

managers de santé smps

le magazine des directeurs et cadres de la fonction publique hospitalière



GHT Acte 2 La délicate mise en œuvre



Agenda
Vos événements
SMPS 2016 et 2017



Dossier
Interview
de Marisol Touraine



Dossier
Que vont changer les GHT
dans mon exercice professionnel ?



Éditorial

Jérémie SÉCHER
Président

Le moment de vérité

Après des mois de négociations sur les groupements hospitaliers de territoire, cette nouvelle réforme de notre système de santé entre dans sa phase de mise en œuvre concrète. Dans les territoires, les établissements, leurs directeurs, ingénieurs et cadres, en première ligne, se réunissent pour dresser les grandes lignes des coopérations à venir. Tout le monde ne parle plus que de projet médical partagé, de conventions constitutives et de groupes de travail sur les achats ou les systèmes d'information.

Aujourd'hui, la machine est lancée et quels que soient les choix qui ont pu être faits dans un certain nombre de situations, notamment dans la détermination des périmètres sur des bassins de vie pertinents, les hospitaliers vont devoir transformer l'essai.

Nous avons interrogé dans ce numéro des acteurs clés de la loi de modernisation du système de santé. La ministre de la Santé nous dit notamment quel message elle souhaite faire passer aux hospitaliers au moment où la réussite des GHT passera clairement par l'engagement et les efforts de chacun d'entre eux. Vous pourrez également découvrir un entretien passionnant avec Frédéric Martineau, qui revient pour nous sur les objectifs qu'il a défendus dans son rapport commis avec Jacqueline Hubert et qui nous livre quelques éléments de bilan à quelques semaines de la date charnière du 1^{er} juillet. Toujours côté représentants de la communauté médicale, le nouveau président de la Conférence des PCME de centres hospitaliers, Thierry Godeau, nous donne son ressenti sur cette réforme après quelques semaines d'exercice de son nouveau mandat.

Nous abordons aussi dans notre dossier spécial les points de vue des acteurs de terrain – directeurs,

ingénieurs et cadres – sur les changements à venir dans leurs métiers et leurs domaines de compétences. Chacun porte le souci de faire progresser la prise en charge des patients partout sur le territoire tout en respectant les marges de manœuvre de chacun, dans les établissements supports ou parties des GHT. Chacun aussi se trouve confronté aux contradictions d'un modèle qui ne peut être unique lorsque les découpages territoriaux vont de 200 000 habitants à 1,5 million, voire plus.

Vous allez découvrir au fil des pages que ce sont plutôt deux modèles qui se dessinent : celui de l'intégration sur des bassins de vie suffisamment restreints, avec souvent comme support une direction commune, et celui de la coopération simple, sur des territoires plus étendus où, pour ne pas créer de mégastuctures bureaucratiques, les acteurs mettent leur intelligence au service de la déconcentration du pilotage des pôles et fonctions mutualisés en les répartissant entre les établissements parties.

L'essentiel n'étant pas de correspondre à un modèle unique conçu à Paris ou dans une capitale régionale et décliné unilatéralement, mais bien que la coopération génère une meilleure répartition des ressources et du mieux-être pour les patients comme pour les professionnels. Sur ce dernier point, et concernant les conséquences des GHT sur les conditions d'exercices, les métiers et les statuts des directeurs, ingénieurs et cadres, vous pourrez découvrir lors du salon Paris Healthcare Week les résultats de notre grande enquête menée avec l'Ifop. Le ressenti, objectivé par un grand institut de sondage reconnu, de l'ensemble de la ligne de management sur l'efficacité de cette nouvelle réforme et sur son impact sur l'avenir collectif et individuel des professionnels hospitaliers, ce sera aussi cela, le moment de vérité. ■



Dossier GHT

Acte 2 - La délicate mise en œuvre

Interview de Marisol Touraine 19

Que changeront les GHT dans mon exercice professionnel ?

GHT et SIH 20

Mutualisation achats 22

La GRH dans les GHT : une ambition sans certitude 24

Le social et le médico-social veulent en être 26

La parole au corps médical 28

Les GHT expliqués par l'un de leurs inspirateurs 29



smmps

smpsante.fr

Directeur de la publication

Jérémy Sécher

Rédactrice en chef

Élodie Chapel

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 de Champagne

Infos en bref

CCN unique des corps de direction Le SMPS attentif à tous les corps de direction	2
Grande conférence de santé La santé sans les hôpitaux ?	2
Loi Santé, avenir des corps de direction, CAPN des DH Merci pour ces moments	3
Protocole PPCR Les ingénieurs réunis autour du SMPS pour porter leurs revendications auprès des pouvoirs publics	3
PPCR ingénieurs et cadres techniques Réunion avec la DGOS	3
Loi Santé Les 10 propositions clé du SMPS	4
CAPN DS Des GHT sans directeurs des soins ?	4
CAPN DH, 7 avril Les GHT seront-ils facteurs de progrès ?	5
Projet de décret GHT Les amendements du SMPS	5
AGENDA	5

En coulisses

Deux missions... pour une nouvelle ambition ?	6
---	---

À la loupe

GHT : du rapport au décret : rassurer, amender et... mettre en œuvre	8
Cour des comptes : organisation du système de soins : à revoir	12
Parité hommes/femmes, action !	14

Tribune libre

Démarche : hospitaliers, osez l'ARS !	15
Ne pas devenir des automates publics de santé	16

Club Jeune Génération

Jeunes générations et GHT : quelle vision des métiers à l'heure du bouleversement ?	32
--	----

Le SMPS en régions

Bientôt les élections régionales !	32
--	----

Catégories

directeurs d'hôpital	35
Réformes en cours du statut des DH : ce qui a été obtenu, ce qui reste à obtenir	
directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux	36
Face aux inquiétudes grandissantes des D3S, le SMPS réclame des réponses claires !	
directeurs des soins	37
Devrons-nous réinventer notre métier ?	
cadres de santé	38
Et maintenant ?	
ingénieurs et cadres techniques	39
Télétravail : mieux articuler vie personnelle et vie professionnelle	
cadres administratifs	40
Bientôt au Smic ?	
cadres détachés	41
Êtes-vous plutôt « mise à disposition » ou « détachement » ?	

Publication

Les relations entre directeur et médecin à l'hôpital public	42
---	----

Prendre le temps

Voir, savoir, bons plans, lire, écouter	39
---	----

Adhésion/cotisation

Vos élus et représentants

Infos en bref

CCN unique des corps de direction

Le SMPS attentif à tous les corps de direction

La loi de modernisation de notre système de santé bouleverse les instances de représentation des corps de direction. Il instaure un comité consultatif national unique qui se substitue aux trois comités existants : directeurs d'hôpital, directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux et directeurs des soins.

Dès le 27 janvier 2016, le comité consultatif unique s'est substitué par la loi aux trois instances consultatives nationales issues de la législation précédente.

Le SMPS prend acte de cette réforme imposée par le législateur mais émet de fortes réserves, portant aussi bien sur la forme – aucune concertation avec les corps concernés – que sur le fond. En effet, un CCN unique ne garantit pas la prise en compte des trois corps de

direction dans leur diversité. Les discussions risquent d'en rester à un niveau très généraliste alors que les enjeux sont majeurs et spécifiques pour les directeurs à l'heure de la mise en œuvre des GHT.

La mise en place d'un CCN unique nécessite l'édiction d'un décret en Conseil d'État pour fixer la compétence, la composition, l'organisation et le fonctionnement du comité. Nous apporterons la plus grande vigilance sur les modalités de mise en œuvre.

À ce stade, les événements récents ne peuvent que nous inquiéter. D'une part en ce qui concerne la composition du futur CCN. Le projet de décret soumis à concertation prévoit qu'il comporte 15 membres, contre 26 dans les trois précédents CCN : 10 pour le CCN D3S, 10 pour le CCN DH

et 6 pour le CCN DS. La DGOS a voulu répartir les sièges sur le fondement des résultats des dernières élections aux trois CCN, au prorata des voix obtenues par chaque organisation syndicale. Mais le SMPS s'est élevé contre cette option, la jugeant hasardeuse juridiquement, et a plaidé pour des mesures transitoires. La Direction des affaires juridiques du ministère nous a donné raison et, jusqu'aux élections prévues en 2018, le CCN unique comportera 26 membres, élus lors des dernières élections. D'autre part, pour une bonne représentation de tous les corps de direction, le SMPS a plaidé auprès de la DGOS pour que le décret d'application prévoit un système de collèges, pour garantir sa représentation à chaque corps. Cette proposition n'est pour l'instant pas soutenue par les pouvoirs publics. ■

Grande conférence de santé

La santé sans les hôpitaux ?

La grande conférence de santé, lancée par le Premier ministre en mars 2015, a vu son aboutissement le 11 février dernier. Au siège du Conseil économique, social et environnemental, les acteurs se sont succédé pour présenter leurs travaux, leur bilan et les réformes préconisées. Mais on a surtout évoqué la formation et le renforcement de l'exercice libéral.

Or, selon la DGOS, 12,1 millions de patients sont hospitalisés chaque année en médecine/ chirurgie/obstétrique (MCO). Certains d'entre eux plusieurs fois. On compte donc près de 28 millions de séjours hospitaliers. Toujours sur un an, près d'un million de patients sont dirigés en soins de suite et de réadaptation, soit 36 millions de journées. En psychiatrie, les 433 000 patients représentent 26,2 mil-

lions de journées d'hospitalisation. En outre, on compte chaque année 18,6 millions de passages aux urgences hospitalières. Rappelons enfin que près de 1,2 million de professionnels travaillent dans la fonction publique hospitalière. Pourtant, l'hôpital n'a pas été évoqué lors de cette grande conférence. Parmi les 22 mesures annoncées, on retiendra ainsi la volonté de confier les études paramédicales à l'université et l'adaptation d'un *numerus clausus* aux études médicales en le régionalisant. Soulignons les réformes nécessaires, comme celle de la protection sociale des étudiants – alignement de leur statut sur celui de leurs pairs de l'université – et celle concernant les médecins libéraux et les congés maternité. Autres mesures : le retour de la cer-

tification pour les médecins ou encore la volonté de refonder le statut de praticien hospitalier... pour renforcer les passerelles avec l'exercice libéral ! De nombreuses mesures ont concerné la médecine de ville. L'hôpital s'en réjouit au vu des enjeux de prise en charge dans les territoires entre les établissements et les professionnels de santé libéraux. Fallait-il pour autant occulter les questions relatives à l'avenir des établissements de santé ? Il faut croire que le plan triennal et la perspective des futurs GHT sont anecdotiques au sein du système de santé en train de s'écrire. L'hôpital public y a pourtant toute sa place : les communautés hospitalières y travaillent au quotidien. Les pouvoirs publics doivent en tenir compte. ■

Loi Santé, avenir des corps de direction, CAPN des DH

Merci pour ces moments

Trois réunions importantes ont eu lieu en janvier.

Décrets d'application de la loi de santé

Le SMPS a demandé l'augmentation du collège des établissements de santé dans les conseils territoriaux pour permettre une représentation paritaire des directeurs et des présidents de CME dans les territoires.

Avenir des corps de direction

Le SMPS a demandé un point précis sur les restructurations de ces cinq dernières années, notamment en direction commune. Il estime que 30 à 50 % des chefferies ont disparu sur la période 2009-2016. Ces restructurations, majeures pour les directeurs, leur projection dans leur carrière et leurs métiers, doivent être mises en lumière auprès du guichet unique qui refuse de revoir les emplois fonctionnels de directeurs, arguant d'une absence de restructuration majeure du système.

Notre syndicat a aussi alerté les pouvoirs publics sur le problème majeur d'attractivité des concours des corps de direction et d'AAH à l'EHESP. Il a évoqué la rémunération des élèves et insisté sur la situation préoccupante des élèves directeurs du troisième concours, dont

la perte de rémunération n'est pas compensée en cours de scolarité. Le SMPS a souligné la responsabilité des pouvoirs publics dans l'absence de pistes concrètes pour résoudre ces problèmes d'attractivité, qui se traduisent soit par des démissions à l'entrée des concours, soit par des départs massifs du corps des D3S ou par l'érosion constante des candidats au concours de DS.

CAPN

Sur les questions d'évolutions statutaires, le SMPS a relevé des avancées, si ces dernières franchissent effectivement la validation du guichet unique ! Le cœur du projet de décret pour les directeurs d'hôpital concerne les conditions d'accès au grade de classe exceptionnelle et la transformation de l'échelon spécial contingenté de la hors-classe en échelon linéaire décontingenté. Le projet simplifie aussi les règles du Graf en élargissant les viviers et les périodes de référence. Il prend acte de la nouvelle organisation des régions pour fixer de nouvelles règles de mobilité interrégionale : depuis le 1^{er} janvier 2016, les mobilités s'entendent au sens des treize grandes régions. Le SMPS a donc souhaité que le CNG lance une réflexion sur les critères de passage à la hors-classe en modifiant le critère de mobilité géographique. ■

Protocole PPCR

Les ingénieurs réunis autour du SMPS pour porter leurs revendications auprès des pouvoirs publics

Le 19 janvier, les SMPS a invité les associations d'ingénieurs et de cadres hospitaliers à une journée d'échanges autour de la présentation de l'étude menée par le SMPS sur les conséquences du protocole PPCR sur l'évolution des corps techniques, ainsi qu'autour de la revalorisation du cadre d'emploi des ingénieurs territoriaux dont les textes ont été soumis à l'avis du CNFPT à l'automne 2015. Les associations présentes ont unanimement validé les principes et les revendications portés par le SMPS. ■

SAVE THE DATE

70^e congrès

22-23 JUIN 2017

Centre des congrès de La Baule
Le SMPS fête ses 70 ans !



PPCR ingénieurs et cadres techniques Réunion avec la DGOS

Comme suite à une sollicitation du SMPS, une délégation a été reçue le 20 janvier à la DGOS, afin d'étudier les conséquences et le calendrier du PPCR pour les ingénieurs hospitaliers. Le SMPS a exigé le maintien de la comparabilité avec le statut des ingénieurs territoriaux et a demandé que les évolutions indiciaires intégrées dans les nouveaux statuts territoriaux soient très rapidement transposées aux ingénieurs hospitaliers. Le SMPS a fait des propositions pour l'évolution du statut des cadres techniques, en cohérence avec les principes de comparabilité édictés dans le PPCR et en lien avec la mise en œuvre des GHT.

Retrouvez l'interview de Jean-Marc Novak, du 2 février, sur le nouveau site traitant de l'actualité de l'ingénierie hospitalière : *TechHospital.com*, en consultant l'article suivant : « Statut des ingénieurs hospitaliers : le SMPS présente ses doléances au ministère de la santé ». ■

Loi Santé

Les 10 propositions clé du SMPS

Le 25 février, le SMPS a présenté ses 10 points clé pour la réussite des GHT. En voici un rappel.

Un calendrier réaliste. La date du 1^{er} juillet pouvait être conservée pour fixer la composition des GHT, pour adopter la convention constitutive et les grands principes du projet médical partagé. Mais le projet médical en lui-même devait pouvoir être adopté plus tard, pour laisser aux acteurs des GHT le temps nécessaire à la réflexion commune. *Sur ce point, les pouvoirs publics nous ont entendu.*

Une distinction entre intégration et coopération. Les GHT sous direction commune pourront aller vers une intégration croissante ; pour les autres, il ne peut être question que de coordination des activités.

Un périmètre maîtrisé. Dans la majorité des cas, le bassin de population desservi par les GHT n'a pas vocation à dépasser 700 000 habitants :

- pour garantir des filières de soins pertinentes et rendre possibles des économies sur un territoire ;

- pour garantir un espace projets qui ait du sens ;
- pour prévenir la dégradation des conditions d'exercice des directeurs, ingénieurs, cadres et médecins liées à l'exercice territorial.

Si une dérogation est nécessaire dans un territoire, elle peut toutefois être discutée avec les pouvoirs publics par exception.

Une association des élus à la démarche. Les conseils de surveillance doivent être intégrés à la concertation autour des GHT, aussi bien pour la composition que pour la convention constitutive. *Sur ce point, le SMPS a également été entendu avec la création du comité territorial des élus.*

Une place repensée pour les CHU. Leur association aux GHT est nécessaire et évidente dans leurs missions d'enseignement et de formation, de recherche, de référence et de recours et de gestion de la démographie médicale.

Interlocuteurs incontournables pour l'ensemble de ces missions, les CHU doivent privilégier leurs missions dis-

tingentes par rapport à leur identité de proximité – c'est l'esprit de la loi. Ils ne sont donc pas systématiquement les établissements supports naturels des GHT sur tous les territoires mais assurent un rôle essentiel et transversal pour tous les GHT.

Une association étroite des établissements médico-sociaux parties aux GHT à la réflexion autour des filières d'organisation et de prise en charge.

Une convention constitutive simplifiée, qui ne rentre pas dans le détail de l'organisation des filières de soins, pour permettre aux établissements du GHT de s'adapter à l'évolution permanente de la demande de soins. *Le SMPS a là encore été suivi sur ce point.*

Une liberté de répartition des missions. Il faut laisser la possibilité, sur demande des acteurs locaux, de répartir le pilotage des activités mutualisées obligatoires comme facultatives entre les établissements.

Une valorisation de l'exercice territorial. Pour les directeurs, ingénieurs, cadres et médecins. ■

CAPN DS

Des GHT sans directeurs des soins ?

Le manque de lisibilité constaté par les acteurs de la santé sur les effets de l'instauration des GHT les inquiète. Cette inquiétude a été rappelée lors de la CAPN des DS du 17 mars 2016.

Des clarifications législatives sont urgentes. D'abord sur le périmètre des GHT et sur leur degré d'intégration. Ensuite sur la place et les missions de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) dont le président sera l'un des acteurs majeurs de la réforme.

La réussite de celle-ci sera garantie par l'importance accordée à des filières de soins identifiées qui appellent coopération et un projet médico-soignant de prise en charge partagé et par un projet managérial qui clarifie le rôle de chacun.

Dans ce contexte, nous exigeons des signaux forts comme l'ouverture urgente

et l'aboutissement des évolutions statutaires, indiciaires et indemnitaires, des directeurs des soins.

L'absence d'écoute et de reconnaissance par les pouvoirs publics est vécue comme une provocation. Les régulateurs du système devront-ils le bloquer pour être enfin pris en considération ?

Nous avons rappelé que la reconnaissance de notre métier s'appuie sur une identification distincte des trois corps de direction avec trois statuts différenciés mais avec des fonctions valorisées à l'identique, notamment dans leurs dimensions indiciaires et indemnitaires. Par ailleurs, nous avons souligné les attentes de notre corps qui portent sur la création d'un grade à accès fonctionnel (Graf), sur l'élargissement et la revalorisation des emplois fonctionnels, sur la clarification de la fonction de coor-

dination d'institut, sur la prise en compte de nos nouveaux modes d'implication dans une logique d'exercice territorial, sur la maîtrise des conséquences de la mise en place des GHT sur nos conditions d'exercice, sur la renégociation de nos primes et indemnités, sur la reconsidération effective de notre PFR et enfin sur la gestion de la démographie du corps des directeurs des soins.

La DGOS et le CNG, rappelant le calendrier des groupes de travail initiés, se sont engagés à relayer notre message jusqu'au plus haut niveau de l'État. Ils ont rappelé les perspectives liées à la mise en place des GHT, tant sur la dynamique des projets de soins que sur l'organisation des instituts de formation. Ceux-ci, ont-ils rappelé, demeurent rattachés selon la loi à la fonction publique hospitalière. ■

CAPN DH, 7 avril

Les GHT seront-ils facteurs de progrès ?

Lors de cette première CAPN présidée par la nouvelle directrice générale de l'offre de soins, le SMPS a rappelé les conditions nécessaires pour que les réformes actuelles constituent un progrès, pour les patients comme pour les professionnels. La ministre a évoqué à plusieurs reprises la résistance au changement à propos des GHT. Le SMPS a rappelé qu'il croyait au changement : nos élus prennent sur leur temps personnel pour faire des propositions pour la progression du système de santé.

Notre syndicat a rappelé l'importance de laisser l'initiative aux acteurs de terrain, à partir d'un projet médico-soignant véritablement partagé et sur de vraies synergies économiques comme managériales. La ministre a semblé nous avoir entendu : elle a appelé à davantage de souplesse laissée aux acteurs de terrain. Dans ce cadre, le SMPS ne peut accepter les fortes pressions, voire les menaces, exercées par certains directeurs généraux d'ARS sur les directeurs d'établissement, qui vont à l'encontre des positions publiques relatives aux périmètres des GHT.

Dans le contexte très tendu de plan triennal d'économies, les mises en danger personnelles ne pourront que se multiplier. Le SMPS rappelle donc l'extrême urgence à revoir les mécanismes statutaires permettant à un directeur de trouver une solution à toute mobilité ou reconversion forcée.

L'accompagnement collectif et individuel de ces situations et la création d'un statut de mission sont des priorités.

Le SMPS a aussi demandé un calendrier accéléré de négociations sur les conséquences des GHT en termes d'évolution des métiers, des conditions d'exercices et des statuts. Il a rappelé par ailleurs que des dizaines de millions d'euros avaient été et seraient économisés par la réduction de la démographie du corps des directeurs d'hôpital. Le SMPS a notamment insisté sur :

- la refonte du régime indemnitaire valorisant l'exercice territorial (exercice multisite, intérim), pour les chefs et directeurs adjoints ;
- la réforme des emplois fonctionnels, avec la fin des quotas par seuil et la création de nouveaux emplois fonctionnels pour les établissements aux budgets les plus importants – création notamment d'emplois d'adjoints (CHU ou CH de groupe 1, GHT en direction commune) ;
- l'adaptation d'un « dispositif coussinet » élargi à cinq ans, comme pour les directeurs territoriaux de l'État, notamment dans le cas de retrait d'emploi. C'est une priorité à l'aube des restructurations dues aux GHT.

Enfin rappelons que nous avons toujours soutenu la nécessité d'un appui spécifique aux collègues qui prennent les postes outre-mer : suivi particulier et véritables garanties. Les retours précipités traduisent

souvent une impossibilité récurrente à faire avancer les sujets. Les représentantes du ministère ont répondu suivre individuellement les situations concernées pour trouver des solutions. ■

AGENDA

Vos événements marquants avec le SMPS en 2016 et 2017

Du 24 au 26 mai

Paris Healthcare Week
Le SMPS et ses élus directeurs, ingénieurs et cadres vous accueillent sur le stand L70.
Venez nombreux !

Le 16 septembre 2016

« Évoluer professionnellement : quels choix s'offrent aux directeurs et cadres de la FPH ? »
Le SMPS vous accueille à Levallois, dans les locaux de la GMF (métro Anatole-France) pour une journée de réflexion.

Projet de décret GHT

Les amendements du SMPS

Le SMPS a pris connaissance du décret relatif aux GHT dans sa version définitive parue au JO du 27 avril 2016. De nombreuses modifications qu'il portait ont été prises en compte. Réunis par la DGOS le 2 mars dernier, le SMPS et l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH) avaient d'ailleurs notamment fait front commun pour demander une réécriture complète du décret GHT.

Le SMPS avait notamment rendu publiques ses propositions d'amende-

ments sur la version diffusée le 5 avril 2016.

Ces propositions sont à télécharger sur notre site sur le lien suivant : <http://www.smpsante.fr/lactu/communiques-de-presse/projet-de-decret-ght-les-amendements-du-smps.html>.

Le décret final a intégré de nombreuses remarques du SMPS, dans une optique de souplesse et d'adaptation du dispositif aux contextes locaux et aux différents périmètres des GHT. ■

Rétroplanning des GHT

QUAND	QUOI	PRÉCISION
01/07/16	Périmètre GHT	Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête la liste des GHT dans la région de son ressort et leur composition.
01/07/16	Projet médical partagé	Le projet médical partagé du GHT définit les objectifs médicaux du groupement.
01/07/16	Convention constitutive	Transmission de la convention constitutive au DGARS.
01/01/17	Projet médical partagé	Le PMP identifie l'organisation par filière d'une offre de soins graduée.
01/01/17	EPRD	Les établissements supports intègrent en annexe de leur EPRD les opérations concernant les fonctions et activités mutualisées au sein du GHT. Les établissements parties au groupement contribuent à ces opérations selon une clé de répartition qui sera fixée par arrêté du ministère de la Santé.
01/01/17	Achats	Un plan d'action des achats du groupement est élaboré.
01/07/17	Projet médical partagé	Le PMP est complet et conforme aux dispositions de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique.
01/07/17	Projet de soins partagé	Le projet de soins partagé est adopté.
01/01/18	Système d'information	Un schéma directeur du système d'information du groupement, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique.
01/01/20	Qualité	Les établissements doivent être dotés d'un « compte qualité unique » dans la perspective d'une certification conjointe par la HAS. Cette certification « donne lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements de santé parties au groupement ».
01/01/21	Système d'information	Le système d'information hospitalier convergent du groupement comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les établissements parties au groupement utilisent un identifiant unique pour les patients.

En coulisses

Deux missions... pour une nouvelle ambition ?

La recomposition territoriale, la mobilité interfonctions publiques devraient changer l'avenir de nos parcours professionnels si l'on met en œuvre une véritable gestion des talents ambitieuse et innovante pour les directeurs, ingénieurs et cadres. Le SMPS s'y emploie.

Gestion des talents : nos propositions

Lors de la réunion du 22 avril dernier sur l'avenir des corps de direction proposée par le ministère de la Santé et en présence du Centre national de gestion sur l'accompagnement des directeurs dans le cadre des restructurations territoriales, le SMPS a souligné que la mobilité était plus que jamais au centre des préoccupations des collègues. De nombreux collègues directeurs, chefs ou adjoints mais aussi ingénieurs, attachés ou cadres nous appellent pour évoquer leur volonté de mobilité et leur difficulté à trouver un poste dans un environnement flou et incertain.

Le plan triennal et la tension supplémentaire qu'il impose dans le management des établissements de santé, tout comme les recompositions liées aux GHT, ne font qu'accroître le besoin de mettre à l'agenda des pouvoirs publics les conclusions émises par notre syndicat à l'issue de son travail sur la gestion des talents. *(Retrouvez les conclusions du travail fait avec Eurogroup sur notre stand lors de la Paris Healthcare Week du 24 au 26 mai 2016.)*

Le SMPS a notamment évoqué les grands axes suivants :

- la nécessité de constituer des viviers de potentiels, selon les profils, les expériences passées et les compétences. Ils seront pilotés en réseaux, depuis les établissements pour les ingénieurs et cadres jusqu'au niveau national pour les directeurs en passant par les nouvelles grandes régions ;
- la révision des modalités de suivi des parcours par le CNG et de sélection des hauts potentiels pour les directeurs, en particulier dans la sélection des chefs d'établissement, avec des rendez-vous réguliers pour aider à la construction des parcours et l'organisation de revues de carrières transparentes et équitables ; et la déclinaison de ce suivi des parcours au niveau des établissements et des GHT pour les ingénieurs et cadres ;
- la révision de l'évaluation des directeurs, afin de permettre ce suivi national des

carrières et la construction de viviers transparents et en évolution permanente ;

- la refonte totale du dispositif de formation, pour offrir enfin des dispositifs intéressants aux directeurs, ingénieurs et cadres. Cela leur permettra de progresser dans leur carrière ou de s'ouvrir de nouvelles voies ambitieuses, avec par exemple la possibilité de suivre des masters ou MBA en écoles de commerce, ou l'appui dans l'accès aux parcours doctoraux ;
- la sécurisation du dispositif de détachement, notamment pour le retour dans le corps qui peut être difficile, et l'ouverture des passerelles entre fonctions publiques et avec le privé, qui doit bien sûr se traduire par des efforts d'ouverture conjoints et par une harmonisation des rémunérations, en particulier pour les ingénieurs et cadres administratifs ;
- la valorisation de ces parcours diversifiés et de l'exercice sur des postes difficiles ou en outre-mer, avec de véritables options de sorties garanties par le ministère et le CNG pour les directeurs ;
- la création d'un statut de missions, enfin, et en particulier dans la perspective des mouvements sur les emplois de chefs, fonctionnels ou non. Il permettra que des collègues directeurs gérés nationalement puissent effectuer

**Refonte totale du dispositif de formation,
pour offrir enfin des dispositifs intéressants
aux directeurs, ingénieurs et cadres.**

des missions temporaires avec une formation spécifique et des objectifs définis avec le CNG, par exemple des intérimaires ou des missions d'appui sur des établissements en transition ou en difficulté, à l'instar de la fonction de « conseillers de gouvernement » prévue en 2015 pour les préfets.

Parcours dans la haute fonction publique : retour sur l'audition parlementaire

Dans le cadre de son programme de travail pour 2016, la mission d'évaluation et de contrôle de la commission des finances de l'Assemblée nationale a créé une mission sur le thème de la formation continue et de la gestion des carrières dans la haute fonction publique. Les députés Jean Launay et Michel Zumkeller en sont les rapporteurs. La mission a organisé une table ronde, autour de ce thème, le 16 mars 2016, qui réunissait les représentants des syndicats. Le SMPS était présent et a été le seul syndicat à représenter et à défendre la fonction publique hospitalière.

Pour présenter leur vision de la haute fonction publique, les différents syndicats ont insisté sur les éléments suivants.

Corps de la haute fonction publique

- Faible pourcentage de femmes dans les postes à forte responsabilité.
- Vieillesse des corps et perspective de diminution démographique avec des recrutements inférieurs aux départs à la retraite.
- Homogénéité des profils, ce qui interpelle sur la diversité.
- Pressions fortes, isolement et prégnance des risques psychosociaux.

Les syndicats ont aussi souligné les insuffisances de la formation continue : les jeunes y ont peu recours et le volume horaire de travail empêche souvent de suivre une formation longue.

Gestion des carrières

- Nécessaire transparence de l'accès aux emplois de la haute fonction publique, ce qui pose la question des viviers et de l'accès aux emplois par le tour extérieur.
- Besoin d'harmoniser les carrières (au niveau indemnitaire notamment), ne serait-ce qu'au titre de la mobilité professionnelle.
- Question des fins de carrière, où un certain nombre de hauts fonctionnaires se retrouvent en difficulté, voire « au placard ».

Pistes proposées

- Harmonisation des conditions de rémunération.
- Harmonisation des moyens mis à disposition de la haute fonction publique.
- Insistance sur la formation continue, qu'il faudrait rendre véritablement obligatoire. Importance notamment de la formation au management : les hauts fonctionnaires vont devoir diriger des équipes de plus en plus importantes et il est essentiel de travailler sur leurs capacités managériales en formation, initiale comme continue.
- Valorisation de la mobilité.
- Polyvalence et développement d'une culture et d'un savoir-faire en coordination interministérielle.

Durant les échanges avec les députés, trois points ont été abordés : la mobilité et la formation, l'interministérialité, le vivier de hauts potentiels.

Tous les syndicats sont convenus que la mobilité est insuffisante aujourd'hui. Les difficultés de mobilité sont particulièrement notables entre les trois versants de la fonction publique, par méconnaissance réciproque.

Les syndicats ont aussi souligné les insuffisances de la formation continue : les jeunes y ont peu recours et le volume horaire de travail empêche souvent de suivre une formation longue. Les syndicats ont plaidé pour des rendez-vous de formation continue périodiques et obligatoires, pour des bilans périodiques de carrière ou encore pour une formation à suivre au moment de chaque nouvelle prise de poste.

Les syndicats se sont pour la plupart montrés réservés sur le dispositif de vivier existant dans la fonction publique d'État, soulignant son opacité, aussi bien sur les modalités d'entrée que de sortie. Ils ont demandé des critères objectifs et un fonctionnement connu de tous. Le SMPS, pour sa part, a pu présenter le travail réalisé sur la gestion des talents, en reprenant les conclusions principales : critères, modes de sélection, management, conséquences pour la carrière, ou encore nécessité d'une revalorisation statutaire pour rendre le vivier réellement intéressant pour les candidats. ■

**Elodie Chapel,
Pierre de Montalembert**

À la loupe

GHT Du rapport au décret : rassurer, amender

C'est fait ! Le 29 avril, le décret relatif aux GHT est paru au *Journal officiel*. Travaillé à partir du rapport Hubert-Martineau, il a nécessité cinq versions avant le texte définitif, tant l'incompréhension de nombreux attendus, et les inquiétudes, étaient grands. Le SMPS s'est lui-même beaucoup impliqué durant toutes les concertations et a été à la source de certains amendements. Et pour un déploiement harmonieux des GHT, le rapport Hubert-Martineau propose en outre une « boîte à outils ». C'est une bonne initiative. Mais il nous faudra rester vigilants quant aux conventions constitutives des groupements.

Le 16 mars 2016, quinze mois après le lancement de leur mission, Jacqueline Hubert, directrice générale du centre hospitalo-universitaire de Grenoble, et le Dr Frédéric Martineau, alors président de la Conférence des présidents de CME de CH, ont rendu le second rapport sur le déploiement des groupements hospitaliers de territoire (GHT)¹. Ce second rapport, ou plutôt ce rapport définitif, puisque celui paru en mai 2015 se présentait comme intermédiaire, vise à formuler des préconisations sur le dispositif cible des GHT, en identifiant les points de vigilance. Plus d'un mois après la publication de ce rapport, sa traduction réglementaire est parue au *Journal officiel*, avec le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, qui reprend bien des éléments du rapport tout en s'en distinguant parfois.

Pas de rejet du dispositif

D'emblée, les auteurs font part de leur conviction qu'il faut « *laisser la plus grande souplesse aux acteurs en responsabilité et leur accorder toute confiance* ». Cette souplesse doit passer non seulement par l'absence de modèle unique de GHT, mais aussi par un droit à l'expérimentation dans les modèles retenus. Cela passe enfin par des orga-

Dans une première partie, les auteurs soulignent n'avoir pas été confrontés à un rejet du dispositif mais au contraire à un consensus sur l'impératif d'accélérer la dynamique de coopération. Par exemple, lors de la soixantaine d'auditions menées, aucun intervenant n'a remis en cause le caractère obligatoire des GHT. De nombreux intervenants ont toutefois manifesté des inquiétudes, en particulier pour ce qui concerne les modalités techniques et opérationnelles des mutualisations.

Incompréhension des attendus

Les échanges réalisés ont par ailleurs révélé une très grande hétérogénéité, tant entre les différentes régions qu'au sein d'une même région entre les hypothèses envisagées. Ainsi, concernant les périmètres, les hypothèses présentées et débattues portaient sur des GHT allant de deux à treize établissements et couvrant un bassin de population allant de 140 000 habitants à plus d'un million. Une telle variété s'explique non seulement par la diversité des territoires et de l'offre

D'emblée, les auteurs font part de leur conviction qu'il faut « laisser la plus grande souplesse aux acteurs en responsabilité et leur accorder toute confiance ».

nisations innovantes en matière de partage des responsabilités, qu'il s'agisse des activités cliniques et médico-techniques ou des activités dites « supports » mutualisées.

de soins, mais aussi par la compréhension très variable des attendus des GHT. Certains scénarios de convergence entre établissements assez lointains et en nombre important semblent en effet

et... mettre en œuvre

parfois privilégiés, afin de couvrir toutes les activités et tous les degrés de recours. Or, rappellent les auteurs, l'ambition des GHT n'est pas d'intégrer dans un même groupement tous les niveaux de prise en charge, de la proximité au recours régional voire interrégional. Pour ce faire, des partenariats spécifiques sont prévus entre chaque GHT et un CHU. Des incompréhensions quant aux attendus des GHT semblent donc orienter les débats vers la constitution de très gros pôles inter-établissements ne reflétant pas les parcours des patients, pour l'essentiel des prises en charge, mais uniquement quelques indications de recours. Mettre en place des GHT de grande taille est pourtant porteur de risques. Le premier est de conduire à des groupements aux responsabilités et identités territoriales différentes car ne prenant pas en charge la même patientèle. L'élaboration du projet médical partagé sera alors un exercice qui ressemblera plus à la somme des projets de chaque établissement qu'à un projet mutualisé de prise en charge d'un bassin de vie. Le deuxième risque est de conduire à des GHT trop lourds à gouverner car rassemblant un trop grand nombre d'établissements. Un périmètre trop large peut engendrer le risque de créer des coquilles vides ou des coopérations très ponctuelles, sur une activité, sans convergence des infrastructures. À l'inverse, mettre en place de trop petits GHT présente le risque de passer à côté de l'objectif de graduation des soins. Sans intégration d'un recours et en se limitant à une offre de proximité, les GHT ne répondront plus à l'objectif d'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Le SMPS s'est beaucoup impliqué lors des concertations relatives au décret GHT. Nous avons ainsi été les premiers à plaider pour que l'ensemble des chefs d'établissement parties au GHT siègent de droit au comité territorial des élus, ce qui a été obtenu.

Dix orientations pour nourrir les travaux de la DGOS

Tandis que le rapport intermédiaire présentait les vingt clés de réussite des GHT, le rapport définitif propose dix orientations destinées à nourrir les travaux de la DGOS, en charge de la rédaction de ces textes et de leur concertation :

- définir le contenu du projet médical partagé ;
- mettre en place une gouvernance inspirée de celle des hôpitaux ;
- expliciter le processus de création d'un GHT ;
- faciliter l'organisation en commun des activités médico-techniques ;
- transposer aux pôles interétablissements le régime existant des pôles ;
- conforter le positionnement institutionnel et les missions du médecin responsable du DIM de GHT ;
- organiser la convergence des systèmes d'information ;
- englober, dans la mise en place de la fonction achat, l'ensemble de la chaîne achat pour tous les segments d'achat ;
- fixer une échéance à 2020 pour la mise en place d'un compte qualité

unique en vue de la certification conjointe par la HAS ;

- introduire des modalités de solidarité budgétaire et de trésorerie.

Petit guide du déploiement des GHT

Dans une dernière partie, et après avoir consacré une étude spécifique au financement de la télémédecine, le rapport Hubert-Martineau développe quatre orientations pour accompagner le déploiement des GHT :

- mettre à disposition une boîte à outils élaborée avec des professionnels hospitaliers. Concernant le projet médical partagé, le rapport précise avoir initialement envisagé de réaliser un guide relatif à l'élaboration du projet médical partagé, mais y avoir renoncé : « Un projet médical partagé ne saurait s'élaborer en suivant à la lettre un manuel » ;
- élaborer un plan de formation national, notamment pour les acteurs concernés par les mutualisations ;
- prévoir un accompagnement financier pour supporter les coûts de constitution des GHT* ;
- organiser le dialogue social au niveau des GHT. ■

* La ministre de la Santé a en partie répondu à cette demande, en précisant, lors de la séance introductive du comité de suivi des GHT, qu'une enveloppe de 10 millions d'euros allait être identifiée, au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, pour accompagner la mise en place des GHT.

1. J. Hubert, Dr F. Martineau, « Mission Groupements hospitaliers de territoire », rapport de fin de mission, février 2016, 52 pages. Disponible à l'adresse suivante : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_mision_hmdefmodifsdefv150316.pdf

Premières versions très directives

Le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire a été publié au *Journal officiel* du 29 avril 2016². Il s'agit de la quatrième version du décret, voire la cinquième si l'on prend en compte plusieurs modifications intervenues entre la transmission de la quatrième version du décret et sa publication. Alors que les premières versions étaient très directives, laissant peu de marge de manœuvre aux acteurs locaux, le décret paru se montre assez fidèle aux orientations fixées par le rapport Hubert-Martineau³. Le SMPS s'est beaucoup impliqué lors des concertations relatives au décret GHT. Nous avons ainsi été les premiers à plaider pour que l'ensemble des chefs d'établissement parties au GHT siègent de droit au comité territorial des élus, ce qui a été obtenu (nouvel article R. 6132-13 du code de la santé publique).

GHT intégratif, GHT collaboratif

Le décret crée de nombreuses instances :

- **Un comité stratégique**, qui a pour président le directeur de l'établissement support. Il réunit les directeurs, les présidents des CME et les présidents des CSIRMT de l'ensemble des établissements parties au groupement. Ce comité stratégique est tenu de « proposer au directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé ».
- **Un comité territorial des élus locaux**. La convention constitutive définit la composition et les règles de fonctionnement de ce comité.
- **Un collège médical**, dont la composition et les compétences sont déterminées par la convention constitutive, ou une commission médicale de groupement, qui réunit les présidents et d'autres représentants des CME, ainsi que des représentants des professionnels médicaux des établis-

sements ou services médico-sociaux parties au groupement. Le président de ces instances « coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation. » On peut supposer que les GHT les plus intégratifs, par exemple ceux sous direction commune, tendront à opter pour une commission médicale de groupement, tandis que les GHT plus collaboratifs préféreront un collège médical.

- **Une commission des soins infirmiers**, de rééducation et médico-techniques de groupement est créée. Son président est désigné par le président du comité stratégique.
- **Une conférence territoriale de dialogue social**, qui est « informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation » au sein du GHT.

élément pivot des GHT. Son adoption obéit à un calendrier spécifique :

- au 1^{er} juillet 2016, le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire définit les objectifs médicaux du groupement ;
- au 1^{er} janvier 2017, il identifie en outre l'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;
- au 1^{er} juillet 2017, le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire est complet et conforme aux dispositions de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique. Le projet de soins partagé doit quant à lui être adopté pour le 1^{er} juillet 2017.

D'autres éléments de calendrier sont fixés par le décret :

- 1^{er} janvier 2017 : les établissements supports intègrent en annexe de leur EPRD les opérations concernant les fonctions et activités mutualisées au sein du GHT. Les établissements parties

Il est désormais admis qu'une marge de manœuvre doit exister, en fonction des particularités des territoires et des caractéristiques des établissements membres des GHT.

- **Le directeur de l'établissement support** préside un comité des usagers, ou la commission des usagers du groupement, selon l'avis exprimé à la majorité des commissions homologues des établissements parties au groupement. La composition et les compétences de ces deux instances sont fixées par la convention constitutive.

Le projet médical partagé, élément pivot

En termes de calendrier, la date du 1^{er} juillet 2016, inscrite dans la loi, est conservée pour fixer la composition des GHT, adopter la convention constitutive et les grands principes du projet médical partagé. Ce dernier est, comme le prévoyait le rapport Hubert-Martineau, un

au groupement contribuent à ces opérations selon une clé de répartition qui sera fixée par arrêté du ministère de la Santé ;

- 1^{er} janvier 2017 : un plan d'action des achats du groupement est élaboré ;
- 1^{er} janvier 2018 : un schéma directeur du système d'information du groupement, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique ;
- 1^{er} janvier 2020 : les établissements doivent être dotés d'un « compte qualité unique » dans la perspective d'une certification conjointe par la HAS. Cette certification « donne lieu à une visite unique de l'ensemble des sites

des établissements de santé parties au groupement » ;

- 1^{er} janvier 2021 : le système d'information hospitalier convergent du groupement comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les établissements parties au groupement utilisent un identifiant unique pour les patients.

Conventions constitutives : rester vigilants

Les établissements doivent désormais définir le périmètre des GHT et la convention constitutive des GHT. Durant cette étape, essentielle, des points de vigilance demeurent.

Constitution des GHT métropolitains et départementaux

Lors du comité de suivi du 17 mars, la ministre de la Santé a reconnu le caractère spécifique des GHT métropolitains, et surtout des GHT départementaux, par rapport à l'esprit de la loi. Il convient de réfléchir à une organisation et une gouvernance adaptées de ces GHT de grande taille, associant le plus souvent des centres hospitaliers importants – et parfois d'envergure équivalente. Le SMPS propose de garantir une gouvernance équilibrée au sein de la convention constitutive : un établissement représente une voix au sein du comité stratégique, recherche d'unanimité pour les sujets stratégiques comme les nominations, les autorisations etc. Le comité stratégique serait alors en situation de mandater l'établissement support ou les établissements membres en charge du pilotage d'une fonction mutualisée ou d'une mission identifiée.

Rôle de l'établissement support et mutualisation des fonctions supports

Il est désormais admis qu'une marge de manœuvre doit exister, en fonction des particularités des territoires et des caractéristiques des établissements membres des GHT. Ce principe

a été porté par le SMPS. Lorsque cela est possible sans compromettre l'efficacité du GHT, la convention constitutive doit ouvrir la possibilité d'une coanimation des fonctions support et/ou de missions spécifiques par différents établissements membres du groupement, pour le compte du groupement hospitalier de territoire.

Le SMPS souhaite donc en priorité un accompagnement individualisé face aux mobilités subies pour les directeurs, ingénieurs et cadres, et la création d'un statut de mission en cas de transition professionnelle.

Rôle spécifique des CHU, au sein d'un GHT ou en lien avec les GHT

Les CHU doivent renforcer leur positionnement de recours. Si les GHT départementaux peuvent être pertinents selon les territoires, ils doivent s'inscrire dans un cadre dérogatoire par rapport au GHT « type » qui se construit sur un bassin de population.

Les centres hospitaliers expriment une attente forte de formalisation du rôle des CHU par rapport aux GHT, au titre de leurs missions distinctives, comme la gestion des effectifs médicaux. Cela est d'autant plus aigu lorsque plusieurs CHU sont susceptibles d'être associés à un GHT, ou lorsqu'un GHT « non HU » cohabite avec un GHT constitué autour d'un CHU.

Nécessité de dispositions statutaires

Dans le cadre du big bang territorial et managérial qu'occasionneront les GHT, il ne serait pas acceptable pour le SMPS que les directeurs et cadres paient le prix de la réorganisation du système de santé. Le SMPS souhaite donc en priorité un accompagnement individualisé face aux mobilités subies pour les directeurs,

ingénieurs et cadres, et la création d'un statut de mission en cas de transition professionnelle. Nous souhaitons aussi la renégociation des primes et indemnités couvrant tous les exercices multisites, mais aussi de direction commune et d'intérim pour les directeurs d'hôpital, directeurs des soins et D3S, chefs, adjoints, et directeurs d'institut.

Enfin, lors du dernier comité de suivi des GHT, le ministère de la Santé a annoncé qu'un *vade-mecum* et un modèle type de convention constitutive, non contraignant réglementairement, seraient diffusés aux établissements. L'enjeu à présent est de finaliser le périmètre des GHT et de définir des conventions constitutives cohérentes et respectueuses de chaque acteur. Le SMPS restera vigilant concernant toutes les situations. ■

Pierre de Montalembert

2. Il est disponible à l'adresse suivante :

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000032465957

3. Tout en laissant de côté de nombreux éléments présents dans le rapport, comme les mécanismes financiers.

Cour des comptes

Organisation du système de soins : à revoir

Deuxième volet de notre article consacré au rapport de la Cour des comptes portant sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Où se confirme que le pilotage du système de soins est à revoir pour les Sages de la rue Cambon.

Stratégie et pilotage central de l'organisation du système de soins : refonte nécessaire !

Qui fait quoi ?

La mission stratégique des pouvoirs publics repose sur une capacité d'anticipation et de prospective tandis que la mission de pilotage des échelons territoriaux a pour base une capacité de coordination et d'impulsion. Le décret du 15 mars 2010 charge la DGOS de « l'élaboration du pilotage et de l'évaluation de la politique de l'offre de soins ». Le conseil national de pilotage des ARS (CNP) représente quant à lui l'instance d'orientation stratégique de l'organisation de l'offre de soins avec l'appui du secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales (SGMAS) chargé de la coordination des administrations centrales.

La DGOS peine à remplir sa mission stratégique

La Cour des comptes fustige la DGOS, en soulignant sa difficulté à remplir sa mission stratégique du fait de la concurrence de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), de la Direction de la sécurité sociale (DSS), de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et du SGMAS. Et malgré, aussi, l'externalisation de ses missions de gestion. Celles-ci sont confiées à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (Anap) passée sous tutelle SGMAS, au CNG et au Comité interministériel de

la performance et de la modernisation de l'offre de soins (Copermo).

La DGOS reste hélas cantonnée à la gestion de l'hôpital. Elle ne parvient pas à décroiser l'hôpital d'avec le médico-social et la médecine de ville, ce qui est pourtant voulu par la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST). Elle ne joue pas non plus son rôle stratégique d'organisation des soins.

La Cour préconise de réduire drastiquement les effectifs de la DGOS et d'en diversifier les compétences. Après avoir

ville et à l'hôpital. La Cour préconise la participation de la DGOS à la négociation de la convention d'objectifs et de gestion de la Cnamts aux côtés de la DSS. Celle-ci ayant certaines attributions communes avec la DGOS, elle intervient aussi dans l'organisation des soins, de façon prépondérante par rapport à la DGOS, parfois de façon surprenante, par exemple en ce qui concerne le Paerpa. Enfin, DGCS et DGOS accentuent le cloisonnement entre sanitaire et médico-social par manque de dialogue : aucun service de la DGOS n'est clairement en charge du médico-social. Préférence trop affirmée pour l'univers hospitalier dans ses productions, part trop modeste des expertises mises à sa disposition ou démarche stratégique interne faible et non formalisée : tout cela limite l'action de la DGOS. Elle estime cependant avoir atteint 85 % des 61 plans d'action du programme

DGCS et DGOS accentuent le cloisonnement entre sanitaire et médico-social par manque de dialogue.

perdu la direction du dispositif personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) la DGOS s'est vu retirer le pilotage stratégique des systèmes d'information en santé, qui relève aujourd'hui de la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSI), un service du SGMAS.

Mieux coordonner les acteurs nationaux

Le dialogue entre la Cnamts, en position de *leadership* en ce qui concerne les soins de ville, et la DGOS, s'avère insuffisant : la première réunion entre directeurs généraux s'est tenue en février 2015 et le conseil de l'hospitalisation n'est pas pleinement exploité. Ce manque de dialogue conduit au pilotage séparé de la recomposition de l'offre de soins en

stratégique 2011-2013 sur la base d'un indicateur principal : le nombre de notes produites.

Corriger l'absence d'attribution de la fonction de pilotage stratégique

Le pilotage thématique de chacun des éléments de l'offre de soins à recomposer et le pilotage opérationnel de type administratif, chargé de coordonner les demandes des directions du ministère aux ARS, relèvent des missions du conseil national de pilotage des ARS (CNP). Le pilotage stratégique, lui, n'est pas attribué à la DGOS, qui se trouve donc dans l'incapacité réglementaire et fonctionnelle de conduire le système de soins. La Cour préconise d'élargir le CNP aux treize directeurs généraux des

ARS et de réaffirmer la DGOS comme pilote de la stratégie de l'offre de soins, par la réduction drastique des effectifs et la suppression des doublons existant entre le SGMAS et les directions d'administration centrale, chargées des politiques publiques.

La Cour se penche par ailleurs sur l'organisation des maternités et des centres de lutte contre le cancer (CLCC). Concernant les premières, elle dénonce le non-respect des normes de personnel et celui des seuils d'activité en vigueur, les structures aux durées moyennes de séjour trop longues, aux taux d'occupation trop faibles et aux difficultés budgétaires structurelles. Elle préconise un nouveau schéma cible d'organisation à moyen terme capable d'améliorer l'efficacité médico-économique et le diptyque qualité/sécurité des soins.

Concernant les CLCC, l'accroissement et la généralisation de leurs déficits consolidés amènent la Cour à préconiser l'approfondissement des projets de rapprochement voire la fusion avec les CHU. Car ceux-ci peuvent apporter davantage de productivité en matière de logistique et d'équipements lourds, ce qui éviterait les concurrences dommageables à la prise en charge des malades et les recrutements médicaux.

Maîtriser les dépenses à forte croissance

Soins infirmiers et de masso-kinésithérapie libéraux : stop à la hausse !

Les dépenses relatives à ces soins sont induites par une forte croissance des prescriptions médicales, par celle des effectifs des professions concernées et par celle des revalorisations tarifaires. La Cour déplore la faiblesse d'analyse de l'impact sur les dépenses de l'évolution future de la patientèle : augmentation conséquente du nombre de seniors partant en retraite et problèmes dus au vieillissement de la population, au quatrième âge.

Elle regrette aussi l'inefficacité des – modestes – mécanismes de régulation. La Cour préconise donc de renforcer les contrôles, au besoin en modifiant la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour plus de lisibilité.

Renforcer les contrôles, au besoin en modifiant la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour plus de lisibilité.

Elle conseille aussi une plus grande maîtrise médicalisée en intégrant à la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) des objectifs de volumes/qualité de prescription assis sur les caractéristiques de la patientèle du médecin. Enfin, elle recommande de moduler la prise en charge des cotisations sociales ou d'instaurer un forfait pour réguler les installations des infirmiers libéraux et des masseurs-kinésithérapeutes.

Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

Il convient de favoriser des prises en charge plus efficaces. L'accès à ces prises en charge se caractérise par de fortes inégalités et des surcoûts importants liés à la prééminence de l'hémodialyse en centre lourd, modalité la plus onéreuse. La Cour préconise de renforcer la prévention par incitation pécuniaire, d'augmenter le nombre de greffes, de diminuer d'un quart le coût de la dialyse en centre lourd et d'améliorer l'information sur les greffons comme sur les centres lourds d'hémodialyse.

Repenser certaines solidarités

Accès aux soins des ménages défavorisés : bilan en demi-teinte, action à mieux cibler

Paradoxe de l'accès aux soins des ménages défavorisés : alors que la Cour

déplore l'augmentation du taux de non-recours aux dispositifs CMU-C et ACS depuis 2011, par méconnaissance des droits et vu les réticences de prise en charge par les professionnels de santé, elle reconnaît que la diminution de ce

taux emporterait la soutenabilité économique du dispositif dans le contexte d'une réduction de ses ressources, garanties par la taxe sur les contrats d'assurance ! Elle préconise la baisse du taux de non-recours par la promotion du dispositif CMU et elle recommande la sanction du refus des médecins de recevoir cette patientèle, sanction appliquée selon la norme... encore inexistante ! Enfin, elle demande l'application d'une gestion de risques à la baisse du taux de non-recours.

Gérer de manière plus efficace

Qualité des comptes des EPS

Pour contribuer au redressement des comptes sociaux, les 158 EPS dont l'EPRD excède 100 M€ certifient leurs comptes. Les autres sont soumis à la fiabilisation des comptes, basée sur la diffusion d'une culture d'analyse des risques budgétaires, financiers et patrimoniaux par l'audit comptable. La certification a profité aux EPS concernés, mais la fiabilisation n'a pas donné les résultats escomptés : les contrôles internes restent trop faibles, les systèmes d'information trop fragiles, les inventaires physiques et comptables incohérents. La Cour préconise notamment d'abaisser le seuil de la certification à 50 M€. ■

Matthieu Ledermann
Directeur adjoint, EPSAN

Parité hommes/femmes, action !

En décembre 2015, le réseau « Parité : What Health ? » du SMPS lançait une enquête sur « la parité telle que vous la vivez dans les établissements de santé ».

Trois thématiques y étaient abordées : l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle, le parcours professionnel et la défense individuelle. 250 réponses ont été enregistrées, ce qui permet de dégager des tendances de l'opinion des collègues et des collaborateurs hospitaliers.

Ce qui permet aussi, à partir de ce sondage, d'agir !

Articulation vie professionnelle/ vie personnelle : à revoir !

Pour **75 %** des sondés, l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle n'est pas équilibrée (80 % pour les femmes, 68 % pour les hommes). Et ce déséquilibre se crée au détriment de la vie personnelle.

Près de **70 %** des sondés déclarent qu'il n'existe aucune mesure dans leur établissement pour faciliter l'articulation vie professionnelle /vie personnelle.

50 % des femmes et **30 %** des hommes ayant eu des enfants déclarent que cela a freiné leur parcours professionnel.

56 % des femmes et **45 %** des hommes vivent mal cette situation.

Près de **30 %** des femmes déclarent

avoir freiné d'elles-mêmes leur carrière, ne souhaitant plus la faire évoluer après avoir eu des enfants.

32 % des femmes ayant eu des enfants se sont vu reprocher par leur hiérarchie la prise d'un congé maternité ou parental (**4 %** des hommes ont subi des reproches concernant le congé paternité ou parental).

71 % des sondés pensent que le remplacement d'un collègue en congés maternité, paternité ou parental n'est pas assez bien organisé.

78 % pensent que ce congé n'est pas assez bien valorisé.

Mieux choisir son parcours individuel

Pour permettre une promotion professionnelle, les critères auxquels les

managers de santé accordent le plus de valeur ne sont pas toujours perçus comme les plus importants dans les faits. En particulier en ce qui concerne la compétence et les résultats obtenus, qui ont beaucoup de valeur aux yeux des professionnels mais comptent peu. À l'inverse, la richesse du réseau représente peu de valeur aux yeux de professionnels mais elle compte beaucoup.

Pour les femmes, la formation professionnelle passe avant le réseau professionnel. Pour les hommes, c'est l'inverse.

La moitié des managers de santé souhaitent plus de transparence et d'information, ce qui leur permettrait de mieux effectuer leur parcours professionnel.

Harcèlement sexuel : repérer et agir

Plus d'un tiers des sondés (**34 %**) pensent ne pas pouvoir identifier facilement une situation de harcèlement sexuel au travail. Ils sont encore plus nombreux (**38 %**) à ne pas savoir comment réagir face à une situation de harcèlement sexuel au travail. Les trois quarts des sondés souhaitent être informés au repérage et aux moyens d'action en cas de harcèlement sexuel au travail. ■

Le plan d'action parité du SMPS

Valoriser et encourager les établissements dans la mise en place de mesures permettant de mieux articuler les temps de vie professionnelle et de vie personnelle.

Et donc :

Veiller à l'organisation et à la valorisation systématique des remplacements pendant les congés maternité, paternité et/ou parental.

Diffuser des recommandations sur la mise en place du télétravail.

Convaincre les femmes soucieuses de progresser dans leur vie professionnelle qu'il est possible de porter leur candidature à des postes à responsabilité sans détriment de leur vie personnelle.

Accompagner les talents

Contribuer à la création d'un vivier de compétences et de talents en repérant et en levant les freins à l'avancement.

Développer l'action du réseau « Parité : What Health ? » pour mieux accompagner les femmes dans leurs parcours et leurs démarches en identifiant des ambassadeurs/drices de la parité dans chaque bureau régional.

Diffuser une information plus structurée et plus complète concernant les postes à responsabilité susceptibles d'être vacants.

Informier sur le repérage du harcèlement sexuel et les moyens de lutter contre lui

Diffuser les recommandations et guides ministériels existants sur le sujet.

Mettre à disposition des plaquettes d'informations concernant des formations sur le sujet,

Sensibiliser les ambassadeurs/drices de la parité pour qu'ils puissent intervenir et accompagner les collègues victimes de harcèlement sexuel. ■

Caroline Chassin



Tribune libre

Démarche

Hospitaliers, osez l'ARS !

Les hospitaliers ont toute la légitimité requise pour s'investir dans les ARS. Par leur expérience et leur pragmatisme. Et les évolutions statutaires doivent entre autres faciliter le retour à l'hôpital. Reste à oser agir, en s'inspirant par exemple de l'Emilie-Romagne, en Italie, où sont nées bien des réformes qui ont annoncé celles mises en œuvre en France.

Que cela plaise ou non, les missions des ARS sont de plus en plus orientées vers la maîtrise des dépenses de santé. Donc nécessairement vers la réduction des charges des établissements. Certains rêvent même, à l'approche de 2017, d'un rapprochement plus poussé entre les structures de pilotage de l'État et de l'Assurance Maladie, aux niveaux national... et régional ! Dans ce contexte de concurrence des idées, devrait-on s'interdire de proposer un rapprochement entre l'ARS et l'hôpital public ?

La création des ARS n'a pas été accompagnée par une refonte des métiers et des compétences. Continuent à coexister au sein des ARS des fonctionnaires de l'État et des cadres contractuels de la Sécurité sociale. Dans cet univers complexe, le développement des missions d'accompagnement des établissements dans leurs projets d'amélioration de la performance économique, financière et patrimoniale offre une nouvelle opportunité aux hospitaliers de s'investir dans les ARS. Car nous sommes les plus légitimes sur ces questions qui requièrent expérience et pragmatisme.

Et j'ai envie de dire aux hospitaliers : prenez le pouvoir ! Investissez-vous dans les ARS et les institutions publiques ! Ne laissez pas l'avenir de l'hôpital se décider sans vous ! Aujourd'hui, les mobilités restent parfois entravées par les textes : difficultés à compenser la perte du logement de fonction, à faire valoir l'expé-

rience pour l'évolution de carrière, à transférer son compte-épargne temps, etc. Parfois, ce sont les préjugés qui, fondés sur la déontologie, s'opposent à l'accueil des hospitaliers en ARS. Or, on a trop souvent tendance en France à confondre lien d'intérêt et conflit d'intérêt. L'excès de prudence ne conduit-il pas à l'immobilisme ?

Les évolutions statutaires doivent permettre d'encourager les mobilités, et aussi de faciliter le retour à l'hôpital.

Les contraintes ont *de facto* été renforcées avec la création des grandes régions et les difficultés d'accès à un emploi fonctionnel pour les cadres qui ont exercé « depuis au moins trois ans une fonction au niveau régional ». Faudrait-il inverser la charge de la preuve en supprimant cette interdiction de principe et en renforçant les garanties contre les conflits d'intérêt ?

Dans une Italie régionalisée, l'Emilie-Romagne, située entre la Vénétie, la Lombardie et la Toscane, présente le modèle le plus efficace de l'offre de soins. Elle a mis en place des agences sanitaires locales (ASL), mi-GHT mi-ARS déconcentrée, qui disposent d'une grande dévolution de compétences. Les hospitaliers y ont largement pris la main. Tel n'est pas nécessairement notre modèle, mais force est de constater que toutes les réformes hospitalières mises en place dans cette région transalpine depuis

**Investissez-vous dans les ARS
et les institutions publiques !
Ne laissez pas l'avenir de l'hôpital
se décider sans vous !**

trente ans ont annoncé les réformes françaises : gouvernance hospitalière, tarification à l'activité, parcours patient, etc.

À l'instar de Jean-Jacques Rousseau qui, par ses *Rêveries du promeneur solitaire*, a contribué à révolutionner le monde, ayons l'audace de rêver... et d'agir. ■

Aymeric Chauchat
Chargé de mission
ARS Nord-Pas-de-Calais-Picardie

Ne pas devenir des automates publics de santé

Il existe une autre méthode de management, bien plus performante que celle proposée par les pouvoirs publics dans la première version du décret d'application des groupements hospitaliers de territoire. Elle est basée sur l'autonomie des acteurs de santé. Démonstration.

La première version du décret d'application des groupements hospitaliers de territoire (GHT), stratégie de coopération publique/publique souhaitée par tous, représente un formidable exemple de la conception de l'action publique en France aujourd'hui ! Derrière des objectifs pavés de bonnes intentions, force est de constater qu'à vouloir trop bien faire, on s'éloigne des objectifs initiaux. Comme souvent, le mieux est l'ennemi du bien.

La tentation : automatiser l'action publique

Avec une extrême précision, digne des plus grands horlogers suisses, ce projet d'acte exécutoire décrit l'ensemble des dispositifs attendus selon un calendrier très précis, réglé comme du papier à musique, tel un algorithme. Ainsi, tout pourrait se mettre en place de façon mécanique, selon une verticale conçue par le sommet et dirigée vers la base pour une exécution assurée par une armée d'automates : les disciplinés manageurs publics de santé. Notre pays de tradition hypercentralisatrice aime résoudre les problématiques par nature complexes et protéiformes via une approche uniforme, pyramidale, nécessairement rigide, quasi providentielle. L'hypercentralisation s'accompagne comme souvent d'un hypercontrôle ras-

surant, nécessaire à la régulation. Celui-ci donne le sentiment de maîtriser le déploiement de l'action grâce à un cadre unique, seul moyen d'atteindre les objectifs fixés, comme par enchantement. Cette conception hypercentralisée de l'action publique s'appuie essentiellement sur des certitudes relatives prêtées au comportement humain et sur les jeux qui régissent les acteurs. En laissant trop de libertés, on inciterait les manageurs publics à ne rien faire ! L'autonomie leur éviterait de devoir rendre des comptes et échapperait à tout contrôle – à une certaine soumission ! Pour motiver l'individu dans un système normé et rigide, quoi de mieux qu'une belle carotte et la menace d'un coup de bâton occasionnel ?

Un postulat suranné

Toutefois, cette approche qui a fortement imprégné le management du xx^e siècle repose sur un postulat suranné, une approche taylorienne du travail, scientifique. Tout doit être déterminé dans une procédure que l'agent d'exécution n'a plus qu'à mettre en place, en se conformant strictement aux consignes, tel, pour le domaine qui nous intéresse, un automate public de santé. Bien sûr, ce système ne favorise pas nécessairement la réalisation personnelle – nous

allons y revenir – mais du point de vue économique et stratégique, il correspond bien à une certaine logique et a sans conteste obtenu des résultats.

Mieux que le taylorisme ? Oui !

Derrière cette introduction volontairement caricaturale s'affirment une réflexion sur la méthode et un plaidoyer pour l'autonomie d'action des manageurs publics de santé. La tentation, de la part des décideurs, d'automatiser l'action publique ainsi présentée de façon réductrice, porte en elle les germes d'une inefficacité certaine et s'éloigne à plusieurs égards des principes pragmatiques de bonne gestion. Celle-ci devrait :

- Penser l'action performante et efficace comme une conséquence à long terme de la motivation intrinsèque des individus et la maîtrise de la finalité de leur travail

Et non pas comme la résultante d'électrostimulations fréquentes qui servent à relancer de nouvelles dynamiques auprès d'acteurs appliquant un manuel complet du parfait automate de santé, où tout est écrit jusque dans le détail.

- Privilégier l'excellence à la moyenne

Promouvoir une action uniforme et rigide a pour premier corollaire de conduire à une baisse généralisée de la performance puisque les individus limitent leur créativité pour converger vers la solution moyenne proposée, en l'occurrence la norme.

En laissant trop de libertés, on inciterait les manageurs publics à ne rien faire !

Il convient au contraire de promouvoir les bonnes initiatives, de les faire connaître, d'inciter les établissements à oser de telles expérimentations et à accepter les erreurs. Comme le soulignait Einstein, « toute personne qui n'a jamais commis d'erreur n'a jamais tenté d'innover ».

• **Accepter le bon échelon de l'action**
On ne le répétera jamais assez : la clé, c'est d'agir au niveau microéconomique, avec pragmatisme et avec un bon sens basé sur la proximité. Pour Taiichi Ohno, « quand le problème est bien compris, l'amélioration devient possible¹ ». Quand survient une difficulté, seuls les acteurs

qui y font face en direct, avec une bonne connaissance de l'environnement quotidien, peuvent apporter une solution.

• **Admettre les nécessaires contingences**

Chaque établissement de santé, chaque territoire, dispose de sa spécificité, de son histoire, de son ADN, de ses forces, de ses faiblesses. Cela appelle des thérapies ciblées. On ne peut pas proposer de solutions de prêt-à-porter là où il faut de la haute couture.

• **Donner le temps nécessaire**

Bien que notre époque soit confrontée à la dictature du court terme, il convient d'accepter des temps différents suivant les niveaux de maturité des objets à traiter. Ce n'est pas parce qu'une date est fixée dans un calendrier que des problématiques d'une rare complexité vont pour autant se résoudre dans le délai imparti !

• **Soutenir les acteurs du changement**

Fidèles à la pensée du philosophe Hegel, souvenons-nous que « la vérité des intentions ce sont les actes ». Soutenir les cadres en responsabilité ne peut se limiter aux discours : un soutien sans faille est indispensable aux acteurs qui conduisent la transition et sont soumis nécessairement à des turbulences passagères.

Les managers publics de santé ne se considèrent pas comme des pions mais comme des joueurs.

Épanouir les talents par l'autonomie d'action

L'autonomie d'action des managers publics de santé doit être le catalyseur de ces principes.

La liberté d'agir est facteur d'innovation, de création, de réalisation de soi : la nature humaine tend vers cette direction.

Le cours de l'histoire a toujours poussé vers davantage de liberté. Il est bon de ne pas oublier d'où l'on vient et comment on y est arrivé. Notre histoire récente a démontré que l'excellence hospitalière s'est construite sur le terreau fertile de l'autonomie des établissements de santé, qui a permis une bonne compréhension des enjeux. Résultat : nous avons l'un des meilleurs systèmes de santé du monde. L'actuelle période de difficultés économiques ne doit pas être le prétexte à une remise en cause des bonnes recettes du passé.

Aujourd'hui, avec notamment l'avènement des générations Y, voire Z désormais, il importe de défendre une autre vision de nous-mêmes, pour montrer qui nous sommes vraiment. Les managers publics de santé ne se considèrent pas comme des pions mais comme des joueurs. Nous traitons de problèmes complexes. Cela nécessite un esprit curieux, innovant ainsi que la volonté d'expérimenter pour trouver des solutions inédites. Cela réclame aussi une implication des

acteurs concernés et *in fine* de la maîtrise. Oui, nous voulons rendre des comptes mais pour cela nous voulons avoir le contrôle des actions, du calendrier et des modalités d'organisation pour nous impliquer pleinement. Nous voulons aussi démontrer notre intelligence des situations et nous sentir responsabilisés. Le manager public de santé doit s'impliquer et non pas avoir le choix entre se soumettre à une procédure ou se démettre...

Accepter la diversité

S'il appartient à la puissance publique de prononcer la loi et de définir la stratégie dans un cadrage simple et souple, c'est en disant aux hospitaliers qu'ils possèdent des talents, en faisant appel à leur sens de la responsabilité, en acceptant la diversité, en démontrant la confiance qu'elle, cette puissance publique, place en eux par un soutien indéfectible dans la gestion du changement, en les incitant à sortir des sentiers battus, en laissant les hommes et les femmes exprimer leur humanité et leur intelligence que nous construirons ensemble la santé de demain.

Pour recruter de nouveaux collaborateurs, Steve Jobs, le leader charismatique d'Apple, exprimait la vision suivante : « Cela ne fait aucun sens d'embaucher des gens intelligents puis de leur dire ce qu'ils doivent faire. Nous enrôlons des gens intelligents afin qu'ils nous disent ce que nous devons faire. » À méditer ! ■

Bastien Ripert
Directeur d'hôpital

1. *L'Esprit Toyota*, Masson, 1990.



PARIS
HEALTHCARE
WEEK

ÉQUIPEMENTS ET SOLUTIONS
POUR LA GESTION ET LA TRANSFORMATION
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

24 > 26 MAI 2016

PARIS - PORTE DE VERSAILLES - PAVILLON 1

Commandez

vosre badge visiteur gratuit sur
parishealthcareweek.com



REJOIGNEZ-NOUS AUSSI SUR



UN ÉVÉNEMENT



UNE ORGANISATION



LA SEMAINE
DES PROFESSIONNELS
DE LA SANTÉ ET DE
L'AUTONOMIE

Dossier

GHT Acte 2

La délicate mise en œuvre



Interview de Marisol Touraine

L'objectif à court terme, ce sont les conventions constitutives des GHT. Ces conventions permettront aux établissements de définir les modalités de leur coopération, leurs instances et les grandes orientations stratégiques du projet médical qu'ils partageront.

Quelle est votre position sur les situations problématiques liées au périmètre du découpage des GHT, au choix de l'établissement support dans certains territoires, ou encore au retard qui a pu être accumulé sur les projets médicaux partagés ?

La mise en place des GHT s'impose, encore une fois, comme une mesure extrêmement structurante. C'est un levier de réorganisation. Il faut évidemment le décliner dans chaque territoire. Il fait l'objet, on peut d'ailleurs s'en réjouir, d'un très large consensus.

On ne peut édicter une règle nationale qui rendrait compte de chacune des réalités locales. Nous devons donc collectivement nous poser des questions simples pour avancer sur ce sujet : quelles sont les distances acceptables pour que les patients puissent bénéficier de soins de recours ? Quelle est la taille acceptable pour que les échanges et les mutualisations créent une synergie entre les professionnels ? Quelle identité commune peut-on développer quand la taille et les distances ne peuvent permettre d'échanger simplement ?

Quel message souhaiteriez-vous adresser aux hospitaliers qui manifestent des inquiétudes à la veille de cette réforme ?

Le GHT, en renforçant la coopération entre les établissements publics de santé, a vocation à organiser le parcours des patients dans le

système hospitalier et à offrir à chacun d'entre eux un meilleur accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

Ce renforcement de la coopération territoriale doit être considéré comme une opportunité de consolider l'offre de soin d'hospitalisation publique. Comme toutes les réformes restructurantes, cette évolution suscite naturellement des questionnements auxquels nous devons répondre. La concertation menée avant la publication du décret du 29 avril a permis de prendre en compte de nombreuses propositions portées par les représentants de la communauté hospitalière. Il faut poursuivre cette concertation, c'est le but du comité de suivi qui a été mis en place le 17 mars et qui s'est déjà réuni plusieurs fois.

Quel accompagnement voyez-vous et quelles préconisations souhaiteriez-vous adresser aux directeurs, ingénieurs et cadres qui vont mettre en œuvre ces GHT alors qu'ils seront eux-mêmes impactés ?

Les GHT vont entraîner une évolution notable des métiers de directeurs, d'ingénieurs et de cadres mais aussi de l'ensemble des hospitaliers. Les cadres devront à la fois mettre en œuvre le changement et définir les bases de l'organisation des futurs groupements. Ils auront la chance de contribuer directement aux évolutions de leurs professions respectives.

Je suis très attentive à l'accompagnement des acteurs sur le terrain. J'ai ainsi décidé de consacrer dix millions d'euros supplémentaires cette année pour cet accompagnement aux niveaux national, régional et territorial.

J'ai confiance en leur capacité à assurer ce double rôle d'acteurs de la mise en œuvre des GHT et de contributeurs à l'évolution des métiers de direction et d'encadrement. ■

Madame la Ministre, au moment de la sortie du décret sur les GHT, comment voyez-vous se dessiner l'avenir de ces groupements sur le territoire ?

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire est l'une des mesures les plus structurantes et les plus ambitieuses de la loi de modernisation de notre système de santé. Il s'agit d'un élément clé de la politique que je conduis depuis 2012 pour garantir l'accès aux soins de tous.

Leur déploiement se fera de manière progressive et impliquera l'ensemble de la communauté médicale. Son objectif : garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical.

La loi de modernisation de notre système de santé fixe l'échéance du 1^{er} juillet prochain pour la mise en place de ces groupements. L'objectif à cette date est d'avoir défini des orientations à partir desquelles travailler (qui travaille avec qui et autour de quelle ambition). Il ne s'agit pas d'avoir un projet médical détaillé, finalisé. Les grandes orientations des projets médicaux seront déclinées et partagées dans une seconde étape, ce qui laisse un temps suffisant aux acteurs pour avancer dans de bonnes conditions en fonction de la maturité des projets de coopération.

Que changeront les GHT dans mon exercice professionnel ?

GHT ET SIH

L'établissement support des GHT peut assurer lui-même un certain nombre de fonctions pour le compte des établissements parties au groupement, en particulier la gestion commune d'un système d'information et de la fonction achat. Quelles conséquences pour les personnels concernés dans l'ensemble des établissements ? Didier Garcia et Mickaël Taine nous proposent leur vision.

Achats

La fonction achat comprend les fournitures et les services : investissement et exploitation (classe 2/classe 6). En conséquence, l'ensemble des filières de ce que l'on appelle communément les « services supports » font partie du périmètre : direction des services économiques et logistiques, direction de l'ingénierie biomédicale, direction du système d'information, direction des travaux. La fonction achat commune au GHT s'étend – même s'il n'existe pas de définition juridique du terme – de la stratégie achat jusqu'aux activités d'approvisionnement. L'ensemble du processus visant à réaliser les achats doit être mutualisé et organisé au niveau du GHT. Cela étant, la définition donnée à ce jour laisse aux établissements une marge d'organisation qui permet de tenir compte des spécificités locales et des sites. On peut donc envisager plusieurs scénarios dès lors qu'ils s'inscrivent dans le cadre de la loi.

La mutualisation des moyens issus des groupements permettra d'une manière ou d'une autre de spécialiser les acheteurs, au détriment probable d'une certaine polyvalence. De spécialités, des sous-spécialités seront créées, avec certainement une professionnalisation accrue des acteurs. Ces changements d'ordre professionnel ne sont pas neutres et peuvent générer de l'instabilité. Il se peut aussi que les changements soient plus profonds et s'accompagnent d'une nouvelle orientation professionnelle. Dans tous les cas, les ingénieurs doivent bénéficier d'accompagnement et de formation si nécessaire. Leur spécialisation constitue une réelle opportunité de développement de la performance achat, vu que cette dernière commence à la définition du besoin et comprend l'étude technique et financière jusqu'à l'acte de finalisation de l'achat proprement dit. La constitution du GHT, par la dimension nouvelle donnée avec l'accroissement du nombre de lits et des activités, ouvre aussi de nouvelles perspectives tech-

niques. Au-delà des leviers traditionnels de l'achat, massification et spécialisation des acheteurs, l'augmentation significative de taille des établissements conduit à s'interroger sur les pratiques existantes. Le GHT peut ainsi atteindre une taille critique justifiant la mise en place d'organisations nouvelles. Par exemple, en ingénierie biomédicale, la maintenance en interne des modalités d'imagerie. Les distances entre sites doivent être envisagées avec pragmatisme et cohérence. Les ressources d'ingénierie très spécifiques seront sans doute amenées à se déplacer régulièrement. Pour les autres, les déplacements devront se limiter au strict nécessaire. On peut penser que la pratique de l'exercice à l'échelle du territoire incitera au développement de solutions nouvelles, telles que le télétravail.

Le lien indissociable entre maintenance et achats

Il faut encore veiller à la centralisation de la fonction achat, avec le risque éventuel de paupériser l'ingénierie de certains sites. Rappelons la diversité des achats hospitaliers. Le dialogue prescripteur/acheteur, essentiel, doit être renforcé (voir le programme Phare). Les services acheteurs à forte composante maintenance – biomédical, travaux, informatique, etc. – doivent veiller à garder, voire à consolider, le lien indissociable entre maintenance et achats.

Enfin, les GHT reconfigurent les responsabilités des différents acteurs et posent la question du positionnement dans la nouvelle structure. Il semble opportun, voire impératif, que les diverses filières supports conservent leur identité et apparaissent clairement dans la fonction achat : direction des travaux, direction de l'ingénierie biomédicale, etc.

Le GHT n'a de sens que si l'identité métier de chacune des filières en sort renforcée et s'affiche clairement dans l'organigramme du GHT. Dans le cadre d'un GHT intégratif avec direction commune, chacune des filières est ainsi

On peut penser que la pratique de l'exercice à l'échelle du territoire incitera au développement de solutions nouvelles telles que le télétravail, grâce aux technologies de l'information et de la communication (TIC).

rattachée à une direction unique. À ce titre, il semble utile de nommer un ingénieur coordonnateur de la filière, en particulier au niveau opérationnel. L'ingénieur peut aussi en assurer la direction sur nomination du directeur de l'établissement support.

La loi de modernisation de notre système de santé constitue une réforme majeure aux conséquences multiples, en particulier

sur l'exercice de l'ingénierie. Cette réforme, si elle bien accompagnée, devient une chance : on est plus fort en groupe que seul. Il conviendra pourtant de constituer une nouvelle équipe adaptée au GHT, qui sera réellement en place dès lors qu'une même culture sera partagée. ■

Didier Garcia
Délégué de catégorie Ingénieurs
et cadres techniques



Systemes d'information hospitaliers

Le dernier projet de décret relatif au GHT prévoit qu'au 31 décembre 2020 « le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire est opérationnel [avec] une application identique pour chacun des domaines fonctionnels [et un] identifiant patient unique pour l'ensemble des applications ». Cela entraîne de véritables changements dans la gestion des systèmes d'information hospitaliers (SIH), sur les plans technologique, réglementaire et humain.

Si, selon la formule, « techniquement, tout est réalisable », il faut tout de même tenir compte d'un paysage des SIH français hétéroclite et complexe : multiplicité et diversité des solutions déployées, différences des niveaux d'informatisation d'un établissement à l'autre, etc.

Aujourd'hui, dans nos établissements, nous savons à quel point il est difficile de faire communiquer l'application X avec la Y, alors que nous disposons des mêmes référentiels : patients, structures physiques et financières, utilisateurs. Au sein d'un GHT, les directeurs, ingénieurs et techniciens devront donc réussir la convergence des SI de tous les établissements en tenant compte des particularités de chacun d'entre eux, tout en assurant la continuité de service dans leurs propres établissements.

Tout cela ne peut être réalisé qu'en se fondant sur un projet médical partagé solide : le schéma directeur du SIH convergent doit venir en appui et ne doit aucunement être utilisé comme pierre angulaire de son élaboration.

Se posent aussi des problèmes réglementaires, notamment en matière

d'hébergement des données : à ce jour, peu d'établissements sont détenteurs de l'agrément hébergeur de données de santé (HDS) et les offres proposées sur le marché restent onéreuses et dépendent d'un raccordement à des débits suffisants.

Un seul commandant de bord clairement identifié

En outre, chaque établissement partie du GHT ayant ses propres marchés, *quid* des contrats en cours, des investissements humains et financiers réalisés ? Comment fait-on, en tant qu'établissement support, pour unifier les SIH avec « des briques applicatives communes » sans se dédouaner d'un nouvel appel d'offres ? On risque de remettre à plat tous les efforts réalisés durant ces dernières années pour répondre à nos utilisateurs et aux programmes nationaux. Le calendrier oblige les directeurs du système d'information à rapidement se réorganiser pour leur permettre une bonne vision des SIH du GHT (urbanisation, compétences, budgets, etc.) et des prises de décision rapides et efficaces. Pour se faire dans la concertation, cela implique un commandant de bord clairement identifié, qui a toute légitimité à mener à bien la convergence, sous le couvert du comité stratégique GHT et du directeur de l'établissement support.

Par ailleurs, comment accompagner les directeurs et responsables des SI des établissements pivots non pilotes qui perdront de leur autonomie décisionnelle ? Le directeur du système d'information de l'établissement pilote, quant à lui, n'aura plus en charge un

Tout cela ne peut être réalisé qu'en se fondant sur un projet médical partagé solide : le schéma directeur du SIH convergent doit venir en appui et ne doit aucunement être utilisé comme pierre angulaire de son élaboration.

seul mais plusieurs SIH. Il devra les faire converger dans un calendrier contraint, en s'appuyant sur des équipes auxquelles il n'aura pas la possibilité de proposer uniformément formations, revalorisations, mutations, etc.

Compte tenu des bouleversements induits pour l'ensemble de nos collègues des SIH, il nous revient, managers de santé, de mettre tout en œuvre pour les accompagner dans le changement. Nous devons aussi assurer une transition respectueuse des carrières de chacun et rester à leur écoute. ■

Mickaël Taine
Délégué de catégorie Ingénieurs
et cadres techniques



Mickaël Taine

MUTUALISATION ACHATS

Pour une mutualisation harmonieuse de la fonction achat

Mutualiser la fonction achat peut s'avérer bien plus intéressant que prévu pour les collègues impliqués. Et cela vaut pour tous les établissements. À condition que la confiance soit au rendez-vous.

Les gains achats constitueront l'un des principaux axes du plan triennal d'économie : le directeur général de l'offre de soins a confirmé aux Journées de l'achat hospitalier du 8 décembre 2015 que les objectifs de gains achats seraient de 1,4 milliard d'euros pour la période 2015-2017, contre 0,8 pour la période 2012-2014. C'est dans ce contexte que se mettent en place les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Les différents établissements membres d'un GHT ont l'obligation de mutualiser leur fonction achat dans un délai relativement contraint : pour le 1^{er} janvier 2018. Par ailleurs, un plan action achat de territoire devra être réalisé au plus tard pour le 1^{er} janvier 2017.

Le rôle de l'établissement support et son articulation avec les établissements membres méritent d'être examinés. Si les plus-values induites par le GHT sur la fonction achat/approvisionnement sont nombreuses pour tous les établissements, l'établissement support aura pour rôle d'adapter les objectifs stratégiques du GHT au contexte de chaque établissement, dans le respect de chacun.

Émergence de fonctions achat de territoire : nouveaux gains !

Ainsi envisagé, le GHT constitue une avancée majeure dans la mesure où il permet de structurer une fonction achat de territoire tout en laissant aux acteurs les marges de manœuvre nécessaires. De la mutualisation de la fonction achat va faire naître une culture achat/approvisionnement commune.

Selon le projet de décret du 24 mars 2016, la fonction achat mutualisée comprendrait les missions suivantes :

- l'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement ;
- la planification et la passation des marchés ;
- le contrôle de gestion des achats ;
- les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques.

La mise en commun de ces différentes missions offre de nombreuses opportunités. Une telle politique d'achat peut permettre d'homogénéiser les produits achetés, de partager les bonnes pratiques et d'en faire bénéficier tous les

Ainsi, des expertises métier seraient partagées : des cadres de santé, des attachés, des adjoints et des cadres administratifs et techniques pourraient devenir des référents achats non seulement de site (dans une direction commune) mais aussi de segment – en charge de collecter les besoins sur un segment précis, d'assurer le suivi, de mesurer la satisfaction de l'utilisateur, le lien opérationnel avec la centrale d'achat, etc. Voilà pourquoi, lors de la mise en œuvre du projet, l'une des premières missions des directeurs achats/approvisionnements consistera à réaliser une cartographie des expertises. Exemples : gestion des déchets, fournitures de bureau, biomédical, produits de santé, etc.

Gare à une trop grande centralisation !

La mutualisation de la fonction achat nécessite aussi l'élaboration d'un plan d'action des achats de territoire (PAAT), avec une mise en œuvre avant le 1^{er} janvier 2017. Le plan pourrait constituer le fil d'Ariane de la construction d'une fonction achat commune. Le plan d'action des achats (PAA), dont les vertus ont été largement mises en avant par le

Des cadres de santé, des attachés, des adjoints et des cadres administratifs et techniques pourraient devenir des référents achats non seulement de site mais aussi de segment.

établissements. La passation de marchés pour tous les établissements peut aussi générer des économies d'échelle. L'instauration d'une fonction achat de groupement constitue une véritable occasion de professionnaliser davantage les fonctions achat/approvisionnement, notamment en faisant émerger des métiers à forte valeur ajoutée, qui interviendraient à l'échelle territoriale, tels ceux de contrôleur de gestion achat et de juriste.

programme Performance hospitalière pour des achats responsables (Phare), permet de formaliser un diagnostic de la fonction achat et de définir les actions de progrès, via une feuille de route partagée. À l'échelle du territoire, la création d'un PAAT permettra une mise en commun rapide de la connaissance des organisations. La démarche PAAT s'exerce en amont des travaux de définition d'une politique achat commune. Le PAAT doit s'accompagner d'autres

outils permettant le fonctionnement d'une fonction achat commune. Sur le plan juridique, il paraît utile de créer un ou plusieurs groupements de commande du GHT, afin de réaliser des marchés à l'échelle territoriale. En ce qui concerne le volet système d'information, un véritable enjeu porte sur le partage d'outils aujourd'hui disparates : il semble difficile de mutualiser une fonction achat sans outils de système d'information en commun. Enfin, la professionnalisation de la fonction achat sur le territoire devra s'accompagner d'un plan de formation continue adéquat. Mais gare à une trop grande centralisation de la fonction ! Les établissements devront anticiper le risque.

Créer de la valeur par la confiance

La mise en place d'une fonction achat de groupe ne sera possible que si l'action de l'établissement support s'inscrit dans le cadre d'un management participatif, vecteur de confiance et de création de valeur pour l'ensemble des établissements concernés. En vue de créer de la valeur par la confiance, il convient de respecter plusieurs étapes. En effet, parce que seule l'instauration d'un dialogue fondé sur la confiance permet de mettre en place une fonction achat efficace dans le cadre du futur GHT, la mutualisation de celle-ci doit être menée en plusieurs étapes.

Tout d'abord, il importe de fonder une dynamique territoriale en créant un comité des achats territorial, composé des directions achat des différents établissements membres. Le but : définir les grands axes de la mutualisation et suivre le déploiement du PAAT, en concertation avec l'ensemble des acteurs, afin d'éviter une trop grande concentration de la fonction au niveau de l'établissement support. Chaque établissement doit en effet rester acteur de la démarche. Les directeurs achats et approvisionnements pourront conduire des entretiens individuels avec les principaux acteurs et définir avec eux un projet territorial pour la fonction achat du GHT. Au-delà de ce projet territorial réalisé avec les équipes, l'établissement support doit permettre aux différentes équipes de se rencontrer, non seulement entre acheteurs, mais aussi en associant les prescripteurs de l'achat. Pour ce faire, les établissements pourraient créer un

forum de l'achat auquel participera l'ensemble des équipes du groupement. L'objectif viserait à apporter cohésion, émulation et confiance. Enfin, à terme, l'animation de la fonction achat du GHT fera évoluer les pratiques managériales. Pour diminuer les déplacements, les réunions de service monosite ou multisite pourront se réaliser grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). Par exemple par visioconférence.

Des incertitudes encore nombreuses

Il reste des incertitudes quant à l'organisation de la future fonction achat/approvisionnement. Si la planification et la passation des marchés sont explicitement prévues



Jean-Michel Orsatelli

Se pose aussi l'existence de seuils financiers au-delà desquels l'achat sera mutualisé.

par le projet de décret, *quid* de l'exécution des contrats ? Et *quid*, aussi, de la passation des marchés des éventuels établissements publics sociaux et médico-sociaux compris dans le GHT pour lesquels un contrôle de légalité *a priori* est attendu ? Enfin, si la gestion des commandes – hors celles des produits pharmaceutiques – relève de l'établissement support, qu'en est-il de l'émission des bons de commande qui relèverait en principe, en tant qu'acte d'exécution des marchés publics, des établissements parties ?

Se pose aussi l'existence de seuils financiers au-delà desquels l'achat sera mutualisé. Par ailleurs, les modalités concrètes de fonctionnement entre des professionnels répartis sur un territoire, et dépendant d'établissements distincts ayant chacun une personnalité morale propre, restent à définir.

L'organisation à mettre en œuvre devra donc se construire progressivement, avec souplesse. Il faudra s'adapter au contexte du territoire concerné : le taux d'évolution des gains achats peut par exemple différer en fonction de la maturité de la fonction achat de chaque établissement. Les directeurs achats et approvisionnements déploieront ainsi un PAAT avec un objectif de gains achats global

mais dont les taux directeurs de chaque établissement pourront être différenciés en raison de leur maturité et de leur nombre de PAA déjà réalisés.

Enfin, en dehors de la fonction achat elle-même, la définition d'une politique homogène d'approvisionnement ouvre la voie à de nombreuses optimisations logistiques, notamment pour les activités de gestion des flux, de stockage commun à plusieurs établissements, de blanchisserie, de restauration ou encore de transports. ■

Quentin Mouronval,
Jean-Michel Orsatelli
Directeurs d'hôpital



Quentin Mouronval

LA GRH DANS LES GHT : UNE AMBITION SANS CERTITUDE

À l'heure où les GHT se concrétisent, la fonction RH s'inquiète face au grand flou relatif à son avenir. Comment va se gérer la formation des personnels ? par centralisation ou par mutualisation/partage ? Et *quid* des instances de représentation prévues dans le décret d'application ? De nombreuses questions demandent une réponse.

Force est de le constater : la réforme conduisant à la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire est source d'incertitudes et d'inquiétudes chez les personnels en charge des ressources humaines. De nombreuses questions se posent : quels périmètres d'exercice aurons-nous ? Quels domaines seront partagés outre celui de la formation ? Quel accompagnement pour favoriser l'exercice multisite des corps de directeurs concernés et de leurs collaborateurs ? Quel niveau d'intégration ou de mutualisation ? Quelle efficacité attendue ?

Les textes disposent en effet que l'objet du GHT consiste à « *permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements* ».

La formation, levier majeur de mutualisation

Dès la constitution du GHT, l'établissement support agissant pour le compte des établissements membres se verra déléguer la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation et de développement professionnel continu (DPC) des personnels des établissements du groupement. À ce jour, un doute subsiste sur les conditions de délégation des activités. Selon toute vraisemblance, il devrait être laissé toute liberté aux établissements

membres du GHT de déterminer le cadre et les modalités de délégation et de pilotage des activités.

Deux logiques dans la construction de la politique de formation, applicables à l'ensemble des processus RH, pourraient alors être envisagées dans les conventions constitutives des GHT, avec un rôle de l'établissement support plus ou moins prédominant :

- une logique de centralisation des politiques de formation : l'établissement support centralisera l'ensemble des besoins de formation avec, comme axe fort, un secteur de formation unique pour l'ensemble du GHT et une délégation de proximité pour assurer le lien des assistantes de formation ;

- une logique de mutualisation/partage de la politique formation : programmes de formation et de DPC communs sur des actions transversales ou partagées, mais liberté laissée à chacun des établissements pour la déclinaison de plans de formation correspondant à des besoins en lien avec leur activité.

Si la loi donne un rôle de coordonnateur à l'établissement support, les moyens d'action se limitent à des moyens d'influence sur la politique de GRH en matière

de formation des autres établissements membres. *Quid*, dans ce cadre, de la reconnaissance du rôle du DRH et de celui de coordonnateur des instituts/directeurs des soins ?

En prenant en considération le rôle social joué par la formation dans une politique RH, cette question nécessitera une phase de concertation avec les instances représentatives du personnel afin de garantir l'association de chacun à la construction des politiques de formation du GHT. Les outils développés par l'Association nationale pour la formation permanente (ANFP) sont un élément de réassurance sur la capacité des établissements à partager leurs besoins de formation et à décliner leur politique pluriannuelle en la matière.

Conditions d'exercice : un travail d'équilibriste !

Ce volet formation s'avère être un élément important, non seulement parce qu'il est un levier de développement des interactions au sein du GHT mais aussi parce qu'il contribuera dans son contenu à faire évoluer les pratiques et à faire correspondre les axes de la

Bien que le management à distance devienne une réflexion dans la GRH, son application à des établissements dont les distances divergent est source d'interrogation sur l'efficacité induite.

formation à l'évolution des modes d'exercice. Bien que le management à distance devienne une réflexion dans la GRH, son application à des établissements dont les distances divergent est source d'interrogation sur l'efficacité induite. *Quid* de la qualité de vie au travail quand la semaine est rythmée par des réunions entre cinq établissements, par exemple dans le cadre d'une direction commune ?

Selon le modèle du GHT, fondé sur une intégration ou une coopération entre

établissements, de quelles marges de manœuvre disposeront les acteurs de la gestion des ressources humaines du GHT, cadres administratifs et directeurs dans l'ensemble nouvellement créé ? *Quid* du droit à la déconnexion quand le smartphone se substitue au bureau physique ?

Les instances de représentation prévues dans le décret d'application posent aussi de nombreuses questions. Par exemple, quel sera le rôle concret de la conférence de dialogue social au sein du GHT ? Comment faire pour que cette structure trouve sa place dans l'organisation du dialogue social de chaque établissement

pour les cadres administratifs de l'ensemble. Beaucoup de questions subsistent s'agissant des conditions d'exercice des cadres administratifs :

- existera-t-il des liens fonctionnels et/ou hiérarchiques sur des activités mutualisées ?
- quel sera le positionnement de ces cadres administratifs supports vis-à-vis du/des DRH ou RRH des établissements membres du GHT ?
- la fonction de directeur des ressources humaines perdra-t-elle en intérêt de manière substantielle, en fonction des configurations plus ou moins intégrées des GHT ?

Quel sera le rôle concret de la conférence de dialogue social au sein du GHT ?

sans constituer une strate supplémentaire ? Le développement des instances en ce qui concerne les ressources humaines, à l'image de la conférence de dialogue social, risque de devenir un facteur d'augmentation du temps consacré, en l'absence de substitution, à des instances au sein des établissements. Le DRH de l'établissement support pourra-t-il jouer ce rôle de chef de file ou de coordonnateur en garantissant le respect des champs d'activité des DRH des établissements membres ?

Coopératif ? Compétitif ? « Coopétitif » ?

Par son essence, la fonction RH porte les établissements à échanger pour sécuriser leurs pratiques, garantir une attractivité territoriale et contribuer à la fidélisation des personnels. Le support du GHT organisera ce processus de façon formalisée car les contraintes pesant sur le titre 1 perdureront afin de garantir l'équilibre budgétaire des établissements. Par ailleurs, les mutualisations d'activités (conférence du dialogue social) et la mutualisation de la politique de formation au sein du GHT généreront nécessairement un surcroît d'activité

L'articulation du rôle de l'établissement support avec l'autonomie des établissements membres du GHT est posée. Quelle marge de manœuvre pour la stratégie de groupe dans l'hypothèse où les intérêts divergent ?

Une ambition à moyen constant ?

Cette volonté d'agir ensemble dans le cadre du GHT devra trouver sa concrétisation dans la convention constitutive. Cette dernière devra envisager le périmètre et les modalités éventuelles d'organisation et de fonctionnement relatives notamment à la fonction RH. Lors de sa rédaction, il faudra indéniablement mener un important travail de concertation entre les différents acteurs, dont les instances représentatives du personnel. Encore faut-il que cette ambition dans la gestion RH en groupement soit en adéquation avec les objectifs stratégiques de la DGOS comme celui de « *développer la performance sociale* » pour dépasser la coexistence territoriale et contribuer à la cohésion sinon à la cohérence territoriale de la fonction RH. ■

Nicolas Salvi DRH CHU Reims
Nicolas Sauffroy AAH CHU Nancy

Des champs d'exercice nouveaux pour les directeurs des soins

Les GHT ouvrent des champs d'exercice nouveaux aux directeurs des soins en gestion et en pédagogie. Les missions de coordination des soins et de parcours sont une évidence pour les directeurs de soins, inscrites tout d'abord dans leur décret de compétences de 2002, modifiées par celui de 2010 puis dans la loi HPST et celle de santé de 2016. La fonction apporte une réelle valeur ajoutée aux fonctions d'interface. Interface entre les soignants, médicaux et non médicaux, la direction générale et les directions fonctionnelles, interface entre les écoles et instituts et les services cliniques, manager des cadres de santé, soutien méthodologique, expert dans le domaine de l'organisation des soins. Les interrogations des directeurs des soins viennent de la place que chacun occupera dans les GHT. Quel rôle le coordonnateur du site pivot va jouer sur les autres coordonnateurs des autres établissements ? Quelle responsabilité devra-t-il assumer ? Quelle sera la reconnaissance statutaire des coordonnateurs de la GHT ? Quelles seront les conséquences des GHT en termes d'évolution des métiers, des conditions d'exercices et des statuts ?

On peut penser que ces nouvelles entités apporteront une plus-value si, et seulement si, la volonté des établissements est celle de l'adaptation aux contextes locaux en laissant de la souplesse d'organisation et en recherchant l'intérêt à coopérer de chacun. Lorsque l'intégration via une direction commune sera l'option privilégiée, elle permettra, notamment au travers des pôles interétablissements, d'aider les petites structures à continuer leur activité avec l'aide du site pivot. Les directions des soins et les DRH pourront mutualiser certains personnels pour, notamment, répondre à l'absentéisme.

La CSIRMT du groupement de territoire permettra la représentation de tous les coordonnateurs dans cette instance ainsi que lors de la constitution du bureau stratégique. Le coordonnateur président de la CSIRMT de territoire pourra être proposé par l'ensemble des coordonnateurs. En favorisant souplesse et représentation de tous les établissements, l'objectif sera de privilégier des parcours de soins coordonnés et les prises en charge partagées.

À nous de garder la philosophie de communauté comme un ensemble de personnes travaillant ensemble pour le bien commun et le bien de chacun dans les GHT. ■

Annick Tramoni
Coordonnateur général des soins
CH D'Hyères

Le social et le médico-social veulent en être

Le secteur social n'est pas invité à intégrer les GHT. Celui du médico-social reçoit juste un peu plus d'attention. Quelle place pour eux ? Leurs attentes sont grandes.

Christelle Gay Directrice adjointe du foyer de l'enfance des Alpes-Maritimes

Participez-vous de près ou de loin à la mise en œuvre des GHT ?

Les établissements sociaux restent totalement écartés de la réforme GHT. Le foyer de l'enfance n'a aucun lien avec l'ARS puisqu'il dépend exclusivement du département en participant à la politique départementale de protection de l'enfance mise en œuvre et pilotée par le conseil départemental. J'ai cependant l'occasion de participer à des discussions avec des collègues exerçant dans des établissements sanitaires, mais à titre purement informel. Il me paraîtrait pourtant pertinent de nouer des partenariats avec ces établissements via le GHT, dont il est question, ou sous une autre forme qui reste à inventer. En effet, il est souhaitable de favoriser les collaborations entre les trois secteurs – sanitaire, médico-social et social – dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers. Pour faciliter notre exercice quotidien, nous souhaiterions entretenir davantage de relations avec d'autres établissements, notamment pour des prises en charge spécifiques compte tenu de la population en grande difficulté que nous accueillons (épidémie de gale, suspicion de lèpre pour deux exemples concrets). La mise en place des GHT pourrait faciliter les initiatives propres aux établissements et entre établissements.

Vous parlez de partenariats à inventer. Dans quel but précis ?

Par exemple, en ce qui concerne les achats et les marchés publics, les « petits établissements » pourraient profiter de



Christelle Gay

l'aide et du soutien des professionnels hyperspécialisés des plus gros centres. Il ne s'agirait pas d'amoindrir le rôle et les possibilités décisionnelles du directeur de l'établissement demandeur, mais

de travailler dans un esprit collaboratif en mutualisant les compétences. Nous pourrions tisser bien d'autres partenariats : pour l'informatique, le biomédical, la démarche qualité, la pharmacie, etc., avec un partage du temps d'un ou plusieurs professionnels émanant de l'établissement support ou d'un établissement membre du GHT, dont il est question. À noter : de nombreux établissements collaborent déjà sous d'autres formes (GCS, GIP, etc.).

Que ressort-il de vos discussions informelles avec vos confrères ?

Les collègues du secteur médico-social surtout, mais aussi ceux du secteur sanitaire mettent d'abord en avant la crainte de la perte d'autonomie et du pouvoir décisionnel des sites, autre que l'établissement support. Un socle commun minimum au niveau national permettrait de mettre en place des garde-fous. Il est impératif que les prérogatives et les délégations de l'ensemble des directeurs et des directeurs adjoints exerçant dans un établissement intégré dans un GHT soient clairement identifiées, afin d'apaiser les inquiétudes mais également afin que chacun puisse se projeter dans cette nouvelle organisation.

Il serait bien d'avoir un établissement support pour favoriser le partenariat entre le secteur sanitaire et les secteurs médico-social et social.

Sylvie Bousselet Directrice de l'Ehpad d'Argonne

Sylvie Bousselet assume la direction de l'Ehpad d'Argonne dont les deux sites, l'établissement de Montfaucon-d'Argonne et celui de Varennes-en-Argonne (Meuse), ont fusionné en une seule entité juridique le 1^{er} janvier 2016. Elle assume aussi l'intérim de l'Ehpad de Clermont-en-Argonne, dans la Meuse encore, qu'elle

aimerait réunir dans la même entité que les deux précédents dans une convention de direction commune.

Envisagez-vous de rejoindre un GHT ?

J'aimerais être sollicitée par les collègues des établissements sanitaires, psychiatrie comprise, mais ils sont très focalisés

pour l'instant sur les textes de la réforme ! Je remarque l'absence du médico-social dans la réflexion autour des GHT. Pourtant, avant leur instauration, je m'étais déjà rapprochée de la direction du centre hospitalier Verdun-Saint-Mihiel, situé à 40 km de mon établissement, pour intégrer certaines commandes de marchés publics et pour signer de nombreuses conventions, relatives par exemple au parcours de soins des personnes âgées. Dans l'appellation « GHT », il y a le mot « territoire », or c'est bien nous, établissements de zone rurale ou semi-urbaine, qui sommes installés sur les territoires au plus près des habitants.

Quels pourraient être pour vos établissements les avantages concrets d'intégrer un GHT ?

D'abord la mise en place d'un partenariat avec les médecins du centre hospitalier, car très peu de praticiens sont installés en zone rurale. Ces médecins hospitaliers viendraient jusqu'à nous : on sait combien les patients âgés sont perturbés de se rendre dans un autre établissement et cela éviterait les ruptures de prises en charge. Ces visites permettraient des consultations avancées, en particulier en gynécologie et en ophtalmologie.

Par ailleurs, il est question de l'achat d'un robot destiné à la préparation des doses administrées. Via le GHT, nous pourrions bénéficier de cet avantage, très important pour nous qui avons à assurer par nous-mêmes la sécurité du circuit du médicament. Et cela libérerait du temps infirmier pour d'autres soins, sans compter la réduction des coûts médicaux.

Et que pourrait apporter en échange un établissement comme le vôtre dans un partenariat ?

J'apporte une ressource précieuse de 217 lits d'hébergement sur un territoire où il est difficile d'en trouver. Et un pôle d'activités et de soins adaptés (Pasa), destiné aux personnes atteintes de troubles du comportement, de démence,

Dans « GHT », il y a le mot « territoire », or c'est bien nous, établissements de zone rurale ou semi-urbaine, qui sommes installés sur les territoires au plus près des habitants.

à des malades en provenance d'établissements psychiatriques, qui ne nécessitent pas d'entrer dans une unité spécifique Alzheimer ainsi que 13 lits en unité Alzheimer. Or, on sait qu'on trouve de moins en moins de personnels pouvant prendre en charge ce profil de patients.

Comment entrer dans un GHT ?

Je suis prête à prendre ma part dans une stratégie de groupe. Les pouvoirs publics doivent penser à nous, secteur médico-social. Pour être intégrée, j'envisage même l'entrisme, seule ou via l'Association des directeurs d'Ehpad de Meuse (Adirem) regroupant environ vingt Ehpad du département tous secteurs confondus. Mais chaque directeur de ces vingt établissements a sa propre attitude face aux GHT. Plusieurs sont circonspects et préfèrent attendre de voir quelle forme ils prendront. Cette hésitation logique peut être relayée par les conseils d'administration.

Les GHT incitent-ils à nouer d'autres alliances ?

Effectivement, les GHT nous stimulent et la nécessité de tisser des partenariats devient encore plus évidente. J'ai créé l'Adirem parce que je me sentais isolée. Nous, établissements médico-sociaux, avons de plus en plus besoin d'exister. Car si le secteur sanitaire trouve sa place dans les discours de l'ARS et du département, nous avons pourtant l'impression que notre activité est peu valorisée. L'association nous permet d'instaurer un plan de formation commun, de peser face aux autorités de tarification, d'échanger des informations sur les fournisseurs, pour que chacun d'entre



Sylvie Bousselet

nous puisse mieux négocier avec eux. Mais l'effet de groupe nous facilite aussi une meilleure identification, de la part, entre autres, de l'ARS et du département, qui, de fait, nous diffusent plus facilement leurs informations. Je compte aussi me rapprocher d'un centre social de personnes adultes handicapées.

Quid de la peur de perdre votre autonomie, mise en avant par nombre de vos pairs ?

La gouvernance est à mon sens la question essentielle. Actuellement, comme directrice d'Ehpad autonomes, et vu leur capacité, j'exerce mon métier dans la proximité : avec les résidents, leurs familles, les équipes, les partenaires extérieurs. Cela donne du sens au quotidien. Dans un GHT doté d'une direction décalée il est évident que cela deviendra quasiment irréalisable, car le directeur ne demeurera plus sur le site. D'ailleurs, dans ce schéma, il peut être envisagé que le poste de direction soit supprimé. La gestion à distance est-elle synonyme de qualité ? ■

Propos recueillis par
Pascal Marion

La parole au corps médical

Comment les médecins envisagent-ils la réforme relative aux GHT ? Réponse avec Thierry Godeau, président de la CME du GH de La Rochelle-Ré-Aunis (Charente-Maritime), et président de la Conférence des présidents de CME des centres hospitaliers.

En ce début mai, à quelques semaines de la date du 1^{er} juillet, que pensez-vous du déploiement des GHT sur le terrain ?

Rappelons que la Conférence des CME a toujours soutenu la création des GHT. Aujourd'hui, on observe une situation contrastée quant à la mise en œuvre de la réforme. Dans beaucoup de lieux, elle est apaisée. Mais dans d'autres, il existe des tensions, certes pour de multiples causes, mais en particulier parce que le périmètre de tel ou tel GHT a été décidé de façon descendante. C'est-à-dire que les ARS ont anticipé ce périmètre. Nous ne contestons pas leur droit de regard ni celui de validation, mais le périmètre des GHT doit se construire de façon ascendante, à partir du terrain. On constate donc un réel enjeu, pour les établissements support, à tisser des liens forts avec les autres établissements. Cet enjeu est confirmé par nos retours de terrain. Car il y a beaucoup d'attente de la part des administratifs et des médecins. Les communautés médicales veulent obtenir toute leur place dans cette réforme et souhaitent que les GHT aient un sens profond tant pour les patients que pour les médecins. Sans quoi, la démographie médicale risque de se fragiliser encore plus.



Parce que des médecins vont faire défection ?

Le rapport de force est aujourd'hui favorable aux médecins. Voilà quinze ans, dix ou quinze médecins postulaient pour un seul poste. Aujourd'hui, les établissements ont du mal à recruter. Or, des GHT mal définis vont inciter des praticiens à un choix encore plus aigu : ils se dirigeront seulement vers les groupements qui leur semblent vraiment intéressants. Rappelons-le : le projet médical doit s'inscrire au cœur des GHT.

Que faire pour attirer vos confrères ?

Constituer des équipes plus étoffées. Les médecins ne veulent plus se partager des gardes à deux ou trois. Des équipes plus grandes permettront aussi de développer

les surspécialités, de plus en plus souhaitées. Un orthopédiste peut par exemple envisager de se spécialiser dans le traitement de la hanche ou du rachis tout en exerçant la totalité de sa discipline. Les GHT, cela signifie aussi construire des bases médicales avancées dans les établissements parties, pour suivre de nombreux patients au plus près de leur lieu de résidence. C'est encore permettre à des confrères des établissements moins importants d'exercer dans les établissements supports. Bref, nous restons vigilants : ne confondons surtout pas GHT et collaboration. Les GHT

connaîtront le succès s'ils engendrent une communauté de destins, une culture commune. Et non de vagues collaborations.

Que pensez-vous de l'évolution opérée entre la première mouture du rapport et le décret du 29 avril ?

Le premier rapport, rigide, consacrait l'omnipotence de l'établissement support, en particulier celle de son directeur. Il a douché l'enthousiasme de beaucoup dans les établissements non supports, en particulier ceux de santé mentale. Nous, médecins, demandons impérativement à prendre toute notre place dans la gouvernance et le pilotage du GHT : le minimum de la loi consiste quand même à savoir inclure le corps médical !

Voyez-vous de premières évolutions positives pour la restructuration de l'offre de soins au bénéfice des patients ou est-ce encore trop tôt ? Les conditions sont-elles réunies ?

Il est encore trop tôt pour le dire. Les patients bénéficieront de cette réforme si chaque GHT comporte un nombre maximal, quatre ou cinq, d'établissements MCO. Les équipes médicales ne doivent pas se situer à plus d'une heure de voiture les unes des autres. Si, pour une même spécialité, on se retrouve avec plusieurs

Les GHT connaîtront le succès s'ils engendrent une communauté de destins, une culture commune. Et non de vagues collaborations.

équipes communes, on se sera trompé. Autre condition nécessaire à la réussite : aller vers un système d'information unique. *Idem* pour les protocoles de soins. Cela prendra plusieurs années, mais il faut y parvenir.

Souhaiteriez-vous faire un message à faire passer aux pouvoirs publics ?

Oui. Il faut laisser les acteurs construire leur destin ensemble. Et ne pas leur imposer d'emblée un cadre rigide. La marche forcée ne provoquerait qu'une aggravation du système hospitalier. ■

Propos recueillis par Pascal Marion

Les GHT expliqués par l'un de leurs inspireurs

Les GHT vous laissent perplexes ?
Décryptage avec Frédéric Martineau,
l'un des pères de la réforme et ancien président
de la Conférence des présidents de CME
des centres hospitaliers.

À quelques semaines du 1^{er} juillet, que pensez-vous des GHT tels qu'ils se déploient sur le terrain ?

Je n'ai pas de vision d'ensemble précise à vous donner, car la mission que je co-animais a pris fin. Mais le caractère obligatoire de la réforme, au 1^{er} juillet, va forcément conduire les établissements à s'emparer des GHT. Et l'une de mes principales inquiétudes concerne le découpage des territoires. Aujourd'hui, certains acteurs se dirigent vers des GHT bien trop larges. Or, l'objectif consiste à proposer une offre de soins de qualité, pérenne et bien configurée dans un territoire. Rien à voir avec un méga GHT construit sur un CHU autour duquel graviteraient dix ou quinze établissements. Le périmètre doit se calquer sur un bassin de vie et non sur un découpage administratif. À l'inverse, un GHT trop petit ne pourra pas assurer les missions de recours.

À combien évaluez-vous le nombre idéal de GHT ?

Un morcellement trop important ne correspondra pas à l'esprit de la réforme, qui veut aussi que la construction des GHT soit proposée par les établissements et non par les ARS. On a vu le contraire dans certaines régions, mais ce n'est pas dans l'esprit de la loi. Donner un chiffre précis reste un exercice difficile mais une fourchette de 140 à 160 semble atteignable

La première version du décret avait soulevé des oppositions...

Oui. Pourtant elle nous semblait logique, à condition que le découpage soit pertinent. Le rapport coécrit avec Jacqueline Hubert préconisait bien une intégration forte des établissements au sein des GHT. Un découpage bien conçu entraîne une naturelle graduation des soins et un établissement support en émerge spontanément. Les liens entre établissements existent déjà, on connaît les coopérations qui fonctionnent ou non dans les territoires. Pour avancer, on doit s'appuyer sur l'intégration. Les communautés hospitalières de territoire (CHT) qui ont

mission du GHT : un médecin ou un soignant exerçant en territorialité doit absolument disposer du dossier du patient et donc de ses antécédents... Cette convergence des systèmes d'information demandera du temps, c'est pour cela que la date butoir n'est pas avant 2020.

Pourquoi le dimensionnement du GHT vous semble-t-il primordial ?

Parce qu'il détermine tout le reste. Un découpage incohérent regroupant des professionnels qui n'ont jamais travaillé ensemble et doté d'un établissement qui veut tout régenter, tout cela ne peut pas fonctionner. La cible des GHT, c'était les établissements situés sur un même

Donner un chiffre précis reste un exercice difficile mais une fourchette de 140 à 160 GHT semble atteignable.

fonctionné sont celles où s'observait une forte volonté de coopération et d'intégration.

Dans un système intégratif, des équipes médicales de territoire sont absolument indispensables, tout comme le sont la mutualisation des équipements et des achats, ainsi que la solidarité financière entre établissements. Sinon, la T2A étant à l'acte, on crée une concurrence. La répartition des charges et des bénéfices doit être juste. Et il paraît indispensable d'unifier le système d'infor-

territoire mais qui se regardaient en chiens de faïence alors qu'ils avaient beaucoup à partager. Il faut pérenniser une offre de proximité, graduée, et organiser soit le transfert du médecin, soit celui du patient pour les activités plus complexes. Je crois beaucoup à la télé-médecine, par exemple. Au vu de la démographie et des populations qui vieillissent, et du développement des maladies chroniques, on ne peut plus déployer toutes les activités sur tous les territoires.

Cela n'implique pas la fermeture des établissements, mais que leurs feuilles de route doivent évoluer. Face au défi majeur de la dépendance, nous devons réorganiser notre système. Pour cela, les hôpitaux locaux et le médico-social doivent entrer dans la boucle des GHT.

Le SMPS a beaucoup insisté sur le besoin de découpages pertinents, basés sur des bassins de vie compris entre 300 000 et 700 000 habitants. Nous avons aussi alerté les pouvoirs publics sur les risques de créer des déséconomies d'échelle et une bureaucratisation accrue en cas de création de mégastructures, comme le soulève le rapport de l'Igas de 2012 sur les fusions hospitalières.

Il ne faut surtout pas procéder à des fusions forcées. La coopération doit être une volonté des acteurs du terrain. Dans le cas contraire, on courrait à la catastrophe. Il faut aussi fixer des périmètres de coopération cohérents pour empêcher l'émergence de mégastructures. Reste à savoir ce que recouvre un bassin de population pertinent. Un exemple qui marche et qui m'a inspiré : la coopération sur la radiologie entre le centre hospitalier de Bayonne et la clinique de Saint-Palais, dans les Pyrénées-Atlantiques, et qui a sauvé une spécialité qui était en grande difficulté. Aujourd'hui, grâce à la coopération, les actes médicaux ont fortement augmenté.

Cela fonctionne sur un bassin de population pertinent.

Ce problème va-t-il dynamiser la réforme ?

Non, je ne crois pas, car la loi HPST avait déjà introduit la notion de coopération territoriale et nous avons constaté lors de notre mission une certaine maturité

des hospitaliers quant à la nécessité de coopérer. Le caractère obligatoire des GHT donnera des résultats probants dans un certain nombre de territoires. Je crois au phénomène « boule de neige » de ces exemples réussis et aux effets de non-retour. Un autre problème de la réforme tient à l'oubli d'une préconisation. Nous avons suggéré de rassurer les professionnels, notamment les directeurs d'établissement, sur leur devenir professionnel dans ces nouvelles entités. Et aussi d'assurer aux médecins une vraie rémunération territorialisée. Or, cela n'a

de Marseille. Les CHU les ont non seulement approuvés mais également définis.

Est-ce compatible avec le fait d'être établissement support du GHT ?

Il n'a jamais été écrit que le CHU devait être obligatoirement établissement support de GHT, mais une certaine logique le veut quand un GHT inclut un CHU, car celui-ci dispose des ressources pour ce faire. Notons que les ARS ne doivent pas imposer un tel schéma. Le CHU désigné comme établissement

Si le projet médical partagé est considéré comme la base du GHT, un médecin doit en avoir la responsabilité, tout comme pour sa mise en place et son évaluation.

pas vraiment été pris en compte par les pouvoirs publics.

Tous les acteurs comprennent l'intérêt d'inscrire une logique territoriale au cœur de leur métier. Ils savent que leur avenir professionnel sera territorial. Reste à savoir comment tout cela est mis en œuvre.

Et qu'en est-il du rôle dévolu aux CHU ?

On observe d'abord différentes configurations territoriales, selon que le CHU se situe ou non dans un territoire dense en offreurs de soins. Le rôle des CHU consiste toujours en premier lieu à organiser les soins de proximité sur leur territoire. La réforme ne change rien à cela. Mais il faut également que les CHU exercent leur rôle régional en matière de démographie médicale, d'enseignement, de recherche et de recours. Il faut pour cela que les GHT sans CHU passent une convention avec un CHU pour accomplir ces quatre missions. Comme Bayonne avec le CHU de Bordeaux. Ces axes sont tout droit sortis des réflexions menées lors des Assises hospitalo-universitaires

support peut s'appuyer sur chaque établissement pour mettre en œuvre des fonctions et activités mutualisées. Ce choix vaut d'ailleurs pour tous les GHT. Tout ne peut être écrit dans la loi ou dans le décret d'application, les directeurs doivent faire preuve d'innovation et d'un certain degré d'autonomie et non, comme certains le revendiquent, se réfugier derrière la loi.

Les directeurs du SMPS n'ont jamais tenu ce discours. Au contraire ! Nous avons par exemple toujours préconisé la possibilité d'une répartition du pilotage des compétences mutualisées.

Et cela vaut aussi pour les médecins : le chef de pôle interétablissement est le médecin le plus reconnu et compétent dans son domaine. Et donc pas nécessairement celui de l'établissement support. Personnellement, je suis convaincu de la nécessité d'une commission médicale de groupement. Je suis même allé plus loin en me prononçant pour la nomination d'un président de CM de groupement car je crois à l'importance du binôme

formé par ce dernier et le directeur de l'établissement support. Si l'on crée des pôles interétablissements, le chef de ce pôle doit être proposé par le représentant médical du groupement et nommé par le directeur de l'établissement support. Si le projet médical partagé (PMP) est considéré comme la base du GHT, un médecin doit en avoir la responsabilité, tout comme de sa mise en place et son évaluation.

Une fois cela posé, reste la question des prérogatives de ce médecin et celle des prérogatives par rapport aux CME et PCME des établissements membres des GHT. Ces questions vont vite s'imposer. Qui décide de comment cela se passe ? Il convient d'user de souplesse en la matière et de définir ces sujets dans la convention constitutive.

**Existe-t-il un modèle unique de GHT ?
Ou peut-on distinguer un modèle
intégré s'ancrant dans une direction
commune d'un modèle plus coopératif ?**

La direction commune doit être défendue comme possibilité, mais l'esprit de la loi ne sous-tend pas l'obligation d'aller vers ce modèle.

En revanche, je souhaitais vraiment ne pas créer trop de dérogations possibles aux GHT. Aujourd'hui, les centres hospitaliers spécialisés (CHS) peuvent s'ils en font la demande obtenir une dérogation en fonction de situations particulières. Cependant, la santé mentale est un problème de santé publique majeur, qui ne doit pas s'exclure de la réflexion globale induite par les GHT. D'autres types de dérogation ne doivent pas entraîner une exclusion d'un établissement ou d'une spécialité d'une vision territoriale.

**La solution ne réside-t-elle pas dans
la répartition du pilotage des filières
et des fonctions support ?**

Un seul établissement doit avoir la responsabilité des fonctions mutualisées, mais celui-ci peut et devrait même s'appuyer sur tous les établis-



**Les jeunes se montrent favorables
à la territorialité sauf si elle implique
des affectations arbitraires.**

sements pour mettre en œuvre ces missions mutualisées. Cela permet aussi de donner un signal positif, de dire « nous allons travailler ensemble ». L'ensemble des partenaires du GHT doit bénéficier de cette coopération. Pour les médecins, l'essentiel consiste à donner accès aux autres médecins à l'établissement support et à son plateau technique.

Bien sûr, cela nécessite accompagnement et pédagogie des chefs de file : c'est du donnant/donnant. Il faut veiller au respect de l'autre, à une réelle compréhension. Sans oublier d'associer les élus. Montrons à chacun l'intérêt de collaborer. Les élus qui s'impliquent sont de véritables catalyseurs. Ils savent parler aux administrés, ce sont eux les représentants légitimes. Il faut les associer aux décisions.

Il importe aussi de changer les mentalités, de cesser de penser que les chefs vont perdre leur chefferie et que les médecins vont perdre leur autorité médicale. Les GHT ont vocation à fluidifier les parcours et les prises en charge, et à mieux organiser la répartition des ressources, y compris médicales. Il existe des établissements aujourd'hui avec deux chirurgiens en poste. Que peuvent-ils faire à deux ? Coopérer, se regrouper permettra de créer de nouvelles synergies, un intérêt intellectuel supérieur. Les jeunes se montrent favorables à la territorialité sauf si elle

implique des affectations arbitraires. Une équipe médicale qui s'organise pour assurer la territorialité doit trouver les moyens de valoriser ceux qui restent et ceux qui bougent, par la rémunération ou la répartition des gardes. Il faut susciter un intérêt à agir.

C'est la même chose pour les directeurs et les cadres. L'intérêt individuel à agir n'est pas évident, quand il n'est pas franchement absent ! En outre, ces GHT au périmètre non pertinent peuvent créer un vide de sens : pourquoi faire des efforts destinés à créer des mégastructures qui recréeront des effets négatifs ? C'est un problème : si l'intérêt à agir semble évident dans les cas que vous évoquez, et notamment dans ceux de territoires où la faible démographie médicale s'avère endémique, tous les établissements aujourd'hui obligés de se rapprocher n'ont pas forcément d'intérêt immédiat et évident à coopérer.

Sur le problème du périmètre des GHT, le découpage des territoires est évidemment la base de tout. Je comprends que les pressions diverses aient rendu difficile l'affichage d'un objectif chiffré, mais il est impératif de tenir compte de l'historique d'un territoire et de ses particularités. ■

Propos recueillis par
Elodie Chapel

Jeunes générations et GHT

Quelle vision des métiers à l'heure

Le Club Jeune Génération (CJG) et le bureau inter-promotion de l'EHESP (BIP) s'associent pour tenter de dessiner les conséquences managériales de la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) sur nos métiers. Les réponses croisées ont vocation à illustrer la complexité de la question et à mettre l'accent sur les différentes préoccupations des jeunes professionnels.

Managers les a interrogés pour vous.

Quelle sera pour vous la première qualité du manager territorial ?

BIP. Question peu évidente pour un jeune élève directeur ! Je crois qu'avant de constituer un endroit où s'exerce une autorité quelconque, un territoire est d'abord un lieu, une étendue, où vit et se développe un groupe humain. Pour ne pas perdre de vue cette réalité, je pense que la première qualité du manager territorial consistera à conserver l'humanité du territoire et à rester fidèle aux valeurs qui y sont attachées.

CJG. Mis à part savoir manger un sandwich en conduisant, le manager territorial devra savoir davantage encore anticiper que les actuels managers. Cette qualité doit tout particulièrement s'articuler autour de deux dimensions : la montée en compétence de l'ensemble de ses équipes ainsi que la capacité nécessaire à transmettre

une vision, donner un sens à l'action collective mais aussi construire une identité commune.

Manager à distance, n'est-ce pas antinomique ?

CJG. Ça peut le paraître dans certaines circonstances. Mais le management n'implique pas forcément l'unicité de lieu entre le manager et la personne qu'il dirige : beaucoup d'hôpitaux multi-sites en ont déjà fait l'expérience ! L'exercice territorial va imposer au manager – qu'il soit administratif, soignant ou médical – de repenser les outils à sa disposition pour ne pas perdre le lien avec le terrain et en garantir l'articulation avec la stratégie globale. Manager sur un territoire plus large, c'est savoir mieux

déléguer, accentuer les missions d'organisateur et de planificateur, et déployer une véritable vision.

BIP. Le métier de manager hospitalier va évoluer dans l'espace. C'est tout l'intérêt de l'émergence de la figure du manager au détriment de celle, aujourd'hui dépassée, du chef. Penser en tant que manager rend possible l'idée d'organiser, de coordonner et de contrôler à distance le travail des membres du groupe sur le territoire. Les nouveaux moyens de communication et d'information modernes vont d'autant plus faciliter sa tâche. Il me paraît donc indispensable aujourd'hui de laisser l'initiative aux acteurs de terrain et de respecter le champ de compétence de chacun. À mon avis, l'enjeu pour le manager territorial sera davantage de faire adhérer les équipes hospitalières à un projet collectif géographique et de valoriser les situations et parcours professionnels de chacun.

Être manager territorial, n'est-ce finalement que manager sur un périmètre géographique plus large ?

BIP. La géographie est l'un des éléments essentiels de la détermination d'un territoire, mais le limiter à cette dimension

Le manager territorial devra savoir davantage encore anticiper que les actuels managers.

Club Jeune Génération



Marie Hiance



Guillaume Larivière-Villa

du bouleversement ?

me semble assez réducteur. Un territoire, c'est aussi une population, sa démographie, ses traditions et ses besoins. Manager revient aussi à prendre en compte toutes ces dimensions et donc à avoir un fort esprit de synthèse et des talents de conciliateur, quitte à exécuter parfois un numéro d'équilibriste !

CJG. Le manager territorial n'est pas un manager sur le territoire mais doit se vivre manager du territoire. Cette nouvelle dimension va induire une évolution du contenu du poste du fait de la construction de stratégies de groupe. L'enjeu va la mise en cohérence des pratiques d'établissement : relevé des bonnes pratiques, diffusion d'une culture commune, etc.

Les mutations territoriales vont donc bien complexifier le métier de manager hospitalier ?

CJG. Nos métiers vont certainement devenir plus complexes mais nous devons précisément trouver toute la richesse de cette nouvelle donne. La clé du succès réside dans un humanisme et dans le respect des identités individuelles et professionnelles. Mais à notre âge, on ne croit déjà plus aux Bisounours ! Les GHT ne doivent pas se traduire par l'ajout d'un échelon administratif qui contraindrait l'action collective et la gestion des établissements. L'objectif est bien l'optimisation des méthodes, et la mutualisation des ressources associée à la montée en compétence des

Le manager territorial n'est pas un manager sur le territoire mais il doit se vivre manager du territoire. Cette nouvelle dimension va induire une évolution du contenu du poste du fait de la construction de stratégies de groupe.

encadrements, ce qui devrait permettre d'éviter l'effet mille-feuille.

BIP. Les mutations territoriales se conçoivent d'abord pour constituer un progrès économique et social en facilitant l'accès aux soins pour les populations des différents territoires. Faciliter la vie des patients, certes, mais qu'en est-il des managers publics de santé ? À terme, la mutualisation des moyens entre établissements et les projets communs qu'ils mettront en place sur les territoires devraient aussi simplifier le métier des managers hospitaliers. Mais cette dynamique ne saurait les soustraire à un accroissement de leur charge de travail et de leurs responsabilités, tandis qu'ils exerceront sur des périmètres géographiques de plus en plus importants.

Prochaine étape : le manager régional ?

CJG. Digérons d'abord les GHT ! La préfiguration de certains groupements laisse déjà présager la construction d'ensembles hospitaliers extrêmement

importants en matière de ressources et de budget, dont les effets sur la gestion seront importants. Il paraît indispensable, dans les réformes futures, de conserver une part suffisante d'autonomie pour nos établissements et de valoriser le modèle de l'hôpital-entreprise, seul garant de l'innovation locale, plutôt que celui de l'hôpital-administration.

BIP. Les grands bouleversements qu'ont connus les régions et l'évolution du métier des managers hospitaliers rendent légitime une telle question, même si elle me semble évidemment précipitée ! Les débats qui accompagnent la définition des nouvelles régions rappellent par ailleurs qu'un bassin de population n'épouse pas nécessairement les formes souvent artificielles et arbitraires qu'on lui dessine. Je pense donc qu'il vaut mieux se libérer des contours administratifs et davantage raisonner en termes d'espaces. Un manager spatial, ça a de l'allure, vous ne trouvez pas ? ■

Pour le CJG,
Marie Hiance et Antoine Loubrieu
Pour le BIP, Guillaume Larivière-Villa

Le SMPS en régions

ÉLECTIONS RÉGIONALES

Bientôt les élections régionales !

Le passage de 22 à 13 régions nous oblige, pour répondre aux statuts de notre syndicat, à organiser de nouvelles élections des secrétaires régionaux et des secrétaires régionaux adjoints. Le point sur les procédures.

La loi portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) du 7 août 2015 et celle du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales, modifiant le calendrier électoral, ont réduit de 22 à 13 le nombre de régions métropolitaines existantes, sans modification des départements qui les composent. Cette réforme est effective depuis 1^{er} janvier 2016. Les statuts du SMPS disposent (article 8) : « Il est institué une section du syndicat dans chaque circonscription administrative régionale métropolitaine et ultra-marine du territoire national ». En conséquence, il nous faut adapter notre organisation régionale aux 13 régions métropolitaines et renouveler les représentants du SMPS au niveau régional.

En 2015, un groupe de travail mené par Hervé Dany, secrétaire régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, a émis les premières réflexions relatives à ce changement. Lors du conseil national du SMPS du 1^{er} décembre 2015, Jérémie Sécher a désigné deux élus nationaux, Laurent Donadille et Olivier Servaire-Lorenzet, pour coordonner les travaux, en lien avec la délégation nationale.

Pour les bureaux nouvellement élus, l'enjeu est d'articuler souplesse et efficacité, ce qui peut impliquer le recours à des expérimentations. Ainsi, des

régions peuvent opter pour un principe de rotation annuelle entre les secrétaires régionaux, afin que chaque ancienne grande région continue d'être représentée. Quant aux anciens secrétaires régionaux, ils continueront à être invités au conseil national du SMPS durant tout leur mandat actuel.

La procédure

Les bureaux régionaux complets seront ainsi composés :

- un secrétaire régional,
- un ou deux secrétaires régionaux adjoints,
- un délégué catégoriel DH,
- un délégué catégoriel D3S,
- un délégué catégoriel DS,
- un délégué catégoriel cadres soignants,
- un délégué catégoriel cadres administratifs,
- un délégué catégoriel cadres techniques.

Les anciens secrétaires régionaux continueront à être invités au conseil national du SMPS durant tout leur mandat actuel.

Le secrétaire régional et les secrétaires régionaux adjoints sont élus pour trois ans au scrutin de liste à un tour, avec dépôt de liste comprenant trois noms à pourvoir, sans adjonction ni suppression ni modification de l'ordre de présentation, par l'ensemble des adhérents de la région.

Les délégués de catégorie, quant à eux, sont élus au scrutin uninominal à un tour par les adhérents de la catégorie – les retraités continuent d'appartenir à leur catégorie d'origine.

Il convient donc dans un premier temps d'élire les secrétaires régionaux et les secrétaires adjoints. À la demande du conseil national, les opérations de vote seront dématérialisées. En fonction du nombre de listes présentées, des modalités spécifiques seront décidées. N'ayez aucune crainte : le SMPS met à disposition des régions un outil Internet qui garantit la confidentialité et la sécurité du vote.

Relayer au mieux vos préoccupations

Dans chaque région concernée par les élections, tous les adhérents à jour de cotisation ont été informés, ou vont l'être, par leur secrétaire régional actuel de la possibilité de se présenter et du calendrier retenu. Si ce n'est pas le cas, n'hésitez pas à le relancer ou à joindre la délégation nationale, qui prendra contact avec lui.

La participation de chacune et de chacun d'entre vous est essentielle, non seulement pour entretenir la vie locale du SMPS,

mais aussi pour nous permettre de discuter avec vous et de relayer au mieux vos préoccupations auprès des pouvoirs publics régionaux et locaux. N'hésitez donc pas à vous investir dans les instances locales et régionales du SMPS! ■

Pierre de Montalembert

LES CATÉGORIES

Réformes en cours du statut des DH

Ce qui a été obtenu, ce qui reste à obtenir

Depuis de nombreux mois, vos élus poursuivent leurs efforts pour faire évoluer le statut des directeurs d'hôpital dans le sens de la reconnaissance du niveau de responsabilité qui leur incombe mais aussi plus simplement afin que l'équité s'applique compte tenu des avancées obtenues par les administrateurs civils et territoriaux.

C'est ce que prévoyait le protocole du 29 juillet 2011, encore pas complètement mis en œuvre par le ministère !

Il s'agit aussi de rester vigilant sur les spécificités de notre corps car certaines dispositions ne sont pas transposables sans adaptation, au risque de générer des effets négatifs inattendus.

Ce fut le cas avec le premier tableau d'avancement au Graf et à l'échelon spécial de la hors classe qui induisait notamment un effet délétère sur les directeurs détachés sur emplois fonctionnels de groupe 3 et dont l'échelon sommital (HEB) inférieur à ce sommet de la hors classe (HEBBIS) leur interdisait un bénéfice immédiat.

Grâce à l'action du SMPS, cette disposition a été corrigée. Il en restait de nombreuses autres, il en reste encore !

Plusieurs textes statutaires seront prochainement examinés par la commission des statuts et le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Ces textes modifient le statut des directeurs d'hôpital.

Ils présentent des avancées, mais plusieurs éléments restent encore à obtenir.

Voici ci-contre un récapitulatif des mesures obtenues et de celles qui font encore défaut. Au-delà de toutes ces mesures d'« adaptation », il reste une priorité essentielle pour le SMPS : obtenir les mesures statutaires adaptées à l'évolution des conditions d'exercice liées aux GHT futurs. Celles-ci ne relèveront pas de la transposition d'un autre statut tant il est vrai que nous sommes engagés, comme le souligne la ministre de la Santé elle-même, dans un

chantier de transformation sans précédent du paysage sanitaire public.

Cette circonstance justifie le haut niveau de revendication que nous portons en réunion de négociation pour tous les directeurs et cadres sans qui, faut-il le rappeler, le bel édifice attendu ne fonctionnera pas ! Que ce soit sur le plan des rémunérations (chaque directeur doit avoir un bénéfice de son engagement dans la réforme), dans les conditions d'exercice (il faut faire évoluer le statut de mise en recherche d'affectation pour mieux le valoriser et faciliter le management de transition) ou dans la défense individuelle (chaque directeur doit trouver dans le statut un dispositif protecteur), notre statut doit être adapté par l'État à la haute responsabilité des directeurs d'hôpital.

Sur ces questions, le SMPS et ses élus vous tiendront informés dès les prochaines semaines.



Vice-présidente DH
Catherine LATGER
Directrice
CH de Neuilly-
Puteaux-Courbevoie
Tél. : 01 49 04 30 01
clatger@chcn.net

CE QUI A ÉTÉ OBTENU	CE QUI RESTE À OBTENIR
<p>RÉPARTITION DES EMPLOIS FONCTIONNELS Devait être modifiée afin de tenir compte de l'augmentation du nombre d'établissements éligibles aux groupes I et II du fait des regroupements. Le nombre reste fixé à 355, mais avec une nouvelle répartition :</p> <ul style="list-style-type: none"> • groupe I : 29 emplois (aujourd'hui 25) ; • groupe II : 122 emplois (aujourd'hui 110) ; • groupe III : 204 emplois (aujourd'hui 220) <p>Attention : sont inclus pour chaque groupe les emplois de chef et d'adjoint.</p>	<p>UNE GESTION SOUPLE ET RÉNOVÉE DES EMPLOIS FONCTIONNELS SANS EFFET DE SEUIL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fin des quotas par groupe • Strict respect des seuils atteints pour une affectation sans délai au groupe adapté. Ex : ne plus maintenir en GII un établissement qui a dépassé les 250 M€ • Création de nouveaux emplois fonctionnels pour les établissements qui ont les budgets les plus importants, notamment d'adjoints (CHU ou CH de groupe I, GHT en direction commune).
<p>NBI</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 points majorés pour les directeurs des services centraux ou de groupe hospitalier des HCL et de l'AP-HM. • 60 points majorés pour le directeur des services centraux ou de groupe hospitalier du centre hospitalier régional dont le budget est le plus important. Certaines dénominations d'emplois de l'AP-HP sont également modifiées (secrétaire général et directeur délégué). 	<p>DISPOSITIF COUSSINET L'adaptation d'un dispositif coussinet (qui permet à un directeur de voir son régime de base et indemnitaire élargi à 5 ans, contre 2 ans aujourd'hui), à l'instar des directeurs territoriaux de l'État, notamment dans le cas de retraits d'emploi.</p>
<p>ÉCHELONNEMENT INDICIAIRE Il fallait obtenir un rehaussement indiciaire général des emplois fonctionnels afin d'éviter le hiatus avec le nouveau sommet de grade du corps en HED grâce au Graf. <i>Idem</i> pour la situation des EF de groupe III plafonné en HEB alors que le sommet de la hors classe est en HEBBIS.</p> <p>Emplois fonctionnels groupe I : 7^e échelon : groupe hors échelle E (uniquement DGA AP-HP) 6^e échelon : groupe hors échelle D 5^e échelon : groupe hors échelle C 4^e échelon : groupe hors échelle B 3^e échelon : groupe hors échelle A 2^e échelon : indice brut 1015 1^{er} échelon : indice brut 901</p> <p>Emplois fonctionnels groupe II : 6^e échelon : groupe hors échelle C 5^e échelon : groupe hors échelle B bis 4^e échelon : groupe hors échelle B 3^e échelon : groupe hors échelle A 2^e échelon : indice brut 1015 1^{er} échelon : indice brut 901</p> <p>Emplois fonctionnels groupe III : 5^e échelon : groupe hors échelle B bis 4^e échelon : groupe hors échelle B 3^e échelon : groupe hors échelle A 2^e échelon : indice brut 1015 1^{er} échelon : indice brut 901</p>	<p>RÉGIME INDEMNITAIRE La refonte du régime indemnitaire valorisant l'exercice territorial (exercice multisite, intérim), pour les chefs et directeurs adjoints. Aujourd'hui, le régime est insuffisant sur le plan indemnitaire et inadapté dans ses modalités avec un niveau indemnitaire qui change au bout de 3 mois pour être réduit à la portion congrue et sans être adapté à la taille d'établissement.</p> <p>TABLEAUX D'AVANCEMENT HORS CLASSE (projet présenté mais pas encore garanti) Transformation de l'échelon spécial (HEBBIS) contingenté en échelon linéaire décontingenté. Le grade de la hors classe des directeurs d'hôpital comprendrait désormais 8 échelons, et non plus 7, le 8^e correspondant à l'actuel échelon spécial et accessible automatiquement après quatre ans à l'échelon 7. La hors classe culminera donc en HEB Bis : il s'agirait d'un alignement sur les règles en vigueur pour les administrateurs civils et territoriaux.</p> <p>TABLEAUX D'AVANCEMENT CLASSE EXCEPTIONNELLE (projet présenté mais pas encore garanti) Simplification des règles du Graf : <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} vivier : 6 ans au lieu de 8 et fin de la période de référence de 15 ans • 2^e vivier : 8 ans sans période de référence • Introduction d'une troisième catégorie : 20 % de la HC qui a atteint le plafond et ayant une « valeur professionnelle exceptionnelle » Cela serait aussi une mesure transposée du statut actuel des autres fonctions publiques.</p>

Face aux inquiétudes grandissantes des D3S, le SMPS réclame des réponses claires !

Rarement l'actualité aura été aussi préoccupante. L'état des établissements et les conditions d'exercice de notre profession n'en finissent pas de se détériorer. Et ce n'est pas l'instauration des tarifs socles qui réglera les difficultés actuelles.

Fin 2015 et début 2016 ont été fertiles en événements dans le secteur médico-social. Et les collègues D3S sont gagnés par une lassitude grandissante : la situation des établissements se détériore et les réponses obtenues des pouvoirs publics n'incitent pas à l'implication des professionnels. L'inquiétude grandit : les textes fragilisent nos établissements et la convergence tarifaire nivelle les dotations en faisant baisser les tarifs sans pour autant aider les établissements insuffisamment dotés. Les normes et les contraintes toujours plus lourdes nuisent à la qualité de prise en charge des usagers et rendent le management de plus en plus compliqué.

Selon les textes relatifs aux GHT, les directeurs pourront déléguer ou non une partie de leurs compétences à l'établissement support, ce qui suscite beaucoup d'appréhension.

La crainte monte lorsque les postes de directeur perdent leur attractivité, quand les promotions à l'EHESP n'attirent pas assez d'étudiants et que les nouveaux promoteurs demandent un détachement sitôt sortis de l'école !

La fusion des corps ne réglerait rien

La nouvelle tarification des Ehpad n'apportera pas la simplification attendue et risque d'alourdir encore les contraintes de suivi budgétaire, en ne précisant pas la répartition des crédits pour la prise en charge de certains salaires mais aussi en instituant des tarifs différenciés.

Certains réclament depuis longtemps la fusion des corps, sans l'obtenir, arguant qu'elle apportera une solution face aux contradictions et aux défis. Comment le croire ? La fusion ne résoudra rien. On l'a vu, le concours de D3S manque de candidats, les promotions attirent trop peu d'étudiants et des collègues fuient vers le corps des DH. Répétons-le, la fusion ne changera rien : les collègues délaissant un peu plus les établissements ruraux, augmentant ainsi intérimis et directions communes pour ceux qui restent.

Les conseils départementaux pourront faire baisser les tarifs arrêtés en ne retenant que les éléments du tarif socle pour calculer leur tarif hébergement.

Catégorie

directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux



Vice-président D3S
Frédéric CECCHIN
Directeur adjoint
Services économiques,
logistiques, techniques
et informatiques
CH de Chaumont
Tél. : 03 25 30 71 45
frederic.cecchin@ch-chaumont.fr

Les réponses apportées ne résorbent pas l'angoisse. Le comité consultatif national (CCN) commun, dont le décret va paraître, ne répondra que partiellement à ces inquiétudes, même si la commission des conditions de travail se saisira du mal-être des directeurs.

D'autre part, les réponses concernant le statut n'arrivent toujours pas. Nous souhaitons aussi obtenir une même grille indiciaire et un même régime indemnitaire que nos collègues directeurs d'hôpital. D'autant que cela pourrait être largement financé par les économies réalisées grâce à l'accroissement des directions communes et des intérimis. L'argument financier ? Faux prétexte !

Le décret relatif aux tarifs socles, paru fin décembre 2016, n'améliorera pas nos fragiles équilibres financiers et mettra en place une discrimination par l'argent. Car les conseils départementaux pourront faire baisser les tarifs arrêtés en ne retenant que les éléments du tarif socle pour calculer leur tarif hébergement.

Est-ce ce que l'on veut ? Non ! La fusion évitera-t-elle celle à venir des établissements dans les GHT ? Non ! La fusion permettra-t-elle d'accéder aux postes à échelon fonctionnel ? Du tout ! La fusion réglera-t-elle les injonctions paradoxales et l'empilement des normes et des contraintes ? Cent fois non ! La fusion permettra-t-elle une amélioration des conditions financières des établissements ? Évidemment non, puisque le fonctionnement n'est pas lié au statut du directeur ! Même l'EHESP ne plaide pas pour la fusion, bien qu'il existe des modules communs entre les corps de direction en formation. L'EHESP souhaite plutôt une dynamique de travail en commun pour les directeurs.

Au SMPS, nous restons fidèles à notre volonté de reconnaître trois corps de direction et nous revendiquons un salaire et des indemnités égales pour des responsabilités et des missions similaires. ■

Devrons-nous réinventer notre métier ?

Certaines de nos remarques relatives à l'instauration des GHT ont été prises en compte par le ministère. Mais notre inquiétude demeure concernant l'impact de la réforme sur l'exercice de notre métier. Une inquiétude d'autant plus vive que nous attendons des pouvoirs publics des signes de reconnaissance qui ne viennent pas. Dommage ! Car nous voulons prendre part, avec discernement, à une dynamique qui peut valoriser nos fonctions.

La loi de modernisation du système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 trouve aujourd'hui sa traduction dans les faits avec la finalisation d'un certain nombre de décrets, dont celui concernant la mise en place des GHT. Nous avons manifesté nos inquiétudes auprès des pouvoirs publics face aux évolutions et aux échéances futures et avons souligné que nous étions entraînés d'une urgence de clarification à une précipitation d'application. Le ministère a tenu compte de certaines de nos remarques : des modifications ont été proposées. Si le calendrier du déploiement des GHT s'est quelque peu assoupli, nous restons très attentifs aux effets collatéraux qui impliqueront l'environnement et le contenu même de notre métier. Les directeurs des soins, au même titre que l'ensemble des managers de santé, devront être reconnus et accompagnés dans ces évolutions pour qu'elles se traduisent avec l'efficacité escomptée, dans l'intérêt prioritaire des usagers et avec une grande maîtrise du risque de dégradation des conditions de travail.

La profonde mutation de la gouvernance des établissements de santé, en cohésion avec la territorialité de l'offre de soins, nécessitera des implications fortes, parfois inconfortables, des professionnels de santé et plus particulièrement des managers. Notre engagement sera d'autant plus important que nos motivations à accompagner les changements ne se verront pas altérées. Or, la faiblesse des signes de reconnaissance du corps des directeurs des soins par les pouvoirs publics (statut, indice et indemnités) génère incertitudes, insatisfaction et démotivation qui elles-mêmes créeront de la résistance aux changements.

Si les perspectives d'évolution pour les organisations hospitalières sont identifiées et débattues, nos collègues en établissements de santé et les directeurs des soins en institut de formation sont aussi concernés. Leur gouvernance rattachée aux GHT aura des effets sur la constitution d'équipes de direction d'instituts de formation dont les modalités de désignation des coordonnateurs devront être clairement définies. Par ailleurs, la feuille de route diffusée lors de la grande conférence de santé confirme l'indispensable rapprochement de nos structures de formation avec l'enseignement supérieur. Les modalités d'articulation demandent à être affinées, et le rôle ainsi que les missions des directeurs des soins ne devront en aucun cas être sous-estimés.

Enfin, la perspective du CCN unique représente une opportunité de reconnaissance pour chacun des corps de direction dès lors qu'il favorise le seul rapprochement des corps sans confusion possible avec une fusion, quant à laquelle notre position reste inchangée. Il nous faudra veiller à ce que cette instance demeure un espace de représentativité et d'expression pour chacun des corps de direction concernés, dont celui des directeurs des soins !

Face à ces changements, nous prenons la mesure de l'indispensable (r)évolution que devra traverser le contexte d'exercice de notre profession. Nous compterons

Catégorie directeurs des soins



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

parmi les acteurs de la dynamique attendue, ne pouvant envisager des postures passéistes ou immobiles. Même si la tentation de crispation s'avère grande face à l'inconnu, nous serons comme toujours actifs grâce à notre créativité, à notre inventivité, à nos

Nous ne nous laisserons ni engloutir par des inquiétudes exacerbées ni bercer par de douces utopies.

capacités d'anticipation et d'adaptation, avec ce que cela implique de lucidité et de clairvoyance. Nous ne nous laisserons ni engloutir par des inquiétudes exacerbées, ni bercer pas de douces utopies : nous voulons prendre part à une réalité que nous espérons dynamique et valorisante pour nos fonctions !

Demain sera un autre jour. Il se construira avec notre volonté d'aujourd'hui ! Il deviendra ce qu'ensemble nous déciderons qu'il soit ! Mais cela ne sera possible que si l'échange existe et que si les messages que nous portons sont entendus dans le cadre d'un véritable dialogue social constructif. ■

Et maintenant ?

De réformes en réorganisations, le rythme des changements s'accélère. Les appels que nous recevons, dans le cadre de demandes de conseils ou de défenses individuelles, témoignent des changements rapides pour les contours des pôles qui sont de plus en plus bi ou tri-site, des demandes d'intérim de services, de cumuls de fonctions, etc. Si nous nous adaptons la plupart du temps, de nombreux collègues sont déstabilisés, souvent découragés, jusqu'à parfois souhaiter faire marche arrière et revenir à un exercice paramédical, sans fonction d'encadrement.

Les récentes revalorisations statutaires, en 2012 puis 2015, suivies récemment par les décrets d'application du protocole d'accord relatif à l'avenir de la fonction publique sur la modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations (Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière de janvier 2016), pourraient sembler satisfaisantes. Des avancées ont été obtenues pour les cadres de santé par rapport aux premières versions diffusées. Les cadres de santé paramédicaux verront en effet leurs grilles progresser (indices brut 830 et majoré 680), comme les cadres supérieurs de santé (indices brut 940 et majoré 764). Cette modification permet de maintenir l'écart de rémunération avec les lade, qui avait initialement été diminué. De même, pour les cadres socio-éducatifs, on peut noter quelques motifs de satisfaction (avec en particulier le maintien du 1^{er} échelon du 2^e grade, qui

de temps de « décideurs » est en décalage avec le besoin urgent de reconnaître les responsabilités et conditions d'exercice de l'encadrement de cette filière. Reste également à obtenir la prise en compte de la NBI dans le calcul des retraites pour tous les cadres, sans oublier la mise en place d'un Graf et notre demande de bénéficier du Rifseep à la place des primes actuelles. Au-delà de ces demandes légitimes, ce sont les conditions d'exercice de l'encadrement qui sont en question dans la démotivation de certains collègues : heures de présence inflationnistes, responsabilités augmentées, implication dans de nombreux groupes de travail, etc. Les pressions sont permanentes pour nous demander d'être efficaces et disponibles. Considérés comme cadres quand il s'agit de la gestion de notre temps de travail, nous ne sommes toujours pas ou peu intégrés aux processus de décisions. Et c'est

Considérés comme cadres quand il s'agit de la gestion de notre temps de travail, nous ne sommes toujours pas ou peu intégrés aux processus de décisions.

Catégorie cadres de santé



Vice-présidente
cadres soignants
Laurence-Béatrice CLUZEL
Cadre supérieur pôle sud
Fondation Santé Service
Tél. : 06 78 46 21 97
lbcluzel@gmail.com

avait initialement été baissé), même si l'on est encore loin des cadres paramédicaux et des revendications du SMPS, qui réclame, à responsabilités égales, une rémunération égale.

Au cours de cette instance, toutes les organisations syndicales ont voté contre les textes présentés, à l'exception du SMPS et de l'Unsa. Nous avons choisi de nous abstenir, jugeant que si les propositions n'allaient pas aussi loin que nous le souhaitions, elles marquaient toutefois une avancée. Mais nous sommes en dessous des attendus. Nous continuons à porter les revendications suivantes pour les cadres de santé :

- pour les cadres supérieurs de santé : alignement sur les AAH ;
- revalorisation de la grille des cadres socio-éducatifs. Il nous est répondu qu'il faut attendre la fin du processus de reclassement de l'ensemble de la filière socio-éducative. Mais l'échelle

bien là que se situent les sources d'insatisfaction. Au-delà de la rémunération, ce sont les marques de considération qui nous font défaut : l'instance qui nous permettrait de participer aux débats n'existe toujours pas.

Une approche plus moderne de notre mode d'exercice est également nécessaire. La mise en place des GHT, souvent avancée par des regroupements hospitaliers, a changé nos périmètres de travail. Les moyens mis à disposition, des outils informatiques à la prise en compte de télétravail, doivent s'y adapter. L'évolution du métier de cadre ces dix dernières années nécessite de s'y préparer différemment. La réforme des études restée en sommeil, devient urgente. La véritable considération de nos métiers est dans la prise en compte de toutes ces attentes. Il revient à notre catégorie, à notre syndicat, à vous tous, de travailler pour être force de proposition et construire notre avenir. ■

Télétravail

Mieux articuler vie personnelle et vie professionnelle

Le décret 2016-151 du 11 février 2016 précise les conditions et les modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique. Explications.

Le télétravail est ouvert aux fonctionnaires et aux agents publics non fonctionnaires des trois versants de la fonction publique. Il désigne toute forme d'organisation du travail dans laquelle les fonctions qui auraient pu être exercées dans les locaux de l'employeur sont réalisées hors de ces locaux de façon régulière et volontaire, via les technologies de l'information et de la communication. Le télétravail est organisé au domicile de l'agent ou dans des locaux professionnels distincts de ceux de son employeur public et de son lieu d'affectation. Sont exclues du décret les autres formes de travail à distance : travail nomade, travail en réseau, etc. Le quota de télétravail ne doit pas excéder trois jours par semaine. Et le temps de présence sur le lieu d'affectation ne peut être inférieur à deux jours par semaine. Ces seuils peuvent s'apprécier sur une base mensuelle. À noter : une dérogation est possible à la demande des agents dont l'état de santé le justifie.

La durée de l'autorisation est d'un an maximum. En cas de changement de fonctions, l'intéressé doit présenter une nouvelle demande. L'autorisation peut prévoir une période d'adaptation de trois mois maximum. Le refus opposé à une demande initiale de télétravail ou de renouvellement formulée par un agent exerçant des activités éligibles, ainsi que l'interruption du télétravail à l'initiative de l'administration, doivent être précédés d'un entretien et motivés.

Une décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination, prise après avis du comité technique ou du comité consultatif national compétent, fixe :

- les activités éligibles au télétravail ;
- la liste et la localisation des locaux professionnels éventuellement mis à disposition par l'administration pour l'exercice en télétravail, le nombre de postes qui y sont disponibles et leurs équipements ;
- les règles à respecter en matière de sécurité des systèmes d'information et de protection des données ;

La durée de l'autorisation est d'un an maximum. En cas de changement de fonctions, l'intéressé doit présenter une nouvelle demande.

L'exercice du télétravail est accordé sur demande écrite de l'agent, qui précise les modalités d'organisation souhaitées, notamment les jours de la semaine travaillés sous cette forme ainsi que le ou les lieux d'exercice. L'autorité investie du pouvoir de nomination apprécie la compatibilité de la demande avec la nature des activités exercées, l'intérêt du service et, lorsque le télétravail est organisé au domicile de l'agent, la conformité des installations aux spécifications techniques précisées par l'employeur.

- les règles à respecter en matière de temps de travail, de sécurité et de protection de la santé ;
- les modalités d'accès des institutions compétentes sur le lieu d'exercice du télétravail afin de s'assurer de la bonne application des règles applicables en matière d'hygiène et de sécurité ;
- les modalités de contrôle et de comptabilisation du temps de travail ;
- les modalités de prise en charge, par l'employeur, des coûts découlant directement de l'exercice du télétravail, notamment ceux des matériels, logiciels,



Catégorie cadres techniques

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

abonnements, communications et outils ainsi que de la maintenance de ceux-ci ;

- les modalités de formation aux équipements et outils nécessaires à l'exercice du télétravail ;
- la durée de l'autorisation si elle est inférieure à un an.

L'acte autorisant l'exercice du télétravail mentionne en particulier les plages horaires durant lesquelles l'agent est à la disposition de son employeur et peut être joint.

Les agents exerçant leurs fonctions en télétravail bénéficient des mêmes droits et obligations que ceux exerçant sur leur lieu d'affectation.

Le télétravail fait l'objet d'un bilan annuel présenté aux comités techniques et aux CHSCT compétents. ■

NOTA BENE : les périodes d'astreintes mentionnées à l'article 20 du décret 2002-9 ne constituent pas du télétravail.

Bientôt au Smic ?

Depuis 2002, les revalorisations salariales successives ont laissé les cadres administratifs sur le bord de la route. Nous souhaitons donc ne plus être les éternels oubliés et voir reconnue financièrement notre valeur lors des prochaines revalorisations indiciaires.

Le management intermédiaire administratif subit depuis une douzaine d'années un appauvrissement financier continu : les cadres administratifs de proximité, adjoints des cadres hospitaliers (ACH) et supérieurs, attachés d'administration hospitalière (AAH), voient leur niveau de rémunération s'effriter continuellement en comparaison de celui de leurs collaborateurs, qui ont bénéficié des hausses de Smic et de reclassements successifs.

Ainsi, en janvier 2002, un adjoint administratif de deuxième classe recruté au 1^{er} échelon bénéficiait d'un indice majoré (IM) de 266 points. L'ACH classe normale était rémunéré à l'IM 290 et l'AAH à l'IM 348. L'écart en points d'indice était de 24 entre un adjoint et un ACH, de 82 entre un adjoint et un AAH.

Pourtant, dans le même temps, les attentes pesant sur l'encadrement administratif dans l'organisation hospitalière n'ont cessé de croître :

- développement de compétences pour occuper des métiers nouveaux : juriste, chargé des marchés publics, contrôleur de gestion ;
- accroissement des responsabilités dans un contexte hospitalier marqué par la multiplication des « directions communes » et autres « intérim » ;
- rôles de liaison entre la direction et les services administratifs, logistiques et soignants pour la mise en œuvre des différents plans d'économies

Pourtant, dans le même temps, les attentes pesant sur l'encadrement administratif dans l'organisation hospitalière n'ont cessé de croître.

Catégorie

cadres administratifs



Vice-présidente
cadres administratifs
Angélique Noizette
Attachée d'administration
hospitalière
CH de Toul
Tél. : 06 21 58 60 35
a.noizette@ch-toul.fr

Au 1^{er} février 2014, un adjoint administratif bénéficiait d'un indice majoré à 316 points, son cadre hospitalier de proximité d'un IM à 321 et l'AAH d'un IM à 349 points. La différence d'indice s'est réduite ainsi à 5 points d'IM avec un ACH, à 33 points avec un AAH.

En douze ans, le niveau de rémunération d'un adjoint administratif a progressé de 50 points, celui d'un ACH de 31 points mais celui d'un AAH d'1 point seulement!

Si le différentiel de traitement, constaté en 2002, avait été conservé, l'ACH percevrait une rémunération basée sur l'IM 340 et l'AAH sur l'IM 398.

Fi des nouveaux modes d'accès au corps

Mais l'évolution de la rémunération des adjoints administratifs s'est faite sans revoir celle de la pyramide managériale, comme cela a été le cas pour l'encadrement soignant juste après le reclassement des infirmiers.

locaux (plans de retour à l'équilibre financier - Pref) et nationaux (objectif national des dépenses de l'assurance maladie - Ondam).

En outre, ce tassement salarial fait fi des nouveaux modes d'accès au corps de l'encadrement administratif : concours national pour les AAH, formation d'une année à l'EHESP, formations d'adaptation à l'emploi (FAE) obligatoire pour les ACH.

Quel manque de reconnaissance ! Malgré tout, les cadres sont présents au quotidien, passionnés par leurs métiers et leurs missions de service public pour les patients. Espérons qu'à l'aube des revalorisations indiciaires à venir, les pouvoirs publics reconnaîtront enfin financièrement la valeur des « invisibles » et que les collaborateurs immédiats des corps de direction ne seront pas une nouvelle fois les oubliés de l'île Saint-Paul. ■

Tony Loiseau, Charles Roesch

Êtes-vous plutôt « mise à disposition » ou « détachement » ?

Une question des collègues tentés par une mobilité revient régulièrement. Une piqure de rappel semble utile. Rappelons que toutes les catégories sont concernées et que 10 % des directeurs d'hôpital sont effectivement mis à disposition ou en détachement.

La mise à disposition et le détachement relèvent du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers ainsi que des dispositions statutaires spécifiques à chaque catégorie.

Mise à disposition

Le fonctionnaire peut-être mis à disposition sur tout ou partie de son temps de travail pour une durée maximale de trois ans renouvelables. Comme pour le détachement, la décision est prononcée par le CNG après avis de la CAPN.

Le fonctionnaire demeure dans son corps d'origine et continue à bénéficier de son avancement, de son régime indemnitaire, de ses droits à la retraite et, dans certains cas très encadrés par la réglementation, de sa concession de logement pour nécessité absolue de service. Il reste géré par son établissement d'origine qui se fait rembourser le coût salarial.

On voit bien que le cordon ombilical n'est pas franchement coupé avec l'établissement d'origine. Mais la raison principale qui a motivé les pouvoirs publics à privilégier le détachement est avant tout une question de... simplicité de gestion !

Détachement... Dans quelles situations ?

La plupart du temps, lorsque le fonctionnaire de la FPH veut travailler auprès d'une autre fonction publique ou auprès d'une entreprise ou d'un organisme privé d'intérêt général ou de caractère associatif assurant des missions d'intérêt général, ou encore pour exercer une mission à l'étranger auprès d'une organisation internationale.

Le fonctionnaire placé en position de détachement est géré directement par l'organisme d'accueil dans les mêmes conditions que les personnels de l'organisme de rattachement (régis par le statut ou une convention collective). Le cadre détaché peut, à terme et sous certaines conditions, demander son intégration dans le corps de détachement lorsque le détachement se fait entre corps de la fonction publique.

Le détachement est prononcé à équivalence de grade et à l'échelon comportant un indice égal ou, à défaut, immédiatement supérieur à celui dont l'intéressé bénéficie dans son grade d'origine. Le régime indemnitaire applicable est celui normalement applicable au corps de détachement, sauf à ce que le contrat de détachement prévoit des dispositions spécifiques... Le contrat de détachement peut prévoir par exemple le maintien du régime indemnitaire sur le principe de la prime de fonction et de résultats (PFR). Les personnels détachés, quel que soit leur grade, conservent leurs liens avec l'administration d'origine pour le droit à l'avancement et à la retraite.

Le principal point de vigilance pour le fonctionnaire tenté par une mobilité sera celui de la perte de sa concession de logement, qui est la règle au vu de la nécessité absolue de service au regard du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010. Depuis le décret du 23 juin 2008 et la circulaire du 8 septembre 2008, le fonctionnaire hospitalier n'est cependant plus tenu au plafond de majoration de 15 % au maximum dans la négociation de sa rémunération. Les personnels des corps de direction peuvent spécifiquement se référer à la circulaire n° DGOS/DGCS/2012/241 du 19 juin 2012 relative à la mise en œuvre de la PFR

Catégorie cadres détachés

Francis FOURNEREAU

Secrétaire général
SIH Limousin
Poitou-Charentes
Tél. : 05 55 43 99 00
francis.fournereau@sil.fr

Aymeric CHAUCHAT

Responsable du département
Performance et qualité
Direction de l'offre de soins,
ARS Nord-Pas-de-Calais
Tél. : 03 62 72 79 58
aymeric.chauchat@ars.sante.fr



pour solliciter la réévaluation de la part « fonctions ». Mais cela ne peut constituer, selon la négociation, qu'une compensation partielle de la perte du logement.

Vers la création d'un « statut de mission »

Dans le contexte de l'application de la loi Santé, le SMPS revendique la création d'une position de « statut de mission » auprès des pouvoirs publics pour les cadres de direction de la fonction publique hospitalière désireux de partager leur expertise sur une période transitoire, et à qui la position de recherche d'affectation auprès du CNG* n'apporte pas de réponse satisfaisante.

La création d'un « statut de mission » pourrait s'inspirer des dispositions du décret du 29 juillet 1964 applicables aux préfets qui « peuvent être affectés à l'administration centrale du ministère de l'Intérieur et des Outre-Mer pour y exercer une mission auprès du gouvernement ou en cabinet ministériel ». Pourquoi les cadres de direction de la fonction publique hospitalière ne pourraient-ils pas, eux aussi, exercer une mission auprès des pouvoirs publics ?

*Introduite par le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 pour les directeurs d'hôpital.

Publication

Les relations entre directeur et médecin à l'hôpital public

Management stratégique et décision

François-Jérôme AUBERT

Directeur d'hôpital depuis 2012, François-Jérôme Aubert explore la relation entre directeurs et médecins dans la prise de décision à l'hôpital lors de l'enquête de terrain de sa thèse de doctorat, soutenue en 2014.

Au cours de nombreux entretiens, il interroge des directeurs et médecins sur leur rapport à la décision, au pouvoir, au dialogue de gestion. Quelle est la perception de ces professionnels, quelles sont leurs attentes, leurs critiques, leurs propositions pour améliorer le processus de décision à l'hôpital

public ? Les répondants transmettent un panorama très vivant des enjeux du dialogue entre directeurs et médecins. À partir de ce matériau riche et très illustratif de situations fréquentes dans les établissements, François-Jérôme Aubert donne une vision originale des coulisses de la décision dans les établissements, décrites par des acteurs exerçant de hautes responsabilités dans des établissements publics, des établissements privés et en agence régionale de santé.

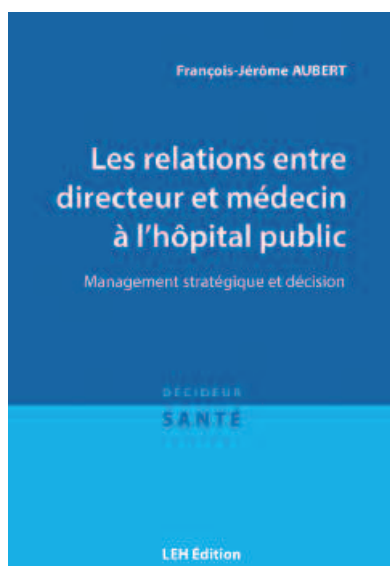
Les résultats de ces travaux sont aujourd'hui synthétisés dans un ouvrage à paraître chez LEH Édition. L'auteur présente son analyse des débats informels et au sein des instances de l'hôpital, ainsi que les conditions d'une bonne qualité de la décision.

D'après son analyse, l'enjeu essentiel pour améliorer la qualité de la décision à l'hôpital public est de promouvoir la montée en qualité de l'argumentation dans les débats. Cette montée en qualité est nécessaire dans un contexte hospitalier très complexe et fondamentalement polyarchique, et où la décision se prend souvent par consensus apparent. Ce modèle de consensus, emprunté au sociologue Philippe Urfalino, décrit une décision prise au terme d'une délibération argumentée

et définie par la non-opposition des acteurs à une proposition émise par le président de séance. Ce schéma est notamment appliqué aux débats en directoire.

La dernière partie du livre présente un ensemble de propositions visant à améliorer la qualité du dialogue à l'hôpital. Il est notamment question de créer une nouvelle identité professionnelle des directeurs d'hôpital en articulant progression de carrière et compétences de médiation et de conseil. Concernant les médecins, l'auteur propose de traiter les tensions entre leurs rôles de gestion et de soin et d'accélérer et simplifier les débuts de carrière hospitalière. Il propose en outre de libérer l'exercice médical par la remise en question des monopoles d'activité : accès plus aisé aux missions hospitalo-universitaires pour les praticiens mono appartenants, ouverture de missions plus vastes pour les personnels paramédicaux, autonomie plus importante des jeunes praticiens en post-internat, etc. Préfacé par le Pr Fabrice Barlesi, chef de service en oncologie thoracique à l'hôpital Nord de Marseille, cet ouvrage vise à renouveler les termes du débat sur la « gouvernance » de l'hôpital, avec une perspective originale. ■

LEH Édition, juin 2016, 40€



voir

Spécial New York pour le lecteur de DVD



Mad Love in New York

Panique à Needle Park

Jerry Schatzberg

New York, années 1970. Bobby (Al Pacino) rencontre Helen (Kitty Winn). C'est le coup de foudre. Ils s'installent près de Needle Park, plaque tournante du trafic de drogue dans l'est de Manhattan... Deuxième long métrage à la fois pour Pacino et le réalisateur Jerry Schatzberg, ce film va propulser la carrière des deux talents. À (re)voir absolument.

Sortie le 22 juin en DVD, Blu-Ray et coffret collector. Carlotta

Mad love in New York

Josh & Benny Safdie

New York, années 2010. Dans ce film des frères Safdie, on est loin du Manhattan des touristes et traders. Leur caméra suit le quotidien d'une jeune SDF qui joue son propre rôle à l'écran. La prestation est époustouflante, émouvante aussi. Une curiosité dramatique et esthétique, entre documentaire et fiction. Une réussite.

En DVD, Blu-Ray. Carlotta

Au théâtre

Poésie ?

Théâtre Montparnasse

Alors qu'il vient de publier son autobiographie, intitulée *Comédie française* (Flammarion), Fabrice Luchini remonte sur scène avec son spectacle *Poésie ?* Une sorte de grande récitation où s'enchaînent des textes de Rimbaud, Baudelaire, Flaubert, Molière, Labiche. Un récital poétique et ludique. À l'image de la vie de cet ex-apprenti coiffeur qui a croisé la route de Rohmer, Barthes, Fumarolli...

Jusqu'au 22 juin au théâtre Montparnasse

31, rue de la Gaîté, 75014 Paris - Réservation : 01 43 22 7774

Prendre le temps



par **Anne Éveillard**

© Frédéric PALETTI

Monsieur de Pourceaugnac Chambord

Cette comédie-ballet, signée Molière et Lully, raconte l'histoire d'Eraste et Julie, deux amants qui ont recours à une entremetteuse pour déjouer le projet du père de Julie : marier sa fille à Léonard de Pourceaugnac... La première représentation a eu lieu en 1669 au château de Chambord. Rebelote cet été, car ce spectacle sera l'un des temps forts du 6^e festival de Chambord.

Le 9 juillet à 20h

au château de Chambord.

Réservation : 02 54 50 40 00



© Dominique Essemann

savoir

Expos

Musicircus Metz

Coup de zoom sur les liens entre arts visuels et musique, pour une autre lecture de l'histoire de l'art moderne et contemporain. C'est ce que propose le centre Pompidou-Metz, qui met en scène une quarantaine d'œuvres. Parmi celles-ci, *La Noce* de Chagall, le *Salon de réception* par Kandinsky, le mobile *31 janvier* de Calder... Le tout rythmé par des partitions, vidéos, photos, dessins et un jeu de pistes pour les enfants.

**Jusqu'au 17 juillet au centre Pompidou-Metz
1, parvis des Droits de l'homme - 57000 Metz
Tél. : 0387 153939**



© Centre Pompidou, MIMM-CCI, Dist. BMM-Grand Palais/Georges Meunier/Artforum

Jean Lurçat L'Éclat du monde

Angers

Pour le cinquantenaire de la mort de Jean Lurçat, les Beaux-Arts d'Angers rendent hommage au peintre et créateur de tapisseries. Au programme : une centaine d'œuvres issues des collections angevines, mais aussi du Petit Palais ou de la BNF, la tapisserie de l'*Apocalypse* longue de 16 mètres, les cartons de Lurçat ou encore une sélection d'objets d'art médiévaux confrontés aux œuvres de l'artiste.

**Du 11 juin au 6 novembre
Musée des Beaux-Arts - 14, rue du Musée
49100 Angers - Tél. : 0241 053800**



Barbie Paris

La poupée mannequin s'invite au musée. Quelque 700 modèles de Barbie ont ainsi investi 1 500 m² des Arts déco. Ils sont mis en perspective avec des œuvres issues des collections du musée, mais aussi avec des créations contemporaines, journaux, photos, vidéos... qui retracent l'épopée de la poupée.

**Jusqu'au 18 septembre
au musée des Arts décoratifs
107 rue de Rivoli - 75001 Paris
Tél. : 01 44 55 5750**

bons plans

Où passer à table ?

À La Plantxa

Boulogne-Billancourt

Candidat *Top Chef* en 2012, il officie aujourd'hui sur France 2 dans l'émission *Comment ça va bien !* À moins de 30 ans, le chef Juan Arbelaez a le vent en poupe. Aux fourneaux de la table de l'hôtel Marignan Champs-Élysées, il a gardé un œil sur son premier restaurant *La Plantxa*, dont il a confié les rênes à son ancien second, Maximilien Kuzniar. Mais Arbelaez continue d'y passer pour choisir les produits et donner une impulsion à la carte. Résultat : dans une déco de bistrot, il prône une gastronomie « à la cool », où l'ardoise propose aussi bien des coquillettes-jambon qu'un ceviche de poisson cru, un burger ou un menu dégustation.

**La Plantxa - 58, rue Gallieni
92100 Boulogne-Billancourt. Tél. : 01 46 20 50 93**

Où s'échapper ?

À Londres

Profitez de l'ouverture de l'extension de la Tate Modern le 17 juin prochain pour une belle échappée de l'autre côté de la Manche. Conçue par le cabinet d'architecture suisse Herzog & de Meuron, cette nouvelle Tate va ainsi augmenter de 60% ses espaces d'exposition. Le musée représentera désormais plus de 250 artistes issus d'une cinquantaine de pays. Certes, on peut faire l'aller-retour en Eurostar dans la journée, mais on peut aussi accentuer le dépaysement et rompre avec l'ultra-modernité de la Tate en séjournant au Chiltern Firehouse. Imaginé par les architectes français du Studio Ko, cet hôtel semble tout droit sorti d'un épisode de *Downton Abbey*.



**Tate Modern : www.tate.org.uk
Chiltern Firehouse :
www.chilternfirehouse.com**



© Tate, London 2015

Turner et la couleur

Aix-en-Provence

Figure majeure de la peinture du XIX^e, Joseph Mallord William Turner est à l'honneur à l'hôtel de Caumont. Conçue avec Turner Contemporary, cette expo bénéficie du concours de la Tate Gallery de Londres, qui a prêté une trentaine de chefs-d'œuvre légués à l'État anglais par l'artiste. Ajoutons à cela plus de 100 aquarelles, gouaches et huiles sur toile, ainsi que des travaux inédits, issus de collections particulières.

Jusqu'au 18 septembre à l'hôtel de Caumont-Centre d'art

3, rue Joseph-Cabassol - 13100 Aix-en-Provence

Tél. : 04 42 20 70 01



Beaux livres

Flora : Les Fleurs

Mapplethorpe

On le connaît plutôt pour ses portraits. Ceux de Patti Smith ou de Grace Jones. Mais le photographe Robert Mapplethorpe s'intéressait également de près aux fleurs, qu'il voyait belles, décadentes, sombres, érotiques... Cet ouvrage réunit quelque 280 images qui retracent la fascination de l'artiste américain pour le sujet : de ses premiers Polaroid à ses tirages en noir et blanc. Bluffant.

Phaidon. Relié avec étui : 175 €

lire

Romans

Flannery O'Connor

Cécilia Dutter

Écrire une biographie, c'est partir sur les traces de quelqu'un... Ce qu'a fait Cécilia Dutter avec l'écrivain Flannery O'Connor. Elle s'est rendue dans sa maison de Savannah, sa ferme d'Andalusia... pour mieux comprendre le parcours de cette Américaine, catholique, disparue à 39 ans des suites d'un lupus érythémateux. Cette bio est juste, fine, documentée. Elle permet de resituer Flannery O'Connor parmi les grands noms de la littérature. Un bel hommage à cette femme singulière, qui ne vivait que pour l'écriture.

Cerf littérature. 19 €



Mémoire de fille

Annie Ernaux

Non, Annie Ernaux n'avait pas encore tout écrit sur son passé. Même après des dizaines d'ouvrages, elle n'avait pas évoqué cet été 1958 et sa première nuit avec un homme, passée dans une colonie de vacances... Un choc qu'elle raconte dans *Mémoire de fille*, pour éviter le « vécu pour rien ». Le tout mêlé à de subtils allers-retours entre hier et aujourd'hui. Remarquable.

Gallimard. 15 €



© Martin Parr / Magnum Photos

Des goûts

Martin Parr

Un tour du monde alimentaire en 200 images. C'est ce que propose le photographe anglais Martin Parr dans son ouvrage *Des goûts*. Il livre, ici, sa vision de ce qui se mâche, se mastique, se déglutit, s'avale, se digère de New York à Tokyo, en passant par le Pays de Galles, la Slovaquie, le Mexique... Le tout préfacé par Fergus Henderson, le chef étoilé du Saint John's à Londres, à mille lieues des hot-dogs, frites en sauce, saucisses, bonbons et gélatines fluo immortalisés par Martin Parr. Décalage immédiat.

Phaidon. 19,95 €

écouter

Variétés/pop/rock



Call it what it is,

Ben Harper & The Innocent Criminals

C'est le premier album studio depuis plus de huit ans pour Ben Harper. On y retrouve ses ingrédients préférés : audace et poésie dans les textes, guitares électriques et percussions dans le son. Avec une balade que l'on se passe volontiers en boucle, *Deeper and deeper*, coécrite avec le guitariste Michael Ward.

Caroline Records

Les Vestiges du chaos

Christophe

Pour ce 13^e album studio, Christophe a sollicité Jean-Michel Jarre, déjà complice sur *Les Mots bleus*, pour l'écriture du titre *Les Vestiges du chaos*. Autres talents dépêchés côté textes : Boris Bergman, Daniel Bélanger, Laurie Darmon. Le tout teinté de blues, d'électro-rock, avec un hommage à Lou Reed et un duo avec Alan Vega. Un sans-faute.

Capitol-Universal



Concerts

Les Nuits de Fourvière Lyon

La 23^e édition de ce festival de référence va une nouvelle fois s'ouvrir au théâtre, à la danse, au cirque et à la musique. Cette année, les Théâtres romains accueilleront PJ Harvey (14 juin), Christophe (11 juillet), Michel Polnareff (21 juillet), Francis Cabrel (18 juillet), Pixies (20 juillet) ou encore Tame Impala (4 juillet).

Du 2 juin au 31 juillet.

Réservation : 04 72 32 00 00



© Felix Bineale / Sony Music Entertainment

Classique

Œuvres pour piano

Lucas Debargue

Lauréat du concours Tchaïkovski 2015 à Moscou, Lucas Debargue, 26 ans, s'est déjà fait un nom. Encensé par la critique, il sort son premier enregistrement : une sélection d'œuvres pour piano signées Scarlatti, Chopin, Liszt et Ravel. Un album où spontanéité rime avec maturité.

Sony Classical

Quintette et lieder

Le quatuor Ebène

C'est l'un des quatuors les plus prestigieux du moment. Il interprète ici le quintette pour deux violoncelles de Schubert. Avec Adrien Boisseau, le nouvel altiste du quatuor, et le violoncelliste Gautier Capuçon qui vient renforcer celui-ci dans cet enregistrement. Quant au grand baryton Matthias Goerne, il chante cinq lieder avec quatuor et contrebasse. Éblouissant.

Erato - Warner Classics



Jazz à Vienne

Ibrahim Maalouf (28 juin), Caravan Palace (30 juin), Sanseverino (1er juillet), Randy Weston (4 juillet), Diana Krall (5 juillet), Seal (12 juillet)... ils seront tous sur la scène du Théâtre antique pour cette 36^e édition du festival Jazz à Vienne. Un événement qui mise sur un jazz éclectique et grand public.

Du 28 juin au 15 juillet.

Réservation : 04 74 85 00 05

Tarifs 2016 des cotisations

Le montant inclut un contrat de protection juridique individuelle souscrit auprès de la GMF

	Montant de la cotisation pour paiement par chèque ou carte bleue		Montant de la cotisation pour paiement par prélèvement automatique en trois fois (-10%)	
	Montant	Après déduction de l'impôt sur le revenu	Montant	Après déduction de l'impôt sur le revenu
CADRES DE DIRECTION				
DH hors classe sur emploi fonct./Classe except.	350 €	119 €	315 €	107 €
Directeur hôpital hors classe	293 €	100 €	264 €	90 €
Directeur hôpital classe normale	208 €	71 €	186 €	63 €
Élève directeur d'hôpital	100 €	34 €	90 €	31 €
D3S hors classe sur emploi fonct.	293 €	100 €	264 €	90 €
D3S hors classe	229 €	78 €	207 €	70 €
D3S classe normale	201 €	68 €	180 €	61 €
Élève D3S	100 €	34 €	90 €	31 €
DS/coord. maieut. hors classe sur empl. fonct.	293 €	100 €	264 €	90 €
Directeur des soins, IFSI, IFCS hors classe	191 €	65 €	171 €	58 €
Directeur des soins, IFSI, IFCS classe normale	175 €	60 €	159 €	54 €
Élève directeur des soins	100 €	34 €	90 €	31 €
CADRES TECHNIQUES				
Ingénieur général	293 €	100 €	264 €	90 €
Ingénieur en chef classe exceptionnelle	266 €	90 €	240 €	82 €
Ingénieur en chef classe normale	225 €	77 €	204 €	69 €
Ingénieur principal	201 €	68 €	180 €	61 €
Ingénieur	163 €	55 €	147 €	50 €
Technicien supérieur hospitalier	138 €	47 €	126 €	43 €
Technicien hospitalier	138 €	47 €	126 €	43 €
CADRES PARAMÉDICAUX, SOCIO-ÉDUCATIFS ET SAGES-FEMMES CADRES				
Cadre supérieur de santé	159 €	54 €	144 €	49 €
Cadre de santé	159 €	54 €	144 €	49 €
Coordinateur en maïeutique (ex-SF cadre sup)	159 €	54 €	144 €	49 €
Coordinateur en maïeutique (ex-SF cadre)	134 €	46 €	123 €	42 €
Cadre supérieur socio-éducatif	134 €	46 €	123 €	42 €
Cadre socio-éducatif	134 €	46 €	123 €	42 €
CADRES ADMINISTRATIFS				
Attaché d'administration	160 €	54 €	144 €	49 €
Élève attaché d'administration	100 €	34 €	90 €	31 €
Adjoint des cadres hospitaliers	121 €	41 €	108 €	37 €
CADRES RETRAITÉS				
Toute catégorie	46 €	16 €	42 €	14 €
Membre d'honneur	70 €	24 €	63 €	21 €
Membre associé	26 €	9 €		



smmps

smmpsante.fr

Adhèrez et cotisez au SMPS

Les présents bulletins sont à retourner accompagnés de votre chèque à :

Délégation nationale SMPS

Bâtiment de l'IFSI - Cour Mazarin

47 boulevard de l'Hôpital - 75651 Paris Cedex 13

Tél : 01 40 27 52 21

E-mail : adhesion@smmpsante.fr

Site : www.smmpsante.fr

Fichier et comptabilité : Odile HOUEL

Syndicat des managers publics de santé

Bulletin d'adhésion 2016

Je soussigné(e)

Mme, M.
(rayer les mentions inutiles)

Prénom : Année de naissance :

Grade : Classe :

Fonctions :
(pour les cadres de direction, préciser chef d'établissement ou directeur adjoint)

Statut : Titulaire/stagiaire Contractuel

Coordonnées professionnelles
(pour les cadres en activité, à compléter obligatoirement)

Établissement :

Service :

Adresse ou BP :

CP :

Ville : Cedex :

Tél. fixe/portable :

E-mail :

Coordonnées personnelles
(si vous souhaitez recevoir votre courrier syndical à votre domicile)

N° : Rue :

CP : Ville :

Déclare adhérer au SMPS et m'engage à régler ma cotisation par

chèque établi à l'ordre du trésorier national du SMPS

carte bleue

prélèvement automatique en 3 fois (-10%)

Fait à : le

Signature :

Syndicat des managers publics de santé

Avis de changement de situation

Mme, M.
(rayer les mentions inutiles)

Prénom :

Anciennes fonctions :

Nouvelles fonctions :
(pour les cadres de direction, préciser chef d'établissement ou directeur adjoint)

Grade : Classe :

Pour les cadres retraités, merci d'indiquer votre catégorie d'origine :

CD, CA, CT, CS (rayer les mentions inutiles)

Coordonnées professionnelles (à compléter obligatoirement)

Établissement :

Service :

Adresse ou BP :

CP :

Ville : Cedex :

Tél. fixe/portable :

E-mail :

Avez-vous un mandat syndical ? oui non

Secrétaire section locale

Élu CAP (dans ce cas, indiquez la CAP) :

titulaire suppléant

Élu CTE (dans ce cas, indiquez le collège) :

titulaire suppléant

Autre :

Coordonnées personnelles

(si vous souhaitez recevoir votre courrier syndical à votre domicile)

N° : Rue :

CP : Ville :

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@chcn.net



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
Centre hospitalier
de Chaumont
Tél. : 03 25 30 71 45
frederic.cecchin@ch-chaumont.fr



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
lbcluzel@gmail.com



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

Membres fonctionnels



Délégué retraité
Jean-Rémi BITAUD
jrbitaud@orange.fr



Délégués détachés et MAD
Aymeric CHAUCHAT
Responsable de département
ARS Nord-Pas-de-Calais
Tél. : 03 62 72 79 58
aymeric.chauchat@ars-sante.fr



Délégués détachés et MAD
Francis FOURNEREAU
Secrétaire général
SIH Limousin Poitou-Charentes
Tél. : 05 55 43 99 00
francis.fournereau@sil.fr



Club Jeune Génération
Marie HIANCE
Directrice adjointe
CHI Aulnay-sous-Bois
Tél. : 01 49 36 70 06
marie.hiance@ch-aulnay.fr



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



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



Trésorier national adjoint
Guillaume CHESNEL
Directeur adjoint
GH de St-Denis
guillaume-chesnel@ch-stdenis.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 à la défense individuelle



Responsable
à la défense individuelle
Jacques BERNARD
Directeur d'hôpital
Tél. : 06 52 80 15 62
jacquesbernardsmps@yahoo.fr

Délégation nationale

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

Délégués nationaux



Élodie CHAPEL
elodie.chapel@smpsante.fr
01 40 27 52 92



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

Secrétariat
adhesion@smpsante.fr
contact@smpsante.fr

Secrétaires régionaux

ALSACE/LORRAINE/CHAMPAGNE-ARDENNE

• Alsace
Steve WERLE
Tél. : 03 88 71 67 67
direction@ch-saverne.fr

• Lorraine (par intérim)
Eric GAUTHIER
Tél. : 03 83 80 20 00
gauthier.e@ch-pontamousson.fr

• Champagne-Ardenne (par intérim)
Frédéric LUTZ
Tél. : 03 25 49 48 03
frederic.lutz@ch-troyes.fr

AQUITAINE/POITOU-CHARENTES/LIMOUSIN

• Aquitaine (par intérim)
Frédéric PIGNY
Tél. : 05 59 69 70 01
frederic.pigny@ch-orthez.gmail.com

• Poitou-Charentes
Jérôme TRAPEAUX
Tél. : 05 45 80 15 03
j.trapeaux@ch-cognac.fr

• Limousin
Francis FOURNEREAU
Tél. : 05 55 43 99 00
Fax : 05 55 43 99 01
francis.fournereau@gmail.com

AUVERGNE/RHÔNE-ALPES

• Auvergne
Nicolas SAVALÉ
Tél. : 04 73 75 12 00
Fax : 04 73 75 11 37
nsavale@chu-clermontferrand.fr

• Rhône-Alpes
Florence QUIVIGER
Tél. : 04 50 49 65 65
Fax : 04 50 49 66 69
florence.quiviger@orange.fr

BOURGOGNE/FRANCHE-COMTÉ (par intérim)

Bruno MADELPUECH
Tél. : 03 80 42 48 48
direction@chs-chartreuse.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

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

GUADELOUPE

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

GUYANE

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

NORMANDIE

• Haute-Normandie
Olivier DELAHAIS
Tél. : 02 32 88 88 78
olivier.delahais@chu-rouen.fr

• Basse-Normandie

Benoît VIVET
Tél. : 02 21 06 47 73
vivet-b@chu-caen.fr

ÎLE-DE-FRANCE AP-HP

Éric GIRARDIER
Tél. : 01 43 96 64 30
eric.girardier@laposte.net

Roland GONIN

roland.gonin@aphp.fr

MARTINIQUE

(par intérim)
Roland TOUSSAINT
Tél. : 05 90 52 25 25
roland.toussaint@chsaintmartin.fr

MIDI-PYRÉNÉES/LANUEDOC-ROUSSILLON

• Midi-Pyrénées
Pierre PINZELLI
Tél. : 05 63 71 63 71
directeur@chic-cm.fr

• Languedoc-Roussillon

Daniel DESBRUN
Tél. : 04 66 33 40 01
Fax : 04 66 89 57 41
d.desbrun@hopitalpse.fr

NORD-PAS-DE-CALAIS/PICARDIE

Contacteur la délégation nationale

OCÉAN INDIEN

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

PACA

Hervé DANY
smmps.paca@gmail.com

PAYS DE LA LOIRE

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

Représentants CAPN et comité de sélection (CS)

Représentants à la CAPN DH

Titulaires hors classe
Catherine LATGER
clatger@chcn.net

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

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

Francis FOURNEREAU
francis.fournereau@sil.fr

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

Elodie CHAPEL
elodie.chapel@smpsante.fr

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

Marie HIANCE
marie.hiance@ch-aulnay.fr

Représentants au CS DH

Titulaire
Catherine LATGER
clatger@chcn.net

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

Représentants à la CAPN D3S

Titulaire hors classe
Sylvie SAQUE

Suppléant hors classe
Serge GUNST
serge.gunst@ch-avesnes.fr

Représentants au CS D3S

Titulaire
Serge GUNST
serge.gunst@ch-avesnes.fr

Suppléante
Sylvie SAQUE
direction@ehpad-lasserre.fr

Représentants à la CAPN DS

Titulaire hors classe
Jérôme RUMEAU
jerome.rumeau@ch-perpignan.fr

Suppléant hors classe
Rémy CHAPIRON
remycourrier@orange.fr

Titulaire classe normale
Marc BORDIER
marc.bordier@ch-lepuy.fr

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

NOUS SOMMES POUR CEUX QUI RENDENT LA SOCIÉTÉ PLUS HUMAINE, COMME SARAH, INFIRMIÈRE.

PLUS DE 3 MILLIONS DE SOCIÉTAIRES
NOUS FONT DÉJÀ CONFIANCE.

**GMF 1^{ER} ASSUREUR
DES AGENTS DU SERVICE PUBLIC**



ASSURÉMENT HUMAIN

Appelez le 0 970 809 809 (numéro non surtaxé)
Connectez-vous sur www.gmf.fr ou depuis votre mobile sur m.gmf.fr

LA GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES et employés de l'État et des services publics et assimilés - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - 775 691 140 R.C.S Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148 rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret et ses filiales GMF ASSURANCES et LA SAUVEGARDE. Adresse postale : 45930 Orléans Cedex 9.

