



Éditorial

Jérémie SÉCHER
Président

Responsabilité oblige !

En ce début d'année 2015, nous sommes toujours, directeurs et cadres, mobilisés sur les mêmes sujets, que ce soit les enjeux financiers, toujours plus exigeants et bientôt inédits, les coopérations et autres directions communes qui se multiplient ou encore la démographie médicale dans nos territoires. Nous exerçons nos métiers avec passion, agissons en responsabilité et selon une éthique professionnelle de service public. Régulièrement pris à partie ou comme boucs émissaires, nous acceptons des charges de travail toujours plus importantes, un exercice sous tension face à des injonctions paradoxales trop nombreuses, les nouvelles missions confiées, sans ou avec de faibles contreparties.

Au quotidien, nous consentons à ces charges parce que nous sommes responsables, devant les communautés hospitalières comme devant les populations qui se rendent à l'hôpital public et dans les établissements médico-sociaux. Porter la réorganisation permanente de notre système de santé au bénéfice des populations est notre raison d'être. Et c'est aussi l'ADN du SMPS. Les directeurs et les cadres s'engagent au service d'une vision : celle d'un système de santé plus performant et plus juste. Les jeunes collègues qui ont participé à ce numéro spécial de *Manageurs*, et qui viennent d'embrasser ces carrières, témoignent sans tabous de cette envie de rénover et d'innover sans cesse pour l'hôpital et le secteur médico-social.

« *Il n'est pas de vent favorable pour celui qui ne sait où il va* », disait Sénèque. Ces derniers mois nous ont montré que l'enthousiasme, l'énergie et la responsabilité engagés par les communautés hospitalières pour faire évoluer les organisations étaient confrontés à la volonté d'étatisation du système, paradoxalement dénuée de ligne claire des pouvoirs publics sur l'avenir de l'hôpital et de nos métiers.

Sur le problème essentiel de l'attractivité médicale par exemple, la question d'une gouvernance maintes fois revue est remise au centre des débats. Cette manœuvre se révèle très commode pour éluder les vrais sujets statutaires et de reconnaissance professionnelle, pourtant au cœur des préoccupations des médecins.

Faute de véritable projet, les groupes de pression corporatistes alimentent à leur niveau les discussions sur la loi de santé, s'opposant à la modernisation du système si elle ne sert pas les intérêts d'une catégorie. De leur côté, les directeurs et les cadres interrogent le texte dans une vision constructive, de responsabilité et d'intérêt général. Ils n'obtiennent en réponse que des clauses de défiance qui se traduisent, soit par une ingérence toujours plus forte des ARS dans la gestion des établissements, soit par des chartes de gouvernance ayant pour objectif à peine dissimulé de figer un dispositif que les directeurs et les présidents de CME ne sauraient pas faire vivre. Le quotidien de nos établissements démontre pourtant le contraire.

À quand le retour du bon sens ? Les directeurs et les cadres, pour assumer leurs responsabilités, doivent avoir les marges de manœuvre pour accomplir leurs missions sur le terrain face à des enjeux qu'ils connaissent mieux que personne. S'ils assument pleinement en responsabilité leurs missions difficiles, ils souhaitent aussi savoir au service de quels objectifs ils s'engagent. Ils souhaitent, tout comme l'ensemble des communautés hospitalières, avoir de la lisibilité sur l'avenir de leur établissement comme de leurs parcours professionnels.

Il est du devoir des autorités – qui les évaluent, qui les contrôlent, qui leur donnent des objectifs et des résultats à atteindre – d'être non seulement responsables mais aussi exemplaires envers eux. Le projet de loi de santé ne se fera pas sans les directeurs et les cadres. Le temps est venu de le reconnaître et de prendre les engagements nécessaires. À défaut, rien ne se fera et les GHT seront les coquilles vides d'une loi incantatoire et bavarde.

Dans le débat sur la loi de santé, comme sur l'ensemble des sujets, le SMPS porte à Matignon, dans les ministères et au Parlement une vision constructive, mais aussi exigeante et ambitieuse, par respect pour nos métiers et les directeurs et les cadres qu'il représente, afin que les efforts collectifs ne soient pas dissipés par des vents contraires. Et le SMPS ne transigera pas. ■



Dossier

Jeunes générations Attentes, ambitions et engagement...

Perspectives

Le directeur d'hôpital sera l'entrepreneur public du XXI^e siècle 22

Position

De l'art de concilier vie privée et vie professionnelle, ou comment apprendre à se ménager pour bien manager ! 25

Projections

Penser sa carrière 28

Quel projet ? Tout revoir ! 30



smps

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

Loi de santé : directeurs et cadres hospitaliers : les grands absents	2
Bilatérale avec la DGOS : 2015, année du partenariat avec les hospitaliers ?	2
Loi de santé : garantir des marges de manœuvre aux directeurs et cadres hospitaliers et médico-sociaux !	3
Plan d'économies : l'hôpital public, variable d'ajustement de la sécurité sociale ?	3
Zaynab Riet, première femme présidente de la Conférence nationale des directeurs de CH	4
CAPN des DH : la fusion des corps ne doit pas être la seule perspective d'avenir proposée par l'État	4
CAPN des DH : prendre collectivement nos responsabilités	4
CAPN des D3S : peut mieux faire !	4
Ingénieurs hospitaliers : à quand le nouveau régime indemnitaire ?	5
Corps de direction : le SMPS pose ses priorités pour 2015	5
Directeurs des soins : <i>quid</i> de la CSIRMT ?	6
CAPN des DS : revalorisation statutaire prévue pour juillet	6
CCN des DS : porter de véritables avancées	6
Directeurs des soins : renforcer nos acquis statutaires	6
Renouvellement du bureau national 2015 : appel à candidature	7

En coulisses

CAPN/CCN DH - D3S - DS : vos nouveaux élus	8
CSFPH/CCFP : vos représentants	11
Élections du 4 décembre : enquête au cœur des sections	12
Améliorons l'attractivité de l'hôpital	14
Sexisme, fresques et frasques à l'hôpital public	15
Les stages à l'international forment les futurs directeurs	18

Club Jeune génération

Qu'attendons-nous de nos aînés ?	34
--	----

Catégories

directeurs d'hôpital	36
Statut des DH : les changements pour 2015	
directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux	37
Soyez inventifs !	
directeurs des soins	38
Rendre la profession plus attrayante	
cadres de santé	39
Préparer dès aujourd'hui le terrain à nos futurs collègues	
cadres administratifs	40
Redonnons des perspectives aux attachés !	
ingénieurs et cadres techniques	42
Tout savoir sur le RIFSEEP, nouveau régime indemnitaire promis pour 2015... si tout va bien !	
cadres détachés	44
Négociations statutaires : le SMPS n'oublie pas les détachés	
cadres retraités	45
Le flambeau transmis aux futurs managers : l'amour du métier	

Prendre le temps

Voir, savoir, bons plans, lire, écouter	47
---	----

Adhésion/cotisation

Vos élus et représentants

Infos en bref

Loi de santé

Directeurs et cadres hospitaliers : les grands absents

Interviewé dans la *Gazette Santé Social*, notre président Jérémie Sécher a souligné que les directeurs et les cadres hospitaliers sont les grands absents de la loi de santé.

« L'un des enjeux majeurs de cette loi : être la plus concrète possible, dans un contexte où les hospitaliers connaissent une réforme tous les trois à cinq ans. Les dispositions relatives à la prévention nous conviennent. De ce point de vue, la loi doit faciliter la participation de tous aux enjeux de santé publique, y compris celle de la médecine de ville et des professionnels libéraux – notamment à la permanence des soins. Encore faut-il passer de la théorie à l'action ! Il faudra aussi clarifier le positionnement des ARS dans une logique de partenariat avec les acteurs du système de santé, et en l'occurrence avec les établissements publics de santé. De ce point de vue, le SMPS porte la vision d'ARS "de mission".

Concernant la gouvernance des établissements de santé, en tant que directeurs, nous sommes attentifs à associer chaque jour à nos projets l'ensemble des professionnels de la communauté hospitalière.

Le projet de loi devra être mieux articulé avec les conséquences de la réforme territoriale en cours. À ce propos, le SMPS souhaite le rattachement des établissements publics de santé et des groupements hospitaliers de territoire (GHT) aux futures collectivités territoriales.

Nous exprimons aussi notre circonspection quant à ces GHT. Le SMPS soutient l'idée d'avancer plus vite et plus loin sur

les coopérations entre établissements, avec notamment pour objectif de créer de véritables stratégies de groupe publiques. Le caractère obligatoire des GHT n'est pas tabou pour nous, mais il convient de respecter plusieurs critères, sur lesquels nous ne transigerons pas :

- évaluer les structures existantes de coopération (communautés hospitalières de territoire, groupements de coopération sanitaires) nous semble indispensable ;
- que la loi n'impose pas un format type d'organisation et de gouvernance autour d'un établissement support. Les représentants des établissements doivent pouvoir s'organiser ensemble en adéquation avec les besoins territoriaux ;
- faire reposer les coopérations sur un projet médical commun et être transparent sur les économies prévues dans le cadre de ces nouvelles coopérations.

En outre, si nous souscrivons aux objectifs en matière de système d'information hospitalier et de département d'information



médicale communs, nous rappelons que cela n'est pas réaliste en l'absence de "plan Marshall" des systèmes d'information hospitaliers.

En conclusion, nous remarquons que les grands absents du projet de loi, qui suscite par ailleurs la résurgence de nombreux corporatismes, sont les directeurs, les ingénieurs et les cadres hospitaliers. Ce sont eux qui, pourtant, feront vivre la réforme aux côtés des professionnels médicaux. Il est de la responsabilité des pouvoirs publics de les prendre en compte. » ■

Bilatérale avec la DGOS

2015 : année du partenariat avec les hospitaliers ?

Lors d'une réunion bilatérale avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), le SMPS a insisté sur la nécessité d'établir un véritable partenariat entre l'État, les ARS et les hospitaliers en 2015. Nous avons rappelé l'urgence de régler le problème des emprunts toxiques. Le fonds d'aide mis en place paraît

nettement insuffisant et les institutions financières qui ont commercialisé ces crédits structurés doivent largement contribuer au fonds de soutien revu à la hausse. Selon le SMPS, il convient de faire front commun avec la Fédération hospitalière de France et l'ensemble des hospitaliers pour traiter cette problématique. ■

Loi de santé

Garantir des marges de manœuvre aux directeurs et cadres hospitaliers et médico-sociaux !

Le SMPS s'interroge sur certaines dispositions du projet de loi santé porté par la ministre Marisol Touraine. Notre syndicat s'est félicité que les missions de service public assumées essentiellement par les établissements publics de santé soient enfin repositionnées à leur juste valeur. Mais les points relatifs aux coopérations entre les structures et la gouvernance interne des établissements nous préoccupent.

Il faut garantir des marges de manœuvre aux directeurs ainsi qu'aux

cadres hospitaliers et médico-sociaux. Les structures de coopération ne peuvent être décidées de manière unilatérale depuis Paris. Les directeurs et cadres ont démontré depuis des années qu'ils savent œuvrer à ces rapprochements avec les communautés hospitalières et avec les communautés médicales.

Par ailleurs, nous sommes inquiets du traitement actuel, par le ministère de la Santé, de la gouvernance hospitalière. Nous sommes très attachés à la médicalisation des décisions. Avec

les chefs de pôle et les présidents de commissions médicales d'établissement, nous prenons des décisions audacieuses. Le binôme médico-administratif tel qu'il existe aujourd'hui est très efficace. Dans ce domaine encore, nous innovons. Les contresignatures ou cosignatures dans le processus de contractualisation interne ne coïncident pas avec la logique de responsabilité juridique et pénale des chefs d'établissement et, plus généralement, avec les exigences de l'environnement de santé actuel. ■

Plan d'économies

L'hôpital public, variable d'ajustement de la sécurité sociale ?

Les directeurs et cadres hospitaliers, qui appliquent une nouvelle réforme tous les trois à cinq ans, savent que la santé a un coût. Pour le SMPS, la santé ne se résume toutefois pas au déficit de la sécurité sociale. Celui-ci doit bien sûr être résorbé. Qui mieux que le SMPS peut en être convaincu ? Nous représentons les professionnels qui contribuent chaque jour à développer la performance des hôpitaux, en accompagnant les communautés hospitalières vers les meilleures organisations. Les hospitaliers souhaitent porter la meilleure qualité et le meilleur accès aux soins, et pour atteindre cet objectif, il n'y a pas d'avenir à l'hôpital sans investissement.

Le comité de sélection des directeurs d'hôpital a proposé des candidats aux chefferies d'établissement vacantes. Combien de plans d'économies les nouveaux directeurs devront-ils mettre en œuvre ? D'autant que les injonctions contradictoires sont permanentes et que les pouvoirs publics prétendent vouloir faire des économies sans remettre en

question le temps de travail ou l'emploi. L'hôpital public ne cesse de se réformer, et l'État lui attribue toute confiance au travers de discours et de pactes. Mais la confiance doit reposer sur des actes et des engagements réciproques ! Force est de constater que l'annonce récente du plan d'économies faite par le ministère des Affaires sociales et de la Santé en prend une nouvelle fois la direction opposée. Si la ministre de la Santé a présenté clairement la situation, la méthode proposée est pour le moins surprenante.

Les hospitaliers seraient donc mis sous tutelle des ARS, renforcées dans leur composante assurance maladie et elles-mêmes pilotées par un groupe de déploiement national à forte dominante sécurité sociale. À la demande de souplesse et d'expérimentations en matière de coopération dans les territoires, la réponse apportée est celle de l'étatisation et de la bureaucratisation du système ! À nos yeux, ces annonces marquent la disparition du ministère de la Santé dans un grand

ministère du Budget et des Affaires sociales. Ce sont les hospitaliers qui font la différence entre l'administration et la santé. Selon le SMPS, la confiance est compatible avec l'exigence et la rigueur. Les communautés hospitalières dans leur ensemble – directeurs, présidents des commissions médicales d'établissement, médecins, cadres, ingénieurs, personnels paramédicaux, administratifs et techniques – le démontrent au quotidien. Nous réaffirmons donc la nécessité absolue de leur redonner des marges de manœuvre pour relever les défis économiques, tout en répondant toujours mieux aux besoins de la population. Parallèlement, le SMPS rappelle qu'il est encore temps de s'attaquer aux vraies réformes : transition vers des ARS de missions recentrées sur leur fonction de régulation, répartition équitable des efforts entre l'hôpital et les acteurs privés de la santé, financement des établissements étalonné sur la pertinence des soins et la contribution au service public. ■



CNDCH

Première femme présidente de la Conférence nationale des directeurs de CH

Le 24 janvier dernier, Zaynab Riet, trésorière du SMPS, a été élue présidente de la Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers. D'abord diplômée infirmière d'État, puis directrice d'hôpital formée à l'EHESP, elle commence sa carrière comme directrice stagiaire à l'hôpital Antoine-Béclère (AP-HP, Clamart, Hauts-de-Seine). Zaynab Riet a eu diverses expériences : directrice des achats (initiation du réseau des acheteurs hospitaliers d'Île-de-France), directrice de la logistique, des travaux et de la qualité, puis directrice des ressources humaines (lors de la fusion des CH de Beaumont, dans le Val-d'Oise, et Méru, dans l'Oise).

Depuis quinze ans, elle exerce des fonctions de chef d'établissement.

À ce titre, elle a initié et mené les travaux de mise en œuvre d'un projet médical de territoire associant cinq EPS publics dont l'hôpital local de Marines, le CH de Carnelle (Saint-Martin-du-Tertre) et le CH du Vexin, tous trois situés dans le Val-d'Oise.

Depuis 2012, Zaynab Riet dirige l'EPS de Ville-Evrard (Seine-Saint-Denis). Parmi ses nombreuses fonctions, présentes ou passées : consultante expert au Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), chargée de cours à l'université Paris XIII, présidente du réseau gérontologique interétablissements et services du Val-d'Oise, administratrice de la Fédération hospitalière de France (FHF). ■

CAPN des DH - 16 décembre

La fusion des corps ne doit pas être la seule perspective d'avenir proposée par l'État

Pour le corps des directeurs d'hôpital, deux organisations syndicales, le SMPS et le SYNCASS-CFDT, représentent désormais la profession à part quasiment égale, aux côtés d'un CH-FO toujours présent, à un niveau certes différent. Cette représentativité partagée du corps

impose la nécessité de clarifier les perspectives démographiques et les enjeux de nos métiers.

Le SMPS profite de l'occasion pour dire sa fierté d'être le syndicat des jeunes DH puisqu'il est à nouveau majoritaire sur la classe normale en CAPN. ■

CAPN des DH - 13 janvier

Prendre collectivement nos responsabilités

En ce début d'année, le corps des directeurs d'hôpital est plus clivé que jamais. La formation des professionnels et donc l'avenir de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) sont cruciaux. Il va s'agir de réfléchir aux profils des dirigeants pour le système de santé de demain. Il faudra donc répondre aux questions décisives de la gestion des entrées dans le corps des DH et de l'adéquation de la formation au métier exercé. Valoriser la richesse des parcours et l'ouverture, répondre aux difficultés actuelles du secteur médico-social, où l'augmentation des postes vacants ne fait que s'aggraver : tout cela est aussi primordial. ■

CAPN des D3S

Peut mieux faire !

À l'occasion de cette dernière CAPN D3S de l'année mais aussi de la fin de mandat, le SMPS remercie tout particulièrement ses représentants. Si les résultats aux élections professionnelles n'ont pas été à la hauteur de ce que nous aurions souhaité, le SMPS est satisfait que les trois organisations syndicales soient représentées en CAPN et en CCN. C'est une richesse.

Les représentants du SMPS ont rappelé les points qui n'ont pas abouti ces trois dernières années, et même depuis six ans pour certains :

- application complète des protocoles de 2007 et de 2011 ;
- mise en place d'un dispositif de formation pour les collègues exerçant

dans des petites structures, qui ne peuvent émarger sur leur propre plan de formation faute de crédits suffisants ;

- instauration d'un comité médical et d'une commission de réforme propres aux corps de direction ;
- amélioration de la formation des évaluateurs dans le cadre d'un dispositif à nouveau ambitieux, dynamique et motivant ;
- valorisation statutaire des D3S : mise en place du Graf, valorisation des fonctions de chefs d'établissement, revalorisation des fonctions d'intérim.

Le SMPS a demandé un calendrier et des objectifs précis pour l'année 2015. ■

Ingénieurs hospitaliers

À quand le nouveau régime indemnitaire ?

Lors des Rencontres RH de la santé, le 1^{er} octobre dernier, le représentant de la DGAFP a évoqué la nécessaire évolution du régime indemnitaire des corps déjà soumis à la prime de fonctions et de résultats (PFR) vers le nouveau régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel (RIFSEEP).

Le SMPS regrette une fois de plus que la PFR n'ait été appliquée qu'aux seuls corps des directeurs hospitaliers, et ce malgré les engagements renouvelés de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) à l'attention des cadres techniques, administratifs et soignants. Pour les ingénieurs hospitaliers, l'accès à la PFR aurait dû être appliqué dès juillet 2013. Cela ne s'est pas concrétisé.

Lors de notre congrès annuel des 16 et 17 octobre dernier, le directeur général de l'offre de soins a annoncé l'application

en 2015 du nouveau régime indemnitaire pour les ingénieurs et les cadres techniques. Mais il a subordonné l'ouverture de la concertation à la mise en place du nouveau régime pour les corps d'ingénieurs d'État. Nous n'acceptons pas que les ingénieurs hospitaliers accumulent une nouvelle fois des retards dans la transposition des avancées statutaires. Cela accroît l'écart déjà important avec les régimes des corps comparables de l'État et de la territoriale.

Le nouvel engagement pris par l'État doit se traduire dans les faits par l'harmonisation du régime indemnitaire des ingénieurs hospitaliers avec celui des deux autres fonctions publiques. C'est une revendication forte, que nous portons depuis longtemps. Le statut des ingénieurs hospitaliers doit redevenir attractif. Nous avons identifié en ce sens 19 propositions, qui figuraient dans un rapport transmis à la ministre en avril 2013.

Aujourd'hui, beaucoup d'ingénieurs hospitaliers sont recrutés sous contrat, à cause du manque d'attractivité du statut, au vu des compétences exigées. Et ce dans un contexte où la priorité est à une meilleure fluidité des parcours des agents des trois fonctions publiques ! Rappelons-le : l'harmonisation des régimes indemnitaires, de leurs montants et de leurs mécanismes reste un préalable incontournable à une mobilité réelle entre fonctions publiques. La future loi de santé prévoit que des dossiers emblématiques soient portés par les ingénieurs hospitaliers. En outre, la recomposition de l'offre hospitalière aura une fois de plus un impact sur leurs conditions d'exercice. Il importe donc que des engagements très clairs soient pris pour mettre fin à l'inégalité statutaire entre fonctions publiques (voir à ce sujet l'article de Jean-Marc Novak, vice-président ingénieurs et cadres techniques, p.42). ■

Corps de direction

Le SMPS pose ses priorités pour 2015

Où en est-on de la mise en œuvre du protocole de 2011 sur les corps de direction ? Par son étude sur les risques psychosociaux menée avec l'Institut français d'opinion publique (Ifop), le SMPS a alerté le ministère sur les conditions de travail des directeurs, surexposés au stress dans un contexte de plus en plus exigeant. Une commission spécialisée au sein des CCN a été mise en place comme l'avait demandé notre syndicat. Concernant les relations entre ARS et établissements de santé, pour lesquelles le SMPS demande un nouveau partenariat, la réactivation du groupe contact entre chefs et établissements, revendication forte et ancienne de notre syndicat, est une première avancée.

Concernant les autres sujets, notamment statutaires, le SMPS a réaffirmé ses priorités dans un contexte où la mise en œuvre de la future loi de santé demandera une nouvelle fois une grande mobilisation et l'engagement de tous les directeurs, chefs et adjoints, sur le terrain. Voici nos priorités :

- mise en œuvre grade à accès fonctionnel (Graf) des DH. L'application de l'échelon spécial HC et du nouveau grade de classe exceptionnelle nécessite un travail considérable

de préparation pour le CNG. L'entrée en vigueur de ces mesures implique l'organisation d'une CAPN qui traitera du sujet le 2 juillet 2015. Une note sera bientôt diffusée par le CNG en direction des ARS et des établissements pour préparer les tableaux d'avancement. Corollaire du Graf : la refonte des emplois fonctionnels. Le SMPS avait subordonné son soutien au Graf à une mise en cohérence de sa grille indiciaire avec celle des emplois fonctionnels. La DGOS l'a entendu et ouvre le chantier en 2015 dans un cadre où la recomposition du paysage sanitaire ne fera qu'accroître sa nécessité (voir également sur ces thématiques l'article de Catherine Latger, p. 36).

- création du Graf des D3S et des DS. L'engagement fort du protocole était de porter les trois corps de direction au niveau du Graf. Le ministère s'est engagé à l'ouverture de ce chantier dès avril 2015.

Lors de ses rencontres de début d'année avec la DGOS, le SMPS a évoqué à plusieurs reprises la nécessité d'ouvrir le chantier de la démographie des corps en donnant de réelles perspectives professionnelles aux corps de direction, au-delà de l'imposture de la fusion des corps. ■

CCN des DS

Porter de véritables avancées

Ce comité consultatif national d'installation a réuni les élus de la nouvelle mandature. Le SMPS a souligné sa détermination à ne pas assister passivement à la déconsidération des fonctions occupées par les directeurs des soins, dans un système de santé en pleine révolution. Ces fonctions ne sauraient être bradées, voire sacrifiées, sur l'autel des carences d'anticipation. Lors de cette réunion, les pouvoirs publics ont montré leur volonté de faire évoluer les chantiers.

Concernant le bilan de la dernière mandature, nous avons déploré l'absence de volonté politique pour un processus de véritable revalorisation statutaire ainsi que le non-respect des engagements du protocole d'accord du 29 juillet 2011. Quant à la démographie du corps, nous avons rappelé que le SMPS sera attentif et parfois opposé aux propositions et solutions qui se révéleraient insatisfaisantes et dévalorisantes.

Directeurs des soins

Renforcer nos acquis statutaires

Les directeurs des soins sont des acteurs majeurs dans les réorganisations hospitalières et territoriales. Concernant la formation, ils participent à la détermination des axes stratégiques pour les instituts qu'ils dirigent. En administration centrale et en ARS, les directeurs des soins, conseillers techniques et pédagogiques, collaborent à la mise en œuvre des politiques de santé et de formation au niveau régional. La revalorisation de ces missions indispensables, au travers notamment de la reconnaissance statutaire, demeure toutefois insuffisante, malgré les avancées obtenues par notre syndicat (cf. décrets et arrêtés de janvier 2014). Par ailleurs, il est indispensable que les directeurs des soins, directeurs d'institut de formation paramédicale, continuent à exercer leurs responsabilités sur l'ensemble des domaines en lien avec les formations concernées. Ces avancées ne constituent qu'une première étape : il nous faut à présent

Nous avons aussi relevé l'urgence de certains dossiers :

- clarification de la notion de coordination d'instituts de formation dans un contexte de grande mouvance ;
- garantie du maintien des deux filières – gestion et pédagogie – au sein d'un seul processus de formation assuré par la seule EHESP ;
- garantie que l'accès au corps des directeurs des soins soit impérativement et exclusivement soumis à l'exigence de la formation à l'EHESP ;
- mesure et maîtrise des effets de la loi de santé sur la place, le rôle et les missions des directeurs des soins, notamment dans le contexte de la mise en place des GHT.

À noter : pour 2015, le nombre de postes ouverts au concours national de directeur des soins sera de 55. Soit 50 postes pour le concours interne et 5 pour le concours externe. ■

Directeurs des soins

Quid de la CSIRMT ?

Une grande absente du projet de loi de santé : la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) ! Cela souligne une fois encore le peu de considération portée aux activités et à l'implication des personnels soignants non médicaux, ainsi qu'à leur direction, dans le pilotage des établissements. Avec les CSIRMT qu'ils président, les directeurs des soins exigent d'apporter leur expertise dans la conduite des projets. Les pouvoirs publics doivent confirmer leur soutien aux CSIRMT pour qu'elles deviennent des commissions paramédicales d'établissement (CPE) et qu'un état des lieux de leur fonctionnement soit établi. ■

CAPN des DS

Revalorisation statutaire prévue pour juillet

La dernière CAPN de la mandature 2011-2014 pour le corps des directeurs des soins s'est tenue le 18 décembre 2014 au CNG. Il a été rappelé que la reconnaissance, notamment statutaire et indiciaire des directeurs des soins, des cadres et directeurs, est indispensable à la dynamique du système hospitalier dans son ensemble, et ce malgré la complexité actuelle et à venir de la gouvernance. La prochaine revalorisation statutaire des directeurs des soins aura lieu en juillet 2015, conformément au nouveau statut de janvier 2014, qui résulte des négociations conduites exclusivement par le SMPS auprès du ministère en 2013. ■

renforcer nos acquis statutaires. Le combat que nous poursuivons comporte deux volets indispensables :

- l'obtention d'une grille indiciaire plus dynamique avec un début de carrière plus incitatif ;
- la mise en place d'un grade à accès fonctionnel (Graf), à l'identique des deux autres corps de direction.

D'autre part, les postes de conseillers techniques et de responsables de la formation à l'EHESP doivent être considérés comme des emplois fonctionnels. Enfin, à propos de la PFR, une injustice majeure demeure concernant la part F bloquée à 4 pour les directeurs des soins non logés. Les parts F et R sont mal dimensionnées et ne répondent pas à la reconnaissance attendue par nos niveaux d'implication. Une augmentation *a minima* de 50 % du montant de chaque part est indispensable pour obtenir une PFR en adéquation avec les compétences et les responsabilités des directeurs des soins. ■



APPEL À CANDIDATURES Renouvellement du bureau national 2015

L'installation du prochain bureau national aura lieu lors du congrès national du SMPS qui se tiendra à Paris les 17 et 18 septembre 2015.

Les élections se dérouleront en conséquence aux 2^e et 3^e trimestres 2015 selon le calendrier ci-dessous.

NATURE DES OPÉRATIONS	DATES
Dépôt des listes et des professions de foi	30 avril 2015
Validation par le président des opérations électorales des documents électoraux et notification aux têtes de liste	7 mai 2015
Fixation par le président sortant, les têtes de liste, la trésorière et le président des opérations électorales, des modalités de campagne (professions de foi, campagne dans les régions, prise en charge financière, modalités de dépouillement)	15 mai 2015
Lancement officiel de la campagne électorale	18 mai 2015
Envoi aux électeurs du matériel électoral et ouverture du vote électronique	1 ^{er} juillet 2015
Clôture du vote	7 septembre 2015
Dépouillement	11 septembre 2015
Information des résultats au congrès	16 septembre 2015
Proclamation des résultats au congrès	17 septembre 2015

Si vous souhaitez vous présenter, nous vous invitons à transmettre votre candidature (déclaration de candidature, composition de votre liste de treize noms et projet de profession de foi) à l'attention du président du SMPS au plus tard le jeudi 30 avril 2015 (date de réception à la délégation nationale) :

- **par mail** : contact@smpsante.fr
- **par voie postale** : Délégation nationale du SMPS - 47 bd de l'Hôpital - Cour Mazarin - IFSI - 75651 Paris Cedex 13

Nous attirons votre attention sur le fait que, conformément à nos statuts, seuls peuvent être électeurs ou candidats les adhérents à jour de leur cotisation 2014. ■

À NOTER

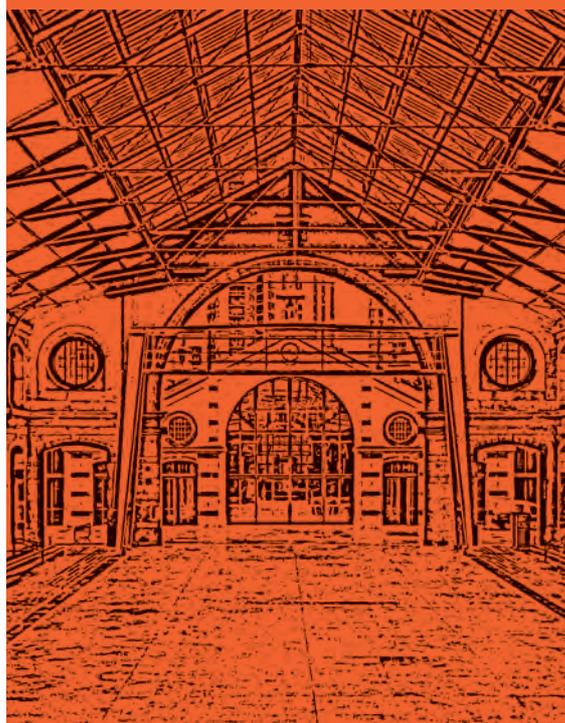


**17 ET 18
SEPTEMBRE
2015**

Le congrès
des directeurs et des cadres
de la fonction publique hospitalière

69^e congrès national

Le centquatre 5 rue Curial - Paris 19^e



En coulisses

Vos nouveaux élus

CAPN DH

Hors classe - Titulaires



Catherine Latger
Directrice, CHI Courbevoie-
Neuilly-Puteaux
clatger@chcn.net

Avec l'équipe des élus du SMPS, j'ai à cœur que chaque parcours professionnel soit valorisé et que chaque DH bénéficie du meilleur éclairage professionnel, du soutien le plus adapté à son projet personnel. Par exemple, le SMPS se mobilisera pour qu'un véritable « dispositif d'accompagnement professionnel », outil à la disposition des directeurs pour faciliter leurs rebonds de carrière, vienne supplanter le dispositif d'exception que représente la mise en recherche d'affectation.



Olivier Servaire-Lorenzet
Directeur, CH E.-Roux - Le Puy-en-Velay
Olivier.Servaire-Lorenzet@ch-lepuy.fr

Élu depuis plus de dix ans, j'espère que ce nouveau mandat permettra de continuer à servir les intérêts de tous nos adhérents en les soutenant toujours plus dans leur volonté de promotion professionnelle et de mobilité professionnelle. Ce nouveau mandat doit aussi permettre au SMPS d'être encore plus présent dans la défense des directeurs adjoints et des chefs d'établissement.

Hors classe - Suppléants

En tant qu'élue CAPN, je souhaite accompagner et soutenir les collègues DH, particulièrement les directeurs adjoints, dans leurs projets professionnels et affirmer la spécificité de ce métier de la haute fonction publique.



Armelle Drexler
Directrice adjointe, CHU de Clermont-Ferrand
adrexler@chu-clermontferrand.fr

Depuis 2006, le collectif des détachés et mis à disposition assure l'assistance individuelle et collective de nos collègues. Au sein de la CAPN, j'ai pu mesurer les avancées et l'évolution de l'état d'esprit ; toutefois, l'engagement doit rester permanent afin de rompre l'isolement de nos collègues en détachement et promouvoir la richesse de nos parcours et donc du corps de direction dans son ensemble.



Francis Fournereau
Secrétaire général, directeur
du syndicat interhospitalier Limousin Poitou-Charentes
francis.fournereau@sil.fr

Classe normale - Titulaires



Ronan Sanquer
Directeur adjoint, CHI Elbeuf-Louviers/Val-de-Reuil
ronan.sanquer@chi-elbeuf-louviers.fr

Vous représenter à la CAPN, c'est être à l'écoute des collègues, porter et défendre au mieux vos demandes, aux différentes étapes de votre carrière. C'est aussi porter dans ce cadre une vision ambitieuse pour le métier de directeur d'hôpital.



Elodie Chapel
Déléguée nationale SMPS
elodie.chapel@smpsante.fr

En tant qu'élue CAPN, je souhaite à la fois porter la vision du SMPS d'un métier de directeur d'hôpital spécifique et de haut niveau, mais aussi être auprès des collègues pour les conseiller et les défendre lorsque cela est nécessaire.

Classe normale - Suppléants

L'engagement au sein de la CAPN est un levier considérable pour la promotion des nouveaux parcours individuels et l'action collective pour valoriser les attentes des nouvelles générations de directeurs. Impliqués dans nos établissements respectifs, la CAPN est l'occasion de défendre une vision forte de la spécificité de notre métier.



Nicolas Salvi
Directeur adjoint, CHU de Reims
nsalvi@chu-reims.fr

Je souhaite assurer la représentation des jeunes directeurs de classe normale dans le dialogue social, ainsi que les orienter dans les problématiques individuelles rencontrées au cours de leur carrière.



Marie Hiance
Directrice adjointe, CH d'Aulnay-sous-Bois
marie.hiance@ch-aulnay.fr



CAPN D3S

Hors classe - Titulaire



Voir en page 37 les grandes orientations que Sylvie Saque souhaite développer lors de son mandat, aux côtés de la vice-présidente D3S, Nathalie Le Fric.

Sylvie Saque
Directrice Ehpad Lasserre - Issy-les-Moulineaux
direction@ehpad-lasserre.fr



Hors classe - Suppléant



Serge Gunst
Directeur
Hôpital de Jeumont
s.gunst@ch-jeumont.fr

Classe normale - Titulaire

Je souhaite défendre notre identité tout en combattant pour sa reconnaissance. Notre métier est spécifique, nos compétences sont hautes, nos champs d'exercice sont larges et diversifiés. De par notre expérience du terrain, nous sommes de véritables interlocuteurs pour les pouvoirs publics. Soyons fiers d'être des D3S, défendons nos valeurs, et revendiquons un statut et une reconnaissance financière à la hauteur de nos compétences.



Sylvie Morel
Directrice adjointe
CH E.-Roux du Puy-en-Velay,
de Craponne-sur-Arzon
et de l'Ehpad de St-Julien
direction.ehpad-stjulien@orange.fr

Classe normale - Suppléant



David Catillon
Directeur adjoint
Hôpital Nord-Ouest
CH de Villefranche-sur-Saône
dcatillon@lhopitalnordouest.fr

CAPN DS

Hors classe - Titulaire



Jérôme Rumeau
CH de Narbonne
jerome.rumeau@ch-narbonne.fr

Le SMPS est un syndicat qui défend exclusivement les directeurs et cadres et où les responsabilités s'exercent en parallèle avec un exercice professionnel, ce qui correspond à l'idée que je me fais de l'engagement syndical. Je souhaite également accompagner les jeunes collègues nouvellement élus en 2014, qui apporteront une nouvelle vision et énergie à notre syndicat.

Hors classe - Suppléant



Rémy Chapiron
CH de Verdun
remycourrier@orange.fr

Au SNCH puis au SMPS, j'ai trouvé de l'intérêt aux débats et confrontations d'idées dans le respect des singularités, des valeurs partagées et d'une représentation éthique des fonctions de manager. L'engagement auprès des professionnels en situation d'encadrement est un réel atout pour les corps de direction, dont celui de directeur des soins. Fort de ces différents constats, j'ai souhaité m'engager plus activement dans la vie du SMPS depuis maintenant plusieurs années.

Classe normale - Titulaire

Au moment de ma prise de fonction, je ne souhaitais pas appartenir aux mêmes syndicats que certains représentants croisés lors des instances de l'établissement. Cela a été ma première motivation pour me rapprocher du SMPS, syndicat des décideurs hospitaliers, directeurs et cadres. Depuis, c'est le seul syndicat qui a eu le courage de se positionner afin d'obtenir des avancées pour le statut des directeurs des soins. Aujourd'hui, mon engagement en tant qu' élu se veut pragmatique et en lien avec les problématiques de nos métiers de directeurs hospitaliers.



Marc Bordier
CH E.-Roux, Le Puy-en-Velay
marc.bordier@ch-lepuy.fr

Classe normale - Suppléant

Alors que beaucoup de directeurs des soins ressentent actuellement un défaut de considération, il me semble particulièrement important de leur permettre de faire avancer leur situation indiciariaire et indemnitaire, individuelle et collective. Dans un contexte de modification prochaine des paysages régionaux de la formation paramédicale, j'aurai un regard particulièrement vigilant sur la place et le rôle des coordonnateurs et des directeurs d'écoles et d'instituts.



Hervé Quinart
CHU de Reims
hquinart@chu-reims.fr

Vos nouveaux élus suite



CCN DH

Hors classe - Titulaires



Catherine Latger
Directrice, CHI Courbevoie-Neuilly-Puteaux
clatger@chcn.net

Concernant le CCN, je m'engage en tant qu'élue SMPS à demander une véritable méthode sur la gestion du corps et un véritable engagement sur les conditions d'exercice des directeurs.



Jérémie Sécher
Directeur
CH Antibes-Juan-les-Pins
jeremie.secher@ch-antibes.fr

Participer au CCN DH permettra d'apporter aux débats ma vision de président du SMPS, par ailleurs chef d'établissement en exercice. Je porterai au sein de cette instance les préoccupations et les propositions concrètes des acteurs de terrain qui accompagnent au quotidien les évolutions de l'hôpital public, tout comme la position ambitieuse du SMPS sur l'avenir de notre corps.

En tant qu'élue, je suis ravie de pouvoir porter la voix des directeurs d'hôpital au sein du Comité consultatif national. L'actualité est riche et les dossiers à traiter par le CCN dans la période à venir se révèlent nombreux. Je remercie les électeurs du SMPS pour leur confiance.



Corinne Séneschal
Directrice adjointe
CH de Boulogne-sur-Mer
c.seneschal@ch-boulogne.fr

L'évolution du système de santé va fortement s'accélérer et les directeurs seront au cœur de la recomposition de l'offre de santé dans les territoires. C'est pourquoi l'implication des ARS par l'instauration d'un véritable partenariat avec les établissements est indispensable pour la réussite des réformes qui imposent un accompagnement fort des directeurs. J'exercerai donc une vigilance toute particulière en CCN pour que les directeurs bénéficient de formations de haut niveau par la création d'un fonds dédié et pour la préservation de leurs conditions d'exercice.



Olivier Perrin
Directeur
CH de Lons-le-Saunier
olivier.perrin@ch-lons.fr

Hors classe - Suppléants



Julie Zimmermann
Directrice adjointe
CH de Valenciennes
zimmermann-j@ch-valenciennes.fr

Au sein du CCN, je souhaite faire le relais des propositions des adhérents SMPS, sur la question de l'amélioration des conditions de vie au travail, notamment pour l'exercice au quotidien de directeur adjoint, fonction aux multiples facettes, car, comme le dit Ange Mancini, premier chef du RAID, « *le plus dur, ce n'est pas de gérer l'exceptionnel, mais le quotidien* ».



Nicolas Savale
Directeur adjoint
CHU de Clermont-Ferrand
nsavale@chu-clermontferrand.fr

Pour nous tous, parfois un peu isolés sur le terrain et dans le quotidien, le comité consultatif national est un lieu permettant aux représentants des directeurs d'établir un contact direct avec la DGOS et le CNG. Dans ce cadre, je souhaite plus particulièrement porter les préoccupations et propositions du SMPS autour des questions relatives à nos conditions d'exercice, y compris dans leur dimension de santé au travail. Sur ces thématiques trop longtemps mises de côté s'agissant de nos métiers, de nouvelles pistes et perspectives peuvent s'ouvrir. Le SMPS sera présent à ce rendez-vous.



Marine Plantevin
Directrice
Centre de santé mentale angevin (Cesame)
marine.plantevin@ch-cesame-angers.fr

La future loi de santé pourrait induire des évolutions territoriales et organisationnelles majeures, dont l'impact sur notre métier, que l'on soit chef d'établissement ou directeur adjoint, sera fort. Dès lors, il conviendra, dans ce cadre, à veiller d'une part à ce que les nouvelles fonctions et responsabilités issues de ces réorganisations soient reconnues et valorisées, d'autre part à ce que toutes les mesures soient prises pour sécuriser et accompagner les collègues dans ces restructurations.



Vincent PrévotEAU
Directeur
CH de Salon-de-Provence
vincent.prevotEAU@ch-salon.fr

CCN D3S

Titulaire



Sylvie Morel
Directrice adjointe
CH E.-Roux du Puy-en-Velay,
de Craponne-sur-Arzon
et de l'Ehpad de St-Julien
direction.ehpad-stjulien@orange.fr

CCN DS

Titulaire



Rémy Chapiron
CH de Verdun
remycourrier@orange.fr

Suppléant



Dominique Boucher
Directeur SESSAD-EMESD (87)
emesd.imel@wanadoo.fr

Suppléant



Marie-Anne Guyot
CH de Verdun
marie-anne.guyot@dfc.aphp.fr

CSFPH et CCFP

Vos représentants

Vos représentants SMPS 2015
au Conseil supérieur de la fonction
publique hospitalière et au Conseil
commun de la fonction publique

L'affiliation à l'UNSA Santé sociaux publics et privés, votée à plus de 96% en congrès extraordinaire en février dernier, a permis au SMPS de préserver sa représentativité au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH) et au Conseil commun de la fonction publique (CCFP) et de porter dans ces instances les voix des directeurs et des cadres.

Pour ces deux instances nationales, et à partir de cette année, le SMPS siège pour représenter les directeurs et les cadres, aux côtés de l'UNSA Santé sociaux, au CSFPH et, aux côtés de l'UNSA fonctions publiques, pour représenter la fonction publique hospitalière dans son ensemble au CCFP. Vous pouvez retrouver ci-dessous les représentants SMPS désignés à cet effet.

Pour le CSFPH

et les commissions coordonnées
par le ministère des Affaires sociales,
de la Santé et des Droits des femmes

- En commission plénière et pour les formations spécialisées du CSFPH (commission des statuts, CHSCT, formation)
Olivier Falanga Délégué national
- Pour le Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP)
Laurence Béatrice Cluzel Vice-présidente cadres soignants
- Pour l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière (ONEMFPH)
Frédéric Pigny Directeur du CH d'Orthez

Pour le CCFP

- En commission plénière
Elisabeth Calmon Directrice du site de Sainte-Périne, AP-HP
- Formations spécialisées
 - Statistiques
Damien Flourez Directeur des affaires générales, médicales et économiques au CH d'Aubagne
 - Mobilité/égalité
Armelle Drexler Secrétaire nationale du SMPS



Élections du 4 décembre

Enquête au cœur des sections

Comment se sont préparées les élections du 4 décembre dernier ? Quel travail a été accompli avec l'UNSA ? Quels ont été les résultats obtenus ? Focus sur trois sections SMPS.

Philippe Legrand

Cadre supérieur, il était cadre de pôle à l'hôpital Beaujeon avant de devenir secrétaire permanent SMPS à l'AP-HP, représentant à temps plein.

J'étais déjà engagé au SMPS lorsque j'ai été contacté en 2008 par un permanent du syndicat qui partait à la retraite pour le remplacer. J'avais choisi le SMPS car mon ex-syndicat attaquait les cadres. J'avais aussi apprécié une intervention de notre syndicat pour prendre la défense du sort des étudiants de l'Institut supérieur des cadres hospitaliers. À noter : il a fallu plusieurs années pour que les adhérents s'habituent au nouveau nom du SMPS, adopté en 2011 ! On doit lutter contre l'inertie de beaucoup d'adhérents, pris dans leur vie professionnelle. Un grand travail a donc été nécessaire pour rappeler ce changement de nom, et aussi pour informer les cadres et les catégories B et C de notre rapprochement avec l'UNSA. La campagne électorale a reposé en grande partie sur les élus sortants, rejoints par les nouveaux, qui souhaitaient s'engager malgré leur emploi du temps très chargé. Soit douze personnes environ. La campagne a été dynamique. Elle a commencé par des envois de mails et s'est poursuivie avec un gros investissement sur le terrain : production de documents, tractage, etc. Selon moi, il faut une bonne année pour mener une campagne solide. D'ailleurs, on commence déjà la prochaine ! Nous faisons le tour des groupements hospitaliers pour établir un état des

lieux. Une partie des catégories B a déjà rejoint le SMPS : les adjoints cadres hospitaliers et les techniciens supérieurs hospitaliers. Nous tablons désormais sur les assistantes sociales, les secrétaires médicales et les infirmières de catégories B et C, via l'UNSA. Nous sommes très contents du travail effectué avec cette dernière. Une fois les listes consolidées entre nos deux syndicats, nous étions capables de représenter toutes les catégories, sauf les agents hospitaliers et les adjoints administratifs. Si nous n'avons obtenu aucun élu au CTEC, nous en avons gagné sept en CTEL. Nous nous sommes fixé deux objectifs pour les prochaines élections :



obtenir justement un poste au CTEC et garder tous nos postes en CTEL. Décrocher ce poste en CTEC est réalisable. Il nous faudra passer du de 4,56 des voix en 2014 à 10 % environ.

Sylvain Perriguet

Cadre de santé, coordinateur de stages au centre de formation et du développement des compétences à l'AP-HP.

J'avais été élu en 2011, notre section formation et développement des compétences venait d'être créée au sein de l'AP-HP. Elle est répartie sur dix-sept sites en Île-de-France et compte 800 agents, dont 500 cadres. Auparavant, chacun votait dans son établissement vu que nous n'étions pas organisés en un pôle d'intérêt commun (PIC).

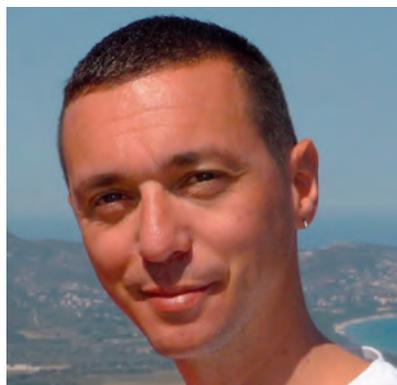
Sur nos tracts SMPS-UNSA, nous avons affiché nos valeurs communes, puis chacun a émis ses problématiques. Nous, SMPS, avons mis en avant la demande de moyens pour la formation des cadres, auxquels on demande maintenant d'acquiescer au minimum un master. Nous avons aussi réclamé des moyens informatiques corrects : ils sont aujourd'hui déplo-



rables. Or, ils concernent tout le travail de chacun à l'hôpital. Tout cela est réaliste : nous sommes réformistes et apolitiques.

J'ai donc contacté les collègues du centre répartis sur les dix-sept sites en Île-de-France. Par téléphone, car les mails auraient été trop impersonnels. J'ai eu du mal à constituer ma liste. Les gens se braquaient très vite : trop de travail pour s'engager dans le syndicat ! Finalement, nous avons réuni seize noms, sur les vingt normalement demandés. Mais quand vous vous présentez en local, il suffit d'atteindre les deux tiers. Nous nous sommes également montrés ouverts à la catégorie C en inscrivant deux agents administratifs sur notre liste.

Résultat : nous avons conservé le siège en CTE gagné en 2011. Mais toujours aucun siège en CHSCT. Conserver ce siège n'était pas gagné d'avance pour le SMPS. Parce que notre PIC est le seul établissement de l'AP-HP où, jusqu'à maintenant, l'UNSA n'était pas représentée : les catégories C, les plus nombreuses à voter, préfèrent la CGT. Or, on le sait, la nouvelle loi impose désormais la fusion des catégories A, B et C. Le SMPS partait donc seul, sans un apport de l'UNSA.



Sébastien Turchet

Cadre à la pharmacie centrale du centre hospitalier de Mâcon.

La création de notre section est très récente, elle date d'octobre dernier. Nous avions auparavant fondé un espace d'échanges entre cadres, très attendu, d'autant que nous vivons dans un environnement de contraintes, notamment budgétaires. Certains d'entre nous ont souhaité aller plus loin que ce collectif en créant une structure syndicale officielle, autonome, qui nous représenterait dans les différentes instances. La section est donc née de là, d'autant que la majeure partie des cadres ne se retrouvait pas dans la virulence des tracts des autres syndicats. Nous avons donc contacté Catherine Latger, élue DH du SMPS pour la CAPN, qui nous a encouragés, ainsi que la direction de l'hôpital : celle-ci souhaitait établir un échange à trois et sortir du binôme constitué avec la seule catégorie C. Mais personne n'osait se lancer ! Par manque de temps et parce que les cadres, chez nous, n'osent pas s'exprimer. Aller à l'encontre de la direction n'est pas dans leur culture.

À l'hôpital, on compte 80 cadres sur 2000 agents. Créer la section a été une vraie lutte, d'autant qu'il y avait une organisation représentative du personnel (ORT) en place depuis dix ans, forte de nombreux adhérents. Nous y sommes parvenus en nous appuyant sur un noyau dur de sept personnes, avec l'ensemble des cadres représentatifs, en nous mobilisant en quinze jours seulement pour présenter des listes au CTE. Des cadres inscrits sur les listes d'autres syndicats se sont désistés pour venir sur notre liste. Ils ont compris l'importance de se fédérer. On a distribué quelques tracts sans beaucoup de moyens. Aucun de nous ne souhaite devenir détaché : nous voulons rester sur le terrain. On se partage les tâches au sein du bureau, et mon poste de cadre en pharmacie centrale est un atout : la fonction transversale me permet de rencontrer beaucoup de gens. Au CTE, nous avons obtenu deux sièges de titulaires et deux de suppléants, ce qui nous place comme troisième ORT.



Un bon résultat d'autant que depuis la fin du vote par collège, le poids de la catégorie C est devenu plus important lors des élections. Nous avons aussi obtenu un siège au CHSCT. Et un siège en CAPL. Bonne surprise : nos résultats ne sont pas juste dus au vote des cadres, mais aussi à celui des infirmières de catégorie A. Notre difficulté : savoir quel profil d'infirmières a voté pour nous.

Si l'on additionne nos élus CTE, CHSCT et CAPL, on observe que tous nos métiers sont représentés : cadres kiné, labo, radio, soignant, etc. On a tenté une liste CAPL destinée aux sages-femmes, mais nous avons été battus par la CFTC. Remarque : on ne compte aucun adhérent à l'UNSA dans notre établissement.

L'avenir ? Il nous reste à asseoir notre organisation, à cerner les enjeux politiques. Nos tracts continuent à défendre les cadres mais s'intéressent aussi aux agents de la catégorie C. Car lorsque nous défendons par exemple l'organisation de notre travail, cela concerne tout le personnel, pas seulement les cadres. Notre action est fondée sur la négociation. Nous nous situons comme une force syndicale nouvelle, qui s'appuie sur son expertise technique. Nous sommes très attachés à notre établissement et à la notion de service public. Avec la direction, nous sommes sur une ligne « donnant/donnant ». Le cadre doit savoir s'adapter à l'hôpital, en mouvance quotidienne. En échange, ses demandes doivent être prises en compte. ■

Améliorons l'attractivité de l'hôpital

L'attrait qu'exercent les établissements de santé publics et la fidélisation des personnels médicaux sont des priorités essentielles de notre système de santé.

Le 2 février dernier, Jérémie Sécher, président du SMPS, et Élodie Chapel, déléguée nationale, ont répondu à l'invitation de la mission menée par Jacky Le Menn sur l'attractivité des carrières médicales à l'hôpital. Ils ont présenté les pistes du syndicat pour donner envie à toutes les générations de médecins et de chirurgiens de travailler ensemble à l'hôpital public. Issus de cette mission, des groupes de travail auxquels participe le SMPS se réunissent à présent pour débattre plus particulièrement de la gestion du temps de travail et de la rémunération des praticiens.

Rareté de certaines compétences médicales, mauvaise répartition sur les territoires de certaines spécialités, difficulté de conserver ces compétences de pointe à l'hôpital public : les directeurs d'hôpital font chaque jour ce constat. Ces dernières années, ces faits ont été largement étayés par des données chiffrées, et notamment dans les derniers rapports d'activité du Centre national de gestion (CNG). Le taux de vacance statutaire des praticiens hospitaliers à temps plein était par exemple de 23,7% en 2013, en moyenne, avec en outre de fortes disparités selon les spécialités et les régions. Ce taux atteint presque 45% en Guyane et 30,6% en Picardie alors qu'il n'est que de 17,3% en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA). Ces chiffres, si édifiants soient-ils, ne sont pourtant qu'un symptôme et celui-ci ne suffit pas à traduire la complexité d'un problème.

D'abord, l'écart entre les rémunérations offertes dans le service public et celles proposées aux praticiens par les établissements privés rend la concurrence difficile. Or, les plans d'économies imposés à l'hôpital public sont chaque année plus ambitieux et exigent la responsabilité de tous. Dans ce cadre, les questions statutaires et celles relatives à la régulation du secteur privé devront être abordées par les pouvoirs publics. Outre ces

débats et les questions de gestion de démographie des spécialités au niveau national, l'évolution générationnelle et sociologique des professions médicales engendre de nouvelles attentes. Pour y répondre, le SMPS propose plusieurs leviers d'action qui puissent attirer et fidéliser les praticiens :

- améliorer leur qualité de vie au travail via de nouvelles modalités d'exercice. La création d'équipes territoriales de

des jeunes générations, qui remettent en cause la ligne traditionnelle de la hiérarchie médicale ;

- reconnaître le travail accompli, volet essentiel du bien-être professionnel. Cela passe par la valorisation des savoirs et des savoir-faire autant que par la participation aux décisions et à la vie de l'établissement. Le sentiment d'appartenance ne peut pourtant prendre corps que si l'on donne de la visibilité aux praticiens. Les pouvoirs publics doivent donc impérativement offrir cette même visibilité aux directeurs et doivent aussi sortir des injonctions paradoxales, notamment dans le cadre mouvant des recompositions hospitalières. Pouvoir anticiper l'avenir de son service, de son activité et de l'hôpital dans son ensemble, c'est crucial pour le management des directeurs et pour que les praticiens puissent se projeter ;
- structurer les politiques de ressources humaines médicales et créer des parcours personnalisés à l'hôpital. Dans cette perspective, chaque médecin doit être considéré comme un haut potentiel, compétent non seulement dans sa discipline, mais aussi dans le

Pouvoir anticiper l'avenir de son service, de son activité et de l'hôpital dans son ensemble : c'est crucial pour le management des directeurs et pour que les praticiens puissent se projeter.

même spécialité peut permettre de répartir les contraintes liées à la permanence des soins, afin de préserver la vie personnelle. Plus généralement, si la réflexion à mener à propos des conditions de travail doit être impulsée par les directeurs, elle repose aussi sur la participation active des praticiens à la vie institutionnelle et sur la volonté de tous de construire des espaces de travail de qualité ;

- former les médecins au management. C'est crucial pour la qualité du travail en équipe et pour répondre aux attentes

domaine de la recherche, la qualité ou le management. Il s'agit d'identifier les compétences, de les évaluer et de les valoriser.

Les représentants du SMPS ont insisté enfin sur les conséquences qu'auront les groupements hospitaliers de territoire sur l'exercice médical. Pour que cette évolution soit une opportunité d'améliorer l'attrait des établissements et de mieux fidéliser les professionnels, il sera essentiel d'anticiper ces conséquences et de mieux valoriser l'exercice territorial. ■

Interview

Sexisme, fresques et frasques à l'hôpital public

Le début de l'année 2015 a été marqué par plusieurs polémiques qui ont enflammé les réseaux sociaux et qui nous interrogent sur les rapports hommes/femmes à l'hôpital, tout particulièrement au sein du corps médical et dans sa relation avec les patients. Cette actualité est l'occasion d'élargir le débat à la communauté hospitalière dans son ensemble et à celle des directeurs et des cadres en particulier. Et qui, mieux qu'un médecin, adulé ou décrié c'est selon, pour aider à poser le diagnostic ? Ce médecin, c'est Martin Winckler.

Dans *La Maladie de Sachs*, *Les Trois Médecins* ou encore *Le Cœur des femmes*, Martin Winckler, médecin généraliste et romancier, évoque l'état du système médical et la formation médicale en France. Ses propos à contre-courant de ceux de ses confrères ont été relayés sur les réseaux sociaux lors de la polémique consécutive

à la diffusion sur Internet d'une fresque à caractère pornographique, peinte sur les murs d'un internat. Il est aussi intervenu dans une autre polémique, celle relative à l'apprentissage des touchers vaginaux sur des patientes sous anesthésie générale. Depuis Montréal, où il vit depuis 2009, il revient avec son franc-parler sur les relations hommes/femmes à l'hôpital.

L'hôpital français est-il sexiste ?

Oui, mais il est le reflet de la société française. Il est sexiste en comparaison avec les hôpitaux d'autres pays, parce que la profession médicale est elle-même sexiste. Tout découle de la hiérarchisation de la société. En France, on forme les médecins de telle façon qu'ils pensent que lorsqu'ils reçoivent un patient, ils lui font une faveur. Parce qu'on leur fait croire qu'ils sont supérieurs, pas seulement intellectuellement, mais aussi moralement, de manière aristocratique. Dans un pays comme le Canada, le modèle est différent : tout professionnel de santé est au service du patient. Et donc celui-ci a les mêmes droits que le médecin : ni plus ni moins. Au départ, les médecins français ne sont pas sexistes, ils sont élitistes. Cet élitisme se traduit par différents *isme* : machisme, sexisme, racisme. Et comme les femmes représentent 70 % des patients, elles sont concernées en premier lieu.

La hiérarchie hospitalière étant ce qu'elle est, plus vous montez dans la hiérarchie, moins il y a de femmes. Dans les premières années d'études, les étudiantes sont désormais largement majoritaires, mais plus on monte dans la hiérarchie, plus leur proportion diminue : moins de 20 % de femmes professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH).

Lorsque les femmes exercent dans des spécialités hyper masculines et qu'elles se font harceler, elles doivent se taire si elles veulent un poste de chef de clinique. Ici, au Québec, une interne qui se fait harceler moralement ou sexuellement par son patron va devant une commission permanente. Son patron reçoit un blâme et il est mis sous surveillance à la première incartade. C'est un problème de société, pas seulement celui de la profession médicale française. Et cet état de fait est long à changer.



Une femme harcelée doit se taire si elle veut un poste de chef de clinique.

Comment avez-vous vécu la polémique récente relative à l'apprentissage des touchers vaginaux par les étudiants hospitaliers sur des femmes sous anesthésie générale ?

Une autre caractéristique de la médecine française, c'est qu'elle est très refermée sur elle-même, au niveau scientifique. Elle fonctionne comme une secte et chaque faculté fonctionne aussi de la sorte. L'argument d'autorité l'emporte : « *Le patron dit que...* » Ce qui est vrai pour la réflexion scientifique l'est aussi pour la réflexion éthique. La structure hospitalière pyramidale interdit à celui du bas de l'échelle d'interpeller celui qui est en haut. Résultat : à force de ne jamais remettre en cause la hiérarchie, on ne l'incite pas à changer d'opinion ni de comportement.

Les touchers vaginaux sous anesthésie générale se faisaient aussi il y a vingt ans dans les pays anglo-saxons.

1. Pour en savoir plus, voir le blog animé par Martin Winckler : <http://ecoledessoignants.blogspot.fr/>.

Mais peu à peu, sous pression des patientes et des infirmiers, la méthode a changé : elle n'était plus perçue comme acceptable. Désormais, l'apprentissage se fait par simulation sur mannequin ou sur des volontaires rémunérées... En France, on l'a vu, l'autorité du grand patron n'est pas remise en cause. S'il veut que tous les étudiants passent au bloc pour faire des touchers vaginaux, personne ne discute. Alors même que le code de déontologie médicale prévoit que « *le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* ».

Que penser alors de l'argument de madame le doyen de la faculté de médecine de Lyon-Sud selon lequel « on pourrait effectivement demander à chaque personne l'accord pour avoir un toucher vaginal de plus mais j'ai peur qu'à ce moment-là, les patientes refusent » ?

C'est stupéfiant. Le premier principe de la bioéthique est l'autonomie du patient, sur quoi repose le consentement du patient. Et qui dit consentement du patient dit droit de dire non. Non seulement il a le droit de dire non, mais il faut lui donner la possibilité de dire non. C'est juste insensé que la doyenne, que la responsable

de l'enseignement de toute une faculté, justifie un comportement qui entrave l'autonomie du patient. C'est rétrograde, paternaliste, archaïque, mais c'est également stupide. Lorsque les Anglo-saxons se sont mis à demander l'autorisation aux patients, ils se sont rendu compte que 90 % leur disaient oui.

Vous avez aussi pris position lors de la diffusion sur les réseaux sociaux d'une fresque d'internat à caractère pornographique, agrémentée de bulles relatives au projet de loi santé. Comment expliquez-vous l'incompréhension de la communauté médicale face au choc que sa diffusion a suscité auprès du grand public ?

C'est l'illustration de ce qu'est la caste médicale. Je ne trouve pas normal qu'un lieu public – parce que l'internat n'est pas la propriété des internes, mais un lieu que l'hôpital met à leur disposition – soit

peint de telles fresques. Pas plus qu'on n'autorise des lycéens à peindre leur internat. Pourquoi sanctionne-t-on un gamin qui fait un graffiti dans la rue alors qu'on laisse les internes en médecine peindre

ce qu'ils veulent à l'intérieur d'un bâtiment public ? C'est encore la preuve que les médecins ne sont pas comme les autres et qu'ils ont tous les droits. En outre, l'explication selon laquelle « *c'est dur, la mort* » n'est pas crédible. De telles fresques n'existent qu'en France. Il n'y a donc que les Français à être frappés par la mort et à avoir besoin d'un exutoire ? C'est une manifestation de sexisme lié au fait qu'à l'origine les seules femmes présentes à l'internat étaient des prostituées. Les bacchantes qui y avaient lieu étaient représentées sur les murs. Mais on cherche maintenant de pseudo-explications psychanalytiques. On rêve !

Ce n'est pas parce que la profession médicale se féminise qu'elle se démocratise.

Selon vous, pourquoi les jeunes générations continuent-elles à revendiquer cet esprit carabin particulièrement sexiste ?

D'abord, ce n'est pas parce que la profession se féminise qu'elle se démocratise. Les étudiants en médecine viennent en majorité de milieux relativement favorisés. Ils appartiennent à une élite. Et puis il faut souligner qu'on n'a pas toujours la possibilité de critiquer ce qui se passe autour de soi. C'est le principe même de la secte : quand on y entre, on ne critique plus ce qu'il y a dedans ; on adhère à tout, absolument à tout. Lorsqu'on en sort et qu'on vous dit qu'il s'y passe des horreurs, on ne peut pas l'accepter. Parce que cela revient à dire : « *J'ai laissé faire* », donc « *Je suis complice* ». Cela signifie aussi : « *Je ne peux pas critiquer les gens qui m'ont formé, sinon je remets en cause mon savoir, mon statut, mon indépendance, mon honnêteté, mon intégrité.* »

Et cela vaut pour un homme ou pour une femme médecin. Je crois être le moins sexiste possible mais je ne voudrais surtout pas qu'on fasse de sexisme à rebours, en disant : « *Être une femme permet de mieux comprendre.* » Ce n'est pas une question de genre. C'est le fait d'avoir une distance et d'analyser justement une situation en dehors de toute

À l'hôpital, le sexisme est-il l'apanage des médecins ?

Non, parce que le sexisme ne vient pas du fait d'être médecin, mais de l'appartenance à une classe sociale privilégiée. Le sexisme existe aussi dans l'administration : plus on monte dans la hiérarchie, moins on trouve de femmes dans les postes à responsabilité. Or, si

question de genre, mais en termes de rapports de force et de différences. J'ai connu de grands patrons hommes qui étaient aussi des types adorables. J'ai connu de grandes patronnes femmes qui étaient de vraies salopes, autant que les salauds hommes. Ce n'est pas une question de genre, mais une question d'attitude, une question d'ego, une question de personnalité. Et tout cela est réparti à égalité entre les deux sexes.

une administration ne permet pas à n'importe quelle femme d'être enceinte quand elle le veut, d'avoir des conditions de travail convenables quand elle attend son enfant, de retrouver son travail au retour du congé maternité, c'est qu'il y a des obstacles sexistes.

Les commentaires du type « *Une femme ne peut pas...* » sont misogynes. La neurobiologie a démontré que si le cerveau des hommes et celui des femmes ne fonctionnent pas de la même façon, les capacités d'un être humain ne dépendent pas de son genre mais de ses prédispositions à la naissance, et aussi de sa formation et de son entraînement. Donc, quelqu'un ayant un goût prononcé pour une activité donnée et qui s'entraîne bien dans ce domaine obtiendra un résultat, qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme. Présupposer que le genre empêche certaines aptitudes, c'est faux.

Mais on rencontre plus subtil. Prenons un conseil d'administration devant choisir entre deux candidats. À CV équivalents, il optera pour celui qui lui semble le mieux représenter l'image qu'il souhaite donner

de sa structure. Il s'agit d'un choix subjectif, qui, pour le moment, porte plutôt sur des hommes. À CV équivalents, la seule méthode de choix équitable, c'est le tirage au sort. Pour rappel, plus on monte dans

la hiérarchie, plus la décision de nommer telle ou telle personne repose sur un petit nombre d'individus. Et ces individus ont tendance à coopter ou à nommer des gens qui leur ressemblent.

À ces problèmes de nomination s'ajoutent certains propos sexistes auxquels sont fréquemment confrontées les femmes.

Comment réagir face à de tels commentaires ?

Ces propos sont indignes. À l'intérieur même des structures, s'il y a une tolérance à ses propos, s'il n'y a pas trois à quatre personnes autour de la table qui disent : « *Tu n'as pas à parler comme ça* », alors ceux qui tiennent ces propos continueront.

Dans tous les postes à responsabilités, on apprend par mimétisme et par

émulation. On a un modèle de rôle et on va l'imiter. Si vous pouvez critiquer le modèle de rôle, vous allez pouvoir confronter vos valeurs aux siennes.

Si personne ne le fait, pourquoi voulez-vous qu'ils arrêtent de parler comme ça ? Il faut qu'il y ait des critères, des standards de discours et de comportements, de valeurs.

Il faut encourager tous les gens à parler, à ne pas se laisser faire, à ne pas accepter.

Quels conseils donneriez-vous à une femme qui entend une telle réflexion ?

Elle sort en disant : « *Monsieur, je ne tolère pas que vous me parliez comme ça.* » Et elle fait une lettre à son supérieur hiérarchique, précisant qu'« *il est inacceptable que je fasse l'objet de tels commentaires* ». Il faut que ça se sache, il faut que ça se dise, il faut prendre les autres à témoin, il faut élargir le cercle. C'est ça la solution. Si l'attitude de la femme est *Ouais, bon, ça va passer, il faut que je supporte cela*, si on ne fait rien contre l'arbitraire, cela va continuer. Un conseil que je donne à tous ceux qui subissent ce genre de harcèlement : vous avez tous des téléphones portables enregistreurs, recueillez la conversation et diffusez-la anonymement sur le Net. Ou vous envoyez la transcription au *Canard enchaîné*. Et là, on rigole...

Il faut aussi garder à l'esprit que la force de ces comportements sectaires, c'est

aussi leur faiblesse. Un comportement sectaire est fort tant qu'on ne dit pas ce qu'il se passe à l'intérieur de la secte. C'est la raison pour laquelle il faut que la parole circule. Ce n'est pas toujours possible, ce n'est pas toujours facile. Mais on doit saisir toutes les opportunités pour le faire savoir. Il faut encourager tous les gens à parler, à ne pas se laisser faire, à ne pas accepter. Et dire pourquoi on ne veut pas se laisser faire.

Il y a un mot extrêmement puissant dans toutes les langues : non. C'est ça le consentement éclairé. C'est la possibilité de dire : « *Non, je ne veux pas, vous n'avez pas le droit de me faire cela.* » Et cela fonctionne tout particulièrement face à des propos sexistes. ■

Propos recueillis
par Armelle Drexler
Secrétaire nationale du SMPS

Ce qu'on ne dira jamais à un directeur homme...

- *Un homme directeur ne peut pas...*
- *Monsieur le directeur, faites un massage au président, il a l'air stressé.*
- *Je passerais bien ma nuit avec monsieur le directeur.*
- *Vos jambes dans ces chaussures... c'est digne d'Almodovar.*
- *Il veut s'asseoir sur mes genoux ?*
- *C'est un directeur chic et choc et un brin coquin, je pense.*
- *Il présente bien et sait en jouer...*
- *Il n'est bon qu'à ça...*
- *Je lui déboutonnerais bien son costume.*
- *Le type canon vient de retirer sa candidature.*

Pour le prochain numéro de *Manageurs*, l'égalité professionnelle hommes/femmes, la parité, le sexisme... vus par des hommes directeurs et cadres ! Messieurs, à vos claviers !

Contributions (anonymes ou assumées) pour le 13 avril 2015 à envoyer à :
adrexler@chu-clermontferrand.fr

Les stages à l'international forment les futurs directeurs

Les stages à l'international ont été très bénéfiques à trois futures directrices, en dernière année à l'EHESP. Les échanges avec leurs collègues étrangers, la découverte des systèmes de santé inventés ailleurs, l'observation sur le terrain : tout cela les a enrichies. Leurs modèles de santé sont-ils transposables chez nous sans modification ou adaptables ? Réponse en fin d'article.

Les voyages forment la jeunesse et l'expérience à l'international forme les futures directrices ! L'une d'entre nous est partie travailler en Allemagne, dans la Sarre. Les deux autres ont suivi un stage à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) et au sein de l'association Dystrophie musculaire Canada, à Montréal aussi. Cette expérience à l'international n'a pas été l'apprentissage des fonctions types de directeur d'hôpital

ou de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social : l'objectif était de s'ouvrir à un autre système de santé. C'est parce qu'« *on voyage pour changer, non de lieu, mais d'idées* », selon Hippolyte Taine, que chacune de nous est parvenue, le temps d'un stage, à nourrir son ouverture à d'autres cultures induisant des systèmes différents. Il nous reste à vous faire partager ces idées qui pourraient nous inspirer dans l'exercice de nos futures responsabilités !

Une ouverture sur les pratiques

Atouts et écueils du partenariat transfrontalier

L'hôpital de Völklingen, dans la Sarre, en Allemagne, a signé une convention de coopération avec le centre hospitalier intercommunal de Forbach (CHIC Unisanté) en Moselle-Est, qui a pris effet en avril 2013. Cette convention a pour objet la prise en charge en urgence de l'infarctus aigu du myocarde et permet à des patients résidant dans l'une des vingt-sept communes frontalières ciblées de Moselle-Est, de bénéficier d'une dilatation coronaire en urgence à l'hôpital de Völklingen lorsque la gravité de leur état le nécessite. Ainsi, le patient est transporté

plus rapidement dans l'hôpital allemand que dans le centre de coronarographie le plus proche situé à Metz (Moselle). Ce gain de temps augmente les chances de survie et réduit le risque de perte de qualité de vie. En contrepartie, des cardiologues allemands participent à la permanence des soins de l'unité de soins intensifs de cardiologie du centre hospitalier de Forbach.

Il s'agit donc d'un partenariat équilibré, qui permet des échanges interculturels et des échanges de pratique entre les deux communautés hospitalières. L'hôpital allemand met l'accent sur le bilinguisme de l'équipe médicale. Le

cardiologue allemand rédige un courrier de sortie en français pour la poursuite de la prise en charge. En effet, le patient est transféré dans une ambulance française à l'hôpital de Forbach dès que son état le permet. Les deux établissements souhaitent élargir le partenariat à d'autres disciplines pour améliorer l'accès des patients aux plateaux techniques hospitaliers en limitant les investissements. Cette coopération transfrontalière permet de réduire certaines dépenses d'assurance maladie, comme les transports, et de libérer plus vite les équipes d'urgentistes pour d'autres missions.

Cette expérience européenne a aidé à mieux cerner les enjeux des coopérations, entre partenariat et concurrence, et à mesurer l'impact de l'organisation territoriale. Toutefois, les hôpitaux engagés dans un processus de coopération sanitaire transfrontalière rencontrent aussi des difficultés : réticences, positionnement électoral, restrictions économiques, délais de remboursement, procédures administratives complexes et différenciées, risques juridiques.

Au Québec, les malades atteints de troubles mentaux jouissent de la « pleine citoyenneté »

Ce fut une chance de pouvoir observer les dispositifs de participation des patients québécois dans une unité de recherche, le Programme international de recherche-action participative (Pirap), et de pouvoir les observer aussi dans les différents comités de l'IUSMM, où les patients interviennent au même titre que les gestionnaires. Leur statut de « patients partenaires » paraît, à nos yeux de Français, comme l'exemple d'une reconnaissance de l'utilisateur

acteur, en adéquation avec le concept de pleine citoyenneté. Celui-ci vise à assurer un rôle actif dans la société à des personnes atteintes de troubles mentaux, sur la base de leurs droits, devoirs et compétences. L'utilisateur est plus qu'un acteur de son parcours, il est un véritable citoyen, acteur de la



La coopération sanitaire transfrontalière à l'hôpital sarrois SHG-Kliniken Völklingen : les ambulances franchissent la frontière !

© C. Cosmao

Les usagers dispensent des cours à l'université...

démocratie participative. Nous découvrons ici ce que peut être une réelle prise en compte de l'avis des patients, dépassant la simple représentation. Aussi la ligne de conduite qui consiste à atténuer les souffrances pathologiques et à réserver une vraie place dans la société à ces personnes est-elle ancrée

dans les pratiques. Un élément clé à retenir de cette expérience : l'approche managériale d'une vision clinique fédératrice et galvanisante pour tous les professionnels.

À l'extérieur mais aussi à l'intérieur des établissements de santé québécois, les patients n'ont pas accès aux

mêmes opportunités sociales, relationnelles, professionnelles que le citoyen lambda. Cette situation doit changer pour pouvoir prétendre à un système de santé moderne et humain. C'est pour cela qu'à l'USMM, le savoir fondé sur l'expérience des usagers est non seulement reconnu, recherché, mais aussi rémunéré ; ils siègent à des comités planifiant et organisant les services, dispensent des cours à l'université, participent aux protocoles de recherche, et ce à tous les niveaux.

À la découverte du milieu associatif québécois

La réalisation d'un stage international dans une structure privée à but non lucratif se double de l'intérêt de la découverte d'un autre mode organisationnel. L'association Dystrophie musculaire Canada apporte ses services à des personnes atteintes de maladies neuromusculaires, c'est-à-dire en situation de handicap. D'emblée, une question de vocabulaire s'est posée. En effet, la planification stratégique de la structure emploie le terme « client » pour les patients. En tant que futures fonctionnaires du service public français, nous avons été heurtées et interpellées. Cela nous a conduites à réfléchir à nos valeurs de professionnelles engagées par l'État au service de personnes vulnérables, communément nommées « patients ». Précisons que cette notion de clientèle ne s'applique pas en tant que telle : le client ne paye pas pour recevoir des services.

L'association Dystrophie musculaire Canada a fêté ses 60 ans en 2014 et continue d'apporter son aide précieuse à l'ensemble des « clients » demandeurs. Dans son organisation sur le territoire du Québec, seules dix personnes

sont employées : le fonctionnement repose sur le soutien d'un millier de bénévoles. Les financements sont exclusivement obtenus à partir de levées de fonds et de dons personnels. Ce schéma nous fait nous interroger sur l'intérêt de cette association et sur celui des associations en général. Nous prenons conscience que le monde associatif est indispensable au confort des personnes handicapées. Si l'association doit bien sûr s'en tenir à son rôle de structure complémentaire, il est difficile de concevoir sa disparition. Particulièrement face à un système où les aides financières pour les personnes adultes handicapées, notamment celles atteintes de maladies neuromusculaires, sont limitées.

Par ailleurs, être confrontées à l'organisation associative nous a permis de nous situer en tant que représentantes du service public à la française. L'existence du service public est singulière, aussi bien sur un plan général que sur celui de notre formation, de notre engagement et des valeurs qui leur sont associées.

Mais ces dispositifs sont encore trop circonscrits et focalisés sur un seul secteur. À la faveur du projet de loi PL-10, qui modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, une nouvelle proposition a été élaborée : les conseils locaux citoyens. Il s'agit de sortir de l'IUSMM et de voir au-delà de la seule santé mentale, en passant le relais de la pleine citoyenneté aux personnes utilisatrices de services de la ville de Montréal. Sous la responsabilité des élus locaux, une plateforme de concertation et de coordination sera créée, regroupant des représentants de tous les secteurs de la communauté. Le but : agir localement sur les déterminants de la santé globale (logement, emploi, sécurité). En associant des citoyens, des patients et des familles, la pleine citoyenneté prendra enfin corps et l'expertise des patients sera plus forte que la stigmatisation qu'ils subissent souvent.

« C'est au contact des gens que nous avons le plus appris »

Plus encore que par les observations et les analyses, c'est au contact des gens que nous avons le plus appris. Au Québec, rencontrer des gestionnaires qui dirigent leurs services avec professionnalisme et humanité a été une plus-value à la réflexion de nos futures pratiques de managers. Cela nous a aussi permis de nous situer en tant que futures directrices, en constatant qu'un confrère est parvenu à fédérer tout un établissement derrière ses valeurs et ses convictions. En tout état de cause, la proximité avec les patients, qui font de leur pathologie non plus un fardeau mais une richesse, reflète l'optimisme de la culture québécoise. C'est la faculté de reconnaître ce que nous faisons de bien sans nous focaliser juste sur les échecs rencontrés.

En Allemagne, avoir pu participer à des colloques sur le sujet d'étude, la coopération, a favorisé des rencontres. Ces dernières ont été l'occasion d'échanges d'expériences, de coopération avec leurs réussites, mais aussi leurs écueils. Seul le terrain permet ce partage de

pratiques. L'ouverture aux pratiques internationales nous amène à nous interroger sur la notion de transposition. Si l'expérience à l'international fait l'objet d'observations, il est tout aussi intéressant de parvenir à une analyse comparée des modèles.

De la transposition à l'adaptation

Le service allemand « famille et métier » va tous nous rendre envieux !

Nous ne pouvons pas transposer l'ensemble des bonnes pratiques des pays voisins, mais nous pouvons retenir quelques bonnes idées. La première, c'est la promotion allemande du service « famille et métier ». Elle a pour but de contribuer à une meilleure conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale pour les professionnels de la

en France fait des envieux au Québec, précurseur de la classification internationale du handicap. Et si l'intégration des enfants et des étudiants handicapés tout au long de leur scolarité est une réussite, qu'en est-il, dans ces pays, de la rupture en arrivant à l'âge adulte ? De plus, l'exemple de désinstitutionnalisation québécoise dans le secteur du handicap n'est pas sans écueil. Au Québec, l'ouverture d'établissements pour personnes en situation de han-

Notre expérience témoigne aussi de l'intérêt des pays visités pour le modèle français.

santé, en les aidant à trouver des solutions pour leurs enfants ou leurs parents âgés. On peut aussi retenir les exemples de communication et d'ouverture sur la ville, par l'organisation de conférences pour un large public et dans une optique de prévention. À garder encore : les gains organisationnels ou la limitation des tâches administratives effectuées par les soignants.

Notre expérience témoigne aussi de l'intérêt des pays visités pour le modèle français. Nos diverses rencontres avec l'ensemble des acteurs ont provoqué de vives questions sur notre système de santé. Par exemple, l'aide financière allouée aux personnes handicapées

de type maison d'accueil spécialisé (MAS) et foyer d'accueil médicalisé (FAM) ne serait pas un luxe. On observe un vide entre la prise en charge de la jeunesse handicapée et les jeunes adultes accueillis en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) à partir de 30 ans. Pour autant, des alternatives mineures existent. Ce sont des établissements constitués d'appartements autonomes avec une assistance médicale et sociale. Sur un plan sanitaire, le système français présente d'autres avantages : possibilité d'être suivi par un même cardiologue en ambulatoire et en hospitalisation, standards hôteliers plus

élevés, existence d'un logiciel de suivi des places « trajectoires ». Ces expériences croisées sont des échanges bénéfiques pour tous. Toutefois, il s'agit de prendre de la hauteur face à l'ensemble des systèmes et de leurs particularités. Si certains modèles peuvent être source d'inspiration, la réalité de transposition se confronte à des paramètres divers.

Des modèles étanches ?

Les différences culturelles sont un frein à la transposition. Prenons la perception du handicap au Québec et en France.

La France s'engage dans un processus de désinstitutionalisation. Cela se traduit notamment par la volonté d'une intégration des enfants handicapés dans le système scolaire. Au-delà de la question des moyens qui y seront dédiés, la dimension culturelle est importante. Nous ne pouvons malheureusement pas ignorer une culture française plus ou moins fermée aux causes et conséquences du handicap. Le témoignage d'une professionnelle de santé du centre de réadaptation Marie Enfant de Montréal illustre ce décalage de culture. Suite aux propos d'un Français constatant le grand nombre de personnes handicapées au Québec, elle lui a répondu : « *Chez nous, au Québec, il n'y a pas plus de personnes handicapées, c'est juste qu'on les voit.* » Sous-entendu : les personnes handicapées sortent de chez elles et, surtout, la peur de l'anormalité existe bien moins dans les relations sociales au Québec. Aujourd'hui, si la volonté d'intégration fait sens en France, c'est parce qu'elle est nécessaire... et insuffisante.

Au chapitre encore des différences culturelles, on remarque certains modes d'organisation allemands :

autonomie des établissements, décentralisation de l'organisation.

À l'inverse, le PL-10, au Québec, prévoit la fusion des établissements. La transposition de l'organisation allemande ne serait pas envisageable en France, où l'on observe un regroupement des struc-

Au-delà de la question des moyens qui y seront dédiés, la dimension culturelle est importante.

tures. Si bien qu'en termes de transposition, il ne s'agit pas vraiment d'opposer un système à l'européenne à un modèle nord-américain, ni d'imposer la spécificité de tel ou tel système de santé, mais de prendre en compte l'héritage de chaque pays et leurs choix politiques.

Une bonne pratique québécoise née à Lille !

Comment l'IUSMM est-elle devenue un modèle de référence, particulièrement dans la prise en compte de l'avis des patients dans l'organisation et la planification des services ? C'est que tous les professionnels, médicaux et non médicaux, gestionnaires, ont été guidés par une conception originale et visionnaire : celle de pleine citoyenneté. Ce projet a été élaboré et porté par la direction générale de l'IUSMM. Et son origine réserve une surprise ! Il existe un partenariat entre l'IUSMM et le CHRU de Lille pour les échanges d'expériences relatifs à la participation des patients. Le Québec s'est donc inspiré du système français des conseils locaux en santé mentale (CLSM) qu'il a étoffé pour créer les conseils locaux citoyens (CLC).

C'est un ensemble d'objectifs communs et de fonctionnements entre les CLC et les CLSM qui a guidé la mise en œuvre

de ce modèle. L'adaptation repose sur le niveau de maturité que ce modèle a atteint en termes de démocratie participative. À cette aune, le modèle français n'a pas encore atteint la maturité de pleine citoyenneté. Des différences culturelles et professionnelles justifient en partie ce décalage. Cela témoigne de la nuance essentielle entre transposition et adaptation : un modèle est transposable à condition que sa mise en œuvre prenne en compte le milieu dans lequel il sera implanté. Finalement, la transposition n'est pas aussi étanche. Toute transposition identifiée comme perméable est le fruit d'un modèle adapté.

« *Il n'y a pas de solution. Il y a des forces en marche : il faut les créer et les solutions suivent* », écrivait Antoine de Saint-Exupéry dans *Vol de nuit*. En rappelant ces propos, il nous revient, comme futures directrices, de nous imprégner des forces en marche, telles celles constatées lors de notre expérience à l'international. Enfin, c'est important, la transposition ne dépend pas tant de l'idée qui la sous-tend que de la solution adaptée pour sa mise en œuvre, via un accompagnement managérial à porter et à impulser auprès du personnel. ■

Cyrielle Ordureau, *EDESSMS*
Christine Cosmao, *EDH*
Sophie Martageix, *EDH*

Dossier Jeunes

Attentes, ambitions et engagement

Perspectives

Le directeur d'hôpital sera l'entrepreneur public du XXI^e siècle

Quels managers veulent-ils être ? Quelles sont leurs valeurs ? leur éthique ? Guillaume Couvreur et Dimitri Sanchez, élèves directeurs d'hôpital de la promotion 2014-2016, dressent une liste de leurs espoirs et comptent bien les concrétiser pour que le directeur d'hôpital de demain devienne un véritable entrepreneur public, au service de l'intérêt général. Ce manager sera innovant. Bien plus ancré dans son territoire. Et plongé avec bonheur dans la compétition internationale. Suivez-les : aujourd'hui, c'est déjà demain !

Le directeur d'hôpital est parfois considéré comme le « patron » d'un établissement public de santé qui commande ses équipes médicales, soignantes, techniques, administratives de manière autoritaire et unilatérale. Selon nous, jeunes directeurs d'hôpital en formation à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), le directeur d'hôpital de demain est avant tout un entrepreneur doté des valeurs du service public qui sait s'adapter à un environnement mouvant et gérer ses équipes de façon participative.

Pour permettre la réussite des projets collectifs qui rythment le quotidien d'un établissement de santé, le directeur d'hôpital doit être un manager au service de ses équipes et non de ses intérêts individuels. La capacité d'un directeur à comprendre le monde qui l'entoure et à s'intégrer dans son environnement doit l'aider à être un acteur du changement et du progrès, et non un spectateur des évolutions médicales,

Le directeur manager doit à la fois être au plus près de ses collaborateurs et, pour s'intégrer dans un environnement complexe, s'ouvrir sur l'extérieur de l'hôpital.

sociales et politiques. Pour accompagner le changement d'une organisation en mouvement permanent, le directeur doit être un manager de proximité, au plus près de ses collaborateurs.

Mais, dans le même temps, il doit savoir s'intégrer dans un environnement diversifié et complexe, ce qui nécessite une grande capacité d'ouverture sur l'extérieur de l'hôpital.

Un entrepreneur public, fer de lance de l'innovation

L'innovation est permanente dans un établissement de santé, à la fois par la formation des personnels médicaux et paramédicaux, et par les activités de recherche clinique qui s'y déroulent : la médecine est une science qui ne cesse de progresser. C'est

pourquoi le manager de demain doit réussir à accompagner cette dynamique à la fois par sa capacité à faire travailler ensemble des professions aux cultures différentes et par la volonté d'être moteur du changement et du progrès au sein de l'hôpital.

générations

Dossier coordonné par Nicolas Salvi
DRH du CHU de Reims, élu CAPN DH classe normale

Le terrain ! Et la proximité avec les collaborateurs !

Le directeur entrepreneur doit s'immerger régulièrement dans le travail de ses équipes : la connaissance réciproque des activités de chacun légitime la prise de décision du manager à l'égard de ses collaborateurs. L'entrepreneur public de demain est un manager qui, pour prendre ses décisions, s'appuie sur les compétences et le savoir-faire de ses collaborateurs. Sa force ? Faire confiance à l'ensemble de ses salariés pour atteindre les solutions optimales. En aucun cas il ne doit devenir un chef qui prend ses décisions de façon discrétionnaire. Faire participer les salariés et les responsabiliser nécessite l'estime et le respect pour tous les personnels, quelles que soient leur position sociale et leurs tâches au sein de l'institution. Valoriser toutes les fonctions est essentiel au bon fonctionnement d'une structure aussi complexe qu'un établissement de soins. L'entrepreneur public ne doit surtout pas chercher à tout connaître : il n'est pas un technicien maîtrisant tous les sujets ! Il lui faut plutôt agir comme un facilitateur au sein de l'hôpital. Concrètement : une plus grande proximité avec l'ensemble des professionnels, par exemple avec ceux des unités de soins, et un décloisonnement des fonctions – médicales/administratives, techniques/administratives – devraient permettre de faire émerger une culture de travail commune, nécessaire à la

réussite de tout projet collectif. Exemplaire, l'entrepreneur public responsabilise et encourage ses collaborateurs qui développent ainsi un sentiment d'appartenance à l'institution hospitalière.

En finir avec l'autarcie

Si le directeur entrepreneur est le fer de lance de la recherche et de l'innovation, c'est aussi parce que l'hôpital du XXI^e siècle ne peut plus être pensé comme fonctionnant en autarcie. L'institution nécessite d'être conçue dans son environnement. Or, celui-ci est changeant et dynamique : nous devons refuser l'état statique de nos établissements et accompagner leur faculté d'adaptation. La médecine et la prise en charge des patients évoluant de manière rapide, les structures administratives et les règles de management doivent pouvoir suivre ces évolutions au même rythme.

L'entrepreneur public ne doit surtout pas chercher à tout connaître : il n'est pas un technicien maîtrisant tous les sujets !

Détruire pour créer : un directeur entrepreneur « schumpétérien »

Le directeur d'hôpital devra aussi se définir comme un entrepreneur « schumpétérien », fer de lance de l'innovation dans son établissement et en dehors. Le principe de destruction créatrice développé par l'économiste autrichien Joseph Schumpeter correspond pleinement à la philosophie du manager hospitalier. Le manager de demain est porté par des évolutions médicales et soignantes permanentes, à travers la recherche clinique et la formation. Il doit donc être capable d'apporter les solutions et innovations managériales – organisation des activités, fonctionnement des équipes, gestion logistique – au même rythme que les progrès de la médecine. Son ennemi : l'immobilisme. Comme tout entrepreneur, il lui faut développer son activité afin que son établissement réponde aux attentes des patients, des médecins et de l'ensemble de ses salariés. Il ne doit pas hésiter à fermer certaines unités, à revoir certaines organisations afin de toujours créer de nouveaux formats et modèles d'organisation. Il doit être source de propositions et de choix qui marquent des ruptures avec les structures en place. Les innovations peuvent échouer mais on reprochera toujours à un manager son manque de volonté et l'absence de prise de risque plutôt qu'un échec souvent riche d'enseignements.

La compétition internationale : une opportunité pour le manager bilingue

Comme une entreprise, l'hôpital public est soumis à la concurrence, notamment des établissements privés. Il importe de ne pas vivre cette situation comme une fatalité. Le directeur entrepreneur doit voir la concurrence comme une opportunité d'amélioration de la qualité de l'offre de soins proposée aux patients.

Si le directeur du XXI^e siècle est un compétiteur avant tout national, tout laisse à croire qu'il sera de plus en plus un compétiteur international. La mondialisation constitue aussi une opportunité pour les établissements de santé. La qualité internationalement reconnue de nos institutions permet d'établir de véritables

Une plus grande autonomie, pour mieux porter les valeurs du service public

De la même manière, le directeur entrepreneur, comme acteur du service public, doit participer à la construction d'une véritable démocratie sanitaire. À cet égard, il est important qu'il tisse des liens forts avec les représentants démocratiquement élus de son territoire. Il s'agit notamment d'imaginer une véritable politique de santé publique territoriale, en lien avec les élus. Le manager du XXI^e siècle doit

parvenir à dépasser le modèle curatif, aujourd'hui prédominant au sein des structures hospitalières, pour tendre vers une approche plus globale de la santé publique, en intégrant par exemple la participation des hôpitaux aux politiques de prévention. Dans le cadre de cette démocratie sanitaire, on peut envisager que le directeur de demain, en tant qu'entrepreneur du service public, soit soumis aux mêmes règles

stratégies d'ouverture sur le monde. Le manager bilingue de demain doit mener des coopérations entre le reste du monde et les hôpitaux publics français. Il doit le faire par la valorisation de la recherche clinique exportable à travers le globe. Il doit le faire aussi par l'attraction de patients étrangers dans nos structures de prise en charge. Ou encore par l'attraction des professionnels de santé étrangers qui contribueront au rayonnement de nos institutions dans leurs pays d'origine.

de transparence que celles imposées aux représentants démocratiquement élus. Éliminer toute équivoque relative à la situation financière d'un directeur supprimerait davantage de fantasmes que cela ne susciterait de jalousie. Enfin, le directeur doit certes être un compétiteur mais il reste avant tout un entrepreneur public et, à ce titre, il est porteur des valeurs propres au service public. Le directeur de demain se doit d'assurer l'accessibilité des soins pour tous. À cet égard, il est de son ressort de mener des politiques volontaristes dans son établissement à destination de publics en difficulté. Il doit dépasser dans certains cas les contingences financières pour faire les choix qui incarnent les valeurs du service public. Il est essentiel que le directeur entrepreneur de demain conserve une large autonomie dans ses choix, aussi bien à l'égard de sa tutelle administrative, l'État, que de sa tutelle financière, la Sécurité sociale. Déterminer leurs recettes avec une plus grande marge de manœuvre, dans un système de santé plus régionalisé, permettrait aux managers de demain de mener une vraie politique de santé publique à l'échelle du territoire, en étroite collaboration avec les élus locaux. La régionalisation du système de santé répondrait de manière pertinente aux besoins de santé des populations appartenant à des régions aux caractéristiques disparates. Qu'on se le dise ! Pour nous, jeunes directeurs d'hôpital, le manager hospitalier de demain sera un entrepreneur public !

Guillaume Couvreur,
Dimitri Sanchez
EDH

Un directeur entrepreneur ancré dans son territoire

La tendance des dernières lois de santé nous invite à repenser le positionnement de nos établissements et à sortir de l'« hospitalo-centrisme ». Le directeur entrepreneur doit donc penser la stratégie de son établissement au sein de son territoire. Il devra notamment dépasser la concurrence qui peut parfois exister entre établissements publics pour imaginer une collaboration ambitieuse avec les autres directeurs entrepreneurs. Si l'évolution du système de santé nécessite de réduire la place de l'hôpital dans l'offre de soins sur les territoires, les fusions d'établissements ou les fermetures ne doivent pas être envisagées comme des fatalités mais comme la possibilité d'imaginer autre chose de plus fécond. Le progrès médical est une dynamique si forte que personne n'est en mesure d'affirmer que d'ici à trente ans, l'hôpital existera toujours sous sa forme actuelle.

Comme acteur de son territoire, le directeur entrepreneur devra faire le lien entre l'hôpital public et les autres services publics du territoire. La politique de santé ne peut être assurée exclusivement par l'hôpital, il est nécessaire que son directeur s'ouvre aux autres acteurs publics et associatifs de son territoire. À l'image des services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) qui travaillent en permanence avec les pompiers, des services d'urgence en contact quotidien avec les forces de l'ordre ou des assistantes sociales des hôpitaux qui sont en lien avec les services sociaux municipaux ou départementaux, le directeur d'hôpital doit construire des partenariats forts avec les autres responsables publics. Le directeur entrepreneur doit contribuer au déclouisonnement des services publics et à la mise en commun des compétences pour donner la meilleure aide possible à nos concitoyens.

Position

De l'art de concilier vie privée et vie professionnelle, ou comment apprendre à se ménager pour bien manager !

Le thème de l'harmonie entre vie professionnelle et vie privée s'impose peu à peu, y compris aux corps de direction. Il implique un engagement individuel mais aussi collectif. Et des bouleversements dans l'organisation de l'hôpital. Sinon, le mythe du patron ultra-performant risque de finir en *burn out*.

Comment concilier vie professionnelle et vie personnelle ? La question peut paraître incongrue, voire indécente, d'autant plus qu'elle concerne ici des dirigeants. Elle s'avère pourtant moins anodine qu'il n'y paraît, et potentiellement subversive ! Les quelques cas extrêmes de suicide de cadres qui ont marqué l'actualité ces dernières années ont sans doute servi de déclencheur dans la prise de conscience collective liée à la souffrance au travail. En particulier en ce qui concerne les managers. Car si la souffrance au travail ne peut se réduire à la question de la préservation de la vie privée, on ne peut nier qu'elle y participe.

Les efforts auxquels nous, élèves directeurs, consentons pour mener à bien notre projet professionnel et pour remplir nos missions une fois en responsabilité, sont le fruit d'un choix et source de satisfaction. Cela renvoie à notre rapport au travail et au goût de l'effort et du dépassement de soi qui peut y être associé. Cette dimension est renforcée chez un manager qui exerce dans les professions du système de santé public. S'investir dans une mission socialement valorisée

contribue à l'engagement au travail dans le cadre d'un projet de développement personnel.

Contrairement à ce qu'on dit parfois, vie professionnelle et vie personnelle ne sont pas étanches : il n'y a qu'une seule vie, faite de diverses composantes. Il s'agit donc de réfléchir à la juste proportion qu'on leur accorde. À chacun de trouver un mode de vie satisfaisant.

Ce qui est plus aisé à imaginer qu'à réaliser ! Il faut savoir le faire, pouvoir le faire et avant tout le vouloir. Et remettre sans cesse son ouvrage sur le métier ! Car il faudra intégrer les fluctuations et les contraintes de notre environnement professionnel et social. La solution n'est jamais acquise et la question vaut d'être posée collectivement, dans la sphère sociale, et plus précisément au travail.

Particulièrement exposés au risque des efforts sans limite

Bien sûr, il faut prendre en considération la question du temps dédié à chacune de ces composantes, vie privée et vie professionnelle. Et la durée du travail ne peut être mise à l'écart. Sujet sensible pour le manager, vu qu'il doit donner l'exemple ! Il ne compte pas ses efforts dédiés au bien collectif, au développement de son établissement de santé et à l'atteinte des objectifs. Le corps des directeurs est particulièrement exposé au risque des efforts sans limite. Ainsi, dans l'enquête du SMPS du mois de novembre 2014, 79 % des directeurs déclaraient travailler plus de 50 heures par semaine. À la lecture de ces résultats, la majorité

des lecteurs trouvera certainement ces temps normaux. D'autres penseront même que c'est peu au regard de leur propre expérience !

En milieu hospitalier, la question du service et de la responsabilité continue renforce ce mécanisme. Il devient alors plus difficile de lâcher prise, même si en théorie les organisations et les délégations doivent le permettre. Et face à cette difficulté, on peut alors s'interroger sur les capacités des responsables à promouvoir la dimension santé au travail pour les salariés placés sous leur responsabilité. Comment vraiment comprendre les attentes des professionnels qui ne vivent pas sur les mêmes

contraintes horaires ? D'autant que depuis quelques décennies, les aspirations des individus sont de plus en plus centrées sur la qualité de vie au travail et sur l'épanouissement personnel. Le sujet pourrait creuser l'écart entre les équipes dirigeantes et les autres acteurs du système.

Auparavant, la valeur travail prédominait parfois jusqu'à l'abnégation. Encore aujourd'hui, les équipes de direction s'investissent beaucoup dans leur profession. Mais les populations et les modes de vie ont changé. L'arrivée massive des femmes dans le monde du travail, qui portent encore majoritairement

Crèches et service de conciergerie sont trop peu développés dans les établissements.

La génération Y tient à sa vie privée

Il faut reconnaître qu'une culture du bien-être et de l'épanouissement personnel touche aussi les managers. La génération Y, celle née entre le début des années 1980 et le début des années 2000, attache une plus grande importance à l'épanouissement au travail. Et au respect de la vie privée. Elle le revendique plus que les précédentes. On peut donc espérer que les futurs responsables intégreront

davantage ces aspects dans leurs politiques managériales. C'est déjà une préoccupation des dirigeants actuels, attachés au respect des conditions de travail.

En tant que managers de santé, nous devrions être exemplaires dans le domaine du bien-être au travail. On pourrait s'attendre à voir des dirigeants impliqués dans ce thème. Bien que les politiques menées nous encouragent

la charge de l'éducation et de la gestion domestique, a nécessité une adaptation du monde professionnel pour concilier vie professionnelle et vie privée. Les postes de la haute hiérarchie, encore souvent réservés aux hommes, se voient fort heureusement gagnés progressivement par les femmes. Bien que le partage des tâches domestiques ait tendance à s'équilibrer au sein des couples, il reste à réfléchir au moyen de favoriser l'égalité des chances à l'accès aux postes de dirigeants. Dans les entreprises, on voit se développer des crèches pour les enfants du personnel, ainsi que des services de conciergerie. On en compte peu dans nos établissements. Ça a un coût ? Bien sûr. Mais on pourrait envisager des partenariats.

à développer une démarche de promotion de la santé, nous privilégions encore trop souvent le soin à la prévention, fidèles à notre culture sanitaire hexagonale ! Une prise de conscience personnelle des dirigeants est le meilleur moyen d'intégrer la question au sein des établissements. Mais s'occuper des problèmes et des risques des autres personnels procède encore trop souvent d'une vision paternaliste. La promotion de la santé au travail n'est heureusement pas un alibi chez les managers. Elle s'inscrit dans une éthique qui ne peut se résoudre à réduire l'homme à une simple ressource. Traiter cette question doit être pragmatique et ne pas juste reposer sur une motivation idéologique. Une politique institutionnelle qui préserve l'équilibre de vie est un facteur de performance au travail, gage d'une meilleure efficacité, et source d'attrait et de fidélisation. Certains responsables hospitaliers l'ont bien compris et s'engagent sur des plans de « bien-traitance » managériale, dans des programmes de *magnet hospital*, concept de l'hôpital attractif, et d'« hôpital promoteur de santé ».

Gare au *burn out* !

Dans leur propre intérêt, les managers doivent s'intéresser au thème de l'équilibre de vie. Parce que leur adaptation au stress favorise le *burn out*. L'adaptation au stress par recours à l'hyperactivité enferme la personne dans une spirale infernale. Le symptôme qui devrait alors alerter est plutôt interprété par l'acteur et ses collaborateurs comme un signe de performance. Le risque est d'autant plus vif dans le contexte actuel où les contraintes de gestion sont accrues. L'image idéalisée du manager toujours performant peut le faire sombrer dans une autre réalité : celle d'un responsable qui, pour le travail, a sacrifié son bien-être et sa vie personnelle mais qui, finalement, n'est plus capable d'assurer ses missions. La compassion succède alors à l'admiration. Cette attitude pose la question du travail considéré comme un sacerdoce, voire un sacrifice. Comme si le pouvoir exigeait le paiement d'un tribut : le sacrifice du bien-être individuel pour le bien collectif.

Du surmenage et de l'efficacité

Si nous voulons que les personnels que nous encadrons allient harmonieusement vie personnelle et professionnelle, il est important de donner l'exemple. Dans nos structures, la question du temps de travail doit être traitée non pas uniquement sous un angle réglementaire mais aussi sur la base d'une réflexion plus systémique. Il convient de ne pas la réduire à la quantité de travail fourni mais aussi à sa qualité.

C'est tout le sens d'une politique de développement de la performance, qui doit aussi s'appliquer aux managers. Naturellement, que les dirigeants

s'investissent en termes de temps se justifie, en particulier à certains moments cruciaux et stratégiques pour l'établissement. Mais cela doit être remis en question lorsque la pratique devient systématique. L'impact à long terme sur la santé et donc sur les aptitudes physiques et psychiques fait naître des doutes sur l'efficacité du manager.

Le thème du temps de travail consacré à remplir au mieux leur mission devrait être abordé sans tabou par les équipes dirigeantes. Si les solutions ne peuvent être ni sommaires ni globales, la question nous semble primordiale. Le temps est certes une notion subjective, mais la qualité de ce qui est vécu au travail et l'intensité ressentie ne sont pas seulement liées à la durée de l'activité.

Et si la qualité du travail permettait une plus grande harmonie entre vie professionnelle et vie privée ?

Le smartphone : enfer ou paradis ?

Nous l'avons dit, l'activité professionnelle peut être source d'épanouissement, de réalisation de soi, mais aussi de stress, de souffrance et même de maladie. Cela tient à l'envahissement de la sphère privée par la sphère professionnelle. La séparation des deux est d'autant moins évidente de nos jours à cause des outils technologiques. Ainsi, les smartphones et le télétravail permettent au manager d'être joint facilement et d'avoir accès à son espace bureautique quel que soit le lieu où il se trouve. Ils maximalisent donc la disponibilité, la réactivité. Mais gare à la dépendance ! L'utilisation croissante de ces outils encourage une gestion des dossiers plus immédiate. Il est devenu difficile à admettre pour nos collaborateurs de ne pas avoir de réponse rapide à leurs mails. Mais ils sont les premiers à nous reprocher de consulter nos smartphones au cours d'une réunion ! C'est vécu comme un manque d'intérêt ou de reconnaissance.

L'usage des outils technologiques a aussi des répercussions sur notre vie privée : il rend moins facile la prise de distance avec les préoccupations professionnelles. Ce qui, sans ces outils, n'est déjà pas toujours aisé ! Le manque de distance avec le travail n'est pas bon pour l'équilibre psychique de l'individu, et il limite aussi son aptitude à résoudre

les problèmes qui se posent à lui dans son activité professionnelle. La mise à distance participe en effet à la « digestion » de ces problèmes et à leur traitement.

Il ne s'agit donc pas de renoncer à l'usage des technologies mais de s'interroger sur la maîtrise qu'on en a pour ne pas être victime de leur utilisation.

Préserver sa vie privée : une réflexion personnelle... et collective

Quelles limites poser pour préserver notre vie privée tout en étant des managers performants ? Chacun doit être prêt à assumer ses positions devant ses collaborateurs. Mais la responsabilité individuelle ne dédouane pas l'institution d'une réflexion collective ! Le travail à mener ensemble sera d'abord d'intégrer cette préoccupation dans la culture de l'entreprise. Car si l'individu effectue cette démarche, encore faut-il qu'il puisse s'affranchir des contraintes de son environnement, dont il a plus ou moins conscience et qui sont culpabilisantes. La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 stipule le nécessaire respect de la vie privée. Les modèles psychosociaux, la santé publique mais aussi les nouvelles méthodes managériales prônent cette approche. Nous l'avons vu, il est plus simple de poser la question que d'y répondre ! Le problème du « travailler pour vivre et non pas vivre pour travailler », pour paraphraser

Molière, est ancien. La tâche est d'autant plus ardue pour le corps des directeurs que s'il est parfois chargé de mettre en œuvre des politiques de restriction budgétaire et de réorganisation, il doit aussi être le garant d'une politique de prévention et de promotion de la santé au travail. Pour y parvenir, nous pensons que les directeurs doivent aussi s'inclure dans le dispositif, sans privilège ni négation de leurs besoins.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a prévu d'ouvrir au printemps 2015 un chantier sur les risques psychosociaux* chez les directeurs. Espérons que des pistes concrètes seront définies. Et surtout que les acteurs concernés se les approprieront ! ■

Patrick Javel
Élève directeur des soins

* Le SMPS a été le seul représentant des directeurs et des cadres de la fonction publique hospitalière à négocier puis à signer le protocole interfonction publique sur les RPS.

Projections

Penser sa carrière

Une page s'est tournée : celle de la carrière tracée. Où l'on bougeait peu. Nouvelles mobilités géographiques, nouvelles mobilités de fonction, nouveaux modes de coopération, force des réseaux, désir d'une vie privée épanouie : la génération Y vit dans un environnement franchement différent de celui des précédentes. C'est un atout à saisir en pensant dès la formation à ses choix futurs.

« La carrière est une invention du xx^e siècle »

C'est par cette phrase que le personnage de Christopher McCandless, alias Alexander Supertramp, nous invite à penser la notion de carrière dans l'excellent film de Sean Penn, *Into the wild*. Il est utile de la rappeler ici. Car si la carrière, pensée comme un parcours de vie professionnelle linéaire et réalisée sans détour aucun, a été l'apanage du xx^e siècle, c'est bien à l'exercice de plusieurs carrières au sein d'une seule que les jeunes générations de directeurs aspirent. Le terme « carrière » (du latin *carrus*, « char ») renvoie à l'idée que chacun se fait de sa vie professionnelle, considérée comme un ensemble d'étapes à parcourir. Or, dans nos métiers, cette notion renvoie à plusieurs réalités que nous avons pu appréhender dès notre préparation aux concours. L'entrée en cycle de formation est l'occasion de se projeter davantage dans nos futures professions et de préciser la façon dont nous envisageons le déroulement de notre carrière. Vouloir pour autant faire table rase du passé et penser qu'entre les nouvelles générations de directeurs et les anciennes des différences de nature existent dans tous les domaines serait une erreur. Nombre de nos questionnements d'aujourd'hui

ont été ceux de nos prédécesseurs. Pour autant, on note de fortes évolutions, qui ont eu un effet non négligeable sur notre vision de la carrière. La mobilité géographique et la mobilité de fonction sont plus aisées à obtenir compte tenu à la fois de la baisse des temps de trajet et des avancées statutaires et juridiques. À cet égard, la loi du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels a justement voulu supprimer les obstacles

à la mobilité en affirmant son droit. Le développement de nouveaux modes de coopération et la constitution de réseaux jouent aussi un rôle majeur dans la façon d'appréhender notre carrière. Surtout, la génération Y, la nôtre, celle née entre le début des années 1980 et le début des années 2000, souhaite peut-être davantage s'épanouir dans ses fonctions et ainsi mieux faire coïncider carrière, performance et bien-être au travail.

Soixante-cinq pour cent des directeurs d'hôpital envisagent la mobilité.

De la carrière aux carrières ?

Force est de constater qu'au sein des nouvelles générations de directeurs, nous sommes de plus en plus nombreux à souhaiter connaître la mobilité, notamment au sein d'une autre fonction publique. Elle serait envisagée par 65% des DH selon une enquête du SMPS réalisée du 29 juillet au 15 septembre 2014. L'apport des dernières lois,

notamment, on l'a vu, celle du 3 août 2009, facilite la mobilité. La littérature managériale en a une vision positive, du moins lorsqu'elle n'est pas trop fréquente et lorsqu'elle change l'environnement de travail. Elle permet alors à ceux qui en bénéficient d'améliorer leurs compétences en s'adaptant aux exigences d'un nouveau milieu.

En effet, être mobile et changer d'environnement professionnel, c'est enrichir son vécu de techniques nouvelles. On ne le répètera jamais assez : aller voir ce qui se fait ailleurs, c'est permettre de mieux comprendre ce que l'on fait chez soi. S'ouvrir à d'autres cultures et à d'autres pratiques professionnelles enrichit considérablement notre façon de concevoir le métier de directeur.

Mais vivre une expérience dans une autre administration est aussi pour l'hôpital un atout indéniable et un véritable investissement à long terme. En effet, ces expériences aident les directeurs à passer de la position de celui qui est observé à celle de celui qui observe. Et, partant, à mieux appréhender les enjeux des partenaires extérieurs. L'enseignement est aussi une voie

envisagée par de nombreux élèves directeurs tout comme les carrières internationales qui se développent de plus en plus. Concernant ces dernières, le fait que beaucoup, dans les jeunes générations, aient vécu une expérience à l'étranger dans le cadre de leur formation initiale est un vrai changement culturel. Ce qui explique, en partie du moins, cette envie de mobilité internationale.

La culture du partage comme moteur de carrière ?

On dit souvent de notre génération que la culture du partage la caractérise : Facebook, Twitter, Wikipédia, etc. Les exemples ne manquent pas, qui prouvent notre appétit pour la *sharing culture*, cette culture du partage. Mais dans quelle mesure cette culture influence-t-elle la conception de notre carrière et les dynamiques de réseaux qui s'y exercent ? Direction commune, CHT et demain GHT : ces nouvelles formes de coopérations interhospitalières auront nécessairement des répercussions sur la

façon dont nous envisagerons l'exercice de nos métiers. Et, *a fortiori*, sur le déroulé de notre carrière. En effet, les conditions d'exercice ne sont pas les mêmes lorsque nous partageons notre temps entre plusieurs sites. Mais ces évolutions majeures sont

autant de chances que nous souhaitons saisir pour faciliter entre directeurs les coopérations, les partages de bonnes pratiques et les retours d'expérience. Cette culture du partage serait-elle alors le moteur de notre carrière ?

On peut opérer un rapprochement avec les conditions d'exercice des nouvelles générations de médecins.

Concilier épanouissement personnel et évolutions de carrière

Une des grandes différences avec les anciennes générations de directeurs tient aussi sans doute à notre vision d'une carrière au service de l'épanouissement personnel, et non l'inverse. N'oublions pas que nous sommes de jeunes professionnels. Nous avons l'ambition de forger notre carrière à la hauteur de nos attentes et de nos engagements professionnels. Nous avons aussi le souhait de nous enrichir grâce à une vie personnelle épanouie. Aujourd'hui, penser son métier, c'est aussi penser son bien-être social. Notre épanouissement professionnel ne peut se faire que si celui d'ordre privé est au rendez-vous, et inversement. Nous ne renoncerons pas pour autant à notre carrière, tout est question de choix. Nous croyons important de ne pas nous imposer

d'échéances absolues et de nous laisser une part de créativité. Il peut alors être utile de nous rappeler Jean Giono : « *Le soleil n'est jamais si beau qu'un jour où l'on se met en route.* »

À partir de toutes les questions posées et des réponses obtenues, nécessairement parcellaires, on peut opérer un

rapprochement avec les conditions d'exercice des nouvelles générations de médecins. Comme eux, nous souhaitons mieux concilier vie privée et vie professionnelle et davantage travailler en réseaux. Mais si certaines de nos aspirations peuvent se rejoindre, comparaison n'est pas raison.

Penser la carrière, pour ne pas la subir

Une carrière est faite de choix. Non pas que ces choix l'enferment, mais ils contribuent à la construire. Pour André Gide, « *choisir, c'est renoncer* ». Certes, mais le renoncement est d'autant moins dur qu'il aura été construit, pensé

et réfléchi bien en amont. Comme nous choisissons nos lieux de stages et d'affectation, nous construisons notre carrière à petits pas. ■

Quentin Mouronval, EDH
Cyrielle Ordureau, EDESSMS

Quel projet ? Tout revoir !

Quel projet voulons-nous porter pour l'hôpital ? pour les patients ? et pour les différentes composantes de la communauté hospitalière ?

Les formidables bouleversements qui se font jour déjà dans leur environnement professionnel vont conduire les chefs d'établissement à une véritable révolution. Entre autres bouleversements, il va falloir intégrer la nouvelle place que le patient est amené à prendre.

L'hôpital est en perpétuelle évolution. Reflet des mutations sociales, porteur de progrès technologiques et objet de réformes toujours plus nombreuses, l'hôpital évolue... en s'adaptant. Son cœur de métier, l'activité médicale et soignante, est et restera sa clé de voûte mais son organisation, son rôle sur le territoire, ses pratiques

ainsi que la place des patients sont appelés à changer. Difficile dans ce contexte mouvant d'imaginer l'hôpital de 2030 ou de 2050 ; l'intérêt n'est pas de se lancer dans des pronostics mais bien de faire face à des dynamiques et des projets qui nous semblent résolument d'avenir. Les évolutions technologiques sont au cœur de l'hôpital de demain tel que l'on

tente de l'imaginer, avec leur lot de conséquences managériales en partie imprévisibles. Autre image forte qui se dégage des tendances actuelles : l'hôpital sera plus ouvert, acteur parmi d'autres dans un parcours de santé, et en lien plus fort avec la ville. Nous imaginons aussi un hôpital plus humain, ce qui signifie des patients plus impliqués dans leur prise en charge mais aussi un engagement des établissements hors de nos frontières qui va aller en s'accroissant, s'inscrivant dans une tendance profonde à la globalisation.

**L'hôpital de demain ?
Connecté, ouvert et humain.**

Les évolutions technologiques et l'accès aux données de santé

L'hôpital sera plus moderne du point de vue technologique, c'est certain : robots chirurgicaux, techniques mini-invasives, imagerie, télémédecine, sans oublier les avancées impressionnantes des technologies de l'information et de la communication qui ont déjà atteint les établissements de santé. La vision des tablettes dans les chambres, du patient qui surfe et du soignant connecté correspond déjà à une réalité dans certains services. Le soin continuera, comme il l'a toujours fait, à profiter des évolutions technologiques.

Cette question des outils et des interfaces qui orneront les hôpitaux doit surtout interroger la thématique de fond des systèmes d'information et en particulier de l'informatique hospitalière. Il s'agit clairement d'un chantier, déjà bien enclenché, décisif pour les années à venir. Le retard des hôpitaux en la matière est connu ; or, les défis qui attendent les établissements dans un futur proche s'appuieront à n'en pas douter sur des systèmes d'information élaborés et performants. Qui dit systèmes d'information dit interopérabilité

et donc une volonté de coopération et de mutualisation indispensables. Les prochains groupements hospitaliers de territoire (GHT) de la loi de santé à venir s'inscriront sans doute dans cette logique à un niveau territorial. Le progrès technique soulève une autre question : celle de la prolifération des données dans le domaine de la santé. Un champ nouveau aux perspectives nombreuses mais qui représente un défi, à la fois technique et démocratique. Ce bouleversement ne doit pas remettre en cause les valeurs

inhérentes au service public hospitalier, d'égal accès et de liberté de choix du citoyen patient. La thématique de la diffusion et de l'exploitation des données de santé est particulièrement transversale. En effet, la révolution du *big data* (en référence à la grande quantité de données à analyser) touche tous les domaines, depuis l'épidémiologie, la veille sanitaire en passant par la recherche jusqu'à l'évaluation de la pertinence des soins et de la satisfaction du patient. Les bénéfices attendus sont particulièrement riches :

renforcement du débat public sur la santé, aide à la prise de décision pour les patients, développement des études d'efficacité médico-économiques du

système de soins ou encore amélioration de la performance des pratiques professionnelles via la diffusion de leurs résultats.

Pour les hôpitaux, concevoir une prise en charge transversale entre le domicile, la ville, l'établissement, avec une communication et des outils adaptés, relève d'un changement de modèle complet.

Le niveau de technologie ne suffit pas à établir une offre de soins cohérente et graduée

Il ne faut pas non plus perdre de vue que les innovations sont bien un enjeu économique pour les établissements de santé. Il s'agit tout d'abord d'un facteur d'attractivité pour les hôpitaux, une vitrine et un gage d'expertise à la fois pour les patients et les professionnels médicaux. Le niveau de technologie d'un plateau technique est un levier essentiel de démarcation entre les établissements publics et privés dans un contexte de forte concurrence, comme en attestent les nombreuses acquisitions de robots chirurgicaux. Malgré tout, si le niveau de technologie est un élément structurant, il ne suffit pas à établir une offre de soins cohérente et graduée. Cela nécessite une réflexion globale sur le territoire en termes de ressources et de permanence des soins.

Les progrès technologiques mènent ainsi nécessairement à la question de la concentration des plateaux techniques sur un nombre restreint de sites, en particulier pour des équipements de pointe. La question de la restructuration de l'offre de soins sur le territoire est un sujet pour le moins récurrent depuis la carte sanitaire en 1970, et toujours discuté médiatiquement. La fermeture de blocs opératoires et de maternités est loin d'être une nouveauté mais, selon le rapport de la Cour des comptes du 23 janvier 2015, la tendance s'est accélérée sous

l'effet du passage à la T2A et des tensions en matière de démographie médicale. Ce mouvement de concentration va nécessairement se poursuivre, notamment du fait de l'attractivité des agglomérations importantes.

Il est clair que le progrès technologique ne garantit pas en lui-même la qualité et la sécurité des soins. C'est grâce à

une réflexion globale intégrant ces évolutions que l'on pourra prétendre améliorer le parcours des patients. Outre l'organisation rationnelle de l'offre sur le territoire, le projet médical ou médico-social partagé sera aussi un domaine à développer. Les futurs GHT pourront probablement initier des démarches dans ce sens.

Parcours de santé : le passage des incantations aux déclinaisons concrètes est laborieux

Si les nouveautés en matière de technologie induisent une réflexion sur l'organisation de l'offre, la question de la place de l'hôpital sur son territoire dépasse largement ce cadre. La notion de parcours de santé, qui n'est pas nouvelle, est particulièrement d'actualité et reflète sans aucun doute un enjeu d'avenir. Dès 2004, dans la loi du 13 août relative à l'assurance maladie, le parcours de soins connaissait sa première formalisation juridique. Depuis, le terme est fréquemment utilisé, comme une solution à la fois au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques, aux problèmes de démographie médicale et comme source d'économies pour l'assurance maladie.

On constate que le passage des incantations aux déclinaisons concrètes est laborieux. Il est vrai que le chantier est d'envergure et met en lumière l'« hospitalo-centrisme ». Pour les hôpitaux, concevoir une prise en charge transversale entre le domicile, la ville, l'établissement, avec une communication et des outils adaptés, relève d'un changement de modèle complet.

La dynamique de parcours implique en effet un chaînage entre les différentes étapes de prise en charge, et donc un lien fort entre les professionnels qui les assurent. Elle suppose que chacun assume les responsabilités qui lui incombent dans sa sphère de compétences et qu'il prenne conscience de celles des

autres maillons de la chaîne. Du parcours du soin au parcours de santé et au parcours de vie, le champ des partenaires à intégrer dans la boucle est de plus en plus large. Dans ce cadre, puisque l'on parle de bien-être, de sécurité, de service public, les villes et leurs élus doivent inéluctablement être associés.

Selon la charte d'Ottawa de 1986, « la santé se construit là où vivent les gens ». S'il est acquis qu'il faut adopter une approche préventive, locale et axée sur les déterminants sociaux de la santé, l'innovation va se situer au niveau des dispositifs originaux qui vont être mis en place pour agir concrètement et améliorer réellement les conditions de vie des populations. Certes, des concepts tels que l'« intersectorialité » ou la transversalité sont quelque peu galvaudés, mais ils peuvent recouvrir une vraie stratégie territoriale d'action en faveur de la santé. Ainsi, au-delà de la présence très fréquente du maire au conseil de surveillance des établissements de santé, on peut imaginer sur un modèle participatif la réunion de toutes les forces vives de la ville, autour de priorités de santé publique. Cela peut prendre des formes diverses : tables de concertation et de coordination, forums citoyens, expositions, jeux pour enfants, espaces d'expression libre et anonyme sur des sujets « tabous », interventions de patients dans les écoles et les universités.

Le rôle accru de la recherche

À l'avenir, pour pérenniser les modèles innovants, il faudra veiller à évaluer systématiquement les dispositifs opérationnels que l'on aura mis en place afin de mesurer précisément leur impact sur l'amélioration de l'état de santé de la population. Il sera alors important d'associer très étroitement le secteur de la recherche (et les hébergeurs de données de santé), qu'elle soit scientifique ou sociale, pour mesurer les effets des actions sur l'incidence des maladies, mais également sur l'insertion ou la réinsertion des patients dans la société en tant que citoyen à part entière – logement, travail, réseau social. On n'insistera jamais assez sur l'importance de faire évoluer les relations avec les chercheurs et d'en faire des partenaires quotidiens de l'action en matière de santé. Le même appel peut être lancé à propos de la place des patients dans les hôpitaux de demain.

Le patient, cet expert !

Mais pourquoi insister sur les liens avec les élus de proximité alors que les compétences en matière de santé relèvent davantage du pouvoir étatique par le biais des agences régionales de santé (ARS) ? Tout d'abord parce qu'ils sont en relation directe avec leurs citoyens et connaissent leurs revendications quotidiennes. De par leurs prérogatives, ils jouent un rôle clé pour influencer les habitudes de vie et créer des environnements

relations, la place dévolue au patient est encore trop souvent reléguée à celle d'observateur ou, au mieux, de second rôle, avec des différences notables selon les spécialités, pathologies psychiatriques par exemple. Pour évoluer, les personnes qui connaissent la maladie, les gens qui travaillent au quotidien pour et avec les patients doivent commencer par leur faire confiance et par reconnaître que la maladie est une expérience avant d'être un fardeau inaliénable. Il s'agit de valo-

Il s'agit de valoriser l'expertise empirique des patients et de les reconnaître en tant que premiers spécialistes de leur prise en charge et, au-delà, de celle des autres.

favorables à la santé. De plus, les leviers d'action que possèdent les élus locaux sur l'aménagement du territoire, les sports et loisirs sont déterminants pour améliorer le bien-être tant individuel que collectif. Enfin, leur leadership est nécessaire pour réunir les forces vives d'une communauté, pour convaincre les organisations de travailler ensemble, pour consulter les citoyens et les amener à participer. Les pathologies mutent avec nos sociétés. Les malades font preuve d'ouverture d'esprit ; les traitements sont innovants et les professionnels innovent eux aussi. Malheureusement, la place dévolue au patient n'a pas suivi. Inadaptée à l'évolution de l'accès à l'information, à l'évolution des droits des patients, à l'évolution de la judiciarisation des

riser l'expertise empirique des patients et de les reconnaître en tant que premiers spécialistes de leur prise en charge et, au-delà, de celle des autres. On le sait, en France, les patients ont vu leur position évoluer de façon importante depuis les années 1970, mais il a fallu attendre les années 2000 pour que le concept de « démocratie sanitaire » soit affirmé puis ensuite quasi systématiquement repris. Ainsi, dans la future loi de santé, la ministre de la Santé a prévu l'extension de l'obligation de représentation des usagers dans les ARS et la création de la commission des usagers¹. Il a aussi été décidé de poursuivre le projet de création de l'Institut du patient rattaché à l'École des hautes études en santé publique (EHESP)².

Aider les patients à devenir formateurs ou enseignants à l'université

Pourtant, la participation des patients à la planification des services et à l'amélioration des prises en charge doit aller bien au-delà de la simple représentation, souvent assurée par des usagers experts, issus de grandes associations. L'Organisation

mondiale de la santé (OMS) a inclus des patients dans la révision de la classification internationale des maladies (CIM), en coopérant avec les centres collaborateurs de l'OMS (CCOMS) de Lille et de Montréal. Les hôpitaux français pourraient s'en inspirer, ainsi que

d'autres expériences étrangères, notamment québécoises, pour reconsidérer la place occupée au quotidien par les patients. Associer un ou plusieurs usagers à tous les comités institutionnels en fonction de leurs expériences, de leurs positions, de leurs envies, placerait les hôpitaux comme modèle d'organisation qui fait tomber les stigmates de la maladie. Reconnaître l'expertise des patients au point de la valoriser financièrement marquerait une étape majeure vers une vision partenariale des décisions stratégiques hospitalières. Enfin, il serait enrichissant à beaucoup d'égards de les inviter à

suivre des formations dans différents domaines pour, peut-être, ensuite devenir à leur tour formateurs, enseignants dans les universités de médecine, de psychologie ou encore à l'EHESP. Citons à ce propos l'exemple, québécois encore, de « l'éducation thérapeutique inversée ».

L'engagement avec et pour les patients ne s'arrête pas aux frontières de l'hôpital. Les établissements et leurs managers ne peuvent pas se permettre de rester passifs ni de suivre le mouvement de mondialisation des échanges et des informations. L'hôpital de demain devra donc bien sûr développer ses

coopérations internationales au service des patients, mais aussi au service des personnels et de la qualité des pratiques. Si ce type d'activité est encore peu développé, jugé parfois inutile, coûteux en temps et en ressources, il comprend d'immenses opportunités. Facteur d'attractivité pour le personnel, vecteur de liens entre l'hôpital, les organisations non gouvernementales (ONG) et les acteurs politiques, source de sens et de motivation pour les équipes, le mouvement d'internationalisation de l'activité hospitalière va devenir une composante stratégique des établissements de demain.

Les chefs d'établissements vont devoir repenser leur positionnement en termes de leadership et de territoire

Pour pouvoir suivre cette tendance, il faudra cependant professionnaliser les acteurs de ce type de coopérations et encadrer les pratiques et les financements. L'objectif est de passer d'une culture de jumelages informels à une véritable culture de projets. Actuellement, des structures telles que la Fédération hospitalière de France (FHF) ou l'Agence française pour le développement (AFD) interviennent auprès des établissements pour les informer et les conseiller³. Cette action peut bien sûr avoir aussi une visée humanitaire pour les pays en développement confrontés à des fléaux comme la tuberculose, le paludisme ou encore le sida. Elle peut s'exercer à travers des organisations nationales telles que l'AFD, à travers des ONG ou sur un plan bilatéral entre hôpitaux. Enfin, si la diversité et la richesse de la coopération internationale hospitalière ne sont plus à démontrer, celle-ci doit se fonder sur l'action volontaire, groupée et continue d'acteurs et de professionnels engagés⁴.

Face à ces multiples évolutions qui, à des degrés différents et selon d'innombrables scénarios, vont modifier en profondeur le fonctionnement et l'organisation des hôpitaux de demain, les managers ne peuvent pas rester passifs. Le contexte est mouvant, on ne peut que le constater, et il serait tentant,

happé par le quotidien et la gestion courante des affaires hospitalières, de monter dans le train en marche et de subir la trajectoire empruntée. Cependant, c'est aussi le rôle des managers d'impulser cette dynamique et

chefs d'établissement à repenser leur positionnement en termes de leadership et de territoire. Toutes ces évolutions vont entraîner, au sein même des structures, des réorganisations et donc tout un travail de planification, auquel il

Le mouvement d'internationalisation de l'activité hospitalière va devenir une composante stratégique des établissements de demain.

d'adopter une vision stratégique pour les années à venir. Conscient des changements probables, des adaptations nécessaires et des défis futurs, le manager doit anticiper pour mieux fédérer et s'adapter. L'impact des technologies et de l'accès aux données de santé sur l'organisation et le contenu des tâches, l'émergence de nouveaux métiers, l'obsolescence des pratiques : tout cela doit être intégré par les directeurs. De même, sortir de l'hôpital pour, non plus seulement discuter mais bien travailler avec le secteur ambulatoire, le milieu associatif, les acteurs économiques et sociaux, les élus locaux, va pousser les

conviendra d'associer le patient. Reconnaître son expertise, au même titre que celle des cadres cliniques ou administratifs, va engendrer un changement de répartition des rôles très intéressant et interroger profondément les représentations sociales, professionnelles et personnelles de chacun. En regardant ailleurs, y compris à l'international, c'est l'action de proximité qu'il va falloir réinventer. C'est la lourde tâche et l'immense opportunité des futurs managers hospitaliers. ■

**Emmanuel Dugognon
Sophie Martageix
EDH**

1. www.sante.gouv.fr/marisol-touraine-presente-les-orientations-de-la-loi-de-sante.html

2. www.directions.fr/Piloter/carriere/2014/5/-L-EHESP-est-un-modele-unique-a-stabiliser-2023035W/

3. Cf. le guide de la FHF sur la coopération sanitaire internationale, décembre 2014.

4. Cf. le colloque « Coopération internationale et hôpital engagé », EHESP, 3 février 2015, actes à venir.

Qu'attendons-nous de nos aînés ?

Qu'attendent les jeunes directeurs de leurs aînés ? Un an après leur prise de fonction, les membres du Club Jeune Génération répondent.

Commençons avec Emmanuel Kant ! « *Les générations antérieures ne paraissent s'être livrées à leur pénible besogne qu'à cause des générations ultérieures, pour leur préparer le niveau duquel ces dernières pourront ériger l'édifice dont la nature a le dessein, et donc pour que seules ces générations ultérieures aient la chance d'habiter le bâtiment auquel la longue suite de leurs ancêtres (à vrai dire, sans doute, sans intention) a travaillé sans pouvoir prendre part eux-mêmes au bonheur*

qu'ils préparaient. » Cette réflexion du philosophe allemand¹ pose la question de l'héritage laissé par les générations précédentes aux nouvelles. Un an après la prise de fonction, peut-être commençons-nous à toucher du doigt ce que nous souhaiterions voir nos aînés nous laisser en héritage. Peut-être y voyons-nous plus clair aussi sur la façon de construire ensemble l'héritage des générations de demain.

Être en attente par rapport à ses aînés renvoie plus ou moins directement

à l'idée de la fracture générationnelle, réelle ou fantasmée. Le jeune directeur d'hôpital serait donc en position d'attendre spécifiquement quelque chose de ses aînés du fait d'une différence qui le caractériserait. Cette différence apparaît comme double :

- le jeune manager vient de l'extérieur. Il porte donc un œil neuf sur sa profession, l'hôpital et ses organisations. Mais cela ne saurait être l'apanage du seul jeune directeur : c'est le propre de tout nouveau directeur arrivé dans une équipe ;
- le jeune manager, et c'est peut-être sa vraie caractéristique, est plus enclin à confronter une vision du monde particulièrement théorique à des organisations pratiques.

Permettre aux jeunes collègues de se tromper

Par cette double caractéristique, le jeune directeur a tendance à adopter un positionnement critique qui le mènera à faire des propositions de changement. Il bénéficie en effet d'une période d'étonnement, et cette période se prolonge le temps d'intégrer complètement les contraintes qui l'entourent. Ce sont précisément ces idées, et l'innovation que certaines d'entre elles portent, qui peuvent entrer en contradiction avec un état des choses auxquels nos aînés sont plus accoutumés.

Le respect des jeunes générations vis-à-vis des plus expérimentés pourrait entraîner une certaine forme d'auto-

censure, et ce pour plusieurs raisons : manque d'expérience, souhait de ne pas être jugé ou simplement souhait de se positionner en tant que directeur, et donc inévitablement d'entrer dans le moule.

Attention à ne pas devenir simpliste !

Dire que le jeune directeur est innovant et que ses aînés le sont moins serait trop simpliste. L'innovation est faite de deux choses : une idée, souvent relativement simple à obtenir, mais aussi une compétence pour la mettre en œuvre

Si mettre en miroir la jeune génération de managers avec leurs aînés a un sens, c'est peut-être dans cette attente collective, difficile à manifester individuellement : permettre aux jeunes collègues de ne pas complètement s'autocensurer, de proposer et même de se tromper. Car, comme en sciences, il est possible de construire à partir de l'erreur.

et l'évaluer. Dès lors, pour innover, l'expérience est un atout incontournable que seuls nos aînés peuvent nous apporter.

De plus, définir la jeunesse par la contradiction, c'est en réalité s'exposer soi-

1. *Idee d'une histoire universelle d'un point de vue cosmopolitique*, 1784.

même à être contredit. En effet, après une période éphémère de la vie professionnelle, le directeur d'hôpital devient rapidement un aîné dans son métier. Ce que l'on peut attendre de nos pré-décèsseurs devient alors une exigence pour soi-même et impose de définir comment on se voit soi-même un aîné. Dès lors, comment se voit-on en aîné ?

À travers la transmission de ce qui fonde la richesse et les possibilités d'innovation dans le métier, mais aussi des risques potentiels. Laisser toujours ouverte cette possibilité d'innover se décline en plusieurs dimensions :

- autoriser la rupture. C'est accepter les changements portés par les jeunes générations malgré leurs imperfections ;

- pousser les jeunes à oser l'innovation et à ne pas les laisser s'enfermer dans un quotidien trop prévisible et trop peu ambitieux ;
- s'engager dans la rupture à rester en position de contradicteur par rapport au fonctionnement du système de santé et à des modes de gestion devenus automatiques ;
- accepter de passer de contradicteur à celui qui est contredit par les plus jeunes : rester contradicteur tout en recevant la juste contradiction. Bref, accepter d'être remis en cause par les plus inexpérimentés.

Savoir quoi attendre de nos aînés, c'est un peu déjà savoir quoi attendre de soi-même.

Autonomie : jusqu'où ?

Donc, si savoir quoi attendre de nos aînés, c'est un peu déjà savoir quoi attendre de soi-même, c'est parce que cette notion d'aîné ne doit pas seulement être comprise dans son acception générationnelle. Quel que soit l'âge, l'antériorité dans un poste est, de ce point de vue, soumise aux mêmes attentes. Être aîné dans son poste, c'est finalement s'astreindre à se soumettre aux mêmes postures que l'aîné dans son métier. Une bonne manière d'atténuer les effets de génération et de développer la culture du partage !

Ce que nous attendons aujourd'hui de nos aînés correspond donc en grande partie à ce que nous attendons de nous-mêmes demain, que nos aînés acceptent une relative destruction créatrice qui autorise la remise en cause des procédures, décisions, règles qui ne paraissent plus adaptées, sans rejeter celles reconnues pour leur plus-value à l'égard du service public rendu.

Cette marge d'autonomie n'implique en aucun cas l'indépendance. La ligne de crête entre les deux notions passe par une clarification très précise des

valeurs et des objectifs dans la délégation entre managers seniors et juniors. En effet, les valeurs permettent l'arbitrage immédiat attendu de la part de managers publics ; elles structurent à long terme la carrière du directeur d'hôpital et définissent des seuils dans l'acceptabilité des moyens à mettre en œuvre. Les objectifs représentent une cible attendue sans imposer automatiquement les moyens pour l'atteindre.

Le partage de ces objectifs entre les générations de managers, voire entre niveaux de responsabilité fonctionnelle, permet la cohérence et la mobilisation des équipes de direction autour d'une même fin. De solides principes et valeurs répondent à une logique d'efficacité. Des cibles et des objectifs précis relèvent d'une logique d'efficacité, elle aussi, qui étaye le cadre d'action du manager public.

Prendre en compte la mémoire commune partagée par les salariés d'un établissement

Le partage d'une mémoire collective apparaît aussi comme une condition nécessaire de la transmission entre générations de managers. Si le fonctionnement des établissements publics de santé consacre largement la formule de Jean Bodin selon laquelle « *il n'y a ni richesse, ni force que d'hommes* », celle-ci s'appuie sur la mémoire commune partagée par les salariés d'un établissement. Cette

identité sociale d'un établissement constitue probablement un champ sur lequel l'attention du manager junior doit être portée en priorité, au risque de ne pas savoir adapter son action à une mémoire encore très présente dans certains cas. ■

Alexandre Fournier, Inès Gravey,
Antoine Loubrieu, Marie Hiance
Club Jeune Génération

Statut des DH : les changements pour 2015

Passage en revue des changements statutaires des directeurs d'hôpital, que le SMPS suit attentivement.

Formation : modalités d'accès diversifiées et durée de cursus resserrée

Le décret 2014-1706 du 30 décembre 2014 instituant le Graf pour les DH a aussi prévu plusieurs dispositions relatives à la formation. Il met tout d'abord en place un troisième concours par équivalence avec l'École nationale d'administration (ENA). Portée dès 2012 par le Club Jeune Génération du SMPS, la demande de cette troisième voie se concrétise aussi pour l'accès au corps des directeurs d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux (D3S). Pour les métiers de direction, elle est le signe d'une ouverture à de nouveaux parcours professionnels, source de richesse. Cette troisième voie s'adresse aux personnes justifiant de l'exercice, huit années durant, d'une ou de plusieurs activités professionnelles ou d'un ou plusieurs mandats de membre d'une assemblée élue d'une collectivité

territoriale. Elle s'adresse aussi à des personnes justifiant d'une ou de plusieurs activités en qualité de responsable, y compris bénévole, d'une association. Deuxième disposition : le cycle préparatoire unique est instauré pour l'accès aux deux corps des DH et des D3S. Ce cycle s'adresse aux candidats du concours interne et à ceux du troisième concours. Enfin, l'arrêté du 22 décembre 2014 modifie en la réduisant à 24 mois la durée de la formation des élèves directeurs d'hôpital, qui bénéficieront d'un « cycle de formation théorique et pratique ». Son découpage comporte une formation théorique de 11 mois et une formation pratique de 13 mois. Présent au sein du conseil d'administration de l'EHESP ainsi qu'au conseil de formation de l'école, le SMPS soutient ces changements mais reste attentif à ce qu'ils ne se traduisent pas par une baisse de la qualité.

Nouveau grade (Graf) et échelon spécial des DH : le chantier de la mise en œuvre en 2015

La parution *in extremis* du décret 2014-1706 du 30 décembre 2014 au JO du 31 décembre 2014 permet certes une application du Graf et de l'échelon spécial dès le 1^{er} janvier 2015 de manière rétroactive. Mais on peut s'attendre à un chantier de longue haleine pour la concrétisation de cette mesure. Rappelons les principales modifications apportées par ces deux dispositions.

L'échelon spécial prolonge l'évolution de carrière dans le grade de la hors classe, en rajoutant à l'échelon sommital antérieur – le 7^e échelon en HEB – un « échelon spécial » en HEB bis, soumis à quota. La condition d'accès est de réunir quatre ans au 7^e échelon. Le nombre de personnes pouvant bénéficier de la promotion est calculé sur la base de l'effectif des directeurs hors classe, auquel s'applique un quota de 7% en 2015 (et de 10% en 2018). Comme l'effectif des DH hors classe est de 2556 au 31 décembre 2014, 179 nominations sont possibles en 2015.

Le grade de « classe exceptionnelle » (Graf) a trois critères :

- l'effectif des personnes aptes à la promotion est déterminé par un quota appliqué à la totalité du corps des DH : 5% en 2015 et 20% en 2020. Le corps des DH comptant 3 067 personnes au 31 décembre 2014, 154 nominations sont possibles en 2015 ;
- le nouveau grade comporte cinq échelons et un échelon spécial en HED soumis également à quota ;
- le Graf est accessible aux directeurs appartenant à deux viviers d'emplois :
 - le premier vivier dit statutaire : il faut réunir huit ans sur les quinze dernières années en position de détachement, notamment sur emploi fonctionnel,
 - le second vivier dit fonctionnel : il faut réunir dix ans sur les quinze dernières années en position d'affectation sur de « hautes fonctions », selon un arrêté toujours en cours de validation.

Le SMPS s'est prononcé avec force pour des quotas plus importants concernant la première année afin de compenser le retard pris dans la mise en œuvre du Graf. La mise en œuvre concrète de l'échelon spécial et du Graf sera réalisée en 2015 selon un calendrier serré et la tenue d'une CAPN le 2 juillet 2015. Entre-temps, le CNG diffusera aux évaluateurs une note d'information, comportant des fiches de proposition d'avancement à l'échelon spécial et/ou au Graf. Les directeurs éligibles au Graf auront, eux, une « fiche de parcours professionnel » à remplir. Plusieurs réunions techniques prévues le 16 mars et le 2 avril par le CNG et la DGOS permettront de définir les critères d'examen des tableaux d'avancement. Une attention particulière sera portée par le SMPS aux directeurs partant en retraite et aux détachés. L'expérience de 2015 permettra les ajustements sans doute nécessaires et éclairera la future mise en place du Graf des D3S et les DS. Ce sera un test pour ce nouveau dispositif statutaire. ■



Catégorie
directeurs d'hôpital

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

Soyez inventifs !

Qualité de vie et bien-être au travail, renouvellement de la formation et droit à la formation, amélioration des parcours de santé pour les usagers : les jeunes générations ne manquent pas de chantiers. Elles les entreprendront en n'oubliant jamais ceci : leur métier est passionnant.

La réorganisation du paysage sanitaire, social et médico-social est effective depuis quelques années, avec notamment les directions communes, les communautés hospitalières de territoire et demain les groupements hospitaliers de territoire. Les nouvelles générations de directeurs devront poursuivre ce mouvement et permettre de rendre encore meilleurs des parcours de santé au bénéfice des usagers et de la qualité de l'accompagnement. Les D3S doivent participer activement à la territorialisation. Cela implique une ouverture des structures sur leur environnement, la diffusion d'une culture de

semblent pouvoir être modifiées. Les D3S ressentent un isolement dans leur fonction. Or, les directions communes permettent la création d'équipes de direction, d'espaces de soutien, d'échanges et de relations humaines. Le regroupement d'établissements peut favoriser le renouvellement du corps des D3S, dont la moyenne d'âge est élevée. Par ailleurs, la féminisation et les nouvelles aspirations des jeunes générations des corps de direction créent de nouvelles attentes pour concilier vie privée et vie professionnelle. Les fonctions du D3S ont évolué ces dernières années, notamment avec l'ar-

Le nouvel espace territorial est une chance pour les générations futures.

santé publique et une mutualisation des moyens humains et logistiques.

La nouvelle génération devra aussi imaginer un nouvel espace dédié à ses conditions de travail et à sa qualité de vie. Ce thème, trop peu pris en considération aujourd'hui, doit devenir un centre d'intérêt dès la prise de fonction. Pour cela, il faut être force de proposition, tant au niveau local que national. On ne peut pas admettre que rien ne soit proposé aux D3S dans ce domaine. Car les enquêtes de ces dernières années montrent que la qualité de vie et le bien-être au travail constituent une attente forte. Cela passe par un management rénové et par une organisation bienveillante. Il faut aussi valoriser les dispositifs de prévention et impulser des démarches d'accompagnement.

La qualité des relations au travail est un point essentiel pour le bien-être au travail. Et le nouvel espace territorial est une chance pour les générations futures tant les conditions d'exercice

rivée de nombreux collègues qui sortent de l'EHESP et prennent des postes d'adjoints, entre autres, en centre hospitalier. Or, les enseignements ne sont plus adaptés au mode d'exercice et aux enjeux

Catégorie

directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico- sociaux



Vice-présidente D3S
Nathalie LE FRIEC
Directrice adjointe
Centre hospitalier
de Bretagne-Sud, Lorient (56)
Tél. : 06 89 49 44 66
n.lefrie@ch-bretagne-sud.fr

tant managériaux que stratégiques. Il faudra poursuivre vers une formation plus en phase avec les réalités de terrain, comme le veut le SMPS. À ce propos, rappelons que de nombreux D3S ne bénéficient pas du droit à la formation. Pour les futures générations, les chantiers sont donc nombreux. Elles devront être imaginatives... et force de propositions ! ■

Deux points à ne surtout pas oublier !

La revalorisation des indemnités d'intérim

Faire un intérim de direction, c'est accepter de cumuler une double responsabilité, autrement dit d'engager sa responsabilité pleine et entière sur la gestion d'un établissement auquel on ne pourra consacrer que quelques heures par jour, voire par semaine. Une revalorisation des indemnités d'intérim serait à mes yeux un premier signe de reconnaissance de l'implication des collègues acceptant non seulement de prendre cette double responsabilité, mais aussi de doubler leur journée de travail en parcourant bien souvent des kilomètres pour rejoindre ce second établissement dont l'intérim risque de durer dans le temps. Parfois plus d'un an !

Une véritable prévention des risques psychosociaux (RPS)

Le directeur est régulièrement invité à mettre en place une politique de prévention des RPS. Aujourd'hui, il est devenu urgent de le faire. Certains collègues sont en situation d'isolement dans des établissements aux historiques complexes. D'autres reçoivent des injonctions contradictoires et sont amenés à prendre des décisions impopulaires qui peuvent durcir le corps social, sans pour autant bénéficier d'un réel soutien de la part des donneurs d'ordres. La prévention des RPS est une priorité pour les directeurs et le CNG doit accompagner les collègues en difficulté.

Sylvie Saqué *Nouvelle élue CAPN D3S*

Tous ensemble en soutien à notre collègue

Avant de rendre compte de notre vie syndicale, il nous a semblé important d'apporter notre soutien à une collègue prise à partie dans les conséquences de l'attentat contre *Charlie Hebdo*.

Au mois de janvier, des événements dramatiques ont touché la France. Ses valeurs de démocratie, de droit à la différence et de liberté d'expression ont été atteintes. L'enquête qui a immédiatement suivi les événements a identifié un étudiant de l'institut de formation en soins infirmiers de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris, qui a formé à l'idéologie radicale les frères Kouachi, auteurs de l'attentat contre *Charlie Hebdo*. À partir de ce moment, notre collègue directrice de l'Ifsi s'est trouvée malgré elle sous le feu des projecteurs. Sollicitée par la presse, bousculée par des prises de position venues de toutes parts, y compris de professionnels de la santé, elle a pu bénéficier d'un large soutien de la direction de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, qui lui a été d'une aide considérable. À l'occasion de cet article dans *Managers de santé*, nous souhaitons renouveler notre soutien à notre collègue et l'assurer de notre présence active à ses côtés pour traverser cette épreuve qui nous concerne tous.

Rémy Chapiron *Coordinateur général des soins, CH de Verdun*

Rendre la profession plus attrayante

Depuis des années, nous attirons l'attention des pouvoirs publics sur la baisse de nos effectifs. Il est urgent d'agir !

À l'issue des élections du 4 décembre 2014, le SMPS conforte sa deuxième place dans la catégorie des directeurs des soins. Ce résultat nous permet d'être l'un des deux syndicats à obtenir des élus en classe normale et en hors classe, ce qui nous aidera à défendre et à représenter l'ensemble des directeurs des soins. Nous souhaitons d'ores et déjà remercier l'ensemble des collègues qui, par leur confiance, nous ont permis d'obtenir ce résultat : c'est la traduction du travail que nous menons pour la défense et la reconnaissance du corps. Notre représentativité syndicale s'inscrit dans la continuité des actions déjà entreprises et valorise un renouvellement avec l'émergence de nouveaux élus SMPS. Nous garantirons la continuité de notre travail et nous nous appliquerons à mettre en valeur une analyse très affirmée des dossiers que nous porterons et que nous défendrons auprès des autorités. Par ailleurs, nous mettrons l'accent sur des actions de défense individuelle de plus en plus nécessaires dans l'environnement de la politique de santé actuelle.

Une démographie très dégradée

Parmi les sujets d'actualité à traiter en extrême urgence, celui de la démographie des directeurs des soins, très fortement dégradée. Depuis de nombreuses années, nous tirons le signal d'alarme auprès des pouvoirs publics pour qu'une véritable stratégie soit mise en œuvre, afin de maintenir le nombre de directeurs des soins en activité à un niveau suffisant. Cela doit permettre de garantir la présence d'un directeur des soins dans chaque établissement public de santé et dans chaque institut de formation. Les causes de la baisse de notre effectif sont identifiées depuis longtemps, et malgré l'importance des symptômes et l'inquiétude qu'ils génèrent, aucune

stratégie n'est mise en œuvre pour juguler cette hémorragie et stabiliser cet effectif.

Les pouvoirs publics doivent très vite prendre des mesures pour que notre profession soit réellement attractive, et le demeure. Il ne suffit pas d'être identifié comme un corps de direction à part entière et d'être membre de droit du directoire de l'établissement pour rendre la fonction attractive ! Le statut doit être à la hauteur des enjeux et adapté au niveau des compétences exigées. La revalorisation, dont la deuxième étape sera mise en œuvre au 1^{er} juillet prochain, reste insuffisante. Le refus de l'adéquation attendue du régime indemnitaire avec la PFR, à un niveau de corps de direction, est incompréhensible.

Pour une reconnaissance statutaire

En parallèle, on note que l'évolution des établissements de santé expose chaque jour les directeurs des soins, quels que soient leurs domaines d'exercice. Réorganisation des unités des soins, dimensionnement des effectifs, regroupement des instituts de formation sont devenus le quotidien des directeurs des soins. Cela se fait en lien avec les autres membres de l'équipe de direction, les équipes de cadres et les équipes médicales. Notre expertise managériale est recherchée, valorisée par les chefs d'établissement et clairement identifiée.

C'est pourquoi nous continuerons notre démarche de recherche de reconnaissance statutaire. Elle devra être suivie par l'identification et la valorisation des jeunes cadres et des cadres supérieurs afin de les accompagner dans leur éventuel projet d'accéder à la fonction de directeurs des soins. La consolidation et la pérennité du corps seront ainsi assurées. ■

Catégorie

directeurs des soins



Vice-président DS
Jérôme RUMEAU
Directeur des soins
CH de Narbonne
Tél. : 04 68 42 60 61
jrume65@yahoo.fr

Préparer dès aujourd'hui le terrain à nos futurs collègues

Les contours de nos missions ont changé. Les futurs cadres de santé doivent s'armer pour faire face à ces bouleversements. Voici nos propositions.

Depuis bientôt dix-huit mois, les groupes de professionnels ont travaillé à l'élaboration des référentiels de compétences des cadres de santé et ont rédigé des propositions de réingénierie de la formation. Et il y a bientôt dix-huit mois que nous attendons l'arbitrage du ministère de la Santé. La formation des cadres de santé n'est pas, semble-t-il, la priorité du moment.

Pourtant, l'enjeu est là. L'évolution du monde de la santé se vit en accéléré. Il est indispensable que les futurs professionnels puissent faire face à ces évolutions avec les armes indispensables.

Accompagner les paramédicaux vers de nouveaux métiers

La nouvelle loi de santé renforce la place des paramédicaux au travers des pratiques avancées. Le ministère de la Santé souhaite développer le rôle des infirmiers cliniciens. Certains établissements de santé ont depuis longtemps favorisé le développement de cette compétence. Et des infirmiers libéraux ont aussi saisi l'occasion de développer leur capacité clinique. L'encadrement va devoir accompagner les professionnels vers ces nouveaux métiers et aider chacun à développer ses compétences. Et aussi trouver une place dans l'organisation des soins. Cette démarche répond d'ailleurs à l'obligation de développement professionnel continu à laquelle chaque professionnel de santé doit satisfaire.

Parallèlement, nous devons sortir de l'« hospitalo-centrisme » : les cadres de santé d'une unité de soins, ainsi que les cadres de pôle, travaillent déjà avec des partenaires extrahospitaliers. Il leur faut aider à développer des réseaux qui permettront une prise en charge plus fluide

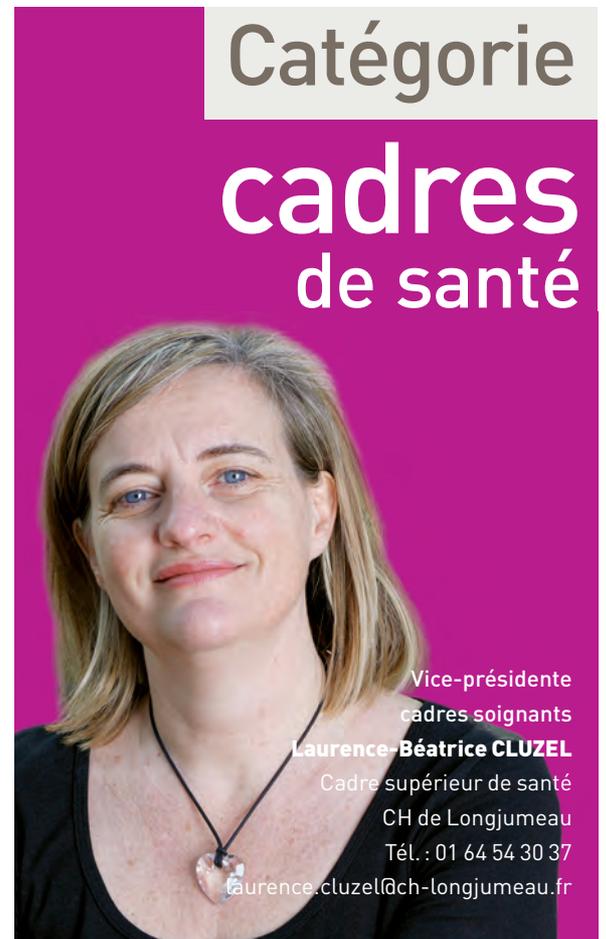
et mieux coordonnée des patients. Et sans doute pour cela doivent-ils sortir également de l'hôpital. Leur connaissance du rôle de chacun, acteurs de santé et partenaires sociaux, sera l'un des atouts pour construire des parcours de prise en charge adaptés à chacun.

Revoir plus globalement le dispositif de formation

Plus que jamais cela nécessite des capacités d'analyse des situations, mais aussi la connaissance de notre système de santé et de la façon de le diriger, associées à des compétences dans le suivi de tableaux de bord témoins de l'activité. Les contours de nos responsabilités se sont élargis et les instituts de formation des cadres de santé (IFCS) ont bien intégré les nouvelles exigences au contenu de l'enseignement. Mais cela ne compense pas la nécessité de revoir plus globalement le dispositif de formation. Les cadres enseignants se sont adaptés à grande vitesse au travail avec l'université.

**Nous devons sortir de
l'« hospitalo-centrisme ». Et sans doute
pour cela sortir également de l'hôpital.**

Beaucoup ont suivi des parcours de formation complémentaire – essentielle – en master 2 – pour répondre au nouveau contexte de travail. Mais les futurs cadres doivent pouvoir bénéficier, bien avant leur prise de poste, d'une formation complète qui leur donnera les moyens de mieux aborder leur métier. Ils doivent en bénéficier dès maintenant, d'autant que l'âge moyen de l'encadrement laisse présager de nombreux départs en retraite dans les années qui viennent.



Prendre en compte la variété des exercices et des responsabilités assumés

Les nombreuses contraintes qui pèsent sur notre système de santé génèrent des tensions que l'encadrement vit en

première ligne. Cela n'aide pas à susciter de nouvelles vocations et les candidats au concours d'entrée en IFCS ne sont pas si nombreux ! Il faut compléter la récente revalorisation de nos métiers par un système indemnitaire prenant en compte la variété des exercices et des responsabilités assumés. Et ainsi redonner de l'attrait à nos professions. Car c'est aussi la diversité de nos fonctions qui peut rendre attirant un métier contraignant, certes, mais également passionnant. ■

Redonnons des perspectives aux attachés !

À chaque nouvelle année, ses bonnes résolutions et ses espoirs. La relève est assurée avec la nouvelle promotion de soixante-quatorze brillants élèves AAH. Nous comptons sur eux pour continuer à porter nos valeurs et nos revendications. La mission de ces jeunes cadres AAH et ACH : défendre les valeurs du service public hospitalier et défendre nos métiers administratifs. Nous comptons sur eux aussi pour réussir à impulser une dynamique plus solidaire. Le SMPS sera à leurs côtés pour porter le flambeau du corps des AAH, pour communiquer davantage sur notre rôle, sur notre place, comme acteur privilégié dans le fonctionnement des établissements. Soyez fiers, courageux, inventifs, tenaces... La place est à vous !



Catégorie
cadres administratifs

Vice-présidente cadres administratifs
Gwénola ETORE-DAHAN
Responsable logistique site Sainte-Périne
Hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest
Tél. : 01 44 96 31 34
getore.smeps@gmail.com

Témoignage d'Arnaud Fourmentez, promotion 2012 **Soyons vraiment un corps**

Lors de mon entrée à l'EHESP en janvier 2012, le responsable de formation introduisait ainsi son propos : « *Votre corps change !* » Il parlait bien sûr du corps des attachés d'administration hospitalière (AAH), dont le cycle de formation venait d'être réformé pour durer désormais une année complète, avec notamment un renforcement des échanges interfilières, la rédaction et la soutenance d'un mémoire et, surtout, une modification de la procédure d'affectation en fin de cycle.

Dépasser ses différences pour former un corps

Trois ans plus tard, dont deux passés en poste, je sens mon corps professionnel un peu mal dans ses baskets. Le problème semble venir du cerveau : atteint de schizophrénie ! Lauréats du concours interne, du concours externe, nommés au choix, anciens chefs de bureau : les membres qui constituent

ce corps sont très différents. C'est une très bonne chose : la différence est source d'un partage auquel chacun, quelle que soit sa trajectoire, peut apporter sa contribution. Sauf que ces membres ne parviennent pas à dépasser leurs différences lorsqu'il s'agit justement de former un corps ! Un corps qui serait capable de se lever pour faire valoir ses intérêts dans un monde hospitalier où la raison du plus fort est, si ce n'est toujours, du moins souvent, la meilleure.

« Sors de ce corps ! »

Résultat, les AAH, attentistes, ont vu ces dernières années les autres corps de catégories A et B, toutes filières confondues, agir pour améliorer leur condition... et y parvenir ! La liste de ces améliorations est longue : PFR pour les corps de direction, prime de technicité et indemnité forfaitaire technique pour les ingénieurs/techniciens supérieurs hospitaliers/techniciens

L'éclairage de Gwénola ETORE-DAHAN **Le SMPS a gagné de nombreuses**

Je comprends l'inquiétude des jeunes collègues attachés : ils ressentent cruellement la différence de traitement entre public et privé, comme entre fonctions publiques. Or, le SMPS est le seul syndicat à défendre la cause des cadres administratifs. Les AAH doivent s'unir pour gagner la bataille de la reconnaissance, qui se joue aujourd'hui non seulement avec le ministère de la Santé mais aussi avec celui de la Fonction publique. Ces dernières années, le SMPS a

gagné de nombreuses batailles qui ont permis d'améliorer la reconnaissance, le statut et la rémunération des cadres et des directeurs qu'il représente. Il porte sans relâche la voix des cadres administratifs qui demandent une revalorisation de leur traitement à hauteur de leurs responsabilités – une revalorisation qui les porte au minimum à égal traitement avec leurs pairs des deux autres fonctions publiques. Nous soutenons la création d'un troisième

Avec la promotion 2015, découvrez... la fonction d'attaché d'administration hospitalière

**Expertise, spécialisation, adaptabilité, polyvalence :
autant de qualités exigées d'un attaché d'administration
hospitalière (AAH), rouage essentiel à la bonne marche
des établissements ! Faisons connaissance dès aujourd'hui
car, en janvier 2016, nous serons vos collaborateurs !**

hospitaliers, reclassement des cadres de santé, création du corps des ISGS, etc. Pire, à cause de son inertie, le corps des AAH n'a pas su s'adapter aux évolutions de son environnement, marqué par une spécialisation et une technicité croissantes des fonctions. Il voit donc aujourd'hui s'épanouir sur des postes qu'il occupait hier des attachés contractuels, voire des ingénieurs... dont le niveau de rémunération est nettement supérieur au sien. Résultat : de plus en plus d'attachés, et particulièrement les jeunes, obéissent à cette petite voix qui leur dit : « *Sors de ce corps !* » Et la tentation est grande en effet, constatant les écarts de rémunération avec nos confrères de la territoriale et de l'État, ainsi qu'avec les corps de direction, de fuir horizontalement ou verticalement. ■

Arnaud Fourmentez
*Promotion 2012, en poste depuis deux ans
comme responsable des affaires générales
aux Hôpitaux civils de Colmar*

Nous sommes soixante-quatorze lauréats du concours national d'attaché de 2014. Nous souhaitons mettre en lumière cette fonction qui constitue un rouage essentiel au bon fonctionnement de l'administration. En effet, l'AAH est à la fois une personne ressource et un cadre dans la structure qui l'emploie : CHU, CH, établissement sanitaire, social et médico-

et pour prendre nos futurs postes en étant le plus opérationnel possible.

Nos valeurs

L'écoute, l'adaptation, l'esprit d'initiative sont les qualités attendues dans notre cœur de métier. Nous nous attacherons à les développer au mieux dans tous les contextes auxquels nous serons confrontés. En effet, l'AAH a pour rôle

**L'AAH a pour rôle d'entendre et de concilier
l'ensemble des besoins tant administratifs
qu'humains, ceux des usagers comme
ceux des professionnels de l'hôpital.**

social, etc. Collaborateur privilégié des équipes de direction, il fait le lien avec les personnels sur le terrain : personnel soignant et médical, agents administratifs et techniques. Il fait aussi le lien entre les objectifs managériaux et les contraintes quotidiennes !

Notre formation

L'EHESP offre des compétences dans des domaines variés : santé publique, qualité, ressources humaines, achats, logistique, communication, etc. Ces compétences nous permettront d'occuper par exemple la fonction de cadre dans un service administratif ou au sein d'un pôle médical, mais d'obtenir aussi un poste d'adjoint de directeur. L'école favorise la synergie avec les élèves directeurs afin de nous préparer dès à présent à notre futur contexte professionnel. À cela s'ajoutent deux stages de professionnalisation, essentiels pour se familiariser avec le terrain

d'entendre et de concilier l'ensemble des besoins tant administratifs qu'humains, aussi bien ceux des usagers que ceux des professionnels de l'hôpital. Ces valeurs, nous serons amenés à les appliquer auprès de vous.

Une affectation « à part »

Septembre 2015 marquera le début du processus d'affectation. Il se joue autour de plusieurs acteurs et se différencie de la pratique des classements de sortie généralement employée dans la fonction publique. Le Centre national de gestion centralise les postes ouverts et nous les communique. Puis, selon nos envies, nous postulons auprès des directeurs d'établissement. Le directeur, à la suite de plusieurs entretiens d'embauche, choisira l'attaché qui lui semble convenir le mieux pour le poste à pourvoir. Rendez-vous, donc, dès janvier 2016, dans vos établissements ! ■

Les élèves AAH de la promotion 2015

batailles

grade pour les AAH, ou grade à accès fonctionnel, afin de valoriser l'exercice de plus en plus fréquent de hautes responsabilités par les attachés principaux en fin de carrière. Et afin aussi d'aligner leur statut sur celui des attachés des deux autres fonctions publiques. En outre, le SMPS souhaite promouvoir le déroulement de carrière des adjoints de cadre hospitalier (ACH) en demandant l'augmentation des quotas d'accès à la classe supérieure et à la classe exceptionnelle.

Tout savoir sur le RIFSEEP, nouveau régime indemnitaire promis pour 2015... si tout va bien !

Le régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel doit se substituer à terme à tous les régimes indemnitaires en place. Nous souhaitons l'expérimenter au plus vite.

La DGOS a annoncé lors du dernier congrès du SMPS la transposition courant 2015 d'un nouveau mécanisme de régime indemnitaire pour les ingénieurs et les techniciens : le régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement

professionnel (RIFSEEP). Cette nouvelle indemnité a vocation à terme à se substituer à tous les régimes indemnitaires en place, dans les trois versants de la fonction publique. La DGOS est maître du choix du calendrier de déploiement pour les corps de la FPH. Toute demande de création, d'abrogation, de refonte ou de revalorisation indemnitaire sera examinée prioritairement dans le cadre de ce nouveau dispositif.

Le décret n° 2014-513 du 20 mai 2014 a créé ce régime indemnitaire dans la fonction publique d'État. La circulaire du 5 décembre 2014 en explicite la mise en œuvre. En voici une synthèse.

Le dispositif est centré sur une indemnité principale, l'indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise (IFSE), à laquelle peut s'ajouter un complément indemnitaire versé annuellement. Il sera applicable, par principe, à l'ensemble des corps et emplois relevant de la fonction publique d'État, et en vertu du principe de parité, à la FPT. Il a vocation à devenir le nouvel outil indemnitaire de référence, sans être réservé à la filière administrative comme c'est actuellement le cas pour la PFR.

Le déploiement du RIFSEEP doit concrétiser, de manière pérenne, la convergence indemnitaire pour les agents appartenant à des corps comparables et exerçant des missions équivalentes.

Deux échéances :

- **au plus tard le 1^{er} juillet 2015** : pour les corps d'adjoints administratifs, de secrétaires administratifs des administrations de l'État, les corps interministériels des conseillers techniques et des assistants de service social ainsi que l'emploi de conseiller pour l'action sociale, le corps interministériel des attachés des administrations d'État et l'ensemble des corps et emplois bénéficiant de la PFR ;

- **au plus tard le 1^{er} janvier 2017** : pour l'ensemble des corps et emplois relevant de la fonction publique d'État, à l'exception de ceux mentionnés dans un arrêté interministériel qui sera publié mi-2015.

Découverte et intérêt du RIFSEEP

L'indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise (IFSE)

L'IFSE permet de valoriser l'ensemble des parcours professionnels, et non plus seulement ceux marqués par un accroissement significatif de responsabilités. Cette indemnité repose d'une part sur une formalisation précise de critères professionnels liés aux fonctions, d'autre part sur la prise en compte de l'expérience professionnelle accumulée par l'agent.

Pour chaque corps est déterminé un nombre limité de groupes de fonctions. Ceux-ci seront formellement déconnectés du grade. Toutefois, le poste confié à un fonctionnaire doit correspondre au grade dont celui-ci est titulaire. Il est recommandé de prévoir au plus :

- quatre groupes de fonctions pour les corps relevant de la catégorie A,
- trois groupes de fonctions pour les corps relevant de la catégorie B,
- deux groupes pour les corps relevant de la catégorie C.

Pour les emplois fonctionnels, il sera tenu compte des dispositions statutaires correspondantes.

Trois types de critères professionnels pour objectiver la répartition des fonctions types au sein des groupes de fonctions :

- encadrement, coordination, pilotage et conception ;
- technicité, expertise, expérience ou qualification nécessaire à l'exercice des fonctions ;

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

- sujétions particulières et degré d'exposition de certains types de poste au regard de son environnement extérieur ou de proximité.

L'IFSE est exclusive, par principe, de tout autre régime indemnitaire de même nature. Des montants maximaux seront fixés pour les agents bénéficiant d'une concession de logement pour nécessité absolue de service.

La prise en compte de l'expérience professionnelle

L'expérience professionnelle doit être différenciée :

- de l'ancienneté qui se matérialise par les avancements d'échelon ;
- de la valorisation de l'engagement et de la manière de servir.

La prise en compte de l'expérience professionnelle acquise par un agent constitue la nouveauté majeure de ce nouveau dispositif indemnitaire. Le montant de l'IFSE fera ainsi l'objet d'un réexamen en cas de changement de groupe de fonctions avec davantage d'encadrement, de technicité ou de sujétions, afin d'encourager la prise de responsabilité mais aussi :

- en cas de mobilité vers un poste relevant d'un même groupe de fonctions ;
- *a minima* tous les quatre ans en l'absence de changement de poste ou, pour les emplois fonctionnels, à l'issue de la première période de détachement ;
- en cas de changement de grade suite à une promotion.

Ce sont bien l'élargissement des compétences, l'approfondissement des savoirs et la consolidation des connaissances pratiques assimilées sur un poste qui doivent primer pour justifier une éventuelle revalorisation. La diversification des compétences et la mobilité seront valorisées au même titre que la spécialisation dans un domaine de compétences particulier.

La valorisation de l'expérience professionnelle doit reposer sur des critères objectivables tels que :

- l'approfondissement des savoirs techniques et de leur utilisation ;

- l'approfondissement de la connaissance de l'environnement de travail et des procédures ;
- la gestion d'un événement exceptionnel permettant d'acquérir une nouvelle expérience ou d'approfondir les acquis.

Pour les corps au sein desquels les possibilités de mobilité fonctionnelle sont réduites, une évolution de l'agent en fonction de l'enrichissement des acquis de son expérience professionnelle pourra être privilégiée. À l'inverse, pour les corps offrant des possibilités de mobilité fonctionnelle plus variées, l'évolution de l'agent sera axée sur l'élargissement de ses compétences et l'accroissement de ses responsabilités. Ces deux approches peuvent bien évidemment se combiner.

Deux garanties au bénéfice des agents

- La garantie aux personnels du montant indemnitaire qu'ils percevaient mensuellement avant le déploiement du RIFSEEP.
- Le montant individuel de l'IFSE ne peut être inférieur à un montant minimal fondé sur le grade détenu par l'agent.

Ce positionnement indemnitaire individuel perdure jusqu'à ce que l'agent change de fonctions. Cette garantie mensuelle ne fait toutefois pas obstacle à une revalorisation du montant de l'IFSE perçu par l'intéressé, notamment si celui-ci voit sa charge de travail s'accroître, le champ de ses compétences s'élargir ou son « bagage fonctionnel » s'enrichir.

Le complément indemnitaire annuel

Il sera possible de verser un complément indemnitaire annuel afin de tenir compte de l'engagement professionnel et de la manière de servir. L'appréciation de cette dernière se fonde sur l'entretien professionnel. Dès lors, il pourra être tenu compte de la réalisation d'objectifs

L'avis du SMPS

Le RIFSEEP ne doit pas être l'Arlésienne des ingénieurs et techniciens de la FPH !

Le passage à la PFR pour les ingénieurs hospitaliers et les techniciens avait déjà été annoncé dès le congrès du SMPS de 2012 pour une application en juillet 2013 ! L'ouverture de la concertation pour les ingénieurs hospitaliers et les techniciens est annoncée pour 2015... mais seulement après sa mise en place pour les ingénieurs d'État !

Le SMPS n'accepte pas de faire passer les cadres hospitaliers une nouvelle fois après d'autres corps de la fonction publique dont le régime indemnitaire est en total décalage, et qui se fait toujours au détriment des hospitaliers.

Il demande donc l'expérimentation sans attendre de ce nouveau régime indemnitaire pour les ingénieurs hospitaliers puis sa transposition prioritaire pour les autres cadres techniques. Nous souhaitons que cela permette d'harmoniser le régime indemnitaire des ingénieurs hospitaliers avec celui des corps comparables d'ingénieurs d'État et territoriaux.

quantitatifs et qualitatifs, et ce principalement pour les agents relevant de la catégorie A.

Rien ne fait donc obstacle à ce que l'investissement collectif d'une équipe autour d'un projet porté par le service soit pris en considération dans l'attribution du complément annuel. Le versement de ce complément indemnitaire est facultatif. Lors de l'élaboration des barèmes, le montant maximal de ce complément indemnitaire, fixé par groupe de fonctions, ne doit pas représenter une part disproportionnée dans le régime indemnitaire total. Il est préconisé qu'il n'excède pas une proportion du plafond global du RIFSEEP pour les corps et les emplois fonctionnels relevant des catégories : A : 15 % ; B : 12 % ; C : 10 %. Par ailleurs, les attributions individuelles seront comprises entre 0 et 100 % du montant maximal fixé pour chaque groupe de fonctions, les montants versés au titre du complément indemnitaire n'ont pas vocation à être reconduits automatiquement d'une année sur l'autre. ■

Négociations statutaires : le SMPS n'oublie pas les détachés

Graf et portabilité du CET entre les trois fonctions publiques sont les deux chantiers du collectif Détachés du SMPS, très actif dans la défense des droits statutaires de ceux-ci.

Installé en 2007, le collectif des détachés du SMPS s'est mis à la disposition des adhérents pour avancer sur les trois axes syndicaux : lutte contre l'isolement, défense des situations individuelles, défense collective. Et, pour ces trois axes, le collectif s'est réuni en novembre pour actualiser notre plateforme dans le cadre des élections professionnelles. La participation des détachés à la commission administrative paritaire (CAPN) est assurée par le SMPS qui dispose d'un élu : Francis Fournereau. Et la défense collective fait l'objet de deux actions fortes.

Le Graf doit être accessible à des parcours professionnels exercés en détachement

Protocole du 29 juillet 2011 : « Dans la lignée des dispositions prévues pour les deux autres fonctions publiques, le Graf permet de dynamiser les parcours professionnels des trois corps de direction de la fonction publique hospitalière, de valoriser les parcours accomplis, de reconnaître les responsabilités qui ont été assumées avec succès sur des postes à forts enjeux, de capitaliser statutairement l'expérience acquise. »

Outre l'objectif d'accompagner les sorties d'emplois fonctionnels et de postes à hautes responsabilités, le grade à accès fonctionnel (Graf) doit permettre de reconnaître la valeur professionnelle des personnels qui se sont particulièrement investis dans des postes à haute responsabilité.

Le SMPS est vigilant quant à la mise en œuvre du texte afin que le Graf soit accessible à des parcours de carrière diversifiés, sur des fonctions à haute responsabilité. Nous demandons donc la prise en compte des parcours professionnels à haute responsabilité exercés en détachement (direction d'agences et d'organismes d'État, direction d'institutions ou d'établissements de santé importants, etc.).

En ce début d'année 2015, les critères à retenir pour l'élaboration des tableaux d'avancement sont en cours de discussion. Les élus SMPS en CAPN engagent avec le CNG, un travail de fond, fondé sur un examen détaillé des parcours professionnels des collègues inscriptibles.

La portabilité du CET entre les trois fonctions publiques doit devenir effective

Protocole du 29 juillet 2011 – « La loi n°2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels invite à décliner la mise en œuvre du principe de la comparabilité des corps

et à construire une doctrine favorisant et stabilisant les détachements et les intégrations entre corps des trois fonctions publiques. »

Malgré les dispositions de la loi mobilité interfonction publique, les dispositions réglementaires actuelles (décret du 6 décembre 2012 et circulaire DGOS du 5 février 2013) ne permettent pas la portabilité du CET entre les trois fonctions publiques.

Bon nombre de collègues qui ont acquis des droits au compte épargne temps (CET) au sein d'organismes sous statut dépendant de l'État ou des collectivités territoriales se voient ainsi refuser le transfert de leurs droits et des provisions constituées afférentes. Il s'agit d'une pure spoliation et d'une atteinte à l'égalité des citoyens devant la loi alors que, dans le même temps, la réglementation a organisé la transmissibilité des droits en cas de décès du titulaire !

Cette situation est scandaleuse et totalement contraire à l'esprit de la loi sur la mobilité entre fonctions publiques. La circulaire de 2013 prévoit bien dans son annexe 7 qu'« un projet de décret interfonction publique relatif à la portabilité des CET d'une fonction publique à l'autre est à l'étude ». Mais force est de constater qu'à ce jour, toutes les propositions du SMPS et des autres organisations syndicales pour faire évoluer les textes sur ce sujet ont été bloquées.

Devant l'impasse actuelle, le conseil national du SMPS réuni en janvier 2015 a décidé :

- de tenter une nouvelle démarche auprès du ministère afin que le décret d'application permettant les transferts interfonction publique soit pris conformément aux engagements de l'État dans la circulaire de 2013 ;
- de soutenir parallèlement une action contentieuse afin qu'en l'absence de déblocage réglementaire le juge puisse rétablir les droits de nos collègues. ■

Catégorie

cadres
détachés



Francis FOURNEREAU

Secrétaire général,
SIH Limousin Poitou-Charentes
Tél. : 05 55 43 99 00
francis.fournereau@gmail.com

Le flambeau transmis aux futurs managers : l'amour du métier

Que souhaitent transmettre les retraités aux jeunes générations de managers ? Leur amour du métier, qui va de pair avec mille compétences. Et ils insistent sur la qualité des relations humaines, au centre de tout.

On le sait : l'expérience des uns profite rarement aux autres, et chaque génération a besoin de construire son identité à la lumière de la sienne. On sait aussi que l'histoire recommence sans cesse et nous, anciens hospitaliers, ne pouvons qu'être attirés par la proposition qui nous est faite de transmettre un patrimoine aux jeunes générations. Tous les anciens que j'ai interrogés sur leurs attentes envers cette jeune génération, envers ces métiers de l'hôpital, envers le secteur de la santé, m'ont répondu que le trésor inestimable à leurs yeux est sans aucun doute celui d'une qualité des relations humaines. Ce qui importe aussi, c'est la qualité du service rendu aux usagers du système de santé et aux collaborateurs chargés de le faire vivre. Ils n'ont pas souhaité s'étendre sur les aspects techniques des différents métiers de cadres, laissant cela à ceux qui sont aujourd'hui en charge de préparer ces futurs dirigeants. Pourquoi ? Parce que les repères changent vite, parce que les réformes s'accumulent, se bousculent et sont trop rarement évaluées avant qu'on soit contraint d'appliquer la suivante, et enfin parce que la technique évolue de façon vertigineuse.

Respecter les personnes soignées, mais aussi celles qui les soignent

Nombreux sont celles et ceux qui, tout au long de leur vie professionnelle, ont passionnément aimé l'hôpital, les relations et les contacts qu'on y développe. Ils ont aussi aimé l'exigence d'expertise mise au service des autres, la diversité des situations et des problématiques à résoudre, les opportunités professionnelles, la complexité et la difficulté des challenges. Ils gardent en souvenir les relations humaines fortes, le

sens du service public et des valeurs partagées qu'ils veulent voir perdurer et qu'ils souhaitent transmettre. Et ils insistent sur la dimension humaine, capitale. Respecter les personnes soignées, mais aussi celles qui les soignent, être attentif aux conditions d'accueil et de travail, c'est rendre les hospitaliers heureux dans l'exercice de leurs métiers. Être attentif aide aussi à ce que ce bien-être bénéficie autant aux malades qu'aux personnels. Tout cela revient souvent dans les propos des retraités. Aimer l'hôpital, c'est encore développer une autorité de compétence, riche d'une bonne connaissance des différentes cultures professionnelles. C'est savoir mobiliser les collaborations transversales. C'est savoir arbitrer les points de blocage et les antagonismes tout en préservant un climat social apaisé – dont le ciment repose sur la confiance,

Le dirigeant de demain a tout à gagner à se former aux sciences de la relation pour bien se connaître lui-même.

la performance et le dialogue entre les différents acteurs, ainsi que sur le respect inconditionnel de ces derniers.

Importance de l'humain au cœur d'un système aux fortes contraintes

Le management à l'hôpital conjugue respect et éthique, adhésion et confiance, autonomie et délégation, liberté et solidarité. Le dirigeant de demain doit posséder des qualités d'adaptation, de discernement et une bonne dose de souplesse dans ses relations aux autres. Le manager doit aussi appréhender la complexité du terrain et faire les ponts entre pratique



Catégorie cadres retraités

Déléguée retraitée
Nicole MONSTERLET

Représentante
des cadres retraités
au bureau national

nicole.monsterlet@orange.fr

et théorie, entre connaissance et action, entre certitudes et incertitudes. Le dirigeant de demain a tout à gagner à se former aux sciences de la relation pour bien se connaître lui-même car, pour diriger les autres, il faut avoir une vision claire de

ce que l'on projette sur eux et de ce que les autres voient de vous.

Ces réflexions réaffirment avec force l'importance de l'humain au cœur d'un système de santé aux contraintes fortes. Le système de santé demande plus d'efficacité, plus de disponibilité, avec des moyens comptés, plus d'évaluation, plus de gestion. Ne l'oublions pas ! Les usagers sont mieux informés qu'auparavant et toujours plus exigeants.

Je profite de la tribune qui m'est offerte pour remercier quelques anciens de leur collaboration : André Wetzler, Jean-Marie Chouzenoux, Robert Bobin, Maryvonne et Jean-Rémy Bitaud. ■



SALONS SANTÉ AUTONOMIE



19-21 MAI 2015

PARIS EXPO - PORTE DE VERSAILLES

EXPOSITION - CONFÉRENCES - ANIMATIONS



**ÉQUIPEMENTS,
SOLUTIONS & STRATÉGIES
POUR LE FONCTIONNEMENT
ET LA TRANSFORMATION
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

REJOIGNEZ-NOUS



salons-sante-autonomie.com

UNE MANIFESTATION

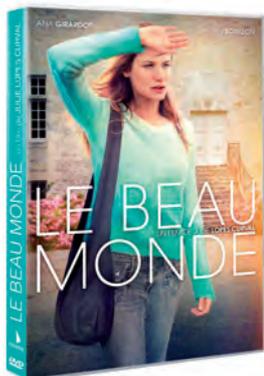


UNE ORGANISATION



voir

Pour le lecteur de DVD



Le Beau Monde Julie Lopes Curval

Alice (Ana Girardot) a un don pour la broderie. Intégrer une école d'arts appliqués lui paraît compliqué, jusqu'au jour où elle croise la route d'une riche parisienne et de son fils Antoine (Bastien Bouillon)... Ce long métrage traite avec pertinence et intelligence du thème de l'amour confronté aux conventions sociales, à ce « beau monde » qui ignore et méprise ce qui ne lui ressemble pas et ceux qui ne lui appartiennent pas. Une fable moderne fort bien réussie.

Pyramide Vidéo

Sils Maria Olivier Assayas

L'actrice Maria Enders (Juliette Binoche) est au sommet de sa carrière. On lui propose de rejouer dans la pièce qui l'a lancée quand elle avait 18 ans. Mais cette fois, au lieu d'incarner la jeune fille ambitieuse Sigrid, elle est Helena, une femme blessée par la vie... Olivier Assayas traite ici du temps qui passe, de la jeunesse qui s'enfuit. Une mélancolie abordée tout en finesse et délicatesse.

Orange Studio



Au théâtre

Poésie ? Théâtre des Mathurins

Fabrice Luchini aime les textes. Il le prouve une fois de plus en montant seul sur scène pour se confronter à la poésie (Rimbaud, Baudelaire), à la littérature (Flaubert, Céline) et au théâtre (Molière, Labiche). « Après une année passée aux côtés de Laurent Terzieff, confie l'acteur, et en souvenir des dîners qui prolongeaient nos représentations, j'ai eu envie de lui rendre un hommage discret, lui qui disait : "Être un poète, c'est une manière de sentir." »

À partir du 16 mars
Théâtre des Mathurins
36, rue des Mathurins, 75008 Paris
Réservation au 01 42 65 90 00.

Prendre le temps



par Anne Éveillard

Madame Foresti en tournée à travers la France

Dans son nouveau spectacle, Florence Foresti partage ses angoisses existentielles. « Je me suis mise au yoga. J'ai 40 ans. L'âge fatidique où tu arrêtes de boire, de manger, de vivre ! » Le ton est donné. Ce one woman show a et donne la pêche, même s'il croque bon nombre de nos manies et manières. Mais là est tout le talent de « Madame Foresti ».

Le 8 avril au Mans, le 9 à Angers,
les 10 et 11 à Caen, le 23 à Toulon...



savoir

Expos

Pierre Bonnard

Musée d'Orsay

Le musée d'Orsay, qui gère l'œuvre de Pierre Bonnard (1867-1947), lui consacre une rétrospective qui passe en revue toutes les périodes de création de l'artiste. Du petit tableau au grand format, du portrait à la nature morte, de la scène intime au sujet pastoral, du paysage urbain au décor antique, tous les travaux du peintre sont à l'honneur. Un bel hommage à l'un des principaux acteurs de l'art



moderne et représentant éminent du courant arcadien.

Jusqu'au 19 juillet

Musée d'Orsay

**1, rue de la Légion d'honneur
75007 Paris. Tél. : 01 40 49 48 14**

Leiris & co

Metz

C'est la première grande expo consacrée à Michel Leiris (1901-1990). Figure emblématique du XX^e siècle, il était à la fois poète, écrivain et ami de Miro, Giacometti, Picasso... C'est d'ailleurs cet aspect « multiples facettes » du personnage que cette rétrospective met en avant, à travers 350 œuvres d'art, objets, archives et documents originaux qui racontent un siècle entre surréalisme, jazz, peinture, littérature et voyages.

Du 3 avril au 14 septembre

Centre Pompidou

**1, parvis des Droits de l'homme
57020 Metz - Tél. : 03 87 15 39 39**



La Flandre et la mer

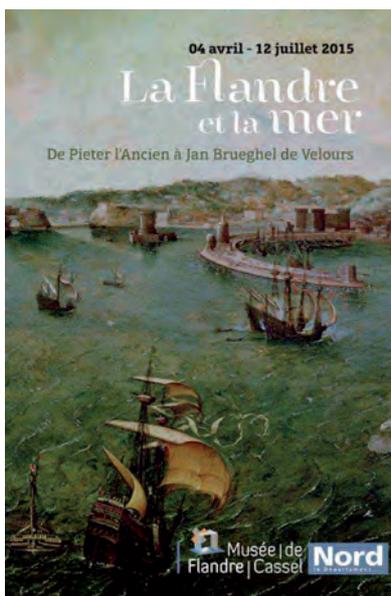
Cassel

Avec une sélection exceptionnelle de peintures et gravures des XVI^e et XVII^e siècles, cette exposition porte et apporte un regard neuf sur la représentation de la mer dans l'art flamand. Batailles navales, tempêtes, ports, monstres ou divinités : vents et marées inspirent. À commencer par Pieter Bruegel l'Ancien, à qui l'on doit les premières scènes en pleine mer.

Du 4 avril au 12 juillet

Musée départemental de Flandre

26, Grand Place, 59670 Cassel - Tél. : 03 59 73 45 59



bons plans

Où passer à table ?

Au **Penati Al Baretto**, la table la plus italienne de Paris, qui vient de gagner sa première étoile au Michelin. Ici, le chef italien Alberico Penati, déjà passé dans une pléiade de grandes maisons (*villa d'Este, Royal Monceau, hôtel Amigo...*), ne privilégie que des produits de haute qualité pour ses spaghetti di Verrigni aux sardines ou autres tagliolini à la truffe blanche. Les papilles s'éveillent dans un décor et une déco signés Lamia Chamy, qui a eu la bonne idée de conserver les boiseries en loupe d'origine. Un mot de la carte des vins : ses 160 références témoignent des richesses viticoles *made in Italy*.

Penati Al Baretto

**9, rue Balzac, 75008 Paris
Tél. : 01 42 99 80 00**



© Nicholas Tarsley/Wizteam Ltd

Où s'échapper ?

À l'Abbaye de Fontevraud – la plus grande d'Europe –, qui accueille désormais un hôtel 4 étoiles imaginé par le designer Patrick Jouin et l'architecte Sanjit Manku. Ici, au cœur de l'Anjou, tout a été pensé pour s'évader et rompre avec l'agitation des grandes villes. Balade à vélo, escapade sur les bords de Loire, concerts – du rock au baroque –, visite des caves de l'abbaye ou encore découverte des vins du Saumurois à l'iBar de l'hôtel, tout est possible pour changer d'air, se poser, se reposer.

À partir de 135 € la nuit pour 2.

Tél. : 02 46 46 10 10

Site : www.fontevraud.fr

© Nicolas Mathias

lire



© David Ignaszewski / Kobor

Romans

Tableau de chasse Arnaud Guillon

Manon vit avec Vincent. Lors d'un week-end en Normandie, elle rencontre Eric, plus âgé que Vincent, et succombe à son charme. Mais, de retour à Paris, la situation va se gâter. Il suffira d'une soirée au théâtre pour que tout bascule. Arnaud Guillon sait conter, raconter, peindre et dépeindre les sentiments, les doutes, les passions et obsessions. Le tout rythmé par une écriture vive et précise, avec des scènes de table dignes des films de Claude Sautet. Ce roman est l'une des bonnes surprises littéraires de ce début d'année.

Éditions Héloïse d'Ormesson. 17 €

Un an après Anne Wiazemsky

Janvier 1968. Anne Wiazemsky et Jean-Luc Godard emménagent dans le Quartier latin, à Paris. L'année commence par le soutien à Henri Langlois alors viré de la Cinémathèque. Puis l'auteur tourne *La Bande à Bonnot*, avec Brel et Girardot, sans oublier les manifs de mai qu'Anne Wiazemsky traverse avec une certaine distance... en patins à roulettes. Cette suite d'*Une année studieuse*, paru en 2012, est écrite avec sincérité, sensualité. Un récit sur fond de révolution étudiante tel un écho au délitement du couple Wiazemsky-Godard.

Gallimard. 17,90 €



Beaux livres

Les Heures claires de la villa Savoye Jean-Marc Savoye et Jean-Philippe Delhomme

En marge de l'expo que Beaubourg consacre à Le Corbusier, ce livre raconte l'histoire de la villa Savoye. Cette maison commandée au célèbre architecte, à la fin des années 1920, par la grand-mère de l'auteur Jean-Marc Savoye, frappe par sa modernité. Une source d'inspiration pour l'illustrateur Jean-Philippe Delhomme qui rappelle que « *cette villa a failli être détruite à la fin des années 1950* ». Heureusement, des architectes puis André Malraux se sont mobilisés pour sauver ce que Le Corbusier avait surnommé la « machine à habiter » et « machine à émouvoir ».

Les Quatre Chemins. 18 €

Le Jardin selon Stéphane Marie Stéphane Marie et Dany Sautot

C'est le livre de référence pour les jardiniers en herbe ou confirmés. Cet ouvrage de quelque 500 pages et 400 illustrations, rédigé sous la houlette du présentateur de l'émission *Silence, ça pousse* sur France 5, donne tous les trucs et astuces pour apprivoiser un jardin, un sous-bois, une prairie... Avec, en prime, des fiches pratiques sur plus de 230 plantes : pour les planter sans... se planter !

Le Chêne. 35 €



écouter

Variétés/pop/rock

Les Années américaines

Véronique Sanson

Elle a vécu une dizaine d'années aux USA. C'est là que Véronique Sanson a composé et enregistré ses albums *Vancouver*, *Hollywood* ou encore *Laisse-la vivre*. Elle vient d'en extraire les principaux titres qu'elle a réunis dans le double CD *Les Années américaines*. C'est également le titre de la tournée qu'elle vient de débiter à travers la France. Les fans de la chanteuse et les nostalgiques des années 1970 vont adorer.

Warner



Shadows in the night

Bob Dylan

C'est le 36^e album studio de Bob Dylan. Pour ce nouvel opus, il a choisi de reprendre dix grands classiques des années 1940, tous déjà interprétés par Franck Sinatra. Dylan a travaillé avec une petite formation de cinq musiciens seulement. Tout a été enregistré en *live*, en une, voire deux prises maximum. Pour Dylan, cet album est bien plus qu'une succession de reprises : « *Mes musiciens et moi, ensemble, nous les avons déterrés pour les ramener à la lumière du jour.* » Pari réussi : ils leur offrent une nouvelle vie.

Columbia



Classique

20 th Century

Pierre Boulez

Cette année, Pierre Boulez souffle ses 90 bougies. Pour fêter cet anniversaire, le label Deutsche Grammophon vient d'éditer un coffret de 44 CD réunissant l'intégralité des enregistrements du compositeur, chef d'orchestre et auteur, dédiés à la musique du XX^e siècle. Ce coffret retrace le parcours de cette période musicale par ordre chronologique : de Debussy à Boulez lui-même en passant par Bartók et Stravinsky.

Deutsche Grammophon



Concertos pour trompette

Romain Leleu

Le trompettiste Romain Leleu invite, ici, à un voyage dans le répertoire contemporain. Au menu : le *concerto* de Karol Beffa créé par Romain Leleu en 2012, le *concerto* de Jean-Baptiste Robin composé pour cet album et *Trame XII* de Martin Matalon, dont il est le créateur dédicataire. Ajoutons à cela des œuvres de Jolivet et Delerue. Le tout accompagné par l'orchestre d'Auvergne. Une performance parfaitement maîtrisée.

Aparté



Concerts

Alain Souchon et Laurent Voulzy

En tournée

Alors que leur album commun, dans les bacs depuis novembre, fait un carton, le duo Souchon-Voulzy part sur les routes de France du 20 avril jusqu'au 17 décembre. Une première pour cette complicité créative qui dure depuis quarante ans. À ne pas manquer.

Le 22 avril à Niort, le 23 à Poitiers, le 27 au Mans, le 18 mai à Amiens, le 19 à Epernay, le 21 à Strasbourg...

Louis, Matthieu, Joseph & Anna Chédid

En tournée

La famille Chédid au grand complet monte sur scène. Le père, la fille et les deux fils, tous musiciens, collaborent depuis toujours. Ils ont donc eu cette idée de tournée à quatre, pour reprendre les succès des uns et faire découvrir les nouveautés des autres.

Le 9 mai à Courbevoie, le 12 à Grenoble, le 13 à Tours, le 17 à Roubaix...



Tarifs 2015 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				
Directeur hôpital EF	325 €	111 €	293 €	99 €
Directeur hôpital classe exceptionnelle	300 €	102 €	270 €	92 €
Directeur hôpital hors classe	279 €	95 €	251 €	85 €
Directeur hôpital classe normale	198 €	67 €	178 €	61 €
Directeur hôpital 4 ^e classe	156 €	53 €	140 €	48 €
Élève directeur d'hôpital	102 €	35 €	92 €	31 €
D3S hors classe	218 €	74 €	196 €	67 €
D3S classe normale	191 €	65 €	172 €	58 €
Élève D3S	102 €	35 €	92 €	31 €
Directeur des soins, IFSI, IFCS hors classe	182 €	62 €	164 €	56 €
Directeur des soins, IFSI, IFCS classe normale	166 €	56 €	149 €	51 €
Élève directeur des soins	102 €	35 €	92 €	31 €
CADRES TECHNIQUES				
Ingénieur général	279 €	95 €	251 €	85 €
Ingénieur en chef classe exceptionnelle	253 €	86 €	228 €	77 €
Ingénieur en chef classe normale	218 €	74 €	196 €	67 €
Ingénieur principal	195 €	67 €	176 €	60 €
Ingénieur	158 €	54 €	142 €	48 €
Technicien supérieur hospitalier	134 €	46 €	121 €	41 €
Technicien hospitalier	117 €	40 €	105 €	36 €
CADRES PARAMÉDICAUX, SOCIO-ÉDUCATIFS ET SAGES-FEMMES CADRES				
Cadre supérieur de santé	154 €	52 €	139 €	47 €
Cadre de santé	130 €	44 €	117 €	40 €
Coordinateur en maïeutique (ex-SF cadre sup)	154 €	52 €	139 €	47 €
Coordinateur en maïeutique (ex-SF cadre)	130 €	44 €	117 €	40 €
Cadre supérieur socio-éducatif	154 €	52 €	139 €	47 €
Cadre socio-éducatif	130 €	44 €	117 €	40 €
CADRES ADMINISTRATIFS				
Attaché d'administration	155 €	53 €	140 €	47 €
Élève attaché d'administration	100 €	34 €	90 €	31 €
Adjoint des cadres hospitaliers	117 €	40 €	105 €	36 €
CADRES RETRAITÉS				
Toute catégorie	46 €	16 €	41 €	14 €
Membre d'honneur	68 €	23 €	61 €	21 €
Membre associé	25 €	9 €	23 €	8 €



smmps

smpsante.fr

Adhérez 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 : adhésion@smpsante.fr

Site : www.smpsante.fr

Fichier et comptabilité : Odile HOUEL

Syndicat des managers publics de santé

Bulletin d'adhésion 2015

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 :

Vos élus et représ

Bureau national

Président



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

Secrétaires nationaux



Marie-Odile SAILLARD
Directrice
CH d'Arras
Tél. : 03 21 21 10 02
marie-odile.saillard@ch-arras.fr

Vice-présidents



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



Armelle DREXLER
Directrice adjointe
CHU de Clermont-Ferrand
Tél. : 04 73 75 11 90
adrexler@chu-clermontferrand.fr



Vice-président DS
Jérôme RUMEAU
Directeur des soins
CH Narbonne
Tél. : 04 68 42 60 61
jrume65@yahoo.fr



Ronan SANQUER
Directeur adjoint
CHI d'Elbeuf-Louviers
Tél. : 02 32 96 35 24
ronan.sanquer@chi-elbeuf-louviers.fr



Vice-président D3S
Nathalie LE FRIEC
Directrice adjointe
Centre hospitalier
de Lorient
Tél. : 06 89 49 44 66
n.lefrie@ch-bretagne-sud.fr



Olivier SERVAIRE-LORENZET
Directeur
CH du Puy-en-Velay
Tél. : 04 71 04 32 10
olivier.servaire-lorenzet@ch-lepuy.fr



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



Jean-Paul MICHELANGELI
Directeur d'hôpital
jeanpaul.michelangeli@orange.fr



Vice-présidente cadres soignants
Laurence-Béatrice CLUZEL
Cadre supérieur de santé
CH de Longjumeau
Tél. : 01 64 54 30 37
laurence.cluzel@ch-longjumeau.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



Vice-présidente cadres administratifs
Gwenola ETORE-DAHAN
Cadre de pôle
Hôpital Sainte-Périne
Tél. : 01 44 96 31 34
getore.smps@gmail.com

Trésorerie nationale



Trésorière nationale
Zaynab RIET
Directrice
EPS Ville-Évrard
Tél. : 01 43 09 30 01
z.riet@epsve.fr



Députée retraitée
Nicole MONSTERLET
Retraitée
nicole.monsterlet@orange.fr



Trésorier national adjoint
Denis FRÉCHOU
Directeur
Hôpitaux de Saint-Maurice
Tél. : 01 43 96 61 21
direction@hopitaux-st-maurice.fr



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



Olivier FALANGA
olivier.falanga@smpsante.fr

Secrétariat
adhesion@smpsante.fr
contact@smpsante.fr

www.smpsante.fr

Secrétaires régionaux

Alsace

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

Aquitaine

Florian JAZERON
Tél. : 05 53 69 70 10
jazeronf@ch-agen.fr

Auvergne

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

Basse-Normandie

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

Champagne-Ardenne

Frédéric CECCHIN
Tél. : 03 25 30 71 45
frederic.cecchin@chaumont.fr

Corse

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

Franche-Comté/Bourgogne

Olivier PERRIN
Tél. : 03 84 35 60 01
olivier.perrin@ch-lons.fr

Guadeloupe

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

Guyane

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

Haute-Normandie

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

Île-de-France AP-HP

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

Languedoc-Roussillon

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

Limousin

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

Lorraine

Jean-Pierre MAZUR
Tél. : 03 29 83 84 30
jpmazur@ch-verdun.fr

Martinique - par intérim

Roland TOUSSAINT
Tél. : 05 90 52 25 25
roland.toussaint@ch-saintmartin.fr

Midi-Pyrénées

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

Nord

Renaud DOGIMONT
Tél. : 03 27 94 70 20
dogimont@gmail.com

Océan Indien

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

PACA

Hervé DANY
Tél. : 04 92 30 14 03
hdany@ch-digne.fr

Pays de la Loire

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

Picardie

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

Poitou-Charentes

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

Rhône-Alpes

Florence QUIVIGER
Tél. : 04 50 49 65 65
Fax : 04 50 49 66 69
florence.quiviger@ch-st-julien.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-lepuy.fr

Suppléants hors classe

Armelle DREXLER
adrexler@chu-clermontferrand.fr

Francis FOURNEREAU
francis.fournereau@sil.fr

Titulaires classe normale

Ronan SANQUER
ronan.sanquer@chi-elbeuf-louviers.fr

Elodie CHAPEL
elodie.chapel@smepsante.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
direction@ehpad-lasserre.fr

Suppléant hors classe

Serge GUNST
s.gunst@ch-jeumont.fr

Titulaire classe normale

Sylvie MOREL
direction.ehpad-stjulien@orange.fr

Suppléant classe normale

David CATILLON
dcatillon@lhospitalnordouest.fr

Représentants au CS D3S

Titulaire

David CATILLON
dcatillon@lhospitalnordouest.fr

Suppléante

Sylvie SAQUE
direction@ehpad-lasserre.fr

Représentants à la CAPN DS

Titulaire hors classe

Jérôme RUMEAU
jerome.rumeau@ch-narbonne.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

JUSQU'À
100€
OFFERTS
POUR LES MOINS DE 30 ANS*



Votre vocation fait votre fierté, la nôtre est de vous assurer.

En tant qu'agent du service public, vous vous engagez pour les autres, alors GMF s'engage pour vous en vous proposant, par exemple, d'assurer votre véhicule même lorsque vous l'utilisez pour des déplacements professionnels, sans supplément de cotisation. Et pour aller plus loin, GMF propose des garanties spécifiques liées à votre fonction : une garantie perte de revenu (traitement et primes) en cas d'arrêt de travail, des solutions d'épargne sûres et disponibles pour commencer à préparer votre retraite.

Rejoignez GMF - 1^{er} assureur des agents des services publics.

Pour en savoir plus rendez-vous sur www.gmf.fr

* 50 € pour l'assurance Auto Pass et 50 € pour l'assurance Santé Pass. Offre réservée aux jeunes agents des services publics de moins de 30 ans, la 1^{ère} année, à la souscription d'un contrat d'assurance auto. Offre valable jusqu'au 31/12/2015.

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 - R.C.S. Paris 775 691 140 - Siège social : 76, rue de Prony - 75857 Paris Cedex 17 et sa filiale GMF Assurances. Adresse postale : 45930 Orléans Cedex 9.