



Discours de Philippe EL SAÏR

à Monsieur le Conseiller de la ministre de la Santé,
de la Jeunesse et des Sports

Congrès **snch** de Bordeaux
le 26 juin 2008

Madame la Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins, Chère
Annie Podeur,

Monsieur le Conseiller, Cher Yann,

Monsieur le Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France, Cher
Gérard,

Monsieur le représentant du Maire de Bordeaux,

Monsieur le Directeur Général du CHU de Bordeaux,

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

Cher(e)s collègues et ami(e)s,

Le 16 octobre dernier, le président de la République engageait, ici même à Bordeaux, la réforme de l'hôpital.

Huit mois plus tard, c'est à Bordeaux que le **snch** tient son 62^{ème} congrès.

Jamais dans l'histoire de la 5^{ème} République, un président de la République n'a personnellement porté la réforme de l'hôpital.

L'opportunité existe par conséquent de faire bouger les lignes.

Le **snch** a approuvé les orientations du rapport Larcher.

Pourtant nous ne sommes plus à l'heure des orientations. Nous sommes à l'heure des déclinaisons.

C'est à partir de la portée réelle et concrète de la réforme que les professionnels de terrain que nous sommes jugeront du projet de loi que vous déposerez à l'automne au Parlement.

Alors que la concertation sur ce projet de loi doit s'engager, le **snch** vous adresse, à Bordeaux, deux messages :

- D'une part, au-delà des orientations du président de la République, le pilotage de nos établissements doit être concrètement et véritablement renforcé.

- D'autre part, cette réforme implique de fortes évolutions pour nos professions. Performance et responsabilité en sont les mots clés.

Nous aurons besoin à l'automne prochain, pour nous prononcer sur la réforme, d'y voir clair sur l'ensemble du dispositif susceptible de nous être proposé.

Oui à la responsabilisation, Monsieur le Conseiller, mais à condition qu'il y ait de la reconnaissance.

1. Renforcer le pilotage de l'hôpital, mais pour quoi faire ?

1.1 Renforcer le pilotage de l'hôpital n'est pas un enjeu de pouvoir.

C'est un enjeu pour l'avenir de l'hôpital.

Qu'attendent les professionnels qui exercent à l'hôpital et ceux que nous tentons de recruter ? Qu'attendent les patients ?

Ils attendent que l'hôpital ait les moyens de ses ambitions.

Ils attendent que les blocages qu'ils constatent soient dépassés.

Un médecin me disait récemment alors qu'une proposition du secteur privé lui était faite : « Pourquoi, monsieur le directeur, devrais-je rester à l'hôpital public ? ».

C'est pour lui, et pour tous les autres, qu'il faut réformer l'hôpital.

1.2 Le Directoire sera donc la « clé de voûte » de la réforme.

Il est donc essentiel de doter le directoire de prérogatives dont le Conseil Exécutif est aujourd'hui dépourvu.

Et je veux le dire amicalement mais avec force : ce n'est pas en dotant le Directoire de certaines prérogatives du conseil d'administration que l'on instaurera un patron à l'hôpital. Cela ne suffira pas.

Il faut regarder les choses en face : aujourd'hui le Conseil Exécutif fixe un cap. Mais il n'a aucun moyen pour le faire respecter.

Si nous ne voulons pas nous payer de mots, il faut doter le Directoire de deux compétences :

- un poids décisif sur les nominations ;
- un levier dissuasif pour mettre fin à toute situation d'impunité.

Comme les établissements PSPH, l'hôpital public doit avoir la maîtrise de sa stratégie. Il doit donc avoir la maîtrise des nominations, y compris médicales.

Nous avons dans ce but proposé plusieurs mécanismes juridiques qui donnent un poids décisif au Directoire sur les nominations.

De même, l'instauration d'un « patron » à l'hôpital sera une pure incantation si le Directoire ne peut pas sortir de "carton jaune" lorsque certains font de l'anti-jeu.

La commande du président de la République est claire, je la rappelle car je sais que certains ont une mémoire sélective : « Personne ne doit pouvoir dire non à l'hôpital ». On ne doit pas s'écarter d'un millimètre de cette commande.

Sinon nous ferons des moulinets mais nous ne ferons pas de réforme.

On peut prendre les références et les comparaisons que l'on veut, nous savons tous qu'il n'y a pilotage que lorsque le pilote peut poser une limite.

Un individu, quel qu'il soit, ne peut pas durablement s'opposer à l'institution qui l'emploie. C'est-à-dire faire de l'anti jeu.

Nous savons les uns et les autres que la situation que je décris existe un peu partout sur le territoire. Cessons d'être hypocrite !

Alors, que faire ?

Le **snch** demande solennellement que le Directoire puisse, de son propre chef, -j'insiste de son propre chef- soit remettre un professionnel à disposition du CNG soit déclencher une procédure de désaffectation qui reste à créer. C'est le carton jaune que j'évoquais tout à l'heure.

1.3 Dans ce Directoire, le Chef d'Etablissement doit pouvoir s'appuyer sur l'expertise de ses adjoints.

Nous savons que médecins et directeurs, doivent travailler ensembles.

A l'heure où la gestion n'a jamais été aussi complexe, comment se priver de leur expertise ? Qui imagine, ne serait-ce qu'une seconde, décider sans eux ?

Le **snch** s'opposera à toute réforme du directoire qui ne ferait pas une place aux directeurs adjoints.

Il le fera au nom du réalisme et de l'efficacité.

1.4 Renforcer le gouvernail de l'hôpital c'est obligatoirement traiter le sujet de l'intérêt à agir des acteurs.

Nous l'avons dit à la commission Larcher : nous avons besoin d'outils pour faire bouger les femmes et les hommes.

Il ne faut pas se tromper de diagnostic : la limite du management hospitalier, celle que nous vivons tous les jours sur le terrain, loin des congrès et des couloirs du ministère, c'est l'absence de prise sur les hommes.

Voilà la réalité !

Il n'y aura pas d'efficience à l'hôpital, si nous n'avançons pas sur ce sujet.

Il n'y aura pas de productivité à l'hôpital – moi je n'ai pas peur du mot – si ce tabou n'est pas dépassé.

Le **snch** approuve les propositions du rapport Larcher d'une rémunération à plusieurs étages des praticiens hospitaliers qui sont très proches de nos propres propositions.

Mais à deux conditions : que ce soit simple et du coup utile pour les acteurs de terrain et que ce soit rapide.

Nous vivons dans certaines disciplines, dans certaines régions, une hémorragie de professionnels.

Aujourd'hui, il y a urgence.

Si nous avançons sur un nouveau mode de rémunération des professionnels, je suis convaincu que nous parviendrons à un accès aux soins plus équilibré. Par exemple en chirurgie.

Proposons une rémunération variable et les chirurgiens reviendront en nombre vers l'hôpital.

Il n'y a pas de fatalité. L'effondrement de la chirurgie n'est pas tombé du ciel. Ce sont les tenants de l'immobilisme qui ont vendu par appartements entiers ce segment d'activité.

1.5 Un mot des Communautés Hospitalières de Territoire.

Devant la commission Larcher, le **snch** a proposé de s'inspirer de la coopération inter communale et de ses mécanismes incitatifs.

Nous pensons qu'il faut refuser l'alternative absurde entre une solution autoritaire qui est impossible et un *statu quo* qui n'est pas souhaitable.

Le **snch** approuve le mécanisme astucieux proposé par le rapport Larcher qui repose sur le volontariat et sur des incitatifs.

La solution préconisée permettra de faire du "cousu mains" en nous protégeant de l'esprit de système.

A condition d'accompagner la mise en place de ces territoires par des mesures statutaires de façon à concilier l'intérêt collectif et l'intérêt individuel.

1.6 Pilotage de l'hôpital, Communautés Hospitalières de Territoire, reste à aborder le sujet de choix des ARS.

Le **snch** est favorable à la création des ARS.

Nous sommes bien placés pour savoir que le cloisonnement entre la ville et l'hôpital aboutit depuis trop d'années à une extension permanente des missions de l'hôpital.

Pourtant l'enfer est pavé de bonnes intentions.

Le mariage de raison entre l'Etat et l'Assurance maladie ne doit pas nous faire oublier l'essentiel, c'est-à-dire la finalité des ARS.

Aussi les professionnels de terrain que nous sommes formulent deux exigences :

1^{er} Les hospitaliers veulent garder des interlocuteurs compétents et accessibles.

Nous souhaitons que soient nommés à la tête des ARS de vrais « pros ». Pas des comètes qui traverseront le monde de la santé avant d'être propulsées vers d'autres galaxies.

Nous avons besoin de professionnels qui connaissent leur affaire. Qui comprendront nos métiers ou la réalité professionnelle qui est la nôtre.

2^{ème} Il faut impérativement doter les ARS de compétences nouvelles.

Pour leur permettre d'agir sur l'implantation des professionnels sur les territoires et sur la participation des libéraux à la permanence des soins.

Le Tour de France doit commencer dans quelques jours. L'hôpital ne doit plus être la voiture balais du système de santé.

1.6 Mais, vous vous en doutez, je dois aborder la crise de financement que connaît l'hôpital.

Et je voudrais sur ce point tenir autre chose que des propos de tribune. Je voudrais vous livrer véritablement le fond de notre pensée.

Tout d'abord, lors du congrès de Lyon, il y a tout juste un an, nous demandions une T2A à 100 % pour mettre en œuvre les SROS et lutter à armes égales avec le secteur commercial, nous demandions une enveloppe spécifique pour les soins de suite, nous demandions la poursuite d'un ONDAM volontariste pour le secteur médico-social.

Sur ces trois points, les choses ont avancées et nous avons obtenu gain de cause.

Vous savez par ailleurs, que nous n'avons pas d'état d'âme avec l'efficience.

L'efficience et la qualité sont notre métier.

A condition d'être dotés de toutes les attributions pour cela. Nous savons tous que ce n'est pas le cas.

Loin du catalogue des idées reçues dont certains font commerce- et j'allais dire un commerce florissant-, l'hôpital est au rendez-vous de la maîtrise des comptes publics.

Au cours des vingt cinq dernières années la part relative des dépenses hospitalières parmi les dépenses de l'Assurance maladie a diminué de huit points.

En 2005, 2006 et 2007, les hospitaliers ont assuré le respect de l'Ondam.

Là encore, voilà les faits !

Je crois utile de le rappeler à ceux qui rêvent d'instruire le procès des directeurs et des cadres.

Qui sont-ils pour nous donner des leçons ?

Quel fait d'arme, quel courage, quelle expérience managériale remarquable viendraient viendrait fonder leur crédibilité ?

Pourtant aujourd'hui notre système de financement heurte les règles les plus élémentaires du bon sens.

Il heurte - c'est un comble - les règles les plus élémentaires de la bonne gestion.

De quoi les professionnels de terrain ont-ils besoin ?

Premièrement, nous avons besoin pour fonder nos anticipations et notamment nos investissements de **tarifs stables**.

La volatilité des tarifs ne permet plus à un directeur de dire avant la fin du premier semestre s'il est à l'équilibre ou s'il est en déficit.

Bref, l'instabilité des tarifs bat aujourd'hui en brèche la cohérence du système.

Deuxièmement, outre des tarifs stables, nous avons besoin de crédits d'aide à la contractualisation suffisants et de missions d'intérêt général financées.

Je voudrais vous persuader qu'il ne s'agit pas d'une figure imposée de congrès.

Certains établissements sont confrontés à des problèmes qui ne sont pas la conséquence d'une mauvaise gestion.

C'est le cas des établissements dont la population diminue pour des raisons démographiques.

C'est le cas également des établissements qui sont confrontés à un problème de pénurie médicale.

S'agissant des CHU, lorsque 29 d'entre eux sur 31 sont en déficits, il devient plus que temps de se poser les vraies questions et de s'interroger sur la gouvernance et le financement de ces institutions.

Dans ces différents cas d'espèce, l'aide à la contractualisation doit garantir l'accès aux soins là où la régulation prix/volume est en échec.

Nous avons donc besoin en 2009 d'un ONDAM qui ne bouleverse pas l'économie générale des tarifs et qui dégage des crédits d'AC suffisants.

Sur ces deux points, nous jugerons, Monsieur le Conseiller, dans quelques semaines. Nous jugerons le Gouvernement aux actes.

* * *

2. Mais la formidable mutation du secteur sanitaire, médico-social et social implique une accélération de l'évolution des métiers d'encadrement.

Nos professions vont devoir faire leur révolution.

Je sais la volonté de la ministre de soutenir des directeurs. Ce ne fut pas toujours le cas par le passé. Le sang froid dont elle a fait preuve dans l'affaire d'Epinal s'agissant de la gestion du conseil de discipline de notre collègue, défendue là encore par le snch, mérite d'être souligné.

Mais je voudrais exprimer notre solidarité aux collègues d'AJACCIO et de CARHAIX.

A AJACCIO, agressions physiques et voies de faits ont contraints l'Etat à évacuer l'équipe de direction. Alors que la profession a les yeux rivés sur le devenir des collègues, je souhaite que la situation du chef d'établissement soit réglée de façon exemplaire. Pour lui et pour l'Etat ne doit pas perdre la face dans ce dossier. Et puisque Raynald Ferrari nous fait l'amitié d'être présent, je vous souhaite que nous lui rendions l'hommage qu'il mérite.

A CARHAIX, le directeur ne peut plus résider dans son établissement. Et a dû inventer le concept original de directeur itinérant.

Mais dans ce paysage en ébullition, je pourrais citer Clamecy, Pierre-Feu-du-Var ou Marenne d'Oléron.

Ces deux affaires sont emblématiques de ce qui risque de se reproduire.

La déclinaison de la politique hospitalière dans les années qui viennent – entre plans de redressement et restructurations – ne sera pas un chemin de roses.

Il faut avoir le courage le dire : nos métiers de dirigeants et de cadres seront plus complets mais aussi plus difficiles, mais aussi plus exposés, mais aussi plus risqués.

Nous prenons déjà des coups. Nous en prendrons plus encore à l'avenir.

Ces évolutions doivent par conséquent être accompagnées.

2.1 S'agissant tout d'abord des directeurs d'hôpital, plusieurs questions sont en débat.

- Celle tout d'abord de la légitimité du directeur.

Il ne s'agit pas, dans une concurrence dérisoire, de savoir qui signera l'arrêté de nomination du directeur de l'hôpital.

Il s'agit de savoir d'où le Directeur de l'hôpital tire sa légitimité.

L'actualité que j'évoquais tout à l'heure le démontre : le directeur pourra-t-il mener des restructurations ou des plans de retour à l'équilibre s'il n'est pas d'abord investi d'une légitimité nationale ?

Comment pourra-t-il résister aux pressions s'il doit sa nomination et son avenir à des décideurs locaux ?

Je comprends la belle ardeur de ceux qui se sont découverts une passion pour le code de commerce. Mais nous avons un léger problème de cohérence.

Le conseil de surveillance qui verra le jour, même enrichi de représentants de la vie économique, restera une instance économiquement irresponsable.

J'espère ne faire de peine à personne ne vous disant qu'il ne sollicitera aucun plan de redressement. Qu'il ne sera à l'origine d'aucune mesure courageuse sur l'emploi.

Et l'on voudrait que le conseil de surveillance recrute le chef d'établissement ? Eclairé il est vrai par des directeurs d'agence qui sont tellement soucieux de ne pas indisposer les élus...

La vérité c'est que le Directeur est le seul représentant de l'Intérêt Général à l'hôpital.

Le défi d'adaptation qui est celui de l'hôpital public implique qu'il le demeure.

La nomination du directeur de l'établissement par le Directeur de l'ARS évoquée par le rapport Larcher est un contresens.

Car elle aboutirait à affaiblir encore un peu plus le pilotage du système.

- Autre question, la responsabilisation et la reconnaissance des directeurs d'hôpital.

La revalorisation de la fonction de chef d'établissement, manquée pour partie par le statut de 2005, doit être enfin concrétisée.

La création des Communautés Hospitalières de Territoire suggère la création d'un statut de directeur de site. Je n'y reviens pas.

Les directeurs adjoints doivent pouvoir être managés aux résultats selon une logique beaucoup plus souple qu'aujourd'hui.

Mais nous pensons qu'il faut aller au-delà.

Nous proposons que les directeurs des établissements de référence soient nommés conseillers généraux des établissements de santé.

Pourquoi ?

Pour répondre concrètement aux problèmes de gestion auxquels nous sommes, pouvoirs publics et syndicats, aujourd'hui confrontés.

Cette solution offrirait trois avantages :

- 1er • Les directeurs des 200 plus gros établissements de France seraient dotés d'un statut valorisant qui serait la contrepartie de leur responsabilité nouvelle.

2^{ème} • Cette solution permettrait un départ sans drame du poste occupé lorsque cela s'avère nécessaire. Les obstacles au départ d'un collègue ne sont pas juridiques mais tiennent à l'absence de solution de repli honorable. Le **snch** accepte la notion de responsabilité. Mais il n'acceptera jamais l'instauration de Directeurs Kleenex.

3^{ème} • Cette solution permettrait au chef d'établissement de prendre plus de risque sur son poste. Quelque soit la bonne volonté de la DHOS et du CNG, le chef d'établissement qui perd ses fonctions suite à un conflit a aujourd'hui très peu de chance de retrouver un poste équivalent. Il perd une partie de sa rémunération. S'y ajoute une déstabilisation familiale.

J'ajoute que confronté à une communauté déraisonnable, le directeur d'hôpital doit pouvoir claquer la porte sans que cela soit catastrophique pour lui.

Il nous revient de créer les conditions du courage pour le chef d'établissement.

Quel meilleur levier que le chef d'établissement redresser pour redresser le système ?

Nous avons donc l'opportunité de créer quelque chose de neuf :

- un métier centré sur la performance,
- mieux reconnu donc plus attractif,
- alliant missions de responsabilité et missions de conseil et d'audit,
- combinant des professionnels de différentes générations.

- Cela me conduit à aborder l'ouverture de la profession.

Vous le savez, le **snch** n'a pas peur de l'ouverture.

Encore faut-il qu'elle soit examinée sérieusement par des gens sérieux. Je veux dire par des gens qui ont une notion de ce qu'est la gestion d'un établissement public de santé.

Je ne veux pas polémiquer plus avant sur la mission confiée au Professeur Vallancien. Nous nous sommes récemment exprimés sur ce point, je crois en des termes clairs. Nous voulons que cette mission passe dans les oubliettes de l'histoire hospitalière, nécessairement riche en péripéties. Vous avez été, Monsieur le Conseiller, en mesure de nous rassurer sur ce point et je vous en remercie. Nous tenons à cet engagement.

Mais à cette ouverture, nous posons trois conditions :

- elle doit être maîtrisée. Il ne doit pas s'agir d'une dérégulation.
- un passage modulable par l'EHESP doit être requis.
- des passerelles nouvelles doivent nous être proposées.

Mais il y a une chose que nous n'accepterons jamais : c'est de payer de façon différente pour une même fonction un directeur d'hôpital et un contractuel. Sur ce point, il y aura soyons clairs *casus belli*.

Sur l'ouverture de nouvelles passerelles, elles font partie des engagements du président de la République dans son discours de Bordeaux.

Nous sommes prêts à faire preuve de modernité mais à condition que cette modernité ne s'arrête pas à nos frontières. C'est d'ailleurs le sens du rapport SILICANI que certains feignent d'oublier.

Il ne m'a pas échappé que la « noblesse d'Etat » résiste de toutes ses capillarités à cette évolution. Pour preuve, le recours récent contre la nomination des conseillers généraux.

L'ouverture de notre profession est un symbole fort. Pour l'assumer, je le dis clairement car je ne voudrais pas que l'on aille vers des difficultés, il va nous falloir des symboles forts en retour.

- Enfin, la profession doit être gérée différemment.

Un « vivier » doit voir le jour en utilisant des outils modernes de GRH : bilan de compétences, analyse des potentiels et formation personnalisée.

Il faut gérer des potentiels plutôt que des parcours.

La carrière des directeurs d'hôpital ne doit pas à l'avenir être principalement fondée sur la capacité à absorber huit ou neuf déménagements et, poussons un peu le bouchon, les deux divorces qui les accompagnent ! Mon propos est excessif, mais il n'est pas dérisoire.

Je veux également dire que le snch reste farouchement attaché au rôle des commissions nationales paritaires. Elles sont notre meilleur rempart contre le népotisme et la politisation. Et nous n'avons aucune intention, mais alors vraiment aucune, d'y renoncer !

Je veux saluer particulièrement la mise en œuvre énergique du CNG et dire à Danielle Toupillier qu'elle peut compter sur notre plein soutien. Le traitement réservé aux crises de ces dernières semaines, par elle et ses services, peut être qualifié d'exemplaire.

De même, je me félicite des relations de confiance qui se sont nouées avec Annie Podeur, directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins. J'ai conscience, chère Annie Podeur, de la charge de travail que représente, pour elle et ses services, les réformes majeures qui sont engagées. Vous savez en retour que nous ne sommes pas insensibles à l'Intérêt Général.

2.2 S'agissant des directeurs d'établissement sanitaires, sociaux et médico-sociaux le **snch** se réjouit tout d'abord de la sortie du nouveau statut.

La profession y voit la reconnaissance d'un métier et de ses spécificités. Enfin pourrait-on dire !

La reconnaissance des responsabilités exigeantes qui sont assumées, le plus souvent de façons isolées.

Le nouveau statut ouvre l'accès aux échelles lettres et une revalorisation indiciaire et indemnitaire.

Une déception toutefois : le régime indemnitaire est en deçà de ce que nous pensions légitime. Nous ne nous résignons pas.

Enfin le **snch** demande qu'une action déterminée soit menée afin de permettre un regroupement pragmatique des établissements.

C'est dans ces regroupements que réside l'avenir de ce corps.

Sur le champ médico-social plus largement, le **snch** prend acte de la volonté du gouvernement de créer un 5^{ème} risque pour répondre au problème de l'autonomie.

Nous nous félicitons notamment de la création de 5000 à 7000 places par an de Maisons de Retraite. Ou encore du pilotage de ce risque par la CNSA.

En revanche, nous demeurons interrogatifs sur la capacité du gouvernement à financer un droit universel à l'autonomie uniquement à partir de redéploiement de crédits du sanitaire ou sur un système de prévoyance.

Enfin, dans le cadre de la mise en place des futures ARS, nous demandons un opérateur régional unique pour les professionnels. Et non une pluralité d'intervenants toujours plus prolixes en tableaux divers à renseigner.

2.3 Les directeurs des soins et les cadres de santé.

Les directeurs des soins et les cadres de santé font face depuis plusieurs années à des évolutions profondes sans que leurs formations et leurs statuts n'aient été adaptés.

Depuis 2001, les cadres sont au front : réduction du temps de travail, nouvelle gouvernance hospitalière, multiplication des plans de retour à l'équilibre.

Autant de réformes qui, pour l'encadrement, ont été subies sans être accompagnées en termes de sens, de repères ou de redéfinition de la formation.

Plusieurs signaux témoignent d'un essoufflement bien réel des cadres :

- les écoles des cadres peinent à se remplir,
- certains cadres demandent à revenir à une fonction d'infirmière.
- la nouvelle gouvernance hospitalière brouille les repères entre directeurs des soins, assistants de pôle, cadres supérieurs de santé et cadres de santé.

Pourtant l'hôpital public ne pourra pas faire face aux évolutions qui sont les siennes sans penser la place des cadres.

Le défi de l'efficacité ne sera relevé que parce que les cadres y trouveront sens et équilibre personnel.

A cet égard, le **snch** formule quatre demandes :

1/ La réforme en préparation doit intégrer un « volet cadres ».

Le **snch** prend acte sur ce point du discours d'Hôpital Expo de la ministre et prendra toute sa part aux réflexions annoncées.

2/ La représentation des cadres doit impérativement évoluer.

L'accès progressif des infirmières en catégorie A rend inéluctable la création d'un collège cadres.

3/ Leur formation doit être adaptée en confiant à l'EHESP la maîtrise d'ouvrage des maquettes de formation.

4/ Leurs statuts doivent être enfin revalorisés tant pour les directeurs des soins, les cadres supérieurs et les cadres de santé ou les directrices d'écoles.

Le régime indemnitaire doit être adapté pour permettre un management aux résultats des cadres.

Je veux d'ailleurs m'étonner de l'absence de parution du décret sur les assistants de pôle. Et nous sommes en juin 2008 !

Après le protocole Bertrand, essentiellement centré sur la catégorie C, le **snch** demande officiellement l'ouverture d'une négociation sur les catégories A et B.

Il est plus que temps.

2.4 Pour les cadres administratifs, la situation n'est guère meilleure.

Le corps des attachés connaît une crise sans précédent.

L'absence de choix des candidats par les chefs d'établissements conduits à une diminution des postes mis au concours : 200 postes en 2003, 100 postes en 2007, 50 en 2008. J'ai bien dit 50 en 2008.

Il va bientôt y avoir plus de formateurs que d'attachés.

Le **snch** n'a eu de cesse d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur ce sujet : rendez - vous avec les services, courrier à la ministre en février 2008, déclaration au CSFPH le 26 mars dernier.

C'est donc solennellement que nous demandons :

- Qu'à l'occasion du concours 2009, le CNG fasse savoir très officiellement aux candidats et aux établissements son souhait de procéder à une affectation reposant sur un accord entre le lauréat et le chef d'établissement.

Une communication forte en direction des établissements est nécessaire pour qu'un nombre supérieur de postes soit mis au concours.

- Nous demandons que dès 2010/2011, un statut d'élève attaché soit créé permettant aux intéressés d'effectuer une scolarité d'un an en une seule séquence.

S'agissant du sujet douloureux des ACH, une éclaircie est intervenue et mérite d'être connue beaucoup plus largement.

Une clause de sauvegarde est désormais en vigueur. Elle permet à un établissement de nommer dans le grade d'attaché, un ACH ayant été proposé sans succès à deux reprises à la nomination au tableau d'avancement.

Cette souple technique devrait permettre de régler beaucoup de situations individuelles.

Il faut s'en féliciter et la faire connaître très largement.

2.5 S'agissant des cadres techniques, le snch se félicite de la mise en œuvre des avancées statutaires prévues pour les ingénieurs.

Ainsi le taux de la prime de technicité a été augmenté pour passer à 45 %.

Reste à traiter la situation des statuts locaux.

Le snch demeure demandeur de propositions précises sur ce sujet.

Les défis technologiques de nos établissements, tant pour le bâti que le SIH doivent nous conduire à être très ambitieux pour cette famille professionnelle.

2.6 Enfin, je souhaite aborder le sujet de l'EHESP qui concerne plusieurs professions que nous représentons.

Sous l'impulsion de Jean-François Mattéi et Antoine Flahault, l'EHESP s'est doté d'un grand dessein.

Le projet d'établissement qui a été adopté prévoit la création de chaires universitaires, des partenariats internationaux ambitieux, une école doctorale, la création de plusieurs MBA, la création du statut de professeur associé, et, enfin, la création de l'Institut du Management que le snch appelait de ses vœux.

Je veux saluer l'action de mes prédécesseurs et en particulier de Jean-Olivier Arnaud sur ce dossier.

Je veux remercier la FHF, et l'ADH, qui aux côtés du **snch** ont permis à cette avancée de voir le jour.

Le souffle qui porte aujourd'hui l'EHESP est un gage de confiance pour l'avenir de nos professions.

Et si cela en dérange, c'est bien le signe qu'il s'est passé quelque chose.

* * *

Voilà monsieur la Directrice que veulent vous dire aujourd'hui les cadres hospitaliers.

Qui aurait pu prédire qu'un jour je t'accueillerai, moi en qualité de président, toi en tant que représentant de madame la ministre ?

Ici chez toi, parmi les tiens.

Cela veut dire que notre génération a désormais une responsabilité. La responsabilité de faire quelque chose d'utile. De tout tenter pour ne rien regretter.

Pourquoi vous le cacher, nous pouvons nous retrouver sur plusieurs objectifs de la réforme de l'hôpital.

Mais il faut désormais passer à l'acte. Des mots, il faut passer à la réalité.

Nous avons l'opportunité, peut-être historique, de donner à nos établissements une vraie cohérence et partant un véritable avenir :

un vrai gouvernail,

un vrai capitaine,

des officiers motivés,

et un équipage bien dans ses bottes –après tout nous sommes à Bordeaux.

Le **snch** est prêt à s'engager dans cette traversée.

Mais pas dans une galère.

Alors nous vous exhortons à éviter deux pièges :

-celui de la fausse réforme de nos établissements,

-et celui d'un jeu de dupes pour nos professions, que nous ne sommes pas disposés, que nous ne serons jamais disposés à accepter.

Je vous remercie.