui a toutefois précisé que le ministère de la Santé continuait à soutenir la publication de ces textes.

Dans ces conditions d'incertitudes et de contraintes, les directeurs et leurs équipes doivent pouvoir incarner le sens de l'action qu'ils portent. Mais, aujourd'hui, l'incompréhension prend le pas sur l'enthousiasme. Le SMPS compte sur la qualité d'écoute montrée par la DGOS pour relayer très amplement ces messages et cette demande de reconnaissance. ■

## CCN - 18 septembre

### Qualité de vie au travail des corps de direction : l'émergence d'outils n'épuise pas les sujets de fond

En ce premier comité consultatif national (CCN) depuis le changement de gouvernement, le SMPS aurait voulu pouvoir débiter une nouvelle phase de travail qui se serait appuyée sur un nouveau cadrage statutaire favorable aux trois corps de direction.

Mais, comme rappelé lors de la CAPN des directeurs d'hôpital, l'attente imposée par les pouvoirs publics à toutes les négociations en cours avant l'alternan-

ce politique perdue. Dans le contexte extrêmement complexe et contraignant des établissements, entre montée en charge dans l'incertitude juridique et parfois stratégique des GHT, réforme du financement des Ehpad et nouveau plan d'économies, le SMPS a rappelé la constante mise sous tension des équipes et a regretté qu'aucun signe tangible de reconnaissance ne soit venu apaiser les attentes.

Nous avons aussi souhaité fortement peser sur les débats ouverts en comité consultatif national à propos des premiers outils relatifs à l'amélioration de la qualité de vie au travail des directeurs. Car les conséquences de l'incertitude notamment développée par la mise en œuvre des GHT sont déjà nombreuses, comme l'a établi le SMPS dans l'étude menée avec le cabinet Houdard. Pour rappel, deux chiffres : dans le sondage Ifop de mai 2017 sur la perception des GHT par les directeurs, 64 % des répondants considèrent que les GHT ont entraîné ou vont entraîner une dégradation des conditions de travail ; et ils jugent à 79 % que la mise en œuvre des GHT nécessite une revalorisation des conditions d'exercice et de statut. Le CCN du 18 septembre était consacré à l'adoption d'une charte d'éthique et de responsabilité, et d'une décision relative à la mise en œuvre du télétravail.

Sur ce dernier point, le SMPS a rappelé le décalage important entre la décision issue d'un dispositif législatif déjà daté et les sujets du moment qui concernent plutôt le nécessaire accompagnement du déploiement des fonctions dans les territoires et en multisite. De même a été rappelée la nécessité de ne pas exclure les directeurs de la FPH du débat sur le droit à la déconnexion.

### **Les conditions à une mise en œuvre de la charte de l'éthique et de la responsabilité**

Le texte a posé de nombreuses questions, qu'elles soient techniques, avec le risque de vider le contenu des missions autorisées en télétravail, ou statutaires. Celles-ci auraient placé le CNG face à la difficulté de valider des autorisations d'exercer en télétravail, mission jugée non prioritaire par les organisations syndicales. Le report de son examen a été validé à l'unanimité.

Pour l'autre point à l'ordre du jour, le SMPS est vigoureusement intervenu pour que la charte de l'éthique et de la responsabilité ne soit pas seulement un document magique, mais un outil intégré dans une démarche globale d'amélioration des conditions de travail des directeurs.

Rappelant son attachement à conclure un véritable contrat national d'amélioration des conditions d'exercice, le SMPS a énuméré les conditions indispensables à une mise en œuvre réussie de la charte, en particulier un plan de diffusion qui permette son appro-

priation. Nous avons en outre réclamé la mise en œuvre immédiate d'un atelier DGOS-DGCS-EHESP-CNG, avec les représentants des directeurs, pour intégrer les dispositions de la charte et ses attendus dans les modules de formation initiale et continue.

Cette demande a fait consensus tout comme :

- l'élaboration d'une maquette de fiche de signalement des situations de risque ;
- la mise en œuvre des orientations déjà négociées à propos de la santé au travail, figurant dans le protocole d'accord du 29 juillet 2011 ;
- l'insertion d'une démarche concernant les directeurs dans le dispositif national de médiation pour la qualité de vie au travail (mission Couty) ;
- la définition d'un bilan social, en complé-

ment du rapport d'activité annuel du CNG, comportant des items négociés en commun ;

- la recherche d'adaptation de la protection fonctionnelle au niveau du CNG ;

- la négociation de la mise en place du déontologue pour les cadres de direction.

Se félicitant des échanges nourris et de la reprise de la plupart de ses propositions dans ce débat sensible, le SMPS s'inscrit plus que jamais dans l'affirmation des attentes des directeurs relatives à l'amélioration de leurs conditions d'exercice. En cela, la mise en œuvre des nouveaux outils n'épuise pas le sujet de fond : la reconnaissance de l'engagement des directeurs de la FPH et l'impérieuse nécessité pour l'État d'accompagner toujours plus ces équipes éprouvées. ■

## **Comité de sélection DH - 19 septembre**

### **La reconnaissance se fait attendre mais la contrainte demeure**

**D**e nombreux candidats se sont présentés au comité de sélection du 19 septembre pour obtenir des chefferies d'établissement hospitalier. Il faut y voir sans doute l'effet du décret de 2012 qui fixe à quatre ans la durée de détachement sur emploi fonctionnel, renouvelable une fois. A l'avenir, le comité de sélection devra sans nul doute se préparer à répondre aux souhaits des directeurs actuellement en poste, sans oublier les attentes légitimes de ceux qui y aspirent.

Les chefs d'établissement ont vu leur champ de responsabilité s'accroître, devant ainsi rendre compte, lors de leur évaluation, de la bonne avancée de leur GHT, au-delà du fonctionnement propre de leurs établissements. Il leur faut renforcer voire construire des coopérations dans un contexte de tensions sociales aiguës, dans un cadre juridique territorial non stabilisé, en particulier en matière de délégations de compétences, pour les fonctions dites « mutualisées ».

Selon le sondage Ifop sur la perception des GHT par les directeurs, 70 % des répondants attendent un accompagnement des pouvoirs publics sur l'évolution de leur métier.

C'est d'autant plus compréhensible que seuls 27 % des collègues ont une vision plutôt, ou tout à fait claire de leur avenir au sein du GHT. Par ailleurs, 64 % d'entre eux considèrent que les GHT ont entraîné ou vont entraîner une dégradation des conditions de travail ; et ils jugent à 79 % que la mise en œuvre des GHT nécessite une revalorisation des conditions d'exercice et de statut.

### **Toujours attendre une reconnaissance qui ne vient pas**

Pour autant, les reconnaissances statutaires, la prime d'exercice territorial et les mesures d'accompagnement restent à l'état de discussions et de promesses. Les textes pourtant validés en Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH) doivent faire l'objet d'une nouvelle série d'arbitrages interministériels et pourraient être remis en cause. Et ce dans un silence assourdissant, qu'il s'agisse des tutelles ou des pouvoirs publics, à propos du cap stratégique à mettre en œuvre.

Les professionnels sont pleinement investis, chaque jour, pour garantir la réussite des transformations hospitalières et médico-

sociales. Comment leur dire que ces réformes doivent être poursuivies coûte que coûte, tandis que leur reconnaissance et leur revalorisation sont soumises à d'incertaines négociations ? La DGOS nous assure de son soutien et de son engagement pour que ces textes fassent l'objet d'arbitrages favorables. Néanmoins, il est incompréhensible, pour des professionnels engagés et portant les réformes, de devoir toujours attendre une reconnaissance qui ne vient pas.

Lors du colloque du 11 septembre, la ministre des Solidarités et de la Santé a reconduit Edouard Couty dans ses missions relatives au règlement des conflits à l'hôpital et à la préfiguration d'un dispositif national et territorial de médiation. Favorable à cette démarche engagée, le SMPS souhaite que les directeurs soient rapidement intégrés dans ce dispositif. La gouvernance renforcée de la stratégie nationale sur la qualité de vie au travail, souhaitée par la ministre, saura établir des directives que les chefs d'établissement devront appliquer. N'oublions pas de leur en faire bénéficier ! ■

## Comité de suivi des réformes de la tarification et de la contractualisation, 25 septembre

### Les Ehpad publics, premiers touchés

Le 25 septembre dernier, le SMPS a participé au premier comité de suivi des réformes de la tarification et de la contractualisation des Ehpad. De nombreuses informations y ont été données par les pouvoirs publics - direction générale de la cohésion sociale, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Mais ces données, qui se veulent rassurantes au niveau global, laissent entrevoir de grandes difficultés pour nombre d'Ehpad publics.

D'après les résultats d'un questionnaire transmis aux ARS à l'été 2017, 8 600 contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sont programmés de 2016 à 2021 : 5 961 pour les Ehpad et 2 639 pour les établissements accueillant des personnes handicapées.

Quatre cent quarante CPOM « multi-activités », c'est-à-dire incluant d'autres établissements, doivent être signés entre 2017 et 2021, ainsi que 547 CPOM régionaux. À ce jour, 829 CPOM, toutes structures et tous statuts confondus, ont déjà été signés sur les 1 499 programmés pour l'ensemble de l'année 2017.

Le SMPS constate de grandes disparités régionales. Certains territoires procèdent à une véritable concertation, d'autres paraissent privilégier un aspect quantitatif, au détriment du contenu des CPOM. Nous insistons sur la nécessité de respecter un véritable temps de concertation, afin que tutelles et établissements médico-sociaux sortent gagnants de cette contractualisation. Le nombre des projets fixés aux Ehpad doit être limité, et ces projets doivent être accessibles et évaluables par des critères objectifs.

La discussion a aussi porté sur les états des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Cette année, certaines ARS ont accordé un délai supplémentaire aux établissements, compte tenu du lancement tardif de la campagne et du caractère innovant de cette démarche pour le secteur. Au 1<sup>er</sup> sep-

tembre 2017, 3 981 dossiers ont été validés par les autorités de tarification sur la plateforme numérique ImportEPRD ; 1 315 dossiers ont été déposés et sont en cours de validation.

Les conséquences de la réforme du financement ont fait l'objet de nombreuses discussions. D'après les estimations de la DGCS, et selon une étude menée à partir des données de 4 565 Ehpad, tous secteurs confondus, puis extrapolée à l'ensemble des Ehpad, le secteur public serait globalement gagnant à la réforme, avec un solde total positif de 100,2 millions d'euros : perte de 65,6 millions d'euros pour les financements dépendance, compensée par un gain de 165,8 millions d'euros pour les financements soins, sans que l'on sache si, dans les établissements touchés par une baisse de la dotation dépendance, la hausse de la dotation soins permet d'équilibrer les variations de financements. Pour l'ensemble des Ehpad, tous secteurs confondus, le gain total serait de 397,9 millions d'euros : 357,5 millions d'euros pour la partie soins, et 40,4 millions d'euros pour la partie dépendance.

2,9 % des Ehpad, tous statuts confondus, seraient en convergence négative sur les deux dotations. Mais parmi les établissements en convergence négative sur les deux volets de la réforme, le secteur public représente 67,8 % des établissements, soit environ 140 Ehpad publics, et 76,8 % des places concernées.

#### Une grande divergence entre les points GIR départementaux

Autre information apportée par la DGCS et la CNSA : la valeur du point GIR départemental, calculée sur une base de 95 départements, s'élève à 7 euros, avec des extrêmes allant de 5,68 euros (Alpes-Maritimes) à 9,47 euros (Corse du Sud). Le SMPS prend acte de ces données, encore partielles, et qui, si elles sont ras-

surantes, n'en demeurent pas moins très éloignées de l'inquiétude et des difficultés auxquelles sont confrontés les Ehpad publics. Nous restons particulièrement vigilants quant aux conséquences de la réforme pour les établissements et pour les conditions de prise en charge des résidents dans les Ehpad. Le SMPS rappelle que le financement actuel de ceux-ci reste insuffisant face aux besoins des établissements et aux attentes des résidents et de leurs proches. Par ailleurs, nous sommes toujours dans l'attente d'orientations plus claires sur le devenir des emplois aidés, dont la disparition serait préjudiciable au bon fonctionnement des établissements.

Le SMPS appelle les établissements à faire remonter leurs données d'évolution des financements dépendance et soins, pour mettre en correspondance les données des pouvoirs publics et la traduction concrète, sur le terrain. Nous souhaitons mettre l'accent sur la grande divergence entre les points GIR départementaux, qui entraîne des inégalités entre les départementaux.

Enfin, considérant que le secteur public est perdant quant à la partie dépendance et que de très nombreux Ehpad publics le sont pour ce qui concerne les volets soins et dépendance, le SMPS appelle les pouvoirs publics à installer un mécanisme compensatoire, pour éviter de voir ces établissements contraints à réduire le nombre de personnels auprès des résidents. Le SMPS souhaite les pouvoirs publics menent une évaluation des conséquences de la réforme pour les établissements. Alors que le rapport de la mission Iborra met l'accent sur l'impératif de renforcer la prise en charge soignante dans les Ehpad, il est essentiel de garantir à ces établissements la pérennité d'un financement leur permettant de prendre en charge les résidents sans diminuer la qualité de prise en charge. ■

## CAPN des directeurs des soins - 28 septembre

### L'avenir se décide maintenant

**A**u gré des communiqués et des déclarations faites en commission administrative paritaire nationale, le SMPS constate que rien n'évolue et que les réponses apportées par les pouvoirs publics demeurent toujours aussi faibles. Certes, quelques décrets et arrêtés relatifs aux directeurs des soins sont parus au Journal officiel du 22 septembre 2017. Le SMPS en remercie la DGOS. Mais si l'on identifie quelques évolutions individuelles, elles demeurent bien en deçà des espérances et ne sont toujours pas en adéquation avec les responsabilités grandissantes des directeurs des soins. Le SMPS s'étonne et s'inquiète que le décret relatif à la nouvelle bonification individuelle des directeurs des soins, acté en Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH), n'ait pas été publié. Doit-on y voir un simple décalage de calendrier ou une intention de geler cette mesure, certes symbolique, mais défendue par le SMPS au CSFPH, instance à laquelle il siège systématiquement, sans céder à la politique de la chaise vide ?

Le SMPS attire l'attention des pouvoirs publics sur la reconnaissance indispensable des directeurs des soins, passant notamment par :

- la poursuite des négociations statutaires ;
- la maîtrise des effets négatifs introduits par les nouveaux décrets concernant la suppression de la durée moyenne d'avancement – au profit d'une durée fixe – qui va augmenter la durée de carrière pour atteindre les échelons supérieurs, et l'impact sur la démographie du corps déjà en crise, ce qui va contribuer à la perte d'attractivité du corps ;
- l'évolution des modalités de la PFR ;
- l'amélioration des conditions de travail dans des environnements d'une extrême tension ;
- les modalités de reconnaissance de l'engagement des directeurs des soins dans la mise en place des réformes et notamment de leur rôle, indispensable, dans les GHT ;

- les modalités d'accompagnement de l'évolution démographique du corps ;
- l'amélioration des modalités de choix de postes des collègues en formation.

#### La publication des décrets n'est pas une finalité

Les conditions de travail des équipes de direction se dégradent, alors que les réformes récentes, et notamment celle créant les GHT, réclament de garantir l'efficacité, la qualité et la sécurité de l'engagement des directeurs des soins. Ceux-ci doivent pouvoir se centrer sur leur rôle d'accompagnateurs du changement, de façon constante et permanente, sans ressentir en retour un manque de considération de la part des pouvoirs publics.

Positionnés dans les équipes de direction, les directeurs des soins sont l'une des chevilles ouvrières de l'évolution indispensable du système de santé et, à ce titre, ils ont besoin de signaux forts et concrets, de considération et de reconnaissance par les pouvoirs publics. Cela va bien au-delà des simples discours réitérés, teintés de belles et louables intentions.

Il est urgent de sortir du statu quo et des blocages institutionnels dont les effets démobilisateurs participent si fortement à la dégradation des conditions de travail et à la perte d'attractivité d'un corps aujourd'hui en péril.

À la lumière de ces éléments, la publication des décrets n'est pas vécue par les directeurs des soins comme une finalité mais comme l'étape d'un processus devant être rapidement prolongé.

Le SMPS attend cette prolongation et demande le lancement, dès que possible, d'un nouveau processus de concertation. Nous poursuivrons la mobilisation avec persévérance, sans complaisance et sans aucune résignation quant à l'évolution indispensable d'un corps dont l'avenir se décide maintenant. ■

## Contribution sociale généralisée

### Le SMPS interpelle le ministre de l'Action et des Comptes publics

**L**e SMPS a rencontré la députée Elisabeth Toutut-Picard, élue de La République en marche, afin d'échanger sur notre vision du monde sanitaire, social et médico-social et sur les évolutions à apporter rapidement. Elle a accepté de relayer une question portant sur la hausse de la CSG prévue dans la LFSS 2018.

Voici sa question posée au gouvernement lors de la présentation du texte à la commission Affaires sociales de l'Assemblée nationale : « [...] Ce projet de loi prévoit une hausse de la CSG de 1.7 point qui ne sera pas sans conséquence. On parle beaucoup de l'effet de cette hausse sur le salaire des retraités mais on parle moins de l'effet de cette hausse sur la masse salariale des structures, notamment celle des établissements de santé. Certes, deux mécanismes de compensation sont prévus : suppression de la contribution exceptionnelle de solidarité et suppression de la cotisation d'assurance maladie des contractuels. Néanmoins, ces dispositifs ne couvrent l'ensemble des dépenses induites par la CSG. Le gouvernement s'étant engagé à ne pas diminuer la rémunération des agents, la différence sera absorbée par les établissements dont la masse salariale déjà contrainte augmentera mécaniquement en 2018. Une projection a été réalisée au CH de Vichy qui a évalué le surcoût à 700 000 €. Avez-vous pu mesurer l'impact de cette hausse de CSG sur la masse salariale des établissements de santé, et le cas échéant, avez-vous prévu des mécanismes de compensation supplémentaires ? »

Réponse du ministre de l'Action et des Comptes publics, Gérald Darmanin : « Les collectivités territoriales sont également concernées. Nous prévoyons l'intégralité de la compensation. Aucun agent public ne verra sa rémunération baisser. Nous allons compenser par des suppressions de cotisations agents publics mais également par des suppressions de cotisations employeurs. Cela est prévu tant pour la FPT que la FPH. Ceci permettra d'avoir un coût neutre pour ces salariés. Il n'y aura donc aucun transfert de charge pour les établissements ou collectivités. » ■

## CAPN D3S - 19 octobre

### Pour le respect des droits, des personnes et des structures

Lors de la commission paritaire du 19 octobre dernier, le SMPS a souhaité mettre l'accent sur les défis à relever au sein du secteur médico-social, au regard du contexte sociétal, des réformes ainsi que des contraintes pesant sur les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

#### **Mettre en œuvre une concertation avec les acteurs de terrain**

Comme suite au comité de suivi des réformes de la tarification et de la contractualisation des Ehpad, le SMPS insiste sur la nécessité de mettre en œuvre une concertation avec les acteurs de terrain. L'application de ces réformes ne doit pas se faire au détriment de la qualité de vie et de la prise en charge des usagers. En effet, la perte de financement aura pour principale conséquence la diminution du taux d'encadrement des soignants, alors que la dépendance des personnes âgées et des personnes handicapées vieillissantes ne cesse de s'accroître.

#### **Les CPOM doivent contenir un nombre limité d'objectifs**

En ce qui concerne les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, l'absence de trame nationale permet de laisser une marge de manœuvre et d'adapter les contrats aux particularités des territoires. Le SMPS constate toutefois de grandes disparités régionales. Certains territoires procèdent à une véritable concertation, d'autres paraissent privilégier un aspect quantitatif. Les CPOM, pour être utiles et opérationnels, doivent contenir un nombre limité d'objectifs, accessibles et évaluables par des critères clairs et partagés au préalable.

Le SMPS partage en outre les propositions du rapport de la mission Iborra pour :

- la revalorisation des personnels ;
- l'ajustement de la réforme de la tarification ;
- le maintien des contrats aidés ;
- l'adéquation des moyens humains au regard des besoins liés à la dépendance de personnes âgées et des personnes handicapées vieillissantes.
- le développement des types de prises en charge innovantes vers des plateformes multiservices.

#### **Corréler le renforcement de la prise en charge soignante avec la garantie d'un financement**

Il est impératif de corréler le renforcement de la prise en charge soignante dans les Ehpad préconisée dans le rapport avec la garantie pour les établissements de la pérennité d'un financement. Cela doit leur permettre de prendre en charge les usagers sans diminuer la qualité apportée.

En ce qui concerne les perspectives d'articulation entre l'offre médico-sociale et les GHT, le SMPS insiste :

- pour confier les filières de prise en charge des personnes vulnérables aux éta-

blissements médico-sociaux et leurs directeurs ;

- pour s'appuyer sur l'expertise et le retour d'expérience des acteurs médico-sociaux afin de favoriser la qualité de prise en charge tant en amont qu'en aval des établissements sanitaires ;
- pour définir le parcours de l'usager dans l'ensemble des champs et des secteurs d'intervention ;
- pour définir la place et le rôle des établissements médico-sociaux selon le type de partenariat envisagé.
- pour cloisonner l'utilisation des financements entre le médico-social et le sanitaire.

Enfin, dans le cadre de la CAPN et de l'étude des mouvements, le SMPS tient à mettre l'accent sur la situation de nos collègues exerçant dans le champ de la protection de l'enfance, dont le rattachement au département et à la direction départementale de la cohésion sociale influe directement sur les recrutements. Leurs candidatures ne sont parfois pas prises en compte. Ils peuvent être mal reçus – voire non reçus – en entretien de recrutement. Or ce sont des professionnels de grande qualité, les tutelles leur doivent considération et respect. ■

**Le SMPS demande que les éléments ci-dessus soient pris en considération, afin d'apporter des réponses cohérentes aux publics fragilisés pris en charge, et de permettre aux directeurs d'exercer tant leurs fonctions que leurs missions dans des conditions d'exercice appropriées.**

## Comité de suivi des GHT - 10 octobre

### Phase 2 des GHT : prendre le temps et consolider l'accompagnement de la mise en œuvre

Le comité de suivi des GHT, présidé par la DGOS, s'est tenu le 10 octobre. Trois sujets étaient à l'ordre du jour :

- la place des usagers dans la démarche GHT : présentation de l'enquête réalisée par France Assos Santé ;
  - l'offre médico-sociale et les GHT ;
  - le bilan de l'accompagnement financier.
- S'agissant de la place des usagers dans les GHT, l'enquête de France Assos Santé a obtenu 220 réponses de représentants des usagers, venues de 78 GHT. Il en ressort une convergence des perceptions et des appréhensions des usagers avec l'ensemble des acteurs impliqués :

- une construction et une installation des GHT trop rapides, liées au calendrier imposé par la réforme, qui n'a pas permis une implication pleine et entière des représentants des usagers à la démarche - si 40 % ont été associés, seulement 75 % estiment n'avoir eu qu'une information ;
- un périmètre souvent très large selon 28 % des répondants, qui ne correspond pas toujours aux besoins des usagers : 30 % des interviewés estiment que les moyens de transport existant ne permettent pas une bonne accessibilité.

Ces résultats traduisent la précipitation dans laquelle la réforme a dû être appliquée. La seconde phase impose des ajustements pour faciliter cette mise en œuvre ainsi qu'un temps d'information et de pédagogie pour gagner en lisibilité auprès de l'ensemble des usagers.

Comme suite à la présentation par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) des grandes tendances de l'offre médico-sociale dans les GHT, il ressort qu'à ce jour 128 GHT comportent une structure médico-sociale : 23 ont des établissements médico-sociaux membres et les autres sont associés en tant que partenaires.

Si la prise en charge médico-sociale est bien intégrée dans les GHT, deux craintes principales sont formulées, donnant lieu à recommandation de la part de la DGCS :

- la peur de perdre le pilotage des filières Personnes âgées et handicap au bénéfice de l'établissement support, ame-

nant la DGCS à préconiser de transférer le pilotage des filières concernées au médico-social ;

- la peur de participer financièrement à des fonctions support dont ils ne bénéficieraient pas. La DGCS informe le comité de la publication prochaine d'un arrêté visant à modifier la clé de répartition définissant la participation au budget G de chacun des établissements, afin d'exclure les établissements médico-sociaux, notamment des frais portant sur le SIH.

#### Plus de la moitié des GHT accompagnés

Le bilan de l'accompagnement financier présenté par la DGOS fait état de 11 millions d'euros de crédits nationaux d'aide fléchés pour la mise en place des GHT. Ces crédits ont été délégués aux établissements support pour couvrir les coûts d'amorçage. Se sont ajoutés 4 millions d'euros pris en charge par les ARS sur le fonds d'accompagnement régional. Ainsi, plus de la moitié des GHT ont bénéficié d'un accompagnement. Ces crédits ont essentiellement permis le financement de prestations d'appui à l'élaboration des projets médicaux partagés, de postes de porteur de projet ou d'applicatifs SIH.

Une seconde vague de financement est prévue à travers un appel à projet GHT

doté de 25 millions d'euros pour accompagner la mise en œuvre des PMP. Ce financement sera réparti par dotation à chaque ARS en fonction de 14 thématiques :

- pôle interétablissement ;
- télémedecine, sur son volet organisationnel ;
- déploiement d'équipes de territoire ;
- mise en commun d'activités médico-techniques ;
- recherche et innovation ;
- démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) ;
- management de la qualité ;
- métiers de coordination ;
- protocole de coopération ;
- plan d'investissement ;
- SIH au service du PMP ;
- structuration d'une équipe SIH commune ;
- SI, fonction support ;
- socle technologique comme préalable à la convergence.

Les candidatures devront être déposées avant la fin de l'année pour une mise en œuvre en 2018.

Le SMPS regrette l'absence des achats dans le dispositif d'accompagnement. Malgré la proche échéance du 1<sup>er</sup> janvier, les enjeux structurels et financiers auraient tout autant justifié une attention particulière des pouvoirs publics. ■



## Commission des conditions de travail - 17 octobre

### Charte de l'éthique et de la responsabilité, et risques psychosociaux

Le SMPS a souhaité fortement peser sur les débats ouverts en comité consultatif national portant sur les premiers outils relatifs à l'amélioration de la qualité de vie au travail des directeurs. Le comité consultatif national du 18 septembre, premier CCN depuis le changement de gouvernement, a en effet vu l'adoption d'une charte de l'éthique et de la responsabilité.

Le SMPS va suivre de près les suites données à l'adoption de cette charte, et notamment les conditions de sa diffusion et les moyens mis en œuvre pour la faire respecter.

Par ailleurs, la commission des conditions de travail, organe émanant du comité consultatif national, s'est saisie du sujet des risques psychosociaux, afin de déterminer comment apporter une réponse aux directeurs et directrices concerné(e)s par ces risques.

Le CNG et les organisations syndicales sont convenus de retenir les indicateurs mis en évi-

dence par le collège d'expertise réuni par l'Insee et animé par Michel Gollac<sup>(1)</sup> :

- exigence du travail : quantité de travail, pression temporelle, complexité, conciliation travail hors travail ;
- exigences émotionnelles : empathie, contact de la souffrance, obligation de cacher ses émotions, peur au travail, relation au public ;
- autonomie, marges de manœuvre : autonomie procédurale, participation, représentation utilisation et accroissement des compétences ;
- rapports sociaux, relations de travail : coopération, soutien, conflits, harcèlement, reconnaissance, leadership (clarté, pilotage du changement) ;
- conflits de valeurs : conflits éthiques, qualité empêchée ;
- insécurité socio-économique : sécurité de l'emploi, du salaire, de la carrière, soutenabilité.

Pour chacun de ces critères, des illustrations et des exemples de situations ont été identifiés par la commission des conditions de travail, comme les mises en cause personnelles dans le cadre de la représentation institutionnelle : procédures pénales, civiles, administratives, mise sous administration provisoire, contrôles et inspections. La CCT va maintenant s'atteler à créer les instruments permettant de signaler et de traiter ces risques psychosociaux. Pour cela, il faut clairement définir qui déclare, quoi, à qui, comment, où. Il faut aussi définir les modalités de traitement de la déclaration ou encore les réponses à apporter.

Le SMPS prendra toute sa part dans ces réflexions et souhaite une mise en œuvre rapide de ces indicateurs, au service des directrices et directeurs de la fonction publique hospitalière, pour prévenir et lutter contre les risques psychosociaux. ■

(1) Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Dares Analyses, décembre 2010.

## CAPN des directeurs d'hôpital - 7 novembre

### Il est urgent de se revoir

La CAPN du 7 novembre s'est tenue alors que les directeurs d'hôpital préparent leurs EPRD et s'inquiètent des résultats de l'exercice 2017. Beaucoup a déjà été dit, dans le cadre du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, sur la situation des établissements, sur les attentes des professionnels, ou encore sur le lancinant mais crucial thème de l'avenir de la T2A et des autres modes de financement. D'autres sujets techniques sont venus se greffer à cette question fondamentale : la compensation de l'augmentation de la CSG sera-t-elle complètement couverte pour les établissements ? Le changement de mode de facturation des transports, même retardé, ne viendra-t-il pas obérer les efforts conduits par les établissements ? Les perspectives de tarification au parcours ne vont-elles pas se heurter à l'absence de modèle incitatif pour tous les acteurs ? Quel bilan pour la première vague du financement du SSR ?

Par ailleurs, plus une semaine ne passe sans la diffusion d'un reportage, certes souvent caricatural mais qui laisse parfois transparaître un brin de vérité sur les injonctions paradoxales gérées au quotidien par les équipes de direction. Celles-ci sont prises

entre un modèle de financement qui a atteint ses limites, des restructurations coûteuses induites par les GHT – la mutualisation des achats, bien loin de permettre des économies pour le moment, représente potentiellement à court terme un surcoût que l'on peut estimer à 13 millions d'euros ! – et par des services souvent perdus entre une demande de soins à l'hôpital qui ne diminue pas et des moyens contraints.

La tâche devient presque insoluble pour les directeurs, qui peinent à expliquer non pas la contrainte, celle-ci faisant depuis longtemps partie du quotidien de l'organisation hospitalière, mais son sens et ses modalités. La mise en place des GHT continue de fragmenter le paysage hospitalier alors qu'elle devait le fédérer. Bien sûr, des réussites existent. Des territoires sont remodelés autour d'équipes médicales qui trouvent dans la préservation d'une démographie médicale acceptable un intérêt commun à agir. Mais combien de collègues sont aujourd'hui en incertitude professionnelle ? Nombreux sont ceux qui ont du mal à trouver leur place. Les représentants syndicaux sont quotidiennement sollicités pour aider des collègues, chefs ou adjoints, en support ou non, déta-

chés ou dans le corps, auxquels ces tâtonnements managériaux font se poser des questions. Quant aux équipes du CNG, elles ont vu le nombre de demandes d'accompagnement augmenter de près de 50 %.

Or, le calendrier ne prévoit aucun rendez-vous avec l'État pour aborder les conditions d'exercice dans ces territoires redéfinis, ce qui s'ajoute à la frustration des directeurs. Alors que la situation des praticiens hospitaliers se clarifie, les projets de reconnaissance de l'exercice territorial des directeurs ont disparu de la table des négociations.

Dans ce cadre, il est plus que temps de se revoir. Le SMPS demande la reprise des discussions sur l'accompagnement de la mise en place des GHT, l'exercice ultramarin, l'accès à la première chefferie, les enjeux de la parité pour les plus hauts postes, la valorisation des hauts potentiels : tous les outils d'un management moderne des directeurs qui font cruellement défaut à ce jour. Ces discussions doivent permettre que, enfin, les directeurs n'aient plus le sentiment de devoir seulement rendre des comptes, mais que leur engagement et leur réussite dans la modernisation de notre système de santé soient reconnus. ■

## CA de l'EHESP - 12 octobre

### Point sur la situation financière

Lors du conseil d'administration de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) du 12 octobre 2017, les administrateurs ont été invités à voter un budget rectificatif intégrant une nouvelle réduction de la subvention du ministère des Solidarités et de la Santé. Après sa réduction de 2,2 millions d'euros en 2016, et une coupe de 0,5 million en avril 2017, un million supplémentaire a été raboté en juillet 2017 par l'État, dont le désengagement accru est déjà annoncé pour 2018. Cette réduction intervient dans un contexte financier préoccupant pour l'École.

#### Un déséquilibre structurel du financement de l'EHESP a été décidé par l'État

Depuis dix ans, l'élargissement des missions de l'EHESP par la loi a recueilli l'adhésion de tous les représentants de la composante professionnelle (employeurs, syndicats des filières formées à l'EHESP et ADH) au conseil d'administration. Mais à force de coupes répétées dans les ressources, le développement de l'EHESP et la continuité de ses missions paraissent compromis.

Le déséquilibre structurel du modèle économique de l'EHESP a été masqué durant

plusieurs années par des produits exceptionnels. Mais ces dernières années, la diminution, en début et en cours d'exercice, de la subvention des ministères sociaux et des plafonds d'emplois, s'est poursuivie systématiquement, conduisant, en 2016 et 2017, au vote de budgets déficitaires et à des reprises sur le fonds de roulement.

#### Le glissement s'accélère

La subvention du ministère des Solidarités et de la Santé est désormais très inférieure à son montant lors de la création de l'EHESP, alors que les activités se sont développées. Celle de l'enseignement supérieur ne couvre que les rémunérations des universitaires et une part limitée des dépenses de fonctionnement.

Les contributions des établissements de la fonction publique hospitalière sont la première ressource de financement. Stables depuis la création de l'EHESP, elles ne devraient couvrir, selon la loi, que les traitements et indemnités des élèves, mais financent une large part de son fonctionnement et des investissements. Le plafond des emplois autorisés par le ministère des Solidarités et de la Santé est passé de 355 à 313 entre 2013 et 2017. Soit 50 postes de moins, en intégrant la résorption de l'emploi précaire. L'État en

supprimera encore 14 en 2018, fixant le plafond à 299, soit une baisse de 16 % entre 2013 et 2018.

La modification des règles budgétaires, passées en mode « gestion budgétaire et comptable publique » (GBCP), qui distinguent les autorisations d'engagement des crédits de paiement, correspondant aux décaissements prévus, affecte la comparaison pluriannuelle des dépenses de fonctionnement.

D'importants efforts de rationalisation et d'économies ont été réalisés par la direction et les équipes de l'École. Mais il ne semble guère possible de les accentuer encore sans remettre en cause la qualité et la poursuite, dans des conditions normales, de la totalité des missions assignées par l'État à l'EHESP.

#### Un désengagement de l'État définitif en 2018 ?

Le projet de loi de finances pour 2018 programme un désengagement accru de l'État, en transférant à la Sécurité sociale la charge de la subvention du ministère des Solidarités et de la Santé. On peut s'interroger sur le sens de cette décision, mais aussi sur sa conformité à la Constitution, s'agissant d'une mission appartenant pleinement à l'État pour un établissement relevant du code de l'éducation. ■

### Les représentants de la communauté hospitalière refusent de voter le budget rectificatif de l'École

Les représentants de la communauté hospitalière (organisations syndicales les plus représentatives d'employeurs et de salariés, représentants des établissements publics de santé et des associations d'anciens élèves), tout en marquant leur soutien fort à l'École, aux personnels et aux actions menées par la direction, et notamment le secrétariat général, ont refusé de voter le budget rectificatif et ont adopté la motion suivante : « *Les représentants de la composante professionnelle du conseil d'administration de l'EHESP tiennent à confirmer leur soutien à la dynamique engagée par la direction et les équipes de l'école, pour relever les défis de qualité et d'efficacité, et à souligner les résultats obtenus.*

*Ils regrettent qu'au lieu d'un accompagnement pourtant mérité, l'État réduise à nouveau la subvention du ministère des Solidarités et de la Santé, aggravant le déficit, diminuant le fonds de roulement et donc la capacité d'investissement, ce qui compromet l'avenir. Les coupes répétées imposées par l'État ne sauraient se poursuivre indéfiniment sans affecter la qualité, et notamment celle des formations des filières de la fonction publique, de l'État et hospitalière. C'est pourquoi ils ont choisi de voter contre le budget rectificatif intégrant cette nouvelle ponction imposée en cours d'année et demandent que l'État assume ses responsabilités en apportant les ressources nécessaires à la bonne réalisation des missions de l'EHESP. »*

# en coulisses

## Nos rendez-vous institutionnels

Sitôt les élections présidentielles terminées et l'équipe gouvernementale renouvelée, le SMPS a pris des rendez-vous avec les interlocuteurs institutionnels. Rappel des sujets abordés.

**L**e SMPS a rencontré plusieurs interlocuteurs institutionnels à la suite du renouvellement de l'équipe gouvernementale: Yann Bubien, directeur adjoint du cabinet de la ministre des Solidarités et de la Santé (18 juillet); Guillaume Couillard, conseiller affaires sociales et santé au cabinet du Premier ministre (29 août); Cécile Courrèges, directrice générale de l'offre de soins (30 juillet); Olivier Véran, député, rapporteur de la loi de financement de la sécurité sociale 2018 (4 octobre), Elisabeth Toutut-Picard, députée, directrice d'hôpital (10 octobre), Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la Santé (21 novembre) et Marie Fontanel, conseillère santé du président de la République (29 novembre).

À l'occasion de ces différentes réunions, nous sommes notamment revenus sur les sujets suivants.

### Programme d'économies budgétaires

Des économies importantes ont été annoncées par le gouvernement, dont un programme de 4,5 milliards d'euros pour la seule année 2017. D'ores et déjà, il serait prévu d'annuler 22,4 millions d'euros en autorisations d'engagement et 24,5 millions en crédits de paiement du programme 204 de la loi de finances 2017, l'un des deux programmes de la mission Santé, sur la prévention, la sécurité sanitaire et l'offre de soins. S'ajoutent à cela, pour le programme 124 (conduite et au soutien

des politiques sanitaires et sociales), l'annulation de 59,2 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 69,65 millions en crédits de paiement annulés.

Le SMPS a souhaité connaître les conséquences de ces économies pour les établissements sanitaires et médico-sociaux. Nous avons insisté sur le fait que les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ne devaient pas être utilisés comme des moyens de réaliser des économies à court terme, alors qu'au contraire le déploiement des coopérations et des fonctions mutualisées entraîne souvent, dans un premier temps, des dépenses supplémentaires.

### Comités de suivi des GHT

Les comités de suivi des GHT mis en place par l'administration précédente sont surtout un catalogue des réussites, laissant de côté les problèmes apparus dans de nombreux GHT.

Au dernier comité, le 7 juin, la demande de Jérémie Sécher a été reprise par les conférences. Il s'agit d'abord de lister les principales difficultés rencontrées sur le terrain, par exemple les mises à disposition dans le cadre des délégations de compétences, puis d'obtenir un engagement de la DGOS à y répondre d'ici à la fin de l'année.

### Sondage Ifop

Le SMPS a remis les résultats du sondage Ifop sur le ressenti des directeurs,

ingénieurs et cadres de la fonction publique hospitalière pour ce qui concerne les GHT, en insistant sur les points suivants :

- à la question « Les conditions de mise en œuvre des GHT vous semblent-elles adaptées aux enjeux de recomposition sanitaire ? », seuls 22 % des sondés ont répondu « oui », pour ce qui concerne la délégation de compétences des fonctions supports ;
- juste 50 % des répondants considèrent que, dans leur mise en œuvre, les GHT ont renforcé les coopérations entre établissements ;
- seuls 9 % jugent que les GHT offrent un cadre juridique et fonctionnel adapté ;
- 45 % estiment que leur métier a changé ou va changer en mal avec la mise en place des GHT, soit une hausse de 14 points par rapport à 2016. Seuls 24 % jugent au contraire que leur métier a changé ou va changer en bien – en baisse de 4 points par rapport à 2016. Les autres ne voient pas de différence ou ne se prononcent pas ;
- seuls 27 % ont une vision plutôt ou tout à fait claire de leur avenir au sein du GHT. Et jusqu'à 32 % des répondants qui exercent dans un établissement non support jugent ne pas avoir du tout une vision claire de leur avenir ;
- 70 % attendent un accompagnement des pouvoirs publics pour l'évolution de leur métier ;
- 64 % considèrent que les GHT ont entraîné ou vont entraîner une dégradation des conditions de travail ; ils estiment à 79 % que leur mise en œuvre nécessite de revaloriser les conditions d'exercice et de statut.

## Actualités et attentes statutaires

Le SMPS a fait le point sur les décrets statutaires en attente de publication, notamment ceux qui concernent les directeurs d'hôpital et les attachés d'administration hospitalière. Pour les directeurs, il s'agit du projet de décret sur la linéarisation de l'échelon spécial de la hors-classe et sur l'assouplissement des conditions d'accès au Graf, linéarisant l'accès à l'échelon spécial et facilitant l'accès au troisième grade. Pour les attachés d'administration hospitalière, cela concerne l'attente de la revalorisation « prime-points » dans le cadre du protocole PPCR et création d'un

troisième grade, le Graf, pour les AAH, au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Le SMPS a demandé que l'indemnité d'exercice territorial, promise par Marisol Touraine lors du séminaire des directeurs, en janvier 2017, soit créée et que, conformément à l'engagement pris par la DGOS, des travaux soient lancés pour les ingénieurs hospitaliers, dans le cadre des perspectives ouvertes par l'ordonnance n° 2017-543 du 13 avril 2017 portant diverses mesures relatives à la mobilité dans la fonction publique. ■

Pierre de MONTALEMBERT  
Délégué national SMPS

## Le think tank Nouvel'R Insuffler un sens nouveau

**N**ouvel'R est un *think tank* de professionnels de santé, d'adhérents et de sympathisants du SMPS souhaitant animer un débat d'idées interne, facteur de renouvellement du syndicat. Ouvert à tous, il entend apporter sa contribution à toutes les réflexions qui accompagneront la transformation du paysage sanitaire et médico-social français, déclenchée par la loi nationale de santé instaurant les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Le fonctionnement des établissements publics, notamment les centres hospitaliers et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, sources importantes d'emplois, connaît une profonde mutation liée à un processus de regroupement et aux évolutions réglementaires majeures. Cela entraîne une logique de territoire qui prend diverses formes (projet médical de territoire, mutualisation des systèmes d'information, mutualisation des achats, etc.) venant compléter les offres sanitaires et médico-sociales classiques.

### Innover face à l'obsolescence programmée de nos organisations

L'évolution actuelle de notre société porte en elle l'obsolescence de nos orga-

nisations traditionnelles : le vieillissement de la population, la prévalence croissante des maladies chroniques, l'évolution sociologique des jeunes générations et la révolution numérique constituent autant de remises en cause du sens de notre action au service de l'utilisateur. Notre responsabilité de manager public de santé commande de proposer un modèle à la hauteur des enjeux actuels, capable d'insuffler un sens nouveau aux professionnels qui s'y dévouent au quotidien, et dont la performance économique, sociale, environnementale doit s'inscrire dans la durée.

C'est là toute l'ambition de Nouvel'R. Cadre de santé, attaché, ingénieur et catégories techniques, directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, directeur d'hôpital, votre métier va profondément évoluer dans sa dimension territoriale et dans les compétences requises. Nous avons une responsabilité commune à relever ce défi : venez participer au débat ! ■

Contact : [Nouvel.r.smps@gmail.com](mailto:Nouvel.r.smps@gmail.com)

Pour nous suivre :



@Nouvel\_R\_SMPS



Nouvel'R SMPS



## Antoine Loubrieu Nouveau président du club Jeune Génération

**L**e club Jeune Génération (CJG) du SMPS s'élargit aux plus jeunes promotions. Il réunit six générations de directeur d'hôpital des promotions 49 à 55 et souhaite accueillir les jeunes managers de toutes les filières professionnelles. À travers les expériences croisées des jeunes professionnels, il se donne pour objectif d'être un laboratoire d'idées relatives à l'avenir de nos métiers et à l'évolution de nos contextes professionnels. Cette année encore, il s'efforcera de porter les aspirations des jeunes managers de santé. Ces aspirations sont nécessairement plurielles et reflètent tout autant les contextes variés dans lesquels nous évoluons que la diversité de nos fonctions et missions.

### Cultiver la diversité des approches

Car ce qui fait avancer le CJG, c'est de cultiver la diversité des approches. Celle-ci permet de dépasser les solutions trop simples et de devoir formuler concrètement des propositions avec le souhait de faire des recherches sur ce qui apparaît innovant.

Centré sur les questions liées à l'innovation et à ses conditions d'émergence dans les établissements, le CJG construit actuellement sa feuille de route qui sera déclinée dans les mois à venir : impact des GHT, conditions d'exercice, management des équipes, etc. Son nouveau président, Antoine Loubrieu, directeur adjoint au centre hospitalier du Mans, appelle les jeunes managers à venir débattre et partager leurs idées au sein du club Jeune Génération. ■

Antoine LOUBRIEU  
[Aloubrieu@ch-lemans.fr](mailto:Aloubrieu@ch-lemans.fr)

# 70<sup>e</sup> congrès

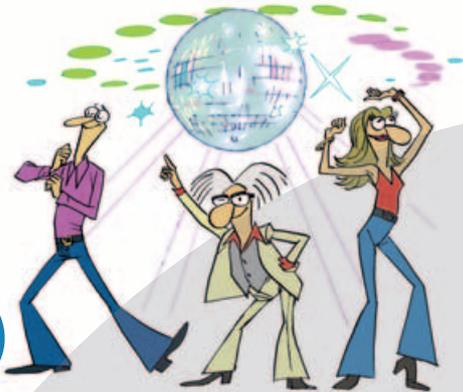


# 70<sup>e</sup> 22 c Atlantia La

Les Trente  
Glorieuses



Les années disco



2 et 23 juin 2017

# ongrès Baule

## SMPS

MANAGEURS PUBLICS DE SANTÉ

La crise de la cinquantaine



Le retour de la force



**Le SMPS a célébré ses 70 ans lors du congrès de La Baule, les 22 et 23 juin dernier. Merci aux intervenants, participants et exposants, et rendez-vous les 13 et 14 septembre 2018 à Paris pour le 71<sup>e</sup> congrès !**

# Application du protocole PPCR

## Où en est-on ?

Des décrets concernant les personnels de catégorie A, les ingénieurs et les directeurs de soins ont été publiés au *Journal officiel*. Mais un report d'application des dispositions contenues dans le protocole PPCR a été décidé par le gouvernement. Les textes modifiant les grilles indiciaires d'autres corps ou cadres, publiés plus tard, bénéficieront d'un effet rétroactif.

### Cadres techniques

Le *Journal officiel* du 22 septembre 2017 a publié le décret n° 2017-1374 du 20 septembre 2017 modifiant le décret du 5 septembre 1991 portant statuts particuliers des personnels techniques de catégorie A de la fonction publique hospitalière. Ont aussi été publiés le décret n° 2017-1378 du 20 septembre 2017 relatif au classement indiciaire des ingénieurs de la fonction publique hospitalière, et l'arrêté du 20 septembre 2017 relatif à l'échelonnement indiciaire des ingénieurs de la fonction publique hospitalière.

Ces décrets entraînent, entre autres, l'harmonisation à 100 % des deux premiers grades, ingénieur et ingénieur principal, avec les grilles des ingénieurs des deux autres versants de la fonction publique. De plus, le premier échelon de chacun de ces deux grades est supprimé. Un échelon est ajouté en haut de chacun d'entre eux. Toutes les grilles bénéficient aussi des revalorisations indiciaires du protocole PPCR, ainsi que du transfert « primes-points ». Enfin, est accordé l'octroi d'une bonification d'ancienneté de deux ans pour les ingénieurs recrutés par la voie du concours externe et titulaires d'un doctorat.

### Directeurs des soins

Pour les directeurs des soins, sont parus, au même *Journal officiel* :

- le décret n° 2017-1373 du 20 septembre 2017 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, qui intègre les nouvelles dispositions introduites par le protocole PPCR, relatives à la structure de carrière et aux moda-

lités d'avancement, en actualisant certaines dispositions réglementaires contenues dans ce statut particulier et en modifiant les conditions d'accès au deuxième grade. Il institue un cadencement unique d'avancement d'échelon, dans le cadre d'un processus d'harmonisation des modalités d'avancement d'échelon entre les trois versants de la fonction publique, et réduit de cinq à quatre ans la durée totale des services à accomplir dans le premier grade pour pouvoir être éligible au deuxième grade ;

- le décret n° 2017-1377 du 20 septembre 2017 modifiant le décret n° 2014-9 du 7 janvier 2014, relatif au classement indiciaire applicable au corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière et aux emplois fonctionnels de directeur des soins de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986. Cette loi porte dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière qui fixent, d'une part, le classement indiciaire des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, pour les années 2017, 2018 et 2019, d'autre part des emplois fonctionnels de directeurs des soins pour les mêmes années, dans le cadre de la mise en œuvre du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations et à l'avenir de la fonction publique.

Mais il manque le décret devant modifier la nouvelle bonification indiciaire (NBI) des DS, avec une hausse de 10 points, ainsi que cela avait été acté en conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH).

### Report de 12 mois pour l'application de PPCR

Pour tous les corps de la fonction publique, un report d'application des dispositions contenues dans le protocole PPCR a été décidé par le gouvernement. Le ministre de l'Action et des Comptes publics l'a annoncé lors du rendez-vous salarial du 16 octobre 2017, tout en confirmant l'engagement pris de mettre intégralement en œuvre le protocole PPCR sur la durée du mandat.

Afin de concilier cet engagement avec la trajectoire de redressement des finances publiques, selon ses termes, le gouvernement procède ainsi à un décalage de douze mois des mesures indiciaires prévues, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018. Il procède aussi, au report de la deuxième phase du dispositif transfert « primes-points » prévue pour les fonctionnaires relevant de certains corps et cadres d'emplois de catégorie A ou même niveau.

### Application avec effet rétroactif pour les AAH et les cadres techniques APHP

Des corps ou cadres d'emplois de fonctionnaires n'ont pas encore été revalorisés en application de ce protocole : attachés d'administration hospitalière et ingénieurs hospitaliers de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris notamment. Mais, pour ce qui concerne ces corps ou cadres, les textes modifiant les grilles indiciaires, après la date de publication de ce projet de décret, intégreront, d'emblée, les nouvelles dates d'effet des mesures de revalorisation. Les tranches de revalorisation 2016 et 2017, le cas échéant prévues par protocole, seront appliquées avec effet rétroactif et de manière équitable à ces mêmes dates : les retards pris dans la publication de ces textes doivent donc être sans effet pour les personnels concernés, si l'on tient compte de la rétroactivité. ■

Pierre de MONTALEMBERT  
Délégué national SMPS

**PUB**

# GHT et GRH

## Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire

**Le livre de Jean-Marie Barbot et Julien Rossignol se révèle indispensable pour faire de la réforme des GHT une opportunité de modernisation de la gestion des ressources humaines des établissements de santé.**

Dans leur ouvrage, Jean-Marie Barbot, président de l'Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux (Adress) et Julien Rossignol, directeur adjoint au centre hospitalier de la Côte Basque, à Bayonne, analysent les conséquences de la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) sur les ressources humaines à l'hôpital public.

Mesure principale de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, la création des GHT conduit les acteurs de l'hôpital public à redéfinir, dans un cadre territorial, le territoire de santé, leur stratégie, leur organisation et leurs modalités de gestion.

Ces dispositions législatives et réglementaires ont eu comme première conséquence de mettre en place une nouvelle gouvernance territorialisée des établissements publics de santé avec la création d'un comité stratégique du GHT, d'un comité territorial des élus, d'une commission médicale de groupement ou encore d'une conférence territoriale du dialogue social. Ces nouvelles instances posent les jalons d'un nouveau pilotage et d'une nouvelle stratégie territoriale qui trouve son fondement dans le projet médical partagé (PMP). En effet, le GHT a vocation à inciter les acteurs de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée et graduée du patient, à travers l'élaboration d'un projet médical partagé. Ce dernier doit permettre de faire émerger des filières de soins territorialisées et d'organiser la gradation de l'offre de soins, dans une approche orientée vers le patient, afin de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Cette nouvelle organisation permet d'offrir les meilleurs soins, au meilleur moment et au meilleur endroit pour les patients de chaque GHT.

Plus d'un an après la mise en place officielle des GHT, il convient de noter les conséquences nombreuses de cette réforme sur le management des professionnels hospitaliers, offrant une nouvelle dimension territoriale à la gestion des ressources humaines dans ses différentes composantes :

- stratégie RH ;
- gestion prévisionnelle des métiers et des compétences ;
- attractivité et fidélisation ;
- pilotage de la fonction RH ;
- gestion du temps de travail ;
- conditions de travail et qualité de vie au travail ;
- dialogue social.

### Réinterroger les pratiques RH au sein d'un même territoire

Cette nouvelle réglementation, qui peut rester ambiguë ou incomplète sur de nombreux aspects, permet néanmoins d'interroger les pratiques RH au sein d'un même territoire de santé. Ainsi, la constitution des GHT peut constituer une véritable opportunité de transformation et de modernisation de la GRH hospitalière. À cet effet, les auteurs formulent plusieurs recommandations :

- élaborer un projet RH et un projet managérial de territoire ;
- clarifier les règles afférentes à la mobilité professionnelle ;
- harmoniser les règles relatives au temps de travail et aux congés ;

- créer de véritables instances consultatives au niveau territorial ;
- élaborer une cartographie de nouveaux métiers territorialisés ;
- mutualiser les services de santé au travail ;
- développer les outils d'analyse et de pilotage RH au niveau territorial ;
- mutualiser les crédits formation ;
- élaborer un bilan social ou un baromètre social de GHT.

Le caractère obligatoire des GHT tend à faire penser que le processus enclenché est irrévocable. C'est désormais dans ce cadre que les communautés hospitalières devront s'inscrire. Les directeurs, d'abord, en développant des stratégies de réseaux de prise en charge, les médecins ensuite, en proposant des offres de soins graduées et pertinentes au regard des besoins de la population. Les paramédicaux, enfin, dans le cadre de l'homogénéisation de leurs pratiques professionnelles et de leur nécessaire mobilité.

La création des GHT constitue une réforme majeure de l'hospitalisation publique dans son ensemble mais aussi de l'organisation des acteurs de la santé sur le territoire. En effet, la particularité de la réforme réside également dans la possibilité mais surtout la nécessité d'intégrer les structures privées (cliniques, HAD, psychiatrie, SSR, Ehpad, etc.) au projet médical de territoire. Cette tentative de décloisonnement public/privé, au bénéfice de patients dont la prise en charge est de plus en plus complexe, est une opportunité à saisir.

La réussite des GHT réside principalement dans le pragmatisme des acteurs de santé autant que dans leur capacité à limiter l'impact bureaucratique engendré. Si l'on pouvait penser que la coopération entre établissements de santé était utile, il est désormais temps de comprendre qu'elle est indispensable et nécessaire. ■



GHT et GRH  
Mettre en œuvre  
une GRH médicale  
et non médicale de  
territoire,  
LEH Editions,  
septembre 2017.



## Inspiration rugby

Le 29 septembre, le secrétariat régional de la région Grand-Est a organisé un forum des managers de santé. Le programme a mis l'accent sur le management, mais à la lumière d'expériences prises hors du monde hospitalier. Interrogé par Jérôme Goeminne, directeur du CH de Verdun, Yannick Jauzion, rugbyman professionnel, triple champion de France et d'Europe avec le Stade toulousain, triple vainqueur du tournoi des Six Nations avec l'équipe de France, a fait part de sa vision du management dans le domaine sportif. Trois thèmes ont été abordés : le collectif, le management, la motivation.

**Pour mieux vous connaître, pourriez-vous nous dire pourquoi vous vous êtes lancé dans le rugby dans votre jeunesse ? Et pourquoi avez-vous décidé d'en faire votre métier ?**

Ce sont mes parents qui m'ont initié au rugby dès l'âge de 7 ans. L'idée de devenir professionnel n'est venue qu'après mes 20 ans, lorsque le rugby lui-même s'est professionnalisé. Et ce d'autant plus que mes entraîneurs m'ont poussé à franchir le pas, en voyant mes capacités à réussir au plus haut niveau.

**Quels ont été votre poste et votre rôle dans une équipe de rugby ?**

J'ai évolué principalement en tant que trois-quarts centre, c'est-à-dire numéro 12 ou 13. C'est un poste polyvalent, en attaque et en défense. Le rôle du trois-quarts consiste à libérer les espaces pour les extérieurs afin que les ailiers et l'arrière puissent s'exprimer plus facilement. Le centre doit aussi suppléer le demi d'ouverture dans l'orientation du jeu.

**Pour constituer une équipe, le rugby s'appuie sur des joueurs aux profils très différents. De manière comparable, pour fonctionner l'hôpital regorge de com-**

**pétences et de profils variés, de l'agent d'entretien au médecin, en passant par l'ingénieur et la secrétaire médicale, par exemple. Quelle est selon vous la clé du succès pour que des profils très différents travaillent ensemble, dans un même objectif ?**

Chacun a un rôle différent mais nécessaire pour la performance du groupe. Il est important d'en prendre conscience. Chacun doit prendre du recul sur son statut afin de bien rester à sa place. Le rugby est un bon exemple car les besogneux, c'est-à-dire les avants, assurent les fondamentaux de ce sport pour que le jeu puisse s'exprimer par les arrières. Le rugby a du respect pour cette complémentarité.

**On peut nuancer cette tendance de fond en prenant exemple sur des équipes**

**où les profils sont de plus en plus lissés, en alliant les qualités de différents postes, par exemple chez les All Black. On constate aussi parfois dans les milieux professionnels une tendance à favoriser la polyvalence. Pour un fonctionnement collectif, au rugby, faut-il toujours de la complémentarité ou davantage de polyvalence que par le passé ? Pensez-vous que la polyvalence est un mouvement de fond ?**

Le rugby a évolué avec des temps de jeu plus importants, il est donc nécessaire d'avoir des joueurs polyvalents pour assurer la continuité du jeu. La polyvalence a du sens car elle permet à chacun de comprendre les contraintes de chaque poste et, par conséquent, apporte une forme de tolérance des uns envers les autres. D'une manière générale, si l'on

**D'une manière générale, si l'on observe l'évolution de la société, la polyvalence est une réponse à l'ouverture d'esprit recherchée. C'est aux dirigeants de s'adapter pour que les talents puissent s'épanouir au sein d'une entreprise.**



observe l'évolution de la société, la polyvalence est une réponse à l'ouverture d'esprit recherchée. C'est aux dirigeants de s'adapter pour que les talents puissent s'épanouir au sein d'une entreprise.

**Quel collectif rencontré vous a le plus impressionné sur le terrain. Pourquoi ?**

C'est le groupe argentin, lors de la Coupe du monde 2007. Il s'agissait d'une équipe constituée de joueurs qui avaient une pleine confiance en leurs moyens et, surtout, une grosse envie de gagner. Ils débordaient d'énergie lors des hymnes joués avant les matchs. Cela révélait une grande motivation.

**Le collectif doit permettre aux individualités de s'exprimer. Au rugby, comme au football, mais à un degré moindre, la starisation se développe et va de pair avec une inflation des salaires. Cette inflation existe aussi dans le monde hospitalier, chez les médecins. Comment conciliez-vous la starisation de certaines individualités avec le maintien d'un collectif ? Et comment évitez-vous au sein d'une équipe les éventuels caprices de ces individualités ?**

Le salaire est en lien avec ce qu'a réalisé le joueur dans le passé mais il ne correspond pas forcément avec le

**La motivation se trouve plus dans le contenu et dans les sensations que dans le résultat, qui reste la cerise sur le gâteau.**

niveau de jeu à venir. Les joueurs sont bien conscients que dans le sport, plus que jamais, la performance est très volatile si l'on ne fournit pas les ingrédients nécessaires pour l'atteindre. Personne ne peut jouer grâce à son nom. Le manager doit mettre en avant le collectif et savoir se passer d'individualités le cas échéant. Il faut au moins que l'individualité se fonde dans le collectif.

**On voit de plus en plus de staffs composés de plusieurs professionnels. Par exemple au Racing 92 avec trois entraîneurs officiels : Laurent Labit, Laurent Travers et Ronan O'Gara. On constate aussi ce mouvement dans d'autres sports comme le football, avec parfois des dissociations entraîneur/manager. Pouvez-vous nous expliquer le fonctionnement de ce staff à plusieurs têtes ? Quels sont les rôles de chacun ? Et quelles sont les forces et les faiblesses de cette organisation ?**

Le rugby est un sport très complet et nécessite de travailler des secteurs de jeu multiples et variés, sans parler de la préparation physique et de la récupération. Vu la concurrence, les clubs se dotent de spécialistes de la défense, de la touche, de la mêlée, etc., dans un souci de performance. Cela peut avoir du sens si l'on veut éviter une certaine routine dans le contenu des entraînements, à condition que les différents intervenants soient bien coordonnés. Il est au moins nécessaire d'avoir un manager et deux entraîneurs, car les fonctions sont différentes, le manager ayant pour objectif de motiver le collectif.

**Quel entraîneur vous a le plus marqué ? Et pourquoi ?**

Guy Noves et Bernard Laporte auront marqué ma carrière. Chacun avait cette faculté à se laisser porter par l'événement pour transcender l'équipe. Ce sont tous deux des personnages charismatiques sachant décupler les forces d'un groupe. Pour l'anecdote, je pense à la proposition de Bernard Laporte la veille d'un Nouvelle-Zélande/France d'aller boire une bière avant le repas pour détendre l'ambiance et favoriser la cohésion alors que personne n'y aurait songé la veille d'un match international !

**Si demain vous deveniez entraîneur, quelle serait votre principale préoccupation pour obtenir un bon fonctionnement du collectif ?**

Je développerais la performance individuelle avec des intervenants de qualité autour de chaque joueur car je trouve que les clubs se focalisent trop sur le collectif et pas assez sur les joueurs et leur marge de progression.

**Quel est le rôle d'un capitaine, que vous avez été, dans une équipe de rugby sur et en dehors du terrain ? Quel est le meilleur capitaine que vous ayez côtoyé ?**

Le capitaine est important pour indiquer la voie par sa voix mais aussi et surtout par ses actes. Thierry Dussautoir a été l'exemple parfait du capitaine fer de lance et il restera pour moi celui avec lequel j'ai aimé jouer. Un capitaine doit représenter les valeurs du sport et de l'équipe plutôt que de se mettre en avant.



**Le monde hospitalier est en perpétuelle réforme depuis une quinzaine d'années. Après en avoir réussi une, il doit en aborder une seconde. Cela nécessite de rechercher constamment une nouvelle motivation. Vous concernant, comment cherche-t-on la motivation lorsque l'on est triple champion d'Europe, de France et triple vainqueur du tournoi des Six Nations ? Comment repart-on au combat ?**

C'est avant tout l'esprit de compétiteur qui prend le dessus et l'envie de gagner à chaque match. La motivation se trouve plus dans le contenu et dans les sensations que dans le résultat, qui reste la cerise sur le gâteau.

**Comme tout professionnel, vous rencontrez des échecs. On peut citer par exemple les Coupes du monde 2002 et 2007. Comment vous remotivez-vous ? Comment, dans une équipe de rugby, chacun peut-il participer à la motivation et à la remobilisation du collectif ?**

Il est important que le groupe vive bien pour trouver la force commune en cas d'échec. C'est là qu'on juge s'il existe un vrai collectif. La remobilisation passe avant tout par un travail en amont mais aussi en évitant de trop se focaliser sur un objectif, pour éviter des conséquences néfastes en cas d'échec. Il faut

une progression sur le long terme et si cela aboutit à des succès, c'est encore mieux pour le moral.

**Percevez-vous une différence de motivation ou de valeurs entre les nouvelles générations et la vôtre ? Si oui, comment faites-vous pour en corriger les effets ou pour en profiter ?**

Les générations évoluent et il s'agit de bien comprendre ces différences de valeurs. On ne doit pas rester figé sur ses positions à partir du moment où le résultat est là. Les jeunes intégrant un groupe m'ont toujours apporté de la fraîcheur, une certaine envie de jouer

sans se poser de question. L'idéal consiste à mêler ces générations pour que l'alchimie prenne.

**Vous arrive-t-il d'avoir peur sur un terrain ? Si oui, comment surmonter et gérer cette peur ? Sinon, pourquoi ne craignez-vous pas la difficulté ?**

Cela m'est arrivé d'avoir peur de mal faire, sûrement par manque de confiance. Il existe de nombreuses méthodes permettant de retrouver les sensations et le plaisir qui, selon moi, sont la clé de la maîtrise de soi. ■

Jérôme GOEMINNE  
Secrétaire régional SMPS Grand-Est



# LFSS, SNS... Le Père Noël, ça existe ?

## Que retenir de la LFSS ?

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) vient d'être adoptée par le Parlement. Le SMPS soutient certaines mesures, comme les dispositifs d'expérimentation ou encore l'incitation financière à la qualité et à la pertinence des soins. Mais le SMPS reste attentif aux conséquences de l'application d'un budget exigeant.

**L**a LFSS 2018 se structure en quatre parties : dépense sociale maîtrisée pour permettre la baisse du déficit public et le retour vers l'équilibre de la sécurité sociale ; soutien à l'activité économique et au pouvoir d'achat ; développement de

la prévention et de l'innovation pour des soins plus pertinents ; prise en compte des besoins des plus fragiles, l'accompagnement des familles. Passage en revue des principales mesures concernant les établissements de santé.

### Performance organisationnelle

Le SMPS soutient fortement les dispositifs d'expérimentation prévus à l'article 35 portant à la fois sur l'organisation et la rémunération des actes ou des séjours pour une durée de cinq ans. Les expérimentations pourront concerner aussi bien les soins de ville que l'hôpital ou le secteur médico-social privilégiant la logique de parcours ou de financement à l'épisode de soins. Elles pourront prévoir, à l'instar de ce qui existe dans d'autres pays, des paiements globaux pour une séquence complète de soins ou la prise en charge coordonnée et globale d'une patientèle par des opérateurs de santé. L'objectif est aussi d'accorder des autorisations de soins qui portent sur les groupements d'établissements et de professionnels de santé. Ces dispositifs d'expérimentation doivent permettre de favoriser une approche populationnelle et non sectorielle de la prise en charge, en décloisonnant notamment la prévention, les soins ambulatoires, le secteur hospitalier et le secteur médico-social. Par

ailleurs, les dispositifs doivent aider à considérer la prise en charge comme globale et non comme uniquement soignante, intégrant ainsi des composantes sociales ou de retour anticipé à domicile.

### Télémédecine

Le financement de droit commun pour certains actes de télémédecine prévu à l'article 36 devrait favoriser son développement. L'Assurance Maladie et les syndicats signataires de la convention médicale pourront déterminer les conditions de réalisation et de tarification des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Par ailleurs, près de 100 millions d'euros devraient être mobilisés en 2018 en faveur du déploiement de différentes actions. Enfin, une évaluation sera réalisée par la HAS, portant au moins sur cinq dimensions : l'accessibilité aux soins, les pratiques et l'organisation des soins, la qualité de prise en charge des patients, la satisfaction des patients, les coûts liés au recours aux soins.

**Favoriser une approche populationnelle et non sectorielle de la prise en charge**

## Amélioration de la prise en charge des personnes les plus fragiles

La LFSS assure un soutien aux structures de prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées, notamment par la création de places et de moyens dédiés supplémentaires. Le SMPS a néanmoins alerté les pouvoirs publics sur les conséquences attendues

de la réforme de la tarification des Ehpad, notamment pour les établissements publics (*cf. article p. 4*).

Pour l'accompagnement des personnes handicapées, la LFSS prévoit :

- la création de 2 028 nouvelles places en 2018 dont 707 dans le cadre de

l'achèvement des créations prévues par le troisième plan autisme ;

- le renforcement de la capacité du secteur à trouver des solutions rapides et adaptées aux situations critiques notamment par le biais d'une enveloppe supplémentaire de 15 millions d'euros.

## Évolution du financement des établissements de santé

Le SMPS accueille avec intérêt l'incitation financière à la qualité et à la pertinence des soins, bien que la réforme n'aille pas jusqu'à l'évolution des tarifs à l'activité afin d'y intégrer pleinement cette dimension. Il sera néanmoins attentif à sa mise en œuvre et notamment aux indicateurs retenus.

La LFSS prévoit le renforcement des dispositifs d'accompagnement et de contrôle pour une juste prescription, notamment à travers la mise en place d'un intéressement à la pertinence et à l'efficacité des prescriptions hospitalières, sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional (FIR) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 (art. 39). Le SMPS alerte les pouvoirs publics sur la tendance progressive aux transferts

de charge vers les établissements de santé. Si ceux-ci peuvent parfois s'avérer justifiés, leur absence de compensation par les tarifs ou toute autre recette se traduira nécessairement par une dégradation de la situation financière des établissements dès 2018.

### Effets pervers

Le SMPS a notamment attiré l'attention des pouvoirs publics sur les effets pervers d'une hausse de la CSG non suffisamment compensée pour la masse salariale des établissements (*cf. article p. 5*). L'article 7 supprime plusieurs cotisations sociales (la contribution exceptionnelle de solidarité à hauteur de 1 % et la cotisation d'assurance maladie des contractuels à hauteur de 0,75 %)

en contrepartie de la hausse de 1,7 point de la contribution sociale généralisée. Néanmoins, ces dispositifs ne couvrent pas les dépenses induites par la CSG. Le gouvernement a annoncé qu'une compensation supplémentaire serait instituée par la diminution d'une cotisation patronale.

De même, la LFSS prévoit à l'article 47 le report – nécessaire – de l'intégration des dépenses de transports intra et interétablissements au 1<sup>er</sup> octobre 2018 au lieu du 1<sup>er</sup> mars 2018, comme le prévoyait le PLFSS 2017. Cependant, le SMPS note que l'entrée en vigueur n'est différée qu'en raison de la conduite en cours de travaux techniques et du caractère inachevé de la phase de concertation.

## D'autres mesures financières vont, selon le SMPS, dans le sens des établissements de santé

- L'article 45, qui acte le report du dispositif Fides séjours pour un déploiement sur quatre ans et une généralisation à l'horizon de mars 2022. Si la facturation des séjours hospitaliers est un objectif à atteindre, le calendrier appliqué doit rester souple afin de permettre un accompagnement progressif des acteurs dans l'acculturation.
- L'article 46, qui abroge la dégressivité

tarifaire appliquée aux établissements de santé prévue dans le code de la Sécurité sociale. Cette mesure, à faible rentabilité, a surtout conduit à pénaliser les établissements les plus performants en termes d'activité.

- L'article 48, qui prolonge jusqu'à fin 2019 le dispositif transitoire de financement des activités de SSR, reposant sur un modèle mixte qui associe des

financements forfaitaires et une dotation modulée à l'activité (DMA), composée d'une part socle et d'une part activité. Si le report apporte une flexibilité supplémentaire aux établissements, le SMPS appelle néanmoins à la poursuite de la réforme. ■

Marie HIANCE  
Déléguée nationale SMPS

# Pour une SNS ambitieuse

La stratégie nationale de santé (SNS) est rendue obligatoire par la loi de modernisation de notre système de santé. Le SMPS tient à contribuer à son élaboration, par vingt propositions concrètes, pour une SNS ambitieuse, qui répondent aux besoins du terrain.

Le 18 septembre dernier, la ministre des Solidarités et de la Santé a présenté la SNS 2017-2022 aux conférences FHF et à la presse. Quatre chantiers prioritaires sont retenus. Et le calendrier est resserré afin que la SNS soit arrêtée en fin d'année pour une mise en œuvre dès 2018 dans les territoires et au plan national :

- octobre-novembre 2017 : concertation pour définir les grandes orientations. Un premier projet de stratégie sera rédigé à l'issue de ces rencontres ;
- novembre 2017 : consultation publique ;
- décembre 2017 : décret pour formaliser la stratégie nationale de santé.

Au premier semestre 2018, la SNS sera mise en œuvre dans les territoires via des projets régionaux de santé définis par les agences régionales de santé.

## Quatre chantiers prioritaires retenus

- Prévention et promotion de la santé,
- Lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé
- Nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins,
- Innovation.

Des dispositions spécifiques seront prévues pour la santé des jeunes, la Corse et l'outre-mer.

Le SMPS tient à contribuer à l'élaboration de la SNS par 20 propositions concrètes, pour un contenu ambitieux, qui répondent aux besoins du terrain pour chaque axe identifié par la ministre.

## Vingt recommandations du SMPS pour donner un contenu ambitieux à la SNS

Les quatre axes structurant la SNS – prévention, inégalité, qualité, innovation – ne peuvent qu'appeler le consensus quant à leur intitulé. Malgré tout, la feuille de route de la santé en France ne peut s'articuler autour de « mots-valises » sur lesquels tout le monde s'accorde. Le SMPS souhaite une SNS ambitieuse dans son contenu, afin que la santé reste un

domaine excellence, sans laisser se creuser l'écart avec des systèmes de santé performants de nouvelles puissances mondiales.

Dans ce cadre, le SMPS formule vingt recommandations : trois d'ordre général et dix-sept visant à alimenter chacun des quatre axes présentés par la ministre des Solidarités et de la Santé.

## Principes généraux

**1. Respecter le principe de subsidiarité et d'autonomie des établissements sanitaires, médico-sociaux et des groupements hospitaliers de territoire (GHT)** au plus près de la population, en confirmant le déploiement de la stratégie de groupe public. Cela implique notamment de lier la création de directions communes et les fusions d'établissements à la définition des projets médicaux et soignants partagés, afin qu'elles soient un véritable levier d'intégration et de repositionnement du service public hospitalier et médico-social dans les territoires.

**2. Définir un financement adapté pour éviter les injonctions paradoxales.** Les acteurs de terrain agissent dans un environnement toujours plus complexe. La latitude d'action qui leur est donnée doit

être étendue par les expérimentations. Les pouvoirs publics montreront ainsi leur confiance en la capacité des acteurs de terrain à garantir une adaptation permanente aux enjeux locaux. Ces marges de manœuvre doivent aussi permettre de bénéficier de l'initiative personnelle de certains pour transformer notre système de santé.

**3. Soutenir la ligne managériale et le management de proximité en vue de garantir des conditions d'exercice propices aux meilleures prises en charge en santé.** Il s'agit :

- de promouvoir les valeurs du management et du service public, au sein des établissements et entre établissements ;
- de respecter et faire respecter le rôle et la place de l'encadrement au service

de l'intérêt général quels que soient les lieux d'exercice ;

- d'amplifier les mécanismes incitatifs à la parité dans le haut management de la fonction publique hospitalière ;
- de professionnaliser chaque niveau d'encadrement et de management, y com-

pris médical, dans chaque établissement, par la formation, le coaching, etc.

- d'examiner les socles de formation initiale et continue des directeurs, ingénieurs et attachés d'administration hospitalière, en ouvrant une nouvelle ère de l'exercice des missions de l'EHESP.

## Axe 1 Prévention et promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux

### 4. Associer les acteurs privés et libéraux aux GHT afin de leur permettre de faire partie intégrante des coopérations territoriales.

Une redéfinition des modalités de portage des activités mutualisées, dans un cadre juridique sécurisé et respectueux des responsabilités portées par les directeurs des établissements membres, permettrait de faciliter les modalités de coopération au sein des GHT. Le SMPS propose un amendement des conditions de délégation de compétence, afin de les adapter aux réalités de terrain, en laissant le choix entre une répartition des missions déléguées entre les établisse-

ments parties ou le recours à des conventions de partenariat, autorisant l'association des acteurs privés.

### 5. Organiser de véritables espaces de concertation et de coopération entre les GHT, les professionnels de santé, le secteur social et le secteur médico-social, en mobilisant des plateformes territoriales et des comités de coordination aux compétences fortes à partir des conseils territoriaux de santé, aux fonctions revalorisées.

### 6. Réformer le financement de l'hôpital pour en faire un acteur de la prévention,

notamment en renforçant l'incitation financière à l'élaboration de projets de promotion de la santé, comme les programmes d'éducation thérapeutique, mais aussi en assurant un soutien affirmé aux établissements exerçant des missions d'intérêt général : prise en charge des détenus, de l'addictologie, des patients en situation de précarité, etc.

### 7. Impliquer le social et le médico-social et prévoir un financement nécessaire et suffisant de la prise en charge des populations vulnérables : personnes âgées, personnes handicapées, enfance, secteur social.

## Axe 2 Lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé

### 8. Éviter les injonctions paradoxales en matière d'attractivité médicale.

Les politiques de ressources humaines qui découlent des problématiques démographiques se concentrent nécessairement sur les facteurs de l'attractivité et la fidélisation des professionnels, dont la rémunération des ressources rares ? À ce jour, les incertitudes réglementaires génèrent un environnement concurrentiel défavorable au moins-disant.

### 9. S'assurer de la bonne répartition des compétences médicales

par la mise en place de dispositifs incitatifs voire coercitifs, tout en favorisant en parallèle les modes d'exercice médical mixte, éventuellement adossés à un hôpital. Le développement de structures, telles que les maisons de santé, répond à la fois aux besoins de prise en charge de la population, aux attentes des jeunes médecins en termes d'exercice et aux enjeux de restructuration de l'amont de l'hôpital,

en particulier celle des services d'accueil et d'urgence.

### 10. Garantir le maillage territorial des formations aux métiers de santé non médicaux,

et notamment pour le personnel infirmier, afin d'assurer la réponse aux besoins de professionnels qualifiés sur l'ensemble du territoire. Il s'agit de prévenir l'apparition de déserts paramédicaux liés à une concentration autour des centres universitaires.

## Axe 2 suite

**11. Permettre une formation continue et évaluée des professionnels**, afin d'éviter l'émergence d'inégalités d'accès à des soins de qualité, voire de provoquer de véritables pertes de chance pour les patients, lorsque le dimensionnement des équipes ne permet pas une mise à jour des connaissances régulière. A défaut, il convient de remettre en question l'existence d'unités de soins dont les compétences disponibles seraient jugées insuffisantes.

**12. Revoir l'organisation et les missions des agences régionales de santé**, pour une performance accrue, au regard de la nouvelle donne territoriale, en lien avec les enjeux forts de régulation en santé dans les régions. Il s'agit d'une part d'éviter des doublons avec les établissements de santé et les GHT, notamment à l'échelle des départements, et d'autre part de recentrer les agences sur leurs fonctions de planification, d'accompagnement, d'évaluation et de contrôle.

**13. Renforcer l'incitation financière et lever les contraintes juridiques à la mise en place de dispositifs « hôpital hors les murs »**, tels que les équipes mobiles, les consultations avancées ou encore les consultations non programmées de ville, alternatives aux services d'accueil et d'urgence.

## Axe 3 Nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins

**14. Saisir l'opportunité de la certification de la Haute Autorité de santé commune au sein des GHT en vue d'une simplification du dispositif pour faciliter l'acculturation des professionnels**. L'objectif doit être de favoriser la mise en œuvre de stratégies communes et de synergies opérationnelles en matière de démarches qualité et de gestion des risques, sans

alourdir le dispositif déjà en place. Ainsi, par exemple, le maintien d'un compte qualité par établissement ne permet pas l'émergence d'une dynamique commune.

**15. Revoir le financement des établissements en y intégrant une dimension qualité et pertinence des soins**. Il s'agit notamment de mettre en place

une véritable analyse de la pertinence des soins dans les territoires, le GHT constituant une échelle opportune. Dans un second temps, il est nécessaire d'inciter à la coopération par un financement au parcours ou à l'épisode de soins, en vue notamment d'éviter la redondance des actes et d'assurer la cohérence de la prise en charge globale.

## Axe 4 Innovation

**16. Simplifier les normes et procédures afin de faciliter le développement de l'innovation organisationnelle et de libérer les capacités d'initiative**. La réglementation devrait inciter les établissements et plus largement les GHT à innover par l'expérimentation, ce qui pourrait donner lieu à généralisation en cas de succès.

**17. Conforter le GHT et les directions communes comme niveaux de référence pour le développement de l'innovation**,

en facilitant l'investissement dans les technologies en santé et le déploiement d'outils novateurs qui permettent le développement de l'action territoriale : télémédecine, système d'information intégré, etc.

**18. Structurer la recherche autour des GHT** et en faire l'acteur majeur de définition de la politique. Le GHT doit aussi tenir un rôle d'évaluateur et de régulateur, en facilitant l'inclusion des établissements et des patients dans les essais

cliniques et en permettant aussi le développement de structures de recherche.

**19. Décloisonner les recherches clinique, paramédicale et pédagogique**.

**20. Réexaminer les modalités de financement du secteur du vieillissement et de celui du handicap** pour sortir des défaillances du financement actuel et des budgets rigides qui limitent innovation et adaptation. ■

# Interview

## Olivier Véran

### « Dès qu'une initiative est attractive, on la finance »

Olivier Véran exerce comme neurologue au CHU de Grenoble-La Tronche. Il fut le référent santé du candidat Emmanuel Macron, puis, aujourd'hui, est celui de La République en marche. Rapporteur général du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2018 à l'Assemblée nationale, il précise ici les grandes lignes de ce projet et celles de la stratégie nationale de santé (SNS) : GHT, autonomie des acteurs de terrain, rapports ville/hôpital, prévention.

**Pensez-vous que la stratégie nationale de santé présentée par la ministre des Solidarités et de la Santé répond aux enjeux actuels de l'hôpital ?**

La stratégie nationale de santé dessine les fils conducteurs des programmes et des plans à venir du projet politique du gouvernement. Elle se décline autour de quatre axes : prévention et promotion de la santé, stratégie en matière d'innovation, pertinence et qualité des soins, lutte contre les inégalités sociales d'accès à la santé. Ces priorités concernent tout notre système de santé, hôpital inclus. Il se retrouve dans chacun de ces enjeux.

**Quel regard portez-vous sur les groupements hospitaliers de territoire, un an et demi après leur création ?**

Le processus a été long. Comme cela a été rappelé par le gouvernement dès l'annonce du programme présidentiel, le moment est venu d'arrêter de légiférer autour des groupements hospitaliers de

territoire, et d'accélérer leur mise en place. Les GHT doivent être une occasion de mieux organiser les soins par région avec le projet médical partagé, pensé en cohérence avec le projet régional de santé des ARS.

Si les projets doivent être finalisés en 2018, des transformations restent à mener pour réussir la réforme comme la fusion des systèmes d'information, de la structure d'achats ou de mobilité du personnel.

**Vous étiez rapporteur du PLFSS 2018, quels sont les principaux apports de cette loi ?**

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale est un acte politique majeur. Il constitue un signal fort de la part du gouvernement, en particulier quand il s'agit, comme cette année, du premier d'un quinquennat.

C'est la LFSS des promesses tenues, qui veut s'inscrire à la fois dans l'objectif de réduction du déficit public et de transformation nécessaire du système de



**Il faut écouter les professionnels sur le terrain, toujours pleins de volonté et d'idées pour soigner autrement.**

santé. Elle réaffirme la volonté du gouvernement d'en finir avec la politique du « rabet » et de mener les réformes structurelles attendues par l'ensemble des professionnels et des usagers.

Dans la continuité des engagements présidentiels annoncés par Emmanuel Macron et de la feuille de route de la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, on retrouve dans la LFSS des symboles politiques forts, comme le tournant pris d'une révolution de la prévention avec la hausse du prix du tabac ou l'extension de l'obligation de la couverture vaccinale.

La LFSS veut donner aux acteurs du système de santé les premiers moyens

de transformer le système, en termes d'organisation et d'accès aux soins. L'article 36 fait par exemple entrer la télémedecine dans le droit commun, marquant un véritable virage dans son déploiement sur le territoire.

### Comment le financement au parcours va-t-il permettre de décloisonner les filières de soins interétablissements mais aussi entre la ville et l'hôpital ?

#### Tout n'est-il qu'une question d'argent ?

L'article 35 de la LFSS, adopté en première lecture à l'Assemblée nationale, fait le constat que l'organisation des parcours de soins bute sur la complexité des processus qui doivent les régir.

Plutôt que de chercher à imposer un modèle unique depuis l'administration centrale, lourd à mettre en œuvre, il faut écouter les professionnels sur le terrain, toujours pleins de volonté et d'idées pour soigner autrement. Avec cet article, on propose d'accompagner l'organisation d'expérimentations qui partirait du terrain, à l'initiative des professionnels de santé.

Accompagner, c'est aussi financer, et mieux évaluer la qualité et la pertinence des soins. On pourrait imaginer pour une pathologie comme un cancer, qu'une équipe propose d'expérimenter un financement au parcours ou à l'épisode de soins, avec une enveloppe globale qui permettrait de payer l'ensemble des soins spécialisés liés au cadre de la maladie, qui pourrait aller jusqu'à intégrer le traitement.

Nous faisons le pari, et l'Europe du Nord l'a montré avant nous, que cela permettra de soigner mieux, et coûtera moins cher. Un parcours de soins coordonné, c'est bénéfique pour le malade et les professionnels, qui auront la liberté de faire moins d'hôpital quand il n'est pas nécessaire, mais aussi de l'hô-



pital quand il est indispensable.

Toutes ces expérimentations sont comprises dans cet article, qui n'a pas de limite budgétaire. Dès qu'une initiative est attractive, on la finance. Si elle fonctionne, on la diffuse. *A contrario*, si la qualité des soins, la satisfaction des acteurs n'est pas au rendez-vous, alors on arrête le financement et on essaye autre chose. C'est un virage majeur en matière de politiques publiques de santé, qui permettra aux professionnels de santé d'aller innover, et d'être force de proposition et d'être accompagnés. C'est, selon moi, la façon la plus efficace de procéder et il était temps qu'on s'en empare.

#### Et sur les pistes de réforme du financement : *quid* de la T2A psychiatrie, du SSR, de la réforme de la tarification des Ehpad ?

Il n'existe pas de modèle unique et absolu de financement. Pour les établissements spécifiques comme la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation et les Ehpad, les modes

de financement n'ont pas à être calqués sur celui de l'hôpital, mais doivent prendre en compte les particularités des soins et de l'exercice des soignants. Néanmoins, il faut sortir du « tout T2A ». Les réformes de financement ont été entamées en ce sens. Ces établissements restent des lieux privilégiés pour essayer de nouvelles façons de soigner et de financer, et doivent prendre part aux expérimentations guidées par les professionnels.

#### Les réformes portant sur le monde hospitalier et médico-social s'enchaînent, venant régulièrement bouleverser l'existant. Au-delà de ces réformes, quel est le projet d'avenir pour l'hôpital et le secteur médico-social public ?

Le projet, c'est réussir à trouver le moyen de décloisonner la ville, payée à l'acte, et l'hôpital, payé à l'activité, de décloisonner le médical et le médico-social et enfin d'intégrer l'ensemble des prises en charge d'une pathologie coordonnée autour du patient, et non plus de structures. L'autre objectif est de prendre le virage de la prévention, révolution à laquelle les établissements de soins doivent prendre part intégrante, ils en sont des acteurs majeurs. ■

**Il n'existe pas de modèle unique et absolu de financement.**

# Interview

## Quand les médecins formulent leurs vœux

Deux présidents de commissions médicales d'établissement (CME), respectivement secrétaire général adjoint et secrétaire général de la Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers, formulent leurs vœux pour un meilleur hôpital. **Pierre Charestan**, chef du service des urgences de l'hôpital d'Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis), préside depuis 2016 la conférence des présidents de CME des CH d'Île-de-France. **David Piney**, pharmacien, préside la CME du CH de Lunéville (Meurthe-et-Moselle) et le collège médical du GHT Sud Lorraine

### Le financement de l'hôpital est-il adapté aux enjeux actuels à relever ?

**Pierre Charestan** - Il n'y a pas de système de tarification meilleur qu'un autre. La T2A valorise une activité tangible et mesurable, or, il faut l'adapter à certaines missions et activités spécifiques qui ne peuvent s'inscrire dans un schéma de « productivité industrielle ». La T2A a largement modifié notre manière de travailler et toute l'attention est désormais portée sur les coûts, les dépenses et la consommation. Les médecins sont totalement impliqués dans ce processus, notamment les présidents de CME et chefs de pôles, qui travaillent main dans la main avec les directeurs d'établissement pour observer et contrôler ces dépenses. Nous pensons que cette évolution est plutôt positive. Mais l'hôpital public ne pratique pas que des actes fléchés. Une grande part de notre activité ne répond pas à la logique mathématique. Dans d'innombrables situations, nous traitons aussi des patients en grande précarité avec des problèmes sociaux que nous nous devons de soigner avec autant d'humanité et de qualité.

### Et que proposez-vous précisément là ?

**Pierre Charestan** - Sur la question de la précarité, il faut parvenir à une modélisation plus structurée. On ne peut plus continuer à attribuer des enveloppes sans avoir au préalable une réflexion objective et efficiente.

**David Piney** - Je rejoins cette analyse. Nous atteignons la limite du système et nous en tenir à toujours plus d'activités démotive les professionnels. Il faut remettre à plat une part de l'actuel financement pour le baser sur la pertinence et la qualité des soins. Il convient de récompenser les pratiques vertueuses par un financement au parcours intelligent. Cela donnera du sens à nos activités médicales.

### Comment faciliter la collaboration entre la ville et l'hôpital ?

**Pierre Charestan** - Pour obtenir le décloisonnement souhaité, il faut dénouer les points de tension et, par exemple, en finir avec l'hôpital « bashing », déclenché par une politique longtemps considérée comme centrée sur l'hôpital. Réunissons-nous autour d'une table avec nos confrères libéraux, et d'abord les généralistes, pour leur confirmer que l'hôpital ne veut pas et

ne peut pas tout gérer, et qu'il est important de collaborer pour l'intérêt de nos patients. **David Piney** - Mais chacun reste encore jaloux de ses prérogatives. Le travail en commun doit commencer par des projets simples et concrets. Évitions de vouloir tout régler d'un coup. La lettre de liaison peut être un sujet fédérateur. Elle permet de mener une réflexion commune sur les informations à se transmettre pour mieux prendre en charge le malade. Nous avons néanmoins une difficulté : les médecins de ville sont assez peu structurés. Si nous voulons travailler avec eux, il faut mobiliser les organisations syndicales et ordinales représentatives, ou des leaders médicaux en capacité d'impulser des dynamiques localement. Prendre comme point de départ le projet médical et sa déclinaison dans un projet de soins permet de donner du sens aux actions engagées. Il semble de fait préférable d'avancer par cercles concentriques, en commençant par les médecins et pharmaciens libéraux, puis d'élargir la démarche aux soins paramédicaux. **Pierre Charestan** - Toute notre réflexion doit rester focalisée sur le patient. Or, celui-ci se situe entre deux univers, l'hôpital et la ville, qui n'ont jamais réussi à bien se parler. Les pouvoirs publics n'ont pas su gérer ce problème. De l'argent a été investi séparément dans la ville et dans l'hôpital sans aucun résultat sur leur collaboration.



Pierre Charestan

### Qu'aurait-il fallu faire ?

**Pierre Charestan** - De nouveaux métiers, de nouvelles fonctions sont à créer. Nous avons besoin de médecins qui fassent le lien entre l'hôpital et la médecine de ville. Ce pourrait être des médecins qui, pour x raisons, par exemple un épuisement dans leurs fonctions à l'hôpital, demanderaient un détachement pour favoriser les liens avec la ville. Ou, inversement, nous pourrions ouvrir les portes de l'hôpital à la médecine générale, par exemple pour des consultations au sein des structures d'urgences.

Il importe aussi de développer les professions paramédicales en leur permettant de délivrer des soins qu'elles ne sont pas autorisées aujourd'hui à faire

**David Piney** - Il existe déjà certains profils médicaux sur lesquels il pourrait être utile de capitaliser parce qu'ils ont une connais-

### La création des GHT peut-elle aider à un travail commun ?

**David Piney** - Le GHT en lui-même ne va pas révolutionner les relations ville/hôpital. Il définit néanmoins de nouveaux périmètres géographiques dans lesquels les établissements publics de santé ont désormais une responsabilité. Celle d'offrir le meilleur accès à des soins de qualité dans le cadre d'une gradation des soins organisée. Elle ne peut être assurée sans impliquer l'ensemble des acteurs de santé, et en premier lieu la médecine ambulatoire. Cela nous oblige donc à ouvrir nos organisations hospitalières et à les associer progressivement. Les rencontres nécessaires devraient favoriser le développement d'une responsabilité populationnelle partagée.

**Pierre Charestan** - Oui, les GHT peuvent aider à un travail commun. Ils permettent de faire rencontrer les hospitaliers. Mais quel est notre problème ? Un rapprochement entre hospitaliers ou bien de définir les meilleurs parcours de soins pour nos patients entre la ville et l'hôpital ? C'est ce point qui doit nous préoccuper et pour cela, il faudra rétablir une confian-

sance des internes dans nos hôpitaux, et du nombre d'internes en médecine générale dans les services hospitaliers. C'est une évolution inquiétante car les étudiants qui ont connu l'hôpital et y ont travaillé créent davantage de liens avec leurs confrères hospitaliers après leur installation en libéral.

**David Piney** - Le manque de temps médical à l'hôpital et en ville reste néanmoins préoccupant pour envisager de réelles dynamiques de changement. D'une part, chacun est absorbé par une bureaucratie en constante augmentation malgré des volontés politiques maintes fois réaffirmées. Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) en sont un parfait exemple. D'autre part, les nouvelles générations ne sont plus dans le temps du sacerdoce, où nos aînés travaillaient 80 heures par semaine. Le développement et la reconnaissance de ces compétences organisationnelles et managériales devraient être une priorité. Il n'est plus acceptable que des présidents de CME ou d'instances médicales de GHT consacrent 30 à 50 % de temps au-delà de leurs obligations de service sans moyen dédié reconnu par l'institution.

### Mais quid des contrats locaux ?

**David Piney** - On peut développer ces outils à condition que les autorités accordent plus d'initiative et de responsabilité aux acteurs de terrain. Qu'elles nous disent : *voici l'objectif, organisez, proposez, créez et nous aurons un regard bienveillant pour vous accompagner dans la mise en œuvre et l'évaluation*. Cela remotiverait les professionnels et contribuerait à redonner du sens à leur exercice médical et soignant. Or, à ce jour, les marges de manœuvre sont de plus en plus étroites pour mener des expérimentations. Pourtant, c'est précisément là où l'ARS peut jouer un rôle important, au lieu de s'en tenir à une vision administrative, voire à une vision qui tue toute créativité.

### Quelles autres recommandations feriez-vous à la ministre pour l'élaboration de la stratégie nationale de santé (SNS) ?

**Pierre Charestan** - Il faut repenser la formation des responsables médicaux hospitaliers : les présidents de CME, les pré-

**Il faut remettre à plat une part de l'actuel financement pour le baser sur la pertinence et la qualité des soins. Il convient de récompenser les pratiques vertueuses par un financement au parcours intelligent. Cela donnera du sens à nos activités médicales.**

sance fine des activités libérales et hospitalières. Par exemple, avec un exercice en HAD ou dans des réseaux de soins. Il faudrait aussi reconnaître les médecins hospitaliers qui acquièrent des compétences managériales et une connaissance du système, et il faudrait les encourager à s'engager dans la construction de projets de territoire. Ils seraient des appuis importants pour la structuration de parcours de santé innovants. Cela passe par une responsabilisation et une reconnaissance du temps consacré à ces fonctions transversales. Une convergence des modes de financement hospitaliers et ambulatoires paraît également incontournable pour engager des réflexions sur le financement au parcours.

ce avec nos confrères libéraux. Or, rien ne nous incite à nous réunir pour discuter. C'est culturel. Je travaille à Aulnay depuis dix-sept ans, dans le GHT 93-Est, et je connais à peine deux médecins libéraux de l'environnement immédiat de mon lieu de travail !

Nos aînés tissaient bien plus de liens avec les médecins de ville. Nous avons connu au début de notre carrière des médecins généralistes qui assistaient aux staffs médicaux, en particulier dans les services renommés. Nous avons perdu au fil des années ces liens, par manque de temps et par une course effrénée à la rentabilité. Se rajoute à cette rupture de lien, la forte diminution, liée aux nouvelles réformes universitaires, du temps de pré-



David Piney

sidents des collèges médicaux des GHT, les chefs de pôle, etc.

La très grande majorité de nos collègues n'ont reçu aucune formation managériale avant d'occuper ces postes. Très souvent, ils ne sont pas remplacés dans leurs activités cliniques et ne parviennent pas à se consacrer pleinement aux multiples défis qu'on leur demande de relever, ni aux transformations nécessaires qu'ils doivent opérer. Il nous semble absolument primordial que les acteurs médicaux soient formés au management, qui n'est pas intégré dans notre formation universitaire, centrée uniquement sur le soin. Les pouvoirs publics peuvent imposer des cursus d'excellence aux médecins désireux d'occuper les fonctions de médecins managers. Ces cursus pourraient s'établir en partenariat avec l'EHESP, par exemple, ou avec les grandes écoles, permettant la création de nouvelles fonctions hospitalières médicales indépendantes des élections (président de CME, président de collège du GHT) ou des désignations par des directeurs (chefs de pôles).

Donnons aussi davantage d'autonomie aux paramédicaux au sein même des hôpitaux. Dans mon service d'urgence, un certain nombre d'actes, comme la pose d'un plâtre, pourraient tout à fait être réalisés par des paramédicaux formés. Pourquoi ne pas permettre aux infirmiers des Smur d'intuber un malade alors que leurs collègues sont autorisés à le faire en salle d'opération ?

**David Piney** - Il faut tout d'abord responsabiliser les acteurs et leur donner la liberté et les moyens de mettre en œuvre, d'expérimenter et d'évaluer. La montée en compétence managériale des responsables ou leaders médicaux,

en ville comme à l'hôpital, est capitale pour innover dans des pratiques et des organisations nouvelles, qui devront prendre en compte le fort impact du développement du numérique et des équipes médicales de territoire. La montée en compétence managériale sera aussi un levier pour améliorer la pertinence et la qualité des soins, qui doivent peu à peu s'intégrer pleinement dans l'exercice médical et soignant. La conférence a par ailleurs porté de nombreuses propositions dans le débat public qui mériteraient d'être suivies.

**Quelles recommandations feriez-vous pour inciter les communautés médicales et soignantes à s'inscrire davantage dans des activités multisites ?**

**David Piney** - L'organisation de consultations médicales avancées ou de temps partagés existe depuis très longtemps dans de nombreuses régions. Les GHT sont l'opportunité de donner une impulsion supplémentaire pour répondre à des besoins identifiés et à une stratégie médicale commune. La définition du projet médical partagé par les professionnels et destiné à améliorer des organisations médicales ou la prise en charge des patients est capitale. Elle permet par exemple de donner de la cohérence et de la lisibilité aux filières de soins coordonnées ; de faciliter le travail collectif et d'éviter l'isolement de certains praticiens ; de contribuer au développement d'activités de recherche clinique ; d'accéder à des plateaux techniques mieux équipés ou à des innovations thérapeutiques ; de limiter la charge liée à la permanence des soins. La définition de parcours professionnels individualisés, dont la trajectoire peut désormais s'appuyer sur plusieurs établissements, est un levier important pour faciliter l'exercice multisite, désormais mieux valorisé par une prime d'exercice territorial. Cela devra en revanche s'adosser à une adaptation des pratiques managériales et à la structuration d'une réelle gestion prévisionnelle des métiers et compétences médicales. Les organisations hospitalières doivent quant à elles s'adapter pour faciliter leur exercice au quotidien, en prenant notamment appui sur une convergence des systèmes d'information.

**Pierre Charestan** - N'oublions pas que le médecin est le producteur et le

moteur de l'unité de soins. Sa disparition de l'unité fera automatiquement disparaître le service. Dans une entreprise, si l'on veut avoir de la rentabilité et maximiser l'efficacité, il faut protéger et préserver ses producteurs. Aujourd'hui, les soignants sont systématiquement détournés de leur cœur de métier par des multitudes de tâches administratives et de réunions incessantes et inutiles. Laissons les soignants soigner et laissons-les davantage se concentrer sur ce qu'ils savent le mieux faire et ce qui les rend heureux.

L'exercice multisite n'est pas habituel pour les hospitaliers et il nous semble donc nécessaire de l'accompagner d'une démarche pédagogique définissant des objectifs réalisables, cohérents et fédérateurs. La simple compensation financière n'est pas suffisante, et imposer ce type d'exercice sans accompagnement n'est pas sans danger : déstabilisation des équipes, temps de présence sur site réduit, continuité des soins plus difficile à assurer, moindre investissement dans la vie institutionnelle de l'établissement, etc.

**David Piney** - Encore une fois, le médecin doit retrouver du sens dans son exercice au quotidien. Il est important de pouvoir lui apporter des réponses à quelques questions simples : *pourquoi t'engager dans une activité territoriale ? Quelle place occupes-tu au sein de l'équipe ?* Il ne faut surtout pas considérer ce médecin comme un remplaçant appelé à intervenir ici ou là en fonction des manques. Ce sont des équipes qui doivent être dimensionnées pour que chacun supplée l'autre dans un esprit collectif. Cela nécessite de quitter un individualisme qui caractérise beaucoup de nos professions mais cela répond aussi aux attentes des jeunes praticiens.

**Cela implique donc un management différent ?**

**Pierre Charestan** - Absolument. Développer davantage l'esprit d'équipe et l'ouverture au-delà des frontières de son périmètre exige une organisation et une dynamique différentes. Et avant tout la confiance et le respect mutuel. ■



## Reconnaissez notre contribution à la transformation du système de santé

La lettre de Nouvel'R, notre tout nouveau think tank\*, à la ministre des Solidarités et de la Santé.

### **Cher Petit Papa Noël,**

*Cette année, j'ai encore été très sage et j'ai bien obéi à mes parents ARS et DGOS. Avec mes copains, nous avons respecté le plan Ondam, digéré la revalorisation du point indiciaire, tenté de tenir l'équilibre médico-économique de nos établissements.*

*J'ai eu de bons résultats scolaires : en moins d'un an, j'ai organisé le GHT et construit avec mes amis médecins le projet médical partagé. Nous avons mis en place une réforme hospitalière en un temps record ! Peu de cris d'élus et peu de professionnels de santé dans les rues. Bref, un bon résultat ! Certes, on a un peu chahuté avec les copains, mais chacun a trouvé une équipe et nous sommes tous très positifs sur le devenir des projets de territoire.*

*Aujourd'hui, je continue à faire mon travail du soir en montant avec mes camarades de classe des organisations sur la fonction achat, sur le système d'information convergent, sur la fonction DIM et sur la formation.*

*Surtout, je m'efforce quotidiennement de maintenir une offre de santé ouverte à tous, disponible en continuité, à toute heure du jour et de la nuit et qui allie expertise et proximité. J'ai du mal à faire accepter et comprendre à tous que malgré ce travail important, mes parents maintiennent une pression si forte sur nous. Beaucoup de mes copains sont en tension budgétaire et le moral est souvent au plus bas, la promotion de la qualité de vie au travail peine à éviter le burn-out à certains.*

*C'est pourquoi j'aimerais être récompensé pour le travail accompli en 2017. Ne t'inquiète pas, je ne ménagerai pas mes efforts pour faire mieux en 2018, mais j'aimerais être soutenu et accompagné pour tenir durant cette nouvelle année que tu m'annonces déjà difficile.*

*J'aimerais que tu m'aides à rendre plus lisible le programme scolaire et que tu m'offres des cadeaux pour récompenser mes efforts.*

### **Rendre plus lisible le programme !**

Une vision claire du gouvernement, dans une politique de l'offre de soins est essentielle pour éviter les injonctions contradictoires. Les politiques publiques doivent s'attacher à créer du lien et faire partager les objectifs par les acteurs, y compris entre professionnels publics.

### **Vœu 1 : un programme cohérent**

*Tout d'abord, j'aimerais que tu m'expliques mieux le programme scolaire. J'étudie le programme territorial, le programme du parcours patient, le programme urgences, qui est de plus en plus difficile à (re)tenir, le programme ressources humaines qui se valorise, le programme de la désertification médicale à la ville comme à l'hôpital... et pourtant, les examens sont de plus en plus difficiles. Et j'apprends que l'année prochaine, la difficulté sera accentuée de 1,6 milliard d'euros sur l'Ondam hospitalier. J'essaie d'avoir les mêmes résultats (sans crayon ?) mais le règlement de l'école n'est pas aussi souple que celui de l'école privée et, surtout, on a des engagements forts, qui font de notre hôpital le service public préféré des Français. C'est certainement que ses professionnels y sont pour quelque chose !*

### **Vœu 2 : favoriser le travail interclasse**

*Aussi, j'aimerais mieux travailler avec mes amis docteurs. J'aimerais qu'on partage davantage les contraintes en binôme - directeur/président de CME. À ce titre, je pense qu'on devrait pouvoir mieux récompenser le travail individuel des praticiens, et nous laisser les rémunérer en fonction du besoin et de leur engagement. J'ai vu ton catalogue sur la pertinence des actes. Je suis sûr qu'on peut travailler avec la classe des docteurs à ce sujet. Ne pourrait-on pas attribuer une part R pour les amis docteurs indexée sur les résultats ?*

\* Voir page 11 la présentation du think tank Nouvel'R.



## Des cadeaux pour récompenser mes efforts !

Les cadres hospitaliers sont les plus impactés par les réformes du système de santé, ils les subissent, les traduisent, les mettent en œuvre et les accompagnent. Ils ne peuvent être les grands perdants d'un système qui s'écroulerait sans leur travail quotidien.

### Cadeau 1 : un bonbon

*Père Noël, j'aimerais bénéficier des mêmes avantages que mes amis médecins. En effet, l'année passée, tu les as rapidement encouragés en offrant la prime d'exercice territoriale, que tu as déjà assouplie dans son application. Avec les copains, on change souvent de classe, on fait beaucoup de bus entre les écoles pour être présents aux cours. Si j'ai pu avoir de si bons résultats dans la construction des GHT, c'est que je me suis efforcé d'être très assidu. J'aimerais donc avoir enfin cette prime comme les amis !*

### Cadeau 2 : une nouvelle tenue de classe

*Cette année, j'ai fortement modifié ma méthode de travail en raison des GHT. Il y a une vraie difficulté à travailler ainsi sur plusieurs sites. Avec les copains, ça fait longtemps qu'on fait des intérim, qu'on monte des directions communes, des fusions, etc. Mais c'est toujours la maîtresse qui a les bons points du directeur. Mes copains et moi, on souhaiterait avoir un véritable statut territorial. A minima, si j'en demande trop, tu ne pourrais pas accorder un 0,2 de plus sur chaque note F, non ?*

**J'ai eu de bons résultats scolaires : en moins d'un an, j'ai organisé le GHT et construit avec mes amis médecins le projet médical partagé. Nous avons mis en place une réforme hospitalière en un temps record !**

Les managers publics de santé sont des élèves disciplinés et engagés. Ils ont montré ces derniers mois leurs capacités à mettre en place rapidement une réforme structurante, attendue depuis de nombreuses années. En miroir à cette réforme, qui modifie en profondeur l'exercice des managers de santé au premier rang desquels les membres des équipes de direction, une refonte de leurs statuts s'impose sans plus tarder. Le métier a changé, réduisant de façon inquiétante les perspectives de carrière. Notre système de santé requiert des managers de santé formés et motivés pour relever les défis de la transformation actuelle. Donnez-leur un cadre d'exercice agile ; recréez les trajectoires professionnelles pour permettre les perspectives d'évolution ; innovons ensemble pour que les statuts épousent enfin le décloisonnement tant invoqué depuis si longtemps entre la ville et l'hôpital sur les territoires ! Plus que la simple reconnaissance du travail bien accompli, les managers de santé attendent que votre action, Madame la ministre, favorise leur contribution à la transformation du système de santé.

Les managers sont de bons élèves, aidez-les. ■

Nouvel'R

**J'aimerais travailler mieux avec mes amis docteurs.  
J'aimerais qu'on partage davantage les contraintes en binôme – directeur/président de CME.  
À ce titre, je pense qu'on devrait pouvoir mieux récompenser le travail individuel des praticiens et nous laisser les rémunérer en fonction du besoin et de leur engagement.**

# L'égalité professionnelle au service de tous

Peu explorée par les employeurs, soumise à un héritage socioculturel multiséculaire, l'égalité hommes-femmes dans la vie professionnelle est un enjeu majeur. Avec plus de 75 % de femmes, l'hôpital est un monde très féminisé. Mais ce chiffre cache de profondes disparités. Pourtant, homme ou femme, chacun gagne à la mise en pratique de cette égalité-là.

**L'**égalité hommes-femmes est un sujet dont il est fréquent d'entendre parler dans sa vie quotidienne ou citoyenne, notamment dans différents médias ou sur les réseaux sociaux. Dans le milieu professionnel, elles persistent largement malgré des efforts incontestables au plan politique pour réduire les inégalités entre les hommes et les femmes.

C'est un fait, cette thématique est relativement mal connue et peu explorée par les employeurs. Il est courant d'entendre que « les femmes touchent en moyenne 30 % de moins que les hommes en France » ou encore que la parentalité peut représenter un frein à leur carrière. Mais ces constats passent souvent pour être le fruit d'un héritage culturel sociétal vieux de plusieurs siècles. L'implication de l'employeur dans ce sujet est alors freinée par le sentiment d'impuissance face à de tels déterminants culturels qui dépassent largement la sphère professionnelle et a fortiori celle d'une entreprise.

Les enjeux de l'égalité professionnelle pour l'équilibre de tous et de l'institution au sein de laquelle exercent les travailleurs sont méconnus. Pourtant, l'égalité hommes-femmes n'est pas une affaire de féminisme pas plus qu'une valeur citoyenne à afficher par principe.

Nous en sommes convaincus : travailler à améliorer l'égalité professionnelle permet d'avoir un effet immédiat et direct en matière de qualité de vie au travail. C'est aussi un moyen de reconnaissance et de valorisation des travailleurs.

Dans la fonction publique et principalement dans la fonction publique hospitalière, très féminisée avec plus de 75 %

de femmes, l'égalité professionnelle apparaît d'autant moins comme un chantier prioritaire. Cela s'explique par deux facteurs. D'abord, la part d'agents féminins masque des réalités qui réapparaissent lorsqu'on analyse les indicateurs plus structurels comme la répartition des femmes et des hommes en fonction des métiers et/ou des postes par exemple. D'autre part, la modalité principale d'accès à la fonction publique, le concours ou encore l'avancement à l'ancienneté, semble être garante autant qu'héritière du fondement égalitaire du service public... mais ce n'est pas toujours si vrai.

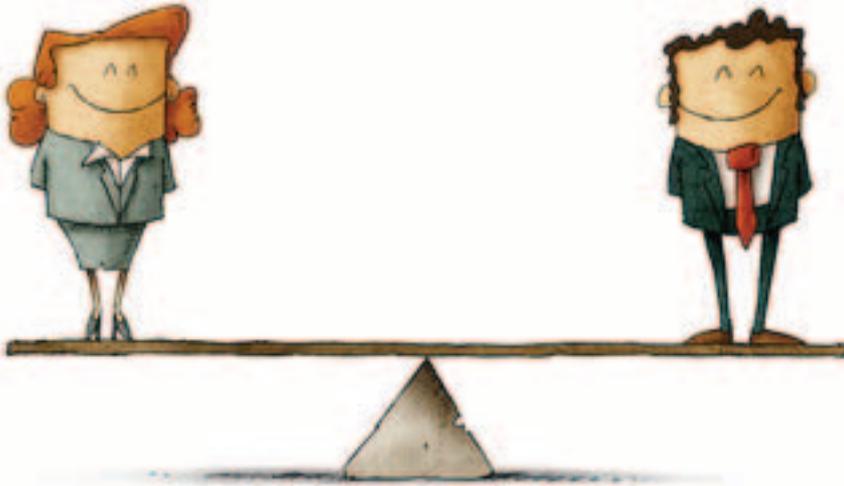
## Sacrifices professionnels

S'il faut s'en convaincre, quelques illustrations peuvent facilement démontrer que, même en présence d'un fort taux de féminisation de certaines professions, l'égalité entre hommes et femmes est loin d'être

atteinte dans la fonction publique. Selon le rapport annuel pour l'égalité professionnelle de 2016, le montant moyen des pensions mensuelles brutes au 31 décembre 2015 atteignait 1 476 euros pour les femmes pour 1 574 euros pour les hommes. Le salaire net mensuel en 2014 pour le secteur hospitalier public correspondait à 2 140 euros pour les femmes contre 2 723 euros pour les hommes.

Ces différences s'expliquent par plusieurs facteurs. Le montant des rémunérations – et donc, à terme, des pensions – peut être sensiblement affecté par le choix d'exer-

**Le salaire net mensuel en 2014 pour le secteur hospitalier public correspondait à 2 140 € pour les femmes contre 2 723 € pour les hommes.**



cer à temps partiel. En outre, le déroulement des carrières est loin d'obéir à la simple logique de l'avancement à l'ancienneté, puisqu'on peut constater par exemple que si les femmes représentent 90 % de la population infirmière, elles ne sont « plus que » 70 % des directeurs des soins. Ce constat d'une plus faible féminisation des métiers dits « à responsabilité » se retrouve par ailleurs assez largement dans toutes les professions de la fonction publique hospitalière.

On admet fréquemment que lorsqu'il faut faire face aux impératifs de la vie familiale, parfois au prix de sacrifices professionnels, les femmes prennent plus naturellement la responsabilité de ces obligations. Dans la FPH, 91 % des agents en temps partiel sont des femmes, alors qu'elles ne représentent « que » 77 % des professionnels. Ces choix impliquent des conséquences sur la vie professionnelle.

De cette manière, si les hommes et les femmes travaillant dans la fonction publique partent égaux *a priori* au plan professionnel, les femmes sont statistiquement plus enclines à faire des sacrifices de carrière pour des raisons socio-culturelles.

Les problématiques liées à l'égalité, ou plutôt aux inégalités, professionnelle(s), sont larges. Il s'agit pour les managers de prendre conscience eux-mêmes de ces réalités, pour ensuite aider à la diffusion

de cette prise de conscience auprès de leurs équipes. Il s'agit aussi de travailler à des dispositifs qui facilitent la conciliation de la vie personnelle et de la vie professionnelle afin de permettre à tous les travailleurs, hommes ou femmes, de mener une vie familiale équilibrée sans sacrifier des ambitions ou projets de carrière. En travaillant à cela, le manager améliore le quotidien de tous les professionnels de

son établissement, hommes ou femmes, chargés de famille ou non. Il s'agit enfin de favoriser et d'accompagner la mixité dans les équipes afin d'équilibrer les rapports professionnels. L'égalité, tout le monde y gagne! ■

Pauline ROBINEAU  
DRH adjointe au CHU de Nice  
Membre du réseau  
Parité: What Health?

**Il n'a pas toujours été facile pour tous de percevoir le rôle et la responsabilité de l'employeur.**



# L'égalité à Nice : action !

Le CHU de Nice lance un plan d'action en faveur de l'égalité professionnelle. Rendez-vous avec deux collègues engagés : Pauline Robineau, DRH adjointe, et Kévin Tortet, élève directeur d'hôpital.

## **Pourquoi le CHU de Nice a-t-il souhaité porter une démarche en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ?**

Pauline Robineau. L'égalité professionnelle est une thématique que nous avons toujours eu à cœur de travailler car nous y sommes sensibilisés dans notre vie professionnelle et citoyenne. Kévin, issu de la promotion Hippocrate, bien connue pour son engagement en faveur de l'égalité professionnelle, a souhaité travailler avec nous sur le sujet, et c'est ainsi qu'une dynamique s'est mise en place au CHU de Nice.

Une telle démarche basée sur l'engagement individuel ne peut toutefois avoir lieu que grâce à un portage collectif et à une prise de conscience qui passe par les acteurs de terrain eux-mêmes. Nous avons donc lancé un appel au volontariat dans tout l'établissement pour constituer un groupe de travail pluriprofessionnel. Nous n'avons eu aucun mal à trouver des pro-

fessionnels de toutes les catégories pour y participer. Cela témoigne d'un engouement certain pour le sujet qui dépasse largement le seul périmètre de la DRH.

## **Quels professionnels ont participé à votre groupe de travail ?**

Kévin Tortet. L'objectif de l'appel à candidatures était d'avoir une représentation équilibrée et représentative de la diversité des métiers à l'hôpital, qui associe à la fois des cadres, des non-cadres, des médecins, des représentants du CHSCT. Ont donc participé à ce groupe de travail deux membres du CHSCT, le médecin du travail, un médecin et une interne, un psychologue, une encadrante des secrétariats médicaux, une ouvrière professionnelle qualifiée, une directrice de crèche, deux cadres de santé et deux cadres administratifs. Et bien entendu nous avons veillé à obtenir une représentation mixte, qui, à l'image de l'établissement, était quand même largement féminisée !

## **Cette diversité socioculturelle et professionnelle a dû être riche d'échanges et d'attentes, peut-être plus ou moins différentes. Comment se sont déroulées vos premières rencontres ?**

Pauline Robineau. Les premières réunions ont consisté à partager un état des lieux comparatif entre les données nationales sur la mixité en milieu professionnel et les données propres au CHU de Nice. Globalement, nos statistiques sont plutôt favorables, vu la mixité assez bien représentée dans nos organisations de travail. En revanche, les tendances observées au niveau national se retrou-

vent aussi au CHU de Nice : répartition différente des temps partiels, des congés parentaux ou des congés pour enfant malade ; féminisation très inégale des filières médicales, etc. Au CHU de Nice, le phénomène d'inégalité est donc bien réel, même lorsque la mixité s'avère plutôt satisfaisante.

## **Quelles ont été les réactions des membres du groupe de travail à ce constat ?**

Kévin Tortet. Au départ, l'analyse de ces données les a déstabilisés. Même si l'on s'adresse a priori à des personnes plutôt convaincues et mobilisées sur la question de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, la compréhension du sujet n'a pas tout de suite été évidente ni homogène. De la même façon il n'a pas toujours été facile pour tous de percevoir le rôle et la responsabilité de l'employeur dans une thématique qui touche à des questions ressenties comme étant avant tout sociétales et culturelles.

Il a donc fallu s'accorder sur le périmètre des réflexions à conduire au sein du groupe de travail pour identifier celles qui pouvaient être traitées et celles qui manifestement ne le pouvaient pas.

## **Comment se sont ensuite déroulés vos travaux ?**

Pauline Robineau et Kévin Tortet. Une fois ce constat dressé et les premières réflexions posées, une dynamique s'est constituée et les clivages qui ont pu émerger au départ ont été rapidement dépassés. S'est ensuivie une fédération des acteurs autour d'un projet dont le sens a pu être construit collectivement. Trois thèmes de travaux ont été identifiés : la communication, l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle, la réduction structurelle des inégalités professionnelles entre les femmes et les hommes et la mise en place des outils de lutte contre les comportements sexistes.

Kévin TORTET



**Sur quoi a porté la communication ?**

Pauline Robineau et Kévin Tortet.

L'égalité professionnelle nécessite que les acteurs prennent conscience de l'actualité du sujet et des réalités de nos établissements publics de santé, à commencer par les professionnels en situation managériale qui sont le vecteur de ces inégalités professionnelles. Les stéréotypes correspondent en effet à des structurations profondes que nous reproduisons sans même en avoir conscience. Nous avons donc d'abord envisagé de mettre en valeur certains agents exerçant des métiers perçus comme genrés : une ambulancière, une déménageuse, un maïeuticien, etc. Cela fait l'objet d'une communication assez large qui s'adresse tant aux professionnels du CHU qu'aux patients et aux visiteurs. Nous avons ensuite souhaité sensibiliser les jurys des concours et examens professionnels et, dans la mesure du possible, avoir des jurys mixtes. Enfin, nous avons voulu supprimer les notions de genre dans les fiches de poste et les annonces.

**Pourquoi le thème de l'articulation entre**

conciergerie. On se préoccupe aussi de l'accompagnement des femmes enceintes et de la parentalité, qui se traduit notamment par l'installation de salles d'allaitement, l'organisation d'entretiens d'accompagnement pour les femmes enceintes, afin d'anticiper leur remplacement pendant les absences ainsi que leur retour à l'issue du congé maternité ou parental. On identifie aussi des missions à charge physique réduite pour les derniers mois de grossesse. Enfin, sont rédigés des outils et des guides d'information sur les droits, et les conséquences pour le déroulement de la carrière, des différents congés et modalités d'aménagement du temps de travail qui entourent la parentalité.

**Comment aborder la réduction structurelle des inégalités professionnelles entre les femmes et les hommes ?**

Pauline Robineau et Kévin Tortet. Il s'agit de démontrer par des actions concrètes qu'il n'existe pas de métiers, de carrières ou de postes genrés. L'objectif est de rendre possible ce qui aujourd'hui parfois ne l'est pas à cause de dispositifs non adaptés. En cela, nous travaillons notam-



Caroline CHASSIN

sive d'un environnement bienveillant destiné à libérer la parole des agents victimes et à faire comprendre que ce genre de comportements n'a pas sa place dans notre hôpital. C'est un sujet d'importance qui mérite d'être traité avec tact et mesure compte tenu de l'actualité brûlante du moment.

**Le programme est ambitieux ! Si vous deviez donner à nos lecteurs un conseil pour les convaincre de se lancer dans la même démarche que le CHU de Nice, quel serait-il ?**

Pauline Robineau. S'occuper de l'égalité professionnelle permet de travailler assez largement sur les conditions de travail de tous les professionnels, au-delà du sujet d'actualité de l'égalité hommes-femmes, qui reste potentiellement clivant. Il en va donc de la responsabilité de l'employeur de faire de l'égalité hommes-femmes un levier qui servira les intérêts individuels de tous les agents et l'intérêt collectif de l'institution tout en s'inscrivant dans les valeurs citoyennes que doit porter un établissement public de santé. ■

Propos recueillis par  
Caroline CHASSIN  
Animatrice du réseau  
Parité : What Health ?

**Des structurations profondes que nous reproduisons sans même en avoir conscience.**

**vie professionnelle et vie personnelle est-il si important ?**

Pauline Robineau et Kévin Tortet. Parce que c'est la première étape vers la disparition des inégalités entre hommes et femmes. S'intéresser à l'articulation entre ces deux sphères de la vie consiste à reconnaître et à prendre en compte les différences dans les rôles traditionnellement attribués aux femmes et aux hommes dans la sphère sociale et personnelle. Le but : en limiter les effets négatifs sur l'égalité dans la sphère professionnelle. C'est une première étape qui aboutit à des actions telles que le développement du télétravail, la mise en place d'une

ment à favoriser la mixité des métiers et à prévoir de nouvelles adaptations des postes et des outils de travail. Nous souhaitons aussi lancer un réseau des femmes hospitalo-universitaires pour permettre aux médecins femmes d'exercer entre elles un rôle de compagnonnage.

**La lutte contre les comportements sexistes a pris une grande ampleur ces dernières semaines dans le monde entier. Avez-vous pensé à des outils de lutte contre ces comportements à l'hôpital ?**

Pauline Robineau et Kévin Tortet. Oui. Nous réfléchissons à la création progres-

# Et si l'hôpital de demain devenait collaboratif ?

Dans le sillage de ce qu'on observe sur de nombreux marchés, y compris les plus compétitifs, la promotion, dans les systèmes de santé développés, d'une vision partagée plutôt qu'individuelle du leadership est d'actualité. À la clé : de meilleures conditions de travail sur le terrain. Mais comment promouvoir cette vision partagée ? En inventant un mode de fonctionnement loin des habitudes actuelles, ouvert à toutes les hiérarchies et à toutes les générations. Et pour commencer, direction l'Angleterre, où les expérimentations de l'association caritative du King's Fund livrent quelques pistes.

**Q**uel avenir pour les politiques de coopération à l'heure où les frontières de l'hôpital sont de moins en moins tangibles et le défi du décloisonnement de plus en plus pressant ?

Face au constat d'une organisation en silos, à laquelle les acteurs n'auraient pas assez intérêt à coopérer, les pouvoirs publics en charge de systèmes de santé développés tentent d'injecter des facteurs d'intéressement collectif via notamment des incitations financières. C'est le cas des expérimentations de modèles de financement de soins intégrés menées aux États-Unis, avec les *accountable care organizations*, (ACO), « organisations de coordination d'offres de soins ». C'est aussi le cas au Royaume-Uni avec les *new care models*, « nouveaux modèles de soins », comme les MCPs et les PACs. Les facteurs d'intéressement collectif se déclinent aussi en objectifs de convergence, ou harmonisation des systèmes d'information, et en structures d'appui à la coordination – par exemple, en France, les plateformes territoriales d'appui et communautés professionnelles territoriales de santé. Tout cela se construit dans un paysage juridique toujours plus complet.

Paradoxalement, en France, les leviers managériaux sont étrangement absents de cette réflexion. Pourtant certains de nos voisins s'y intéressent particulièrement et identifient les facteurs humains comme le fil rouge de la recomposition sanitaire attendue. Le Royaume-Uni, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande ont ainsi introduit des politiques nationales de promotion d'un leadership collectif en santé, pour aller vers un système plus intégré et mieux coordonné. Ces politiques partent du même constat que le nôtre : un système de soins pensé par

opérateurs et structures qui conduit à un comportement des acteurs guidé par l'intérêt et la recherche de performance. La compétition induite mènerait à valoriser des modèles de direction individuels inadaptés au défi du décloisonnement, plutôt qu'un partenariat permettant une allocation plus efficace des ressources au service du patient. Les modes managériaux traditionnels, fixes et hiérarchisés, apparaissent alors à contre-courant des politiques basées sur les notions de filières, de parcours et de territorialité.

## Vertus de la collaboration

Sans dépasser nos frontières, le lien entre valeurs managériales et transformation est mis au-devant de la scène de manière croissante dans les secteurs autres que sanitaire. L'innovation collaborative, à savoir la capacité à surmonter les contraintes par le partenariat, l'action commune et le partage de certains moyens, apparaît aujourd'hui comme incontournable sur de nombreux marchés, y compris les plus compétitifs. À

observer la multiplication des « labs », ou « laboratoires », des incubateurs et autres écosystèmes favorables, les vertus de la collaboration ont de l'avenir. Il semble d'autant plus urgent d'accorder la priorité aux problématiques managériales que notre système en constante mutation aboutit à une grande instabilité pour les acteurs de terrain, ce qui entraîne la dégradation des conditions de travail.



La promotion d'une vision partagée plutôt qu'individuelle du leadership doit nous conduire à concevoir de nouvelles voies permettant aux individus de travailler ensemble au-delà des effets de système pour faire un meilleur usage

des compétences et des facultés collectives. La formule *Act as one system, one budget* (« agir comme un seul système, avec un seul budget ») nous appelle tous à dépasser nos injonctions contradictoires.

## Créer un environnement inclusif

Reste à définir notre propre mode opératoire. Le King's Fund, une association caritative qui œuvre à améliorer le système de santé britannique, s'y essaie en prenant appui sur de nombreuses expérimentations. Elle pointe cinq facteurs aidant à identifier les défis auxquels sont confrontés les leaders en santé, et à y faire face :

- **réussir la transition d'un leadership centré sur la réaction/résolution des problèmes à la construction d'une stratégie positive pour l'avenir.** Pour ce faire, il faut investir du temps, définir les priorités en fonction des besoins des patients et du territoire, comme l'illustre le programme néo-zélandais « The last 1000 days » (« Les mille derniers jours »), et non les définir en fonction

des besoins des organisations qui fournissent les services, et il convient aussi de mettre en place une gouvernance adaptée à l'intéressement collectif ;

- **favoriser des contacts personnels fréquents.** Il importe de mettre en place un véritable agenda partagé basé sur un programme de travail commun, prévoyant de véritables temps de réflexion et de construction collectives entre les équipes impliquées. Et cela au-delà des ordres du jour et des affaires courantes ;
- **soulever et résoudre les désaccords.** Il convient d'aborder les problèmes, d'anticiper les modes de résolution avant qu'ils surgissent, de reconnaître et d'intégrer les différences culturelles et méthodologiques des divers acteurs ;

- **adopter un comportement altruiste.**

Les comportements altruistes jouent un rôle clé dans le développement de leadership collectif. Soutenir un type de négociation collaboratif, gagnant-gagnant, quel que soit le contexte, reste un enjeu majeur.

- **s'engager à travailler ensemble sur le long terme.** Il faut éviter les partenariats ponctuels centrés uniquement sur une opération précise, mais intégrer l'autre comme un interlocuteur durable quels que soient les problématiques et les calendriers, afin de redonner toute sa place à la confiance.

À ceux qui jugent ces recommandations simplistes, il convient de répliquer par une autre idée-force du King's Fund : le cynisme n'est plus de mise.

À nous d'investir collectivement ces problématiques et de permettre aux équipes d'être partie prenante, pas seulement en faisant appel aux « habitués » de la gouvernance mais en créant un environnement inclusif à tous les niveaux hiérarchiques et générationnels. Et si l'hôpital attractif de demain était avant tout collaboratif ? ■

Inès GRAVEY  
Directrice d'hôpital

**Les modes managériaux traditionnels, fixes et hiérarchisés, apparaissent à contre-courant des politiques basées sur les notions de filières, de parcours et de territorialité.**

# LES CATÉGORIES

## Père Noël, à quand une reconnaissance de notre engagement ?

**Malgré leurs efforts constants pour répondre aux demandes nombreuses et contradictoires des pouvoirs publics, les directeurs d'hôpital ne voient venir aucune contrepartie de la part de ceux-ci. Nous ne formulons donc qu'un seul vœu pour 2018 : la reconnaissance de notre engagement.**

Cher Père Noël,

Les directeurs d'hôpital sont déboussolés par le décalage entre l'intensité de leur engagement sur le terrain et l'absence de constance des pouvoirs publics.

Ils ont aussi de plus en plus de mal à porter les injonctions paradoxales qui jalonnent leur exercice, pourtant intrinsèquement caractérisées par la contrainte, mais dont ils peinent à trouver le sens et à le partager avec les communautés qu'ils dirigent :

- comprendre que l'hôpital reste le phare dans la nuit face aux déserts médicaux et au désengagement de la médecine de ville et, dans le même temps, subir des changements de financement défavorables à la fréquentation exponentielle des urgences ;
- intégrer la modernisation des outils du diagnostic médical à distance dans leurs investissements, mais ne pas encore pouvoir bénéficier d'un financement adapté de la télémédecine ;
- s'engager sans coup férir comme ils l'ont fait en 2016 dans la mise en œuvre des GHT, mais en constater les surcoûts induits sur la partie mutualisation des fonctions supports ;

- avoir lancé de manière ambitieuse la construction de la stratégie de groupe public mais s'entendre reprocher par les fédérations privées une attitude hospitalo-centriste quand, dans le même temps, aucun de ces groupes ne vient leur demander l'autorisation de procéder à des concentrations de sites et de moyens toujours plus concurrentielles ;
  - avoir vu se transformer leur environnement de travail comme quasiment aucun univers de l'action publique, excepté les régions en 2016, avoir endossé la réduction extrêmement forte du nombre de chefferies d'établissement (-800 en six ans, décompte non officiel), avoir accepté la « territorialisation spontanée » de leurs conditions d'exercice.
- S'ils devaient former un vœu au Père Noël, ou plus précisément à leur ministère de tutelle, les directeurs d'hôpital seraient donc enclins à choisir la page « reconnaissance de l'engagement » du catalogue.

Comme chacun le sait dans le Landerneau hospitalier, le petit monde de l'hospitalisation publique est censé avoir changé de paradigme le 1<sup>er</sup> juillet 2016. Mais la mise en œuvre des GHT était-elle une vraie nouveauté ? Oui si on s'en tient au caractère obligatoire. Non si on recherche les preuves d'un engagement des directeurs dans la nécessaire réorganisation du système de santé.

### Cela n'allait pas de soi

En effet, contrairement à un diagnostic cinglant de la Cour des comptes, qui tient pour limité l'effort de restructura-

tion accompli, on pouvait déjà compter plus de 600 regroupements d'établissements de santé, par fusion ou direction commune, entre 2009 et 2014. C'est dire combien les démarches de rapprochement visant à donner vie à la stratégie de groupe public étaient déjà installées quand celle-ci a été généralisée.

Et c'est dire aussi combien le corps des DH en a payé le prix par une diminution induite de ses effectifs. Ce sont donc aussi les conditions d'exercice des directeurs qui ont évolué.

Depuis près de dix ans maintenant, la territorialité est notre quotidien, l'exercice en subsidiarité entre les différents sites d'ensembles hospitaliers plus vastes qu'auparavant est notre outil le plus basique. Il nous appartient chaque jour de donner corps à une organisation administrative qui doit se dédoubler pour accompagner, mais aussi se raréfier pour moins peser.

Dans cet exercice multisite, il nous appartient de guider, notamment, les équipes médicales et soignantes dans leurs missions elles aussi renouvelées. Et cela n'allait pas de soi ! Comme le SMPS l'a de nombreuses fois dénoncé, le canevas législatif a beaucoup compliqué la lisibilité du processus nécessaire qu'est la stratégie de groupe public. Or, il faut reconnaître aux directeurs qu'ils ont su dupliquer des mécanismes managériaux déjà familiers pour en faire de véritables outils de pilotage de cette nouvelle démarche d'intégration. Cet engagement a été salué par la ministre d'alors. Mais après ?

Compte tenu des implications très personnelles induites par ces regroupements d'établissements depuis dix ans pour répondre à un exercice nomade de la fonction de direction, à la recomposition des équipes avec, parfois, la difficulté de ne plus trouver sa place dans une équipe nouvelle, même si on n'a pas démérité, les directeurs pouvaient légitimement attendre des pouvoirs publics une contrepartie à cet engagement. ■

### Catégorie directeurs d'hôpital



Vice-présidente DH  
**Catherine LATGER**  
Directrice  
CH de Neuilly-  
Puteaux-Courbevoie  
Tél. : 01 49 04 30 01  
clatger@ch-rivesdeseine.fr

# Attentes et craintes

**Une année s'achève et les D3S n'ont rien obtenu, sauf une réforme de la tarification qui augure d'années sombres et de vaches maigres. Nos espoirs sont déçus.**

Les GHT ne nous permettent pas, dans la situation actuelle, d'entrer dans un système qui réduirait nos prérogatives, qui déléguerait nos pouvoirs à des directeurs hospitaliers, responsables d'établissements pivots, qui parfois ne connaissent pas le secteur médico-social. Et pourtant, nous aurions beaucoup à apporter, notamment au niveau des filières de soins. Soixante établissements autonomes seulement ont choisi d'intégrer un GHT – un seul du secteur du handicap, aucun de celui de l'enfance. La thématique « personnes âgées » n'est pas abordée dans 55 % des GHT, celle du handicap dans 75 %. Nous attendons la reconnaissance de notre rôle et qu'il revienne aux établissements médico-sociaux de piloter les filières de soins relatives à la dépendance, au vieillissement et au handicap. Nous attendons que le modèle économique évolue et n'oblige pas les établissements médico-sociaux à payer des prestations qui ne les concernent pas. Nous attendons aussi des mesures spécifiques à la convergence des systèmes d'information, la politique d'achats. Et nous ne voulons pas déléguer nos compétences, même si nous acceptons de les partager. Nous avons toute notre place dans les GHT, mais pas à n'importe quel prix !

Pour le secteur du handicap, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 prévoit une enveloppe de 180 millions d'euros sur cinq ans, qui permettra de créer des places et d'installer une offre plus souple. En outre, 80 millions seront consacrés sur la même période à la diversification des modes de prise en charge. Nous verrons si les 2028 nouvelles places annoncées seront créées en 2018. Pour autant, l'enveloppe attribuée paraît faible au regard de toutes ces annonces et du rattrapage du retard accumulé depuis des décennies.

Pour l'accueil des personnes âgées, 4 525 places d'hébergement permanent supplémentaires sont annoncées, ainsi que 693 places d'accueil de jour et 482 places d'hébergement temporaire, ainsi que 206 places en pôle d'activités et de soins adaptés (Pasa) et 272 places en pôle d'activités et de soins adaptés

(UHR). L'enveloppe budgétaire promise semble bien faible vu les créations envisagées. En outre, 100 millions d'euros sont prévus pour améliorer le taux d'encadrement et les conditions de travail, soit un ratio d'environ 10 000 euros par établissement.

## Intolérable

Le vote de la LFSS confirme la poursuite de la réforme de la tarification des Ehpad qui avantage les établissements privés au détriment des établissements publics. Comme la FHF, le SMPS s'oppose à la mise en œuvre de cette réforme. Nombre de personnes âgées accueillies, et beaucoup

de personnels, en subissent déjà les conséquences. C'est intolérable. Les conditions de prise en charge et de travail vont se dégrader. Cette réforme est un coup grave porté aux établissements publics alors que l'allègement des charges fiscales, qui s'ajoute au crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE), vient améliorer le fonctionnement des établissements privés. Rappelons qu'en novembre dernier, une enquête a été lancée par le SMPS auprès de tous les établissements pour connaître l'impact de la réforme. Les établissements publics doivent aussi faire face à l'augmentation du point d'indice, à celle de la CSG et au versement de l'indemnité compensatoire pour maintenir le pouvoir d'achat des fonctionnaires. Il ne manquerait plus qu'on oblige les établissements publics à baisser leur tarif hébergement vu la suppression de la taxe d'habitation qu'ils ne paient pas !

Pour le secteur de l'enfance, la mainmise des conseils départementaux laisse peu de marge de manœuvre aux directeurs, qui sont souvent des exécutants chargés d'appliquer des décisions prises en d'autres lieux. Ils ne bénéficient pas de la reconnaissance méritée et, régulièrement, les procé-



Vice-président D3S  
**Frédéric CECCHIN**  
Directeur adjoint  
Ehpad de Villefranche-sur-Mer  
Tél. : 04 93 01 17 00  
f.cecchin@ehpadvillef.com

dures de leur recrutement sont pour le peu surprenantes.

## Spécificité du secteur

Par ailleurs, dans des régions qui pâtiennent de précarité, de paupérisation, de la dissolution des familles, de primo-délinquance, etc., les besoins d'accueil et de prise en charge des enfants en difficulté augmentent. Il n'existe pas toujours de solutions d'accueil pertinentes pour de nombreux mineurs,

**Nous ne voulons pas déléguer nos compétences, même si nous acceptons de les partager. Nous avons toute notre place dans les GHT, mais pas à n'importe quel prix !**

qui restent parfois, par défaut, en centres d'accueil d'urgence. Les établissements, en fonction de leur lieu d'implantation, doivent aussi faire face à l'accueil des mineurs non accompagnés, qui devient une spécificité d'accompagnement.

Du point de vue statutaire, les années passées ont été sombres pour les D3S. Nous payons la division syndicale entretenue par d'autres et par les gouvernements successifs. Nous ne gagnerons rien à une fusion des corps. Mais si nous nous prenons en main et démontrons la spécificité et du secteur et de son organisation, incluant l'enfance, le handicap, le vieillissement, la psychiatrie, tant en institution qu'à domicile, et si nous proposons d'autres types d'accompagnement via des solutions innovantes, nous serons plus forts pour obtenir un statut digne de nos missions et de nos responsabilités. Une vie est possible hors des GHT. À nous de saisir notre chance. À nous de nous imposer et de nous regrouper pour influencer sur le fonctionnement des GHT dans lesquels nous pourrions, à terme, entrer, à condition que la réglementation évolue favorablement. ■

# Le temps passe... L'attitude décevante des pouvoirs publics demeure

**Certaines dispositions du décret du 20 septembre 2017 vont dans le bon sens, mais le décret demeure bien en deçà de nos espérances. Notre corps est si peu reconnu qu'il pourrait un jour s'éteindre, faute de postulants.**

**P**our préparer cette contribution, je me suis surpris à relire l'ensemble de nos communiqués précédents. Si les propos tenus se répétaient, le ton utilisé avait changé : mécontentement, agacement, colère et aussi parfois déception et résignation car rien n'évoluait. Les réponses apportées par les pouvoirs publics étaient toujours aussi inexistantes ou peut-être insuffisamment audibles.

Aujourd'hui, nous pourrions nous satisfaire de la publication du décret du 20 septembre dernier, relatif à notre corps et penser que notre reconnaissance est en phase ascendante. Les nouvelles dispositions introduites par le protocole PPCR, pourraient nous combler. Mais non. Des évolutions indiciaires sont bien en deçà de nos espérances et ne correspondent pas à nos responsabilités. Bon nombre de dossiers sont encore en attente. Nous ne pouvons nous limiter à si peu !

Face à ces infimes signes positifs, nous sommes surpris que la nouvelle bonification indiciaire des directeurs des soins n'ait pas été prise en compte. Doit-on y voir un simple décalage de calendrier ou une intention de geler cette mesure, certes symbolique, mais largement soutenue par le SMPS dans le cadre du CSFPH ?

Il faut des signaux forts pour l'ensemble des directeurs des soins, quels que soient leurs lieux d'exercice, notamment sur :

- la poursuite des négociations statutaires ;
- la maîtrise des effets négatifs introduits par certaines dispositions récentes. Elles concernent la suppression de la durée moyenne d'avancement d'échelon, au profit d'une durée fixe, qui va augmenter la durée de carrière pour atteindre les échelons supérieurs. Elles ont aussi une répercussion sur la démographie de notre corps, déjà en crise : cela va contribuer à sa perte d'attractivité pour aboutir, risque majeur, à son extinction. Mais peut-être est-ce le but recherché ;

**Il est urgent de sortir du statu quo et des blocages institutionnels actuels, dont les effets démobilisateurs participent si fort à la dégradation de nos conditions de travail et à la perte d'attractivité d'un corps largement en péril.**

- l'évolution des modalités de la PFR pour notre corps de direction ;
- l'amélioration de nos conditions de travail dans des environnements d'une extrême tension ;
- les modalités de reconnaissance de notre engagement dans la mise en place des réformes et notamment de notre rôle, indispensable et reconnu par tous, dans la mise en œuvre des GHT.

Nous ne cessons de rappeler que la liste de nos revendications est loin d'être exhaustive. Il ne s'agit pas d'une liste à la Prévert et nous savons, par expérience, que certains de nos dirigeants répondront à nos demandes par des discours encourageants, reconnaissant la légitimité de nos attentes. D'autres répondront par le silence et trouveront ces demandes illégitimes. Mais ce sera sans compter sur notre pugnacité et notre persévérance !

## N'oublions pas de redire l'urgence du changement

Rappel, pour maintenir chez chacun un niveau d'alerte élevé : NOUS sommes dans la place. NOUS œuvrons, quotidiennement, avec d'autres, pour que les restructurations exigées soient effectives et sécurisées pour l'usager. NOUS cherchons en permanence à privilégier des conduites managériales qui valorisent la qualité des conditions de travail des équipes que NOUS accompagnons. Le quotidien des équipes de direction, dont nous faisons partie, se dégrade. Il est jalonné de tensions à désamorcer chaque fois qu'elles se présentent et il devient urgent que nos environnements de travail retrouvent plus de sérénité, pour garantir l'efficacité, la qualité et la sécurité de l'engagement dans nos missions.

Positionnés dans les équipes de direction, nous sommes des chevilles ouvrières de l'évolution indispensables

du système de santé et, à ce titre, nous exigeons des preuves concrètes de considération de la part des pouvoirs publics. Ni les habituels discours bien intentionnés ni un simple saupoudrage réglementaire.

Il est urgent de sortir du *statu quo* et des blocages institutionnels actuels, dont les effets démobilisateurs participent si fort à la dégradation de nos conditions de travail et, répétons-le, à la perte d'attractivité d'un corps largement en péril. Il doit être entendu que la publication de celles des dernières dispositions que nous considérons comme positives ne sera pas vécue comme un aboutissement mais comme l'indispensable étape d'un processus qui mérite d'être très vite prolongé afin de garantir l'avenir de notre corps, qui, aujourd'hui plus que jamais, est en train de se jouer. ■



**Catégorie  
directeurs des soins**

Vice-président DS  
**Rémy CHAPIRON**  
Coordinateur des soins  
Institut de formation  
de la Meuse  
CH de Verdun-Saint-Mihiel  
remycourrier@orange.fr

# Père Noël, offre-nous du temps, pour donner du sens à nos actions

**Une lettre au Père Noël ? Quel exercice difficile ! Sans parler de complète désillusion, les années écoulées nous ont rendus prudents et modestes dans nos souhaits. Mais il en est un que nous souhaitons plus que tout : le temps. Pour participer aux réflexions en cours sur l'hôpital, et donc donner du sens à notre métier.**

Une sensation de grande fatigue : voilà ce qui ressort des échanges et des témoignages reçus de notre catégorie. Ce n'est pas un hasard si le terme « burn-out » est souvent évoqué dans les articles concernant les conditions de travail des cadres de santé. L'impression d'être sous un rouleau compresseur s'impose. Le décalage entre ce qui est attendu et les moyens pour y parvenir est de plus en plus souvent ressenti. Le rythme de travail ne permet pas toujours de prendre suffisamment de distance et de se poser pour réfléchir sereinement à l'adaptation de nos organisations aux nouvelles exigences. Il faut faire vite, tout de suite, alors que certaines choses se font attendre pour nous.

Alors, qu'est-ce qui ferait plaisir à notre catégorie ? Dans la liste éclectique qui, d'emblée se présente, une constante s'impose : le temps !

Nous souhaitons une pause dans les différentes réformes qui touchent nos systèmes de santé, car le rythme soutenu des dernières années, dénoncé par de nombreux acteurs, n'a pas permis de construire durablement des organisations, ni d'évaluer ce qui a été mis en place. Sans cette évaluation, il est difficile de continuer à donner du sens à nos actions.

Afin de continuer à accompagner nos équipes dans les mutations de notre environnement de travail, un retour sur ce qui a déjà été mis en place est indispensable. Les équipes se sentent malmenées et les cadres tentent au quotidien de répondre à leurs questions. Comment le peuvent-ils lorsque eux-mêmes ont des difficultés à trouver du

sens et à faire vivre leurs valeurs professionnelles ?

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), dans son article 35, propose « l'instauration de diverses mesures d'expérimentations relatives à la coordination du parcours de santé, à la prise en charge de médicament onéreux et à la pertinence des prescriptions ». Les cadres demandent du temps pour participer aux réflexions en cours.



Vice-présidente  
cadres soignants

**Laurence-Béatrice CLUZEL**

Cadre supérieure pôle sud  
Fondation Santé Service

Tél. : 01 64 54 31 06

laurence.cluzel@santeservice.asso.fr

Les cadres de santé demandent du temps pour s'exprimer, un temps défini et reconnu. La pression du quotidien agit comme une censure de l'expression de l'encadrement : pas la possibilité de se poser, de construire, d'argumenter ! Un de nos moyens d'expression, et non des moindres, est l'engagement syndical, mais là aussi se pose la question du temps : l'engagement s'inscrit dans un investissement personnel. La

**Les cadres de santé demandent du temps pour s'exprimer, un temps défini et reconnu. La pression du quotidien agit comme une censure de l'expression de l'encadrement : pas de possibilité de se poser, de construire, d'argumenter !**

## Pas de temps réellement détaché

La consultation nationale sur la stratégie nationale de santé, clôturée le 25 novembre, a permis à chacun de s'exprimer individuellement. Mais il s'agit maintenant, collectivement et en additionnant les compétences de chacun, de faire des propositions concrètes pour des parcours de soins.

Les cadres de santé, par leur positionnement à l'interface des différents professionnels du monde sanitaire et médico-social, sont force de proposition. Si des consultations sont organisées dans le cadre des projets des GHT, il serait vraiment regrettable de ne pas leur permettre d'exprimer leur créativité, ancrée dans la connaissance du terrain.

majeure partie de l'encadrement ne bénéficie pas de temps réellement détaché. Si les heures syndicales existent, sont-elles réellement mobilisées ? Quelle autonomie sur l'utilisation et la validation de ces heures ? Le cadre de santé fera en sorte, de toute façon, que ses missions soient assurées même si cela impacte son temps personnel.

Alors pour tous ceux qui croient encore au Père Noël, formulons ensemble cette demande : un temps d'arrêt pour travailler ensemble. Pour tous les autres, certainement les plus nombreux, profitons de tous les espaces d'expression, sur chaque lieu d'exercice, convaincus de contribuer à la pertinence des projets futurs. ■

# Rendez-vous avec nos collègues de la territoriale

**Le statut des ingénieurs hospitaliers est comparable, du point de vue historique, à celui des ingénieurs territoriaux. Il a en effet été créé sur la base de celui-ci et a suivi son évolution jusqu'à sa dernière réforme, en mars 2016, et à la scission en deux cadres d'emplois. Malgré nos spécificités, ce qui nous rapproche professionnellement est à coup sûr plus grand que ce qui nous sépare statutairement. Rencontre avec Patrick Berger, président de l'Association des ingénieurs territoriaux de France (AITF). Pour tout connaître sur les conséquences des réformes vécues par nos collègues. Et pour évoquer la comparabilité des statuts**

## **Patrick Berger, pouvez-vous nous présenter votre association ?**

C'est l'une des plus anciennes associations territoriales de France, puisqu'elle date de 1937. Elle compte 5 000 membres, et représente la plus grande communauté de pratiques et de capitalisation d'expériences au service de l'aménagement et du développement territorial. Implantée sur tout le territoire, en métropole et en outre-mer, l'AITF joue un rôle essentiel de prescripteur en matière d'études et de recherches, autour de ses 14 sections régionales et grâce notamment à l'expertise de ses 20 groupes de travail.

## **Le système de santé est confronté à une réforme territoriale majeure, avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT), impliquant la mutualisation de fonction supports. Quel a été l'impact des réformes territoriales dans votre versant, sur vos fonctions, sur vos organisations et sur l'ingénierie publique ?**

La fonction publique territoriale est régulièrement impactée dans son fonctionnement par des textes qui modi-

fient profondément le partage des compétences entre les collectivités et l'État. Ainsi les différentes lois de décentralisation ont-ils progressivement transféré des missions de l'État vers la territoriale avec tous les enjeux financiers et organisationnels que cela pouvait représenter.

Des nouvelles formes de coopération entre collectivités ont aussi vu le jour depuis plusieurs années, via les communautés de communes ou les communautés d'agglomération. Plus récemment, les lois Nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) ou Modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM) ont de nouveau redistribué les cartes entre collectivités territoriales tout en permettant la création des métropoles.

Ces évolutions modifient profondément les organisations des services mais également le métier de l'ingénieur, en particulier pour les cadres A+ qui doivent intégrer de nouvelles dimensions managériales, financières, organisationnelles dans leurs pratiques.

## **En mars 2016, le statut des ingénieurs territoriaux a été profondément réformé, scindé en deux cadres d'emploi, et revalorisés en étant alignés sur celui des administrateurs territoriaux. Cette réforme vous satisfait-elle et quelles revendications portez-vous aujourd'hui ?**

La séparation du cadre d'emploi des ingénieurs territoriaux et la mise en œuvre du protocole Parcours professionnels, carrières et rémunérations (PPCR) a permis de calquer le grade des ingénieurs de la fonction publique territoriale (FPT) sur celui des ingénieurs de la fonction publique hospitalière (FPH) et sur celui des administrateurs, afin de créer un haut encadrement

Plusieurs mesures nous semblent constituer des avancées mais l'association regrette que toutes ses revendications n'aient pas été prises en compte.

Les points positifs :

- la création d'un neuvième échelon pour les ingénieurs principaux (indice 1015) ;
- la création d'un grade d'ingénieur hors classe – nouvellement créé dans le cadre de la séparation du cadre d'emploi des ingénieurs, décret du 26 février 2016 – accessible aux ingénieurs principaux positionnés sur un emploi fonctionnel mais aussi à ceux faisant preuve « d'une valeur professionnelle exceptionnelle » ;
- le principe d'un avancement sur la base des anciennes durées minimales pour les ingénieurs en chef ;

**Ces évolutions modifient profondément les organisations des services mais également le métier de l'ingénieur, en particulier pour les cadres A+ qui doivent intégrer de nouvelles dimensions managériales, financières, organisationnelles dans leurs pratiques.**



Vice-président  
cadres techniques  
**Jean-Marc NOVAK**  
Ingénieur hospitalier  
CH Gérard-Marchant  
Toulouse  
Tél. : 05 61 43 77 47  
jmnovak.smpsante@free.fr

## Il nous semble enrichissant pour les ingénieurs de ces deux fonctions publiques de pouvoir ouvrir le champ des postes ouverts à leurs compétences et de pouvoir ainsi diversifier et enrichir leurs parcours professionnels.

- la revalorisation sur une période de quatre ans, des grilles indiciaires du 1<sup>er</sup> mars 2016 et une transformation d'une partie des primes en points d'indice donc valorisable au moment du départ à la retraite.

Ces avancées sont relativement modestes au regard des aspects négatifs de ces nouveaux textes concernant les grades ingénieurs et ingénieurs principaux. En effet, les nouveaux entrants mais aussi l'ensemble des ingénieurs territoriaux sont lourdement pénalisés par un allongement de carrière sans précédent avec la mise en place d'une durée unique d'avancement d'échelon/fin de l'avancement avec une durée minimale et maximale. Elle sera maintenant calée majoritairement sur la durée maximale actuelle, voire parfois supérieure à cette valeur maximale.

Les ingénieurs devront attendre huit ans au lieu de sept précédemment avant d'être proposés ingénieur principal et la durée de ce grade sera de trente ans et demi au lieu de vingt-sept et demi, pour atteindre l'indice de 966, soit trente-huit ans et demi pour atteindre l'indice sommital.

L'AITF regrette ces décisions qui vont paupériser la filière technique et rendre encore plus difficile le recrutement de jeunes ingénieurs qui n'auront plus aucun intérêt à entrer dans une fonction publique territoriale si peu attractive par rapport au privé.

C'est pourquoi l'AITF demande :

- de supprimer le premier échelon du grade des ingénieurs ;
- de garantir le maintien de la création, dans le cadre du PPCR, d'un neuvième échelon pour les ingénieurs principaux (1015) ;
- d'améliorer l'accès au grade d'ingénieur « hors classe » (ratio 20 %) par un ratio plus élevé, et sans conditions d'occupation d'emploi fonctionnel ;
- de réduire la durée de formation pour les lauréats du concours d'ingénieur en chef par une formule adaptable sur trois ans (exemple : 12 semaines à suivre sur trois ans, dont quatre en collectivités hors résidence) ;
- de garantir un volume d'agents accédant au grade d'ingénieur en chef par session (concours + examens professionnels) similaire à celui de la filière des administrateurs (soit *a minima* 50 lauréats/an) ;
- de réduire la durée d'avancement des sixième, septième, huitième et neuvième échelons pour les ingénieurs, avec une durée maximale de trois ans pour un échelon ;
- de supprimer l'obligation de mobilité nécessaire à la promotion au grade d'ingénieur en chef « hors classe » ;
- de reconnaître la technicité du cadre d'emploi par des postes clairement identifiés « administratif » ou « technique », mais pas « et/ou ».

**Le SMPS se bat pour rétablir la comparabilité entre nos deux statuts. Êtes-vous favorable à une parfaite comparabilité et à un alignement statutaire, indiciaire et indemnitaire, afin de favoriser des opportunités enrichissantes de mobilité ?**

Il faudrait au minimum une comparabilité qui permette une mobilité facilitée – et dans les deux sens, pas comme ce qui se pratique avec la FPE, dont la mobilité se fait à sens unique. En effet, il nous semble enrichissant pour les ingénieurs de ces deux fonctions publiques de pouvoir ouvrir le champ des postes ouverts à leurs compétences et de pouvoir ainsi diversifier et enrichir leurs parcours professionnels. ■

Propos recueillis par  
Jean-Marc NOVAK



Patrick Berger

## Les cadres administratifs ne croient plus au Père Noël

**En cette fin d'année, les attachés d'administration hospitalière ont-ils encore une place dans les établissements de santé et les structures sociales ou médico-sociales ? Pourquoi tant de blocages sur notre statut ? Après l'espoir, voici le temps de la désillusion.**

Les modifications statutaires du protocole « Parcours professionnels, carrières, rémunérations » (PPCR) s'appliquent à tous les corps de la FPH – depuis peu, d'ailleurs, à nos collègues ingénieurs. Les AAH sont désormais les seuls à rester sur le bord du chemin. Un courrier commun envoyé par le SMPS et l'UNSA le 12 octobre au ministère de la Santé le rappelle. C'est d'autant plus frustrant que ce sont les mêmes AAH, affectés dans les DRH, qui mettent en application ces réformes !

Le protocole PPCR devait simplement procéder à l'harmonisation des déroulements de carrière entre les fonctionnaires des trois fonctions publiques, sans conférer d'avantages supplémentaires aux fonctionnaires hospitaliers et sans régler la problématique des régimes indemnitaires, qui constitue pourtant un frein majeur à la mobilité. Pourquoi ce blocage alors que le calendrier de mise en œuvre de la réforme PPCR 2016-2020 intègre les AAH dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017 ?

Pourquoi ce blocage dès lors que le Conseil supérieur de la fonction

publique hospitalière (CSFPH) a validé le 12 décembre 2016 le projet de décret ayant pour objet d'instaurer un grade d'accès fonctionnel (Graf) pour les attachés d'administration hospitalière et que

**Il importe que les textes soient publiés dans les meilleurs délais, et si possible avant Noël, si nous voulons garantir une gestion de qualité de nos établissements de santé et dans les structures médico-sociales.**

la DGOS s'est engagée à une mise en place de la « hors-classe » dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 ? Pour ce faire, le SMPS et l'UNSA avaient transmis à la DGOS des propositions concrètes fixant les critères d'accès au Graf.

### Des professionnels hospitaliers à part entière ?

Les AAH, qui n'ont pas bénéficié de revalorisation statutaire depuis 2007, se sentent méprisés par le ministère, comme si le grade n'existait pas, alors que bon nombre d'entre eux assurent des missions essentielles au sein des établissements publics de santé et des structures sociales et médico-sociales. C'est d'autant plus inadmissible que les AAH sont d'ores et déjà fortement touchés dans leur exercice professionnel par la mise en œuvre de la réforme des GHT : exercice territorial sans contrepartie, augmentation de la charge de

travail et des responsabilités qui leur incombent.

En outre, cet immobilisme ministériel crée des injustices entre les attachés d'administration hospitalière eux-mêmes. En effet, certains établissements ont choisi de procéder aux avancements de grades et d'échelons sur la base des anciens textes, tandis que d'autres, majoritaires, ont tout simplement opté pour le gel des situations en attendant la parution de la réforme.

Autre élément qui devrait jouer en notre faveur : le baromètre FHF-OBEA, publié le 11 octobre, fait ressortir l'engagement fort des professionnels hospitaliers, la reconnaissance de la contrainte vécue

par les équipes, la très grande implication dans les politiques de qualité de vie au travail (QVT) ainsi que la mise en œuvre des GHT. La FHF souligne aussi que les hospitaliers sont au rendez-vous de leurs responsabilités, qu'il faut rendre hommage à leur engagement très fort et qu'on doit également donner aux acteurs RH les moyens d'accompagner les réformes en cours. On peut donc se poser la question suivante : les cadres administratifs sont-ils des professionnels hospitaliers à part entière ?

Aussi, afin d'éviter que les situations inégalitaires entre les professionnels hospitaliers et entre les AAH ne perdurent, il importe que les textes soient publiés dans les meilleurs délais, et si possible avant Noël, si nous voulons garantir une gestion de qualité de nos établissements de santé et dans les structures médico-sociales. Et si nous voulons motiver nos jeunes collègues à s'engager dans une fonction publique qui les ignore ! ■

### Catégorie cadres administratifs

Vice-présidente AAH cadres administratifs  
**Angélique Noizette**  
Attachée  
d'administration principale  
Chargée des ressources humaines et de la formation  
CH Saint-Charles - Toul  
Tél. : 06 21 58 60 35  
angelique.noizette@sfr.fr

# Transférabilité du compte épargne-temps : l'administration hors la loi

**Malgré la loi, la transférabilité du compte épargne-temps n'est toujours pas appliquée. Le SMPS a donc saisi la justice pour mettre fin à la spoliation de nos collègues détachés.**

**M**algré les réelles ouvertures apportées par la loi du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique, la situation des fonctionnaires détachés n'est toujours pas résolue pour ce qui concerne de nombreux points, dont celui de la transférabilité entre fonctions publiques du compte épargne-temps (CET).

Plusieurs collègues détachés dans la fonction publique d'État ont enregistré des droits sur leur CET. Or, après leur réintégration dans le corps, plusieurs administrations d'État ont refusé de transférer les droits acquis en arguant que la circulaire d'application<sup>(1)</sup> ne fixe pas les modalités de portage des droits à CET entre fonctions publiques.

En effet, l'annexe 7 de ladite circulaire précise : « *Les provisions ne peuvent être transférées d'une fonction publique à l'autre [...] Un projet de décret interfonction publique relatif à la portabilité des CET d'une fonction publique à l'autre est à l'étude.* »

La loi « mobilité » aura bientôt 10 ans, et nous attendons encore les textes d'application pour ce qui est du droit à CET !

## Le SMPS saisit le juge administratif

Plusieurs collègues ayant été mis en difficulté et spoliés de leur CET, le SMPS a engagé une double action : en demandant l'intégration de la mesure dans un décret – comme le ministère s'y était engagé – et en engageant une action contentieuse.

La première affaire, portée par le SMPS devant le tribunal administratif en août 2015, est arrivée en audience le

23 novembre 2017. Il s'agit de défendre les droits individuels d'un de nos collègues qui s'est vu refuser le transfert de ses droits à CET lors de sa réintégration dans la fonction publique hospitalière. Il s'agit aussi d'une action à portée générale afin d'obtenir par voie judiciaire la fin de cette injustice et que, de façon sub-



**Francis FOURNEREAU**  
Secrétaire général  
SIH Limousin  
Poitou-Charentes  
Tél. : 05 55 43 99 00  
francis.fournereau@silpc.fr

de l'homme. L'article 1<sup>er</sup> du premier protocole additionnel précise : « *Toute personne physique ou morale a droit au respect de ses biens. Nul ne peut être privé de sa propriété que pour cas d'utilité publique et dans les conditions prévues par la loi et les principes du droit international.* »

**La loi mobilité aura bientôt 10 ans...  
et nous attendons encore  
les textes d'application  
pour ce qui est du droit à CET !**

séquente, les textes soient, enfin, adaptés aux enjeux. Le SMPS conteste la décision de refus de l'administration, celle-ci causant un préjudice anormal et spécial à l'encontre de notre collègue.

L'illégalité de la décision de refus se fonde sur plusieurs axes :

- la rupture d'égalité des fonctionnaires. Or, la mobilité est reconnue par la loi et aucun texte n'interdit ce transfert. Au contraire, ce droit a même été rappelé par l'ordonnance de 2017<sup>(2)</sup> ;
- la spoliation des biens, en référence à la Convention européenne des droits

Le Conseil d'État a fait entrer dans le « droit au respect des biens » le droit de jouissance d'une pension publique (CE, assemblée du 30 novembre 2001) ou des créances constituées sur des primes de qualification et de service perçues par les militaires (CE, assemblée du 11 juillet 2001) ;

- l'enrichissement sans cause de l'administration d'État concernée puisque celle-ci a conservé dans son patrimoine la provision constituée pour rémunérer les congés épargnés en toute légalité. ■

(1) Circulaire N° DGOS/RH4/DGCS/2013/42 du 5 février 2013 relative à l'application du décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels dans la fonction publique hospitalière

(2) Ordonnance n° 2017-543 du 13 avril 2017 portant diverses mesures relatives à la mobilité dans la fonction publique. L'article 14 de la loi du 13 juillet 1983 précitée est complété par un alinéa ainsi rédigé : « *En cas de mobilité auprès d'une administration, d'une collectivité ou d'un établissement relevant de l'une des trois fonctions publiques, l'agent conserve le bénéfice des droits aux congés acquis au titre de son compte épargne-temps et peut les utiliser en partie ou en totalité, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État.* »

## Père Noël, donne-nous de l'amour

**Les retraités, dont ceux du monde hospitalier, ont beaucoup donné pour construire la France durant les Trente Glorieuses. Aussi nous semble-t-il injuste de devoir contribuer plus que les autres, aujourd'hui, à l'effort de redressement du pays, via la hausse de la CSG. Et si l'on nous accordait la considération pour le travail accompli ?**

**A** quoi sert de vivre libre quand on vit sans amour ?, chantait Nicoletta en 1976. Vivre libre est bien l'état qui caractérise le temps après la vie active. Libéré des contraintes pressantes du « triple o » (métro, boulot, dodo) qui, aux dires de nos collègues encore en exercice, deviennent de plus en plus dures quand les servitudes l'emportent sur la grandeur du métier, le retraité aspire à une vie apaisée, choisie plutôt qu'imposée. Gérer son temps autrement. Faire ce qu'il n'avait pas le temps de vivre avant. Cultiver son jardin. Vivre sa passion. Choyer l'autre. Choisir, ou ne pas choisir, de donner un peu, beaucoup, passionnément... de son

Libérés des contraintes professionnelles, fiers du service rendu, acteurs à part entière de l'économie, les presque 16 millions de retraités aspirent à une vie paisible : participer comme ils l'entendent à la vie du pays, continuer d'être actifs mais d'une autre manière, être généreux, s'engager souvent, s'enflammer parfois, profiter du temps qui passe et qui pousse inexorablement vers la fin du parcours. Vieillir simplement.

Est-elle véritablement apaisée cette vie-là ? On peut en douter. Dans mon petit village du Far West atlantique bien éloigné des cercles du pouvoir, là où les gens se rencontrent et se parlent encore

### Quel autre service public peut se targuer d'une telle mutation ?

temps aux autres, pour les grandes ou les petites causes. Aider sa famille, parents (parfois), enfants, petits-enfants, dans ces temps difficiles pour tous. Voyager, voir ses amis tant qu'ils sont encore là, refaire ce monde hospitalier qui nous était si cher et qui mute sous nos yeux sans qu'on en comprenne toujours bien les finalités.

(au supermarché, à la boulangerie, chez le médecin, à la pharmacie, aux réunions associatives, etc.), après les incontournables échanges sur l'autre, les enfants, la santé, la conversation s'ancre inévitablement sur notre perception de cette société qui marginalise ses anciens ! À l'ère des réseaux sociaux, des réactions instantanées, des commentaires volatiles, des bavardages médiatiques, des jugements définitifs, que n'entendons-nous pas sur notre état de retraités ? Sur ces inactifs qui auraient profité des Trente Glorieuses pour se constituer si facilement un patrimoine – entendre : au regard des difficultés actuelles. Sur ces vieux qui coûtent cher à la Sécurité sociale. Sur ces *baby-boomers* irresponsables qui auraient sans compter épuisé les ressources de la planète. Il est juste qu'ils payent !

### « À quoi sert de vivre vieux quand on vit sans amour ? »

À l'heure de la nouvelle marche, la solidarité serait-elle à sens unique ? Dire que les retraités doivent contribuer plus que les autres à l'effort de redressement du pays est une parole que les anciens ont du mal à entendre. C'est refuser de voir que 60 % d'entre eux n'auront pas une compensation de l'augmentation de la CSG. C'est omettre de décrire la situation des plus dépendants, contraints de vivre en institution ! C'est faire peu de cas de leurs engagements, de leurs contributions, du travail accompli depuis un demi-siècle.

Dans la joie et la douleur, chacun s'accorde à reconnaître la qualité humaine, la valeur professionnelle, la performance de l'hôpital public. Nous pensons y être pour quelque chose ! Nous avons vu déferler des réformes qui ont chamboulé les frontières hospitalières, comme les grèves après les tempêtes, sans avoir parfois le temps de nous reprendre. Nous avons humanisé, morcelé façon puzzle les immenses services d'après-guerre pour construire au final, 40 ans plus tard, des mégastructures hospitalières. Nous avons départementalisé, fédéré, doté globalement, tarifé à l'activité, « matricié » la dépendance, évalué la performance, professionnalisé les métiers, universalisé les formations, consacré les cadres, sécurisé les processus de soins, les installations, les équipements, informatisé, certifié les établissements et les comptes. Nous avons déployé le dialogue social à tous les étages, partagé la gouvernance avec nos partenaires médecins, formalisé la parole des patients, réduit le temps de travail, accru le service rendu. Nous avons même engagé nos établissements sur le chemin semé d'embûches de la responsabilité sociale. Quel autre service public peut se targuer d'une telle mutation ? Nous sommes fiers du travail réalisé, sans pour autant nous considérer comme des héros. Nous ne demandons pas, à l'heure de la retraite, la reconnaissance de la Nation. Juste la considération qui sied au devoir accompli. Père Noël, donne-nous de l'amour ! ■

### Catégorie cadres retraités



Délégué retraités  
**Jean-Rémi BITAUD**  
Représentant des cadres  
retraités au niveau national  
jrbitaud@orange.fr



## Bureau national

### Président



**Jérémie SECHER**  
Directeur  
CH d'Antibes - Juan-les-Pins  
Tél. : 04 97 24 78 90  
jeremie.secher@ch-antibes.fr

### Vice-présidents



Vice-présidente DH  
**Catherine LATGER**  
Directrice  
CHI de Courbevoie/Neuilly  
Tél. : 01 49 04 30 01  
CLATGER@ch-rivesdeseseine.fr



Vice-président DS  
**Rémy CHAPIRON**  
Coordonnateur des soins  
Institut de formation de la Meuse  
CH de Verdun  
remycourrier@orange.fr



Vice-président D3S  
**Frédéric CECCHIN**  
Directeur adjoint  
Ehpad de Villefranche-sur-Mer  
Tél. : 04 93 01 17 03  
f.cecchin@ehpadvillef.com



Vice-président cadres techniques  
**Jean-Marc NOVAK**  
Ingénieur hospitalier  
CH Gérard-Marchant, Toulouse  
Tél. : 05 61 43 77 47  
jmnovak.smpsante@free.fr



Vice-présidente cadres soignants  
**Laurence-Béatrice CLUZEL**  
Cadre supérieur pôle sud  
Fondation Santé Service  
Tél. : 06 78 46 21 97  
laurence.cluzel@santeservice.asso.fr



Vice-présidente cadres administratifs  
**Angélique NOIZETTE**  
Attachée d'administration  
hospitalière  
CH de Toul  
Tél. : 03 83 62 20 12  
angelique.noizette@sfr.fr

### Membres fonctionnels



Délégué retraité  
**Jean-Rémi BITAUD**  
jrbitaud@orange.fr



Délégué détaché et MAD  
**Francis FOURNEREAU**  
Secrétaire général  
SIH Limousin Poitou-Charentes  
Tél. : 05 55 43 99 00  
francis.fournereau@silpc.fr



Club Jeune Génération  
**Antoine LOUBRIEU**  
Directeur adjoint  
CH Le Mans  
Tél. : 02 43 43 43 07  
aloubrieu@ch-lemans.fr



Bureau InterPromotion (BIP)  
EHESP  
**Guillaume LARIVIÈRE-VILLA**  
guillaume.lariviere.villa@gmail.com

### Trésorerie nationale



Trésorière nationale  
**Emeline FLINOIS**  
Directrice adjointe  
GH Nord-Essonne  
e.flinois@gh-nord-essonne.fr



Trésorier national adjoint  
**Guillaume CHESNEL**  
Directeur adjoint  
Institut Gustave-Roussy  
guillaume.chesnel@gustaveroussy.fr

### Secrétaires nationaux



**Guillaume WASMER**  
Directeur  
GH Nord-Essonne  
Tél. : 01 64 54 30 51  
g.wasmer@gh-nord-essonne.fr



**Armelle DREXLER**  
Directrice adjointe  
CHU de Strasbourg  
armelle.drexler@chru-strasbourg.fr



**Ronan SANQUER**  
Directeur adjoint  
CHU de Brest  
Tél. : 02 98 22 33 33  
ronan.sanquer@chu-brest.fr



**Laurent DONADILLE**  
Directeur  
CH d'Arles  
Tél. : 04 90 49 29 01  
laurent.donadille@ch-arles.fr



**Olivier SERVAIRE-LORENZET**  
Directeur  
CH de Blois  
Tél. : 02 54 55 60 55  
olivier.servaire-lorenzet@ch-blois.fr



**Renaud DOGIMONT**  
Directeur  
CH de Douai  
Tél. : 03 27 94 70 10  
renaud.dogimont@ch-douai.fr

## Délégation nationale

### Délégués nationaux



**Pierre DE MONTALEMBERT**  
pierre.demontalembert@smpsante.fr  
01 40 27 52 58



**Marie HIANCE**  
marie.hiance@smpsante.fr  
01 40 27 52 92

Secrétariat  
adhesion@smpsante.fr  
contact@smpsante.fr

Bâtiment de l'IFSI  
Cour Mazarin  
47 boulevard de l'Hôpital  
75651 Paris Cedex 13

## Secrétaires régionaux

### ANTILLES

Contacter la délégation nationale

### AUVERGNE/RHÔNE-ALPES

Jean-Charles FAIVRE-PERRET  
jcfavre-pierret@ch-st-cyr69.fr

### BOURGOGNE/FRANCHE-COMTÉ

Emmanuel LUIGI  
luiigi.emmanuel@ch-dole.fr

### BRETAGNE

Thierry GAMOND-RIUS  
Tél. : 02 97 64 90 95  
t.gamond-rius@ch-bretagne-sud.fr

### CENTRE

Didier POILLERAT  
Tél. : 02 38 95 90 01  
Fax : 02 38 95 90 15  
dpoillerat@ch-montargis.fr

### CORSE

Contacter la délégation nationale  
Tél. : 01 40 27 52 21  
Fax : 01 40 27 55 81  
contact@smpsante.fr

### GRAND-EST

Gilles DUFFOUR  
g.duffour@ch-erstein.fr

Jérôme GOEMINNE  
jgoeminne@ch-verdun.fr

Frédéric LUTZ  
Tél. : 03 25 49 48 03  
frederic.lutz@ch-troyes.fr

### GUYANE

Contacter la délégation nationale  
Tél. : 01 40 27 52 21  
Fax : 01 40 27 55 81  
contact@smpsante.fr

### HAUTS-DE-FRANCE

Martin TRELCHAT  
m.trelcat@ch-calais.fr

### ÎLE-DE-FRANCE AP-HP

Pascale MOCAËR  
pascale.mocaer@eps-rogerprevot.fr

Jérôme SONTAG  
responsable.SMPS@aphp.fr

### NORMANDIE

Jérôme RIFFLET  
Tél. : 02 32 73 37 11  
jerome.rifflet@ch-havre.fr

### NOUVELLE AQUITAINE

Françoise DUPECHER  
francoise.dupecher@ch-aubusson.fr

Frédéric PIGNY  
Tél. : 05 59 69 70 01  
frederic.pigny@ch-orthez.gmail.com

### OCCITANIE

Daniel DESBRUN  
d.desbrun@hopitalpse.fr

### OCÉAN INDIEN

Laurent BIEN  
Tél. : 02 62 45 35 01  
l.bien@epsmr.org

### PAYS DE LA LOIRE

Sébastien TREGUENARD  
Tél. : 02 41 35 45 65  
setreguenard@chu-angers.fr

### PROVENCE-ALPES-CÔTE-D'AZUR

Hervé DANY  
smps.paca@gmail.com



## Représentants CAPN et comité de sélection (CS)

### Représentants à la CAPN DH

Titulaires hors classe  
**Catherine LATGER**  
clatger@ch-rivesdeseine.fr

Olivier SERVAIRE-LORENZET  
olivier.servaire-lorenzet@ch-blois.fr

Suppléants hors classe  
**Armelle DREXLER**  
armelle.drexler@chru-strasbourg.f

**Francis FOURNEREAU**  
francis.fournereau@silpc.fr

Titulaires classe normale  
**Ronan SANQUER**  
ronan.sanquer@chu-brest.fr

**Élodie CHAPEL**  
elodie.chapel@ansm.sante.fr

Suppléants classe normale  
**Nicolas SALVI**  
nsalvi@chu-reims.fr

**Marie HIANCE**  
marie.hiance@smpsante.fr

### Représentants au CS DH

Titulaire  
**Catherine LATGER**  
clatger@ch-rivesdeseine.fr

Suppléant  
**Guillaume WASMER**  
g.wasmer@gh-nord-essonne.fr

### Représentants à la CAPN D3S

Titulaire hors classe  
**Franck BRIDOUX**  
fbridoux@chsa.fr

Suppléant hors classe  
**Christelle GAY**  
christelle.gay@cdsee.fr

### Représentants au CS D3S

Titulaire  
**Christelle GAY**  
christelle.gay@cdsee.fr

Suppléant  
**Franck BRIDOUX**  
fbridoux@chsa.fr

### Représentants à la CAPN DS

Titulaire hors classe  
**Rémy CHAPIRON**  
remycourrier@orange.fr

Suppléant hors classe  
**Sabine RIGON**  
sabine.rigon@ars.sante.fr

Titulaire classe normale  
**Marc BORDIER**  
bordierm@ch-blois.fr

Suppléant classe normale  
**Hervé QUINART**  
hquinart@chu-reims.fr

**PUB**