



Discours de Philippe EL SAIR

à Madame la Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Congrès snch de Lyon

Le 7 juin 2007

Madame la Ministre,

Madame la Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins,

Madame la Directrice Générale du Centre National de Gestion,

Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation,

Cher(e)s collègues et ami(e)s,

Le 61^{ème} congrès du Syndicat National des Cadres Hospitaliers intervient dans un contexte politique particulier : élection présidentielle le 6 mai dernier et élections législatives dans quelques jours.

Dans ce contexte particulièrement chargé, vous honorez, madame la Ministre, notre congrès de votre présence. Et nous y sommes extrêmement sensibles.

Les déclarations récentes du président de la République témoignent de la volonté au plus haut niveau de l'Etat de prendre à bras le corps les problèmes de l'hôpital..

Dans ce contexte, les déclarations récentes du président de la République témoignent de la volonté de prendre à bras le corps les problèmes de l'hôpital.

Les pouvoirs publics savent par ailleurs que le snch Syndicat National des Cadres Hospitaliers sort pour sa part renforcé de l'année écoulée la période récente :

Renforcé, parce qu'il a gagné les élections paritaires des directeurs d'hôpital et qu'à lui seul il représente plus de la moitié de la profession,

Renforcé, parce qu'il a été le porteur de nombreuses réformes aujourd'hui mises en œuvre aujourd'hui acceptées par les hospitaliers,

Renforcé parce que les dirigeants et les cadres hospitaliers formulent de nombreuses propositions qui font leur chemin.

Aujourd'hui, le snch souhaite vous adresser **deux messages simples et clairs** :

- En premier lieu, **les réformes engagées doivent être menées à leur terme. Elles doivent être à juste titre complétées**, mais on ne peut pas faire comme si rien ne s'était passé à l'hôpital depuis 2002.

- En second lieu, **il n'y a pas de politique ambitieuse sans une reconnaissance forte pour ses cadres.**

- 1. Les réformes engagées doivent être complétées. Mais elles ne doivent pas être déstabilisées.**

- 1.1 L'hôpital est engagé depuis 2002 dans la plus grande vague de réforme depuis 20 ans.** Ces réformes sont pour une grande part le fruit de la réflexion des hospitaliers eux-mêmes : relance de l'investissement après que nous nous soyons alarmés de la vétusté du parc hospitalier, réforme du

financement qui a été trop longtemps différée, nouvelle gouvernance que nous appelions de nos vœux, création de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, création du Centre National de Gestion.

Comment évaluer la mise en œuvre des pôles alors que la contractualisation commence à peine ?

Quelles leçons tirer de la T2A alors que sa mise en œuvre est inachevée?

Le snch est toujours en attente d'un financement équitable entre le secteur public et le secteur privé. Nous demandons une montée en charge rapide de la T2A et son extension non moins rapide aux SSR et à la psychiatrie.

En revanche, l'exécution de l'ONDAM 2006 a démontré le caractère inique de l'enveloppe unique de financement entre l'hospitalisation publique et privée. En 2006, l'enveloppe unique a fonctionné comme une machine à siphonner les crédits de l'hôpital.

Sur le même sujet, l'exécution de l'ONDAM 2006 a démontré le caractère inique de l'enveloppe unique de financement entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée. En 2006, l'enveloppe unique aura fonctionnée comme une machine à siphonner les crédits de l'hôpital.

De façon générale, il faut aujourd'hui achever la mise en œuvre complète des réformes et leur permettre de produire leurs effets.

1.2 Mais il faut regarder la réalité en face, il y a légitimité à agir car la réforme de l'hôpital n'est pas suffisante pour sauver l'hôpital.

Nous l'avons écrit dans notre projet "*Réagir*" de décembre 2006, l'hôpital ne peut résoudre tous les problèmes du système de santé.

Nous avons un besoin urgent, nous avons un besoin criant de choix politiques.

1^{er} urgence : il ne sera pas possible de stabiliser l'hôpital sans remettre la permanence des soins debout.

L'assurance maladie ne résistera pas à un hôpital qui deviendrait "l'homme à tout faire" du système de santé.

Le snch se réjouit de voir le président de la République évoquer la nécessaire clarification des missions de l'hôpital dont nous avons fait le premier volet de notre projet.

En 20 ans, les missions de l'hôpital ont été révolutionnées. Autrefois l'hôpital était un lieu de soins spécialisé qui avait deux fonctions :

- prendre en charge les cas lourds et complexes,
- assumer son devoir de solidarité pour les populations les plus fragiles.

Aujourd'hui, la disparition progressive de la permanence des soins en ajoute une autre : faire ce que les autres ne veulent pas faire en prenant en charge des situations qui n'ont plus rien d'urgentes.

Nous passons progressivement d'un hôpital pivot à un hôpital par défaut.

Dans un système dont le financement est public, il faut que chaque acteur de santé assume son rôle. C'est vrai de la médecine libérale. C'est vrai des établissements à but lucratif qui ne peuvent prendre les avantages du système en récusant ses contreparties.

Certes, le snch n'ignore pas les nombreuses contraintes qui pèsent aujourd'hui sur les professionnels libéraux. Mettons-nous autour d'une table pour trouver des solutions.

2^{ème} impératif : il n'y aura pas de politique de santé cohérente en France sans une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Le relèvement du numerus clausus est une bonne chose, mais il ne suffira pas.

Il n'est pas possible de voir apparaître des déserts médicaux laissant les inégalités d'accès aux soins se creuser.

Aujourd'hui, les directeurs d'hôpital assument seuls le fonctionnement continu des établissements, en recourant parfois à des expédients qui les mettent en difficulté.

Différentes propositions ont été avancées sur ce sujet. Il faut s'en saisir.

3^{ème} urgence : nous avons besoin d'un plan de sauvetage de la chirurgie publique.

En vingt ans, la chirurgie publique a perdu vingt points de parts de marché.

Et soyons clairs, nous n'en avons pas tiré sans que nous en ayons tout à fait tiré les leçons. :

- Le snch regrette le passage beaucoup trop tardif et limité à quelques actes beaucoup trop limité à une T2A à 100 % pour l'ambulatoire. Les dirigeants hospitaliers sont en attente d'un véritable volontarisme en la matière.
- De même, le snch regrette le gel des capacités publiques de SSR en lien direct avec le sujet que nous évoquons. Pendant ce temps le secteur privé accroît ses capacités. Cette situation va nécessairement dégrader, si elle n'est pas très rapidement corrigée, dégradera encore la situation de l'offre

chirurgicale publique. **Il est urgentissime de voir passer le SSR à un financement à l'activité.** Et, en attendant, il est indispensable de dégager des enveloppes fléchées permettant aux ARH de financer de nouvelles activités.

Le snch demande que le sujet de la chirurgie publique soit inclus dans la concertation qui doit s'ouvrir à la rentrée.

4^{ème} sujet : enfin, il devient urgent de restaurer l'attractivité du service public.

Si la rémunération n'est pas le seul facteur d'attractivité du service public (j'ai évoqué la charge exclusive de la permanence des soins qui n'est plus supportable), c'est tout de même un notre principal handicap majeur face au secteur à but lucratif.

Il faut d'ailleurs rendre hommage aux médecins hospitaliers qui réalisent un superbe travail le plus souvent dans l'ombre.

FMais face aux nombreux départs en retraite que nous allons connaître, si l'hôpital veut réagir, il doit tout faire pour attirer les jeunes talents.

Pour que cela ne reste pas un slogan, nous devons être en mesure de proposer deux choses :

- une autonomie aux jeunes médecins dans un contexte permettant à la créativité, à l'inventivité et à la volonté de changer les choses de s'exprimer,
- et une rémunération qui récompense et reconnaît l'engagement, qui reconnaît l'exposition, qui l'engagement et le dynamisme récompense la combativité.

Le snch l'a dit et l'a écrit : **le dogme de la rémunération identique pour tout le monde a définitivement vécu.**

Aussi nous nous félicitons, malgré sa complexité excessive, de la part variable de rémunération. Il s'agit incontestablement d'une avancée qu'il faut l'étendre sans tarder à tous les praticiens.

Mais il faut aller plus loin.

Il est temps d'assumer clairement la volonté de faire converger les modes de rémunération des médecins libéraux et des praticiens hospitaliers avec ceux de leurs confrères du secteur public. Les modalités de cette convergence doivent être débattues.

NSur ce terrain, nous avons été les premiers à proposer par exemple un mode de rémunération mixte pour les hospitaliers, constitué d'une part de rémunération forfaitaire et d'autre part de rémunération à l'acte. Une telle proposition a quelque chose d'iconoclaste. Mais si on la compare avec le dispositif de la part variable, elle serait simple de gestion, lisible pour les professionnels et ne laisserait pas de place à la subjectivité.

Quelles que soient les modalités, **le moment est venu de traiter le sujet de l'intérêt à agir des professionnels, sur lequel un voile pudique a trop longtemps pesé.**

1. 3 Le snch entend prendre toute sa part à la concertation ouverte par le président de la République.

Je ne reviendrais pas sur la nécessité de préciser les missions de l'hôpital que j'ai longuement évoquée et qui est un préalable à un service public plus serein.

Pour n'évoquer que le seul sujet de S'agissant de la gouvernance de l'hôpital, il n'est pas contestable qu'il y a matière à la fois à clarifier et à consolider le pilotage à l'hôpital. L'institution doit être en mesure de faire prévaloir ses décisions sur des

volontés individuelles parfois disparates. La réforme de la gouvernance a permis à l'hôpital de définir un cap partagé. Il faut maintenant lui donner les moyens s'assurer de sa capacité à faire prévaloir ce cap. L'hôpital ne peut se réduire à être un patchwork d'aspirations individuelles.

La refonte de la carte hospitalière est à l'évidence un sujet majeur. Tous les gouvernements y ont été confrontés depuis au moins 15 ans. Un bref regard sur la politique des 10 dernières années démontre qu'en la matière rien n'est possible sans une volonté politique inébranlable. Les difficultés rencontrées par les ARH en la matière le démontrent. Pour le snch, cette réorganisation de l'offre de soins doit reposer sur un critère : celui de la qualité. Elle doit s'inscrire dans un périmètre : celui du territoire de santé. D'autre part, elle doit s'appuyer sur des outils d'accompagnements inédits qu'il nous faut inventer. Si l'on veut permettre le changement, il faut en effet le rendre perceptible pour les populations et donc rapide. Le temps long de l'Etat doit rejoindre le temps court des élus et des professionnels et des usagers dont nous savons qu'ils sont également des électeurs. Enfin, la restructuration ne doit pas laminer ses capitaines. Il est essentiel que ceux qui acceptent de relever ce type de défi soient reconnus et valorisés. Aujourd'hui, il n'en est rien. Si les enseignants ne sont guère incités à aller travailler dans les quartiers difficiles, vous devez savoir Madame la ministre qu'il en est de même pour les directeurs d'hôpital et les restructurations. Le snch formulera sur l'ensemble de ce sujet qui nous tient à cœur des propositions.

S'agissant de l'organisation sanitaire de l'Etat, le snch se félicite de constater que la création des ARS fait désormais l'objet d'un très large consensus. Nous nous interrogeons cependant sur les conséquences pour notre ministère de tutelle de la création des ANS. Que restera-t-il alors du ministère de la Santé déjà privé de la direction de la Sécurité sociale. **C'est pourtant de décision politique dont nous avons besoin et non d'un raffinement technocratique supplémentaire.**

Enfin, il est urgent de désamorcer le risque que fait courir à nos structures ce que certains ont appelé la « bome à retardement » du CET.

Quelques faits marquants de l'actualité hospitalière méritent pour conclure d'être évoqués.

Le snch salue le plan hôpital 2012 qui doit permettre de prolonger l'effort d'investissement déjà engagé. Même s'il ne peut répondre à lui seul à l'ensemble des problèmesproblèm que rencontre l' hôpital.

De même, nous nous félicitons du pragmatisme des pouvoirs publics dans le calendrier de mise en œuvre de la nouvelle gouvernance qui a tenu compte de la situation de chaque établissement.

NEn revanche, nous avons regretté l'occasion manquée des Contrats d'Objectifs et de Moyens. Ces contrats ont nécessité de longs mois de travail. A l'arrivée, nous avons été contraints de constater qu'il s'agissait de faux contrats dépourvus de moyens.

Le snch demandesouhaite que les avenants qui doivent compléter ces contrats interviennent rapidement.

Les SROS ne doivent pas être une "lettre au père Noël", ils doivent devenir réalité.

Enfin il faut se féliciter des orientations de la politique gériatrique et gérontologique menée depuis plusieurs années :

- un niveau d'ONDAM important,

- le Plan solidarité grand âge de médicalisation et de création de places d'EHPAD et de SSIAD,
- la loi sur le droit au logement permettant grâce notamment à l'action de la FHF le bénéfice du taux de TVA réduit,
- ou encore le plan de développement des hôpitaux locaux .

...témoignent de cette volonté.

Il est regrettable que ces avancées soient diluées par la coexistence d'outils de planification qui demeurent disparates (SROS, PRIAC et schémas départementaux).

Pourtant, il n'est pas d'ambition pour les établissements sans grande ambition pour les cadres.

Ces sont eux qui portent le changement sur le terrain. Ce sont eux qui colorent les réformes et les traduisent concrètement sur le terrain.

2. A cet égard, le snch est en attente d'une conception rénovée de la fonction cadre.

Pour comprendre les directeurs et les cadres de l'hôpital, il faut comprendre leurs métiers.

L'hôpital n'est pas une administration. L'intégration du progrès médical, la prise en compte des attentes des patients sont la raison d'être des hospitaliers.

Dans le même temps, la très grande diversité des métiers de l'hôpital – personnels médicaux, personnels soignants, administratifs et techniques- nous a immunisés d'un mode gestion des hommes strictement hiérarchique et descendant. Persuader, favoriser l'appropriation, écouter et écouter encore, être en apprentissage permanent sont le cœur de nos métiers.

Chemin faisant, les cadres hospitaliers ont inventé autre chose. Une autre manière de fédérer, une autre façon de diriger.

Aujourd'hui cette particularité est notre force.

C'est cette dimension managériale qui peine parfois à se faire entendre.

2.1 Le récent protocole de la Fonction publique hospitalière en a fourni l'illustration.

Le snch s'est associé par le passé à de nombreux protocoles. Mais il a fait le choix réfléchi de ne pas ratifier cet accord.

Malgré un certain nombre d'avancées, nous avons considéré que ce protocole n'ouvrirait pas la porte à une représentation et à une gestion moderne des cadres.

Le collège cadre qui vise à une meilleure représentation des cadres dans les instances de nos établissements, que seul le snch a défendu avec le soutien de Jean Castex, n'a pu voir le jour. Ne s'est-on pas entendu dire au cours de cette négociation que le besoin même n'existait pas ?

Au terme de ce protocole, le système de notation dont l'archaïsme transpire de toute part aura été préservé, le dogme usé jusqu'à la corde de la prime fixe pour tout le monde demeure inchangé, la situation des ACH n'est pour l'essentiel toujours pas réglétraité.

Non décidément, nous ne pouvons pas signer à ce texte !

2.2 Nous restons dès lorspourtant en attente d'une gestion véritablement moderne des cadres.

Celle-ci doit, selon nous, reposer sur un **socle commun** à toutes les professions d'encadrement. Ce socle se décline en **quatre axes** :

- la notation doit être enfin remplacée par l'évaluation ;
- à l'instar du système instauré pour les directeurs d'hôpital, le régime indemnitaire doit intégrer une part variable forte et ambitieuse ;

- alors que les cadres accumulent des jours RTT sur leur Compte Epargne Temps, le snch demande -depuis 2001 excusez du peu - à ce que ces jours puissent être payés pour ceux qui le souhaitent sur la base du volontariat ;

□

- enfin alors que le dossier des retraites doit être de nouveau prochainement rouvert, nous demandons l'un système de retraite à la carte permettant, pour ceux qui le souhaitent, de rester plus longtemps en activité, offrant la possibilité de combiner activité et retraite.
- Mais surtout nous demandons une intégration de la part fixe du régime indemnitaire dans le calcul des pensions. Nous souhaitons que le ministère de la santé soit porteuse fasse l'écho le moment venu auprès de ses homologues de cette revendication.

Sur tous ces sujets, le snch reste disponible pour de futures négociations.

2.3 EHESP et CNG

Deux enjeux majeurs se profilent pour plusieurs professions que nous représentons : la création de l'EHESP et la création du le CNG.

On structure des professions à partir d'une école. Nous avons eu l'occasion de le dire : « **la réforme de l'EHESP ne peut être une réforme pour rien** ». Pour le snch, elle ne saurait se résumer à un habillage de l'actuelle l'ENSP, même si cette solution a les faveurs des faux modernes qui voudraient tellement que rien ne change même si cette solution a les faveurs des faux modernes qui voudraient que rien ne change..

Le snch ne cèdera pas une once de son ambition pour l'EHESP. Nous ne lâcherons rien sur le renforcement de la composante managériale de que cette école doit connaître. NAlors que la mondialisation est une réalité, nous persistons à exiger, même si cela agace, des partenariats internationaux ambitieux et un temps long de scolarité à l'étranger pour les élèves.

Pour le snch, **ce big bang ne sera garanti que par la création d'un Institut du management** ouvert à tous ceux qui font du management dans nos établissements:

directeurs, directeurs des soins, présidents de CME, médecins responsables de pôle et cadres.

L'EHESP ne ne doit pas être la pièce rapportée de la réforme de l'hôpital. Elle doit en être pas être la pièce rapportée de la réforme de l'hôpital. **Elle doit en être l'un des moteurs.**

De même, la mise en place du CNG constitue un enjeu structurant pour nos professions.

Si nous avons salué le choix de sa directrice générale, l'essentiel reste à faire. Nous en connaissons l'enjeu : se donner les moyens d'une véritable GRH pour les professions concernées. Le snch entend veiller à ce que des compétences nouvelles intègrent le CNG. Demain, des bilans de compétence doivent pouvoir être proposés aux collègues, de même que des formations de haut niveau.

La création du CNG est une chance qu'il ne faut pas rater.

2.4 S'agissant plus spécifiquement des directeurs d'hôpital, je voudrais tout d'abord évoquer la situation de l'assurance maladie redressement de l'assurance maladie.

Si l'ONDAM 2006 n'a été globalement respecté, si l'ONDAM hospitalier 2007 est tenu, c'est que parce que les directeurs d'hôpital et les cadres se sont engagés. Les directeurs ont répondu présents lorsque les pouvoirs publics ont eu besoin d'eux. Les objectifs assignés ont été tenus. Nous demandons que l'on nous en rende acte. De cela, on doit se souvenir et on doit nous rendre acte.

Il importe d'autre part de faire vivre la réforme statutaire de 2005.

Le snch a attaché son nom à cette réforme.

Je tiens d'ailleurs à rendre hommage à la DHOS qui a su se mobiliser pour réaliser les 840 reclassements que le nouveau statut impliquait.

Ici ou là, certaines dispositions prévues dans le protocole signé par le snch à cette occasion ne sont toujours pas entrées en vigueur. C'est le cas de l'arrêté sur les

déménagements. C'est le cas du décret sur les avantages en nature. u nouveau texte sur les déménagements qui nous a été promis et dont nous n'entendons plus parler.

Enfin le décret sur les avantages en nature, qui intéresse les trois corps de direction et tous les cadres A, n'est toujours pas sorti. Je ne vous cacherais pas que cette situation devient difficilement supportable et nous sommes interpellés en permanence sur ces sujets par les collègues.

De même, le snch a obtenu le principe d'une formation à l'évaluation commune aux directeurs d'hôpital, aux DDASS et aux DARH. Nous regrettons que celle-ci n'existe pas à ce jour.

Sur tous ces sujets, nous sommes en attente d'une concrétisation.

Le régime indemnitaire du corps mérite par ailleurs un réexamen.

Beaucoup de collègues atteignent aujourd'hui les plafonds prévus par les textes.

Mais l'actualité des directeurs d'hôpital esta été marquée par une évolution préoccupante des conditions d'exercice des collègues.

La mise en cause au pénal des directeurs d'hôpital a connu des développements inédits.

A Villeneuve-Saint-Georges, trois collègues ont été placés en garde à vue pour des faits de harcèlement lié à des actes de management. Cet épisode a suscité une grande émotion dans la profession.

Les directeurs d'hôpital doivent pouvoir remplir leurs missions dans la sérénité.

Plus largement, la notion de harcèlement, dont la définition pénale est imprécise, est désormais d'un usage courant, comme c'est le cas par exemple au CH de Nevers.

A Meaux, suite à une infection nosocomiale, un directeur d'hôpital a été condamné à titre personnel à une peine de prison avec sursis.

A Esquirol, le président du Conseil d'administration et le directeur ont été victimes d'une agression.

Le snch tient à le dire avec force : **les directeurs d'hôpital ne sauraient payer pour tout, à tout propos et pour tout le monde.**

Soutenir la gouvernance à l'hôpital, c'est d'abord soutenir ceux qui l'assument.

En pareilles circonstances, les collègues doivent pouvoir comptbénéficier sur d'un soutien fortinébranlable du ministère de la Santé, de la DHOS et des représentants de l'Etat sur le territoire.

2.543.21 S'agissant des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et des directeurs d'établissements sociaux, il devient extrêmement urgent de parvenir à un nouveau statut.

DCar pendant ce temps des centaines d'établissements sont aujourd'hui privés de restent sans directeur.

Au cours du tour de France que nous avons réalisé, nous avons rencontré des collègues démotivés et désabusés par le retard pris par ce dossier.

A ce propos, nous nous félicitons de la reprise de vraies négociations sur ce dossier sur la base de l'un arbitrage donné parde Matignon.

NosLes exigences sur ce sujetdu snch sont connues :

- préserver et accroître le périmètre des établissements gérés,

- améliorer de façon significative substantiellement la grille indiciaire et indemnitaire
- favoriser les regroupements d'établissements.

Nous faisons de ce dossier une de nos priorités.

Enfin, le snch regrette l'inflation d'enquêtes et de questionnaires en tout genre que subissent les établissements sociaux et médico-sociaux. Lorsque ces établissements sont mobilisés par cela, ils sont en pratique contraints de délaissé les actions de fond qui sont pourtant indispensables.

2.364.32 Les cadres soignants

Pour ce qui concerne les cadres soignants, **nous le snch regrettons qu'ils aient été les grands oubliés de la nouvelle gouvernance.**

Non seulement leur rôle n'aura pas été pensé dans les textes mais la reconnaissance de leur engagement est presque inexistante.

Le faible nombre de candidats dans les différents concours concernés témoigne d'un mal être profond.

Cette situation est problématique parce qu'**elle grippe le moteur de la réforme.**

Pour le snch, **le gouvernement ne coupera pas à une modernisation profonde des statuts des cadres et de cadres supérieurs de santé.**

demande :

- la fusion en un seul grade des cadres de santé et des cadres supérieurs ;
- un nouvel échelonnement indiciaire du nouveau corps allant jusqu'à l'indice brut 966 ;

- une revalorisation du régime indemnitaire incluant des niveaux de prime spécifiques pour les assistants des responsables de pôle ;

Il reste également à **conforter** **affirmer la place du directeur des soins** dans nos établissements. Les directeurs de soins ontVoilà une profession qui aura énormément apporté à l'hôpital public.

Or force est de constater que cette professionOr force est de constater que cette profession a vu rentrer en vigueur deux réformes statutaires –celle des DH et celle des AAH- sans être repositionnée.

Le snch a formulé des propositions précises en ce domaine.

La gouvernance interroge également cette profession : quelle sera l'articulation entre le directeur des soins et les cadres supérieurs qui assistent le responsable de pôle ? comment préserver le rôle des fonctions transversales qui traitent de la qualité, des risques ou des pratiques professionnelles ?

Pour les directeurs et les coordonnateurs des soins, le snch demande une refonte statutaire incluant trois points majeurs :

- un nouvel échelonnement indiciaire jusqu'aux échelles lettre A et B
- une revalorisation indemnitaire
- une gestion nationale du corps

Le snch est

enfin attentif aux conditions de formation des professionnels de soins. A cet égard, la régionalisation ne doit pas couper les IFSI de l'hôpital et les modes de nomination actuels des directrices d'IFSI doivent être préservés.

2.374.43 Les cadres administratifs.

Pour ce qui concerne les cadres administratifs, je veux redire **le sentiment d'injustice que nous avons à l'égard du sort réservé aux ACH.**

Grands oubliés de tous les protocoles, il a été jusqu'à présent impossible de faire reconnaître la spécificité de leur rôle au sein de la fonction publique hospitalière. L'intransigeance du ministère de la fonction publique aura été, pour le moment, la plus forte.

Le snch est à l'origine de la création du corps des attachés d'administration hospitalière. En particulier pendant le conflit des cadres de 2000 auquel nous avons pris une part active et remarquée.

Il est indéniable que le protocole d'octobre 2006 comporte pour **lesur le sujet des attachés** des éléments positifs. :

- fusion des deux classes du principalat
- linéarité de carrière

Pourtant, la crise que rencontre ce corps n'a pas été réglée.

De moins en moins de postes sont mis au concours par les chefs d'établissements.

Le snch demande une révision profonde et rapide des modalités du concours, de la formation et du système d'affectation des attachés..

Nous demandons pour les attachés :

- une scolarité d'une année à l'issue du concours et en une seule fois ;
- un statut d'élève pendant celle-ci
- une spécialisation accrue
- une affectation par choix mutuel au terme de la scolarité.

Nous nous sommes entretenus avec vous-même et vos services de ce sujet.

Nous souhaitons qu'il aboutisse rapidement.

Il y urgence.

2.85 Pour ce qui concerne les cadres techniques, le snch se réjouit d'avoir largement contribué aux textes récents sur ce sujet.

La fusion des grades d'ingénieur en chef et hors classe, l'accès à la hors échelle lettre B pour les plus gros emplois et l'augmentation de la prime constituent une avancée indéniable.

Pourtant, la différence entre les régimes indemnitaires des ingénieurs hospitaliers et des ingénieurs territoriaux demeure toujours aussi inexplicable alors que chacun sait que les défis technologiques de l'hôpital sont majeurs.

Enfin, les techniciens supérieurs sont toujours en attente d'une revalorisation.

Voilà Madame la Ministre ce que le snch souhaitait vous dire.

Je ne voudrais pas terminer mon propos sans saluer la qualité de nos échanges que nous entretenons avec Madame la Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins depuis son entrée en fonction. Au cours de ces quelques mois, nous avons pu apprécier son écoute et sa votre disponibilité. Le président du snch vous remercie pour l'humanité avec laquelle vous abordez la situation des collègues en difficulté.

Je ne voudrais pas terminer mon propos sans réaffirmer notre attachement viscéral aux valeurs du SP hospitalier. Ces valeurs – l'égalité, la neutralité, l'accueil de tous sans distinction, la capacité à mettre au service de tous les traitements les plus coûteux et les techniques les plus sophistiquées– sont notre fierté.

Pour le snch, toute réforme ne peut viser qu'à conforter cette vocation.

Mais je voudrais terminer sur une note d'optimisme et vous dire que nous sommes prêts.

Prêts à être les chevaux légers d'un service public qui cesse de subir pour réagir enfin, d'un hôpital qui refuse la résignation, d'un SP de l'inventivité et de la créativité.

Si vous faites ce choix difficile et courageux, vous nous trouverez à vos côtés contre tous ceux qui vous expliqueront que tout cela est très bien mais que c'est impossible une fois encore et comme toujours.

Mais je voudrais finir sur une note d'optimisme et vous dire, Madame la Mministre, que vous avez devant vous **des directeurs et des cadres hospitaliers mobilisés.**

Mobilisés pour être **les promoteurs d'un service public offensif et attractif,**

Mobilisés pour **porter une qualité des soins toujours améliorée,**

Mobilisés pour **promouvoir un service public motivant pour ses responsables et ses cadres.**

Bref, mobilisés pour réagir.

Je vous remercie.