

managers de santé smpps

le magazine des directeurs et cadres de la fonction publique hospitalière

 **69^E CONGRÈS NATIONAL**
17 et 18 septembre 2015
AVENIR DU SYSTÈME DE SANTÉ
L'État est-il la solution ?

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

104 cent
quatre
paris



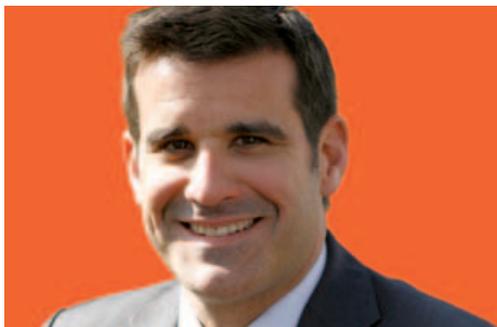
En coulisses
Hommes-femmes
mode d'emploi



Dossier
L'État est-il la solution ?



Interview
La loi de santé 10 au Québec



Éditorial

Jérémie SÉCHER
Président

Oui à un État fort qui pilote. Non à un État fébrile qui fait à la place des directeurs et des cadres.

Pour ce 69^e Congrès du SMPS, nous avons choisi de parler de la place de l'État dans notre système de santé. Pourquoi ce thème ?

Que les pouvoirs publics y portent ou non l'attention nécessaire, notre système de santé n'est pas qu'une part non négligeable des dépenses de l'Assurance Maladie. C'est aussi un élément fort du lien social entre les citoyens, d'où qu'ils viennent et où qu'ils vivent, et un socle pour notre modèle républicain.

Si nous sommes tous – directeurs, ingénieurs, cadres – des fonctionnaires soumis à la volonté du pouvoir politique, la fonction publique hospitalière a toujours bénéficié d'une certaine autonomie.

Évoluant dans un environnement concurrentiel, centrés sur l'animation d'une communauté hospitalière ou médico-sociale au sein de laquelle plusieurs légitimités professionnelles cohabitent, souvent premiers employeurs de la ville voire du département, les établissements de santé et médico-sociaux ne sont clairement pas des administrations comme les autres. Plus l'environnement est complexe, plus la latitude donnée aux acteurs de terrain doit être importante. C'est le principe de subsidiarité que défend le SMPS auprès des pouvoirs publics.

Au-delà de l'environnement, c'est le but même du système de santé public qui est particulier, puisqu'il sert le public, les patients, les résidents. C'est d'ailleurs le service public préféré des Français.

Dans notre dossier spécial que vous pourrez découvrir dans ce numéro, nos invités expliquent que diriger une institution de service public relève de l'art plus que du management scientifique. De l'art, parce que la réussite de l'entreprise ne se résume pas aux résultats financiers d'un établissement. De l'art de savoir diriger des établissements où le directeur n'a pas autorité hiérarchique sur l'ensemble de ses agents.

De l'art, enfin et surtout, parce qu'aucun indicateur ne peut mesurer la satisfaction des attentes des patients tant elles sont diverses et fluctuantes. Ce caractère non scientifique de la direction d'un établissement de santé n'est pas un renoncement à le rendre performant ou qualitatif. C'est un appel à la confiance dans les acteurs de terrain qui sont au plus près de ces réalités. Qui les évaluent, qui les mesurent tous les jours dans les services, dans les établissements, dans les territoires. Faire confiance, ce n'est pas ne pas contrôler ou ne pas évaluer : c'est mettre la priorité dans la sélection des directeurs et des cadres, tout au long de leurs parcours et en transparence. C'est les évaluer de manière équitable et juste, sur leur apport à l'institution et non sur la situation difficile d'un établissement. Et c'est avant tout savoir leur donner des orientations claires, sans les entraîner dans un système schizophrène d'injonctions contradictoires.

La question de la nature de l'hôpital a souvent été débattue. Ce n'est pas la nôtre pour cette 69^e édition de notre Congrès annuel. Nous ne sommes pas dans une quête identitaire. Nous connaissons nos valeurs fondamentales, et je viens d'en exposer quelques-unes. Pour nous, la question qui doit prévaloir aujourd'hui est celle du sens de notre action. Quels objectifs pour l'hôpital, le médico-social, publics ? Quel modèle souhaitons-nous pour servir au mieux les patients et les résidents partout sur notre territoire ?

Force est de constater que le modèle actuel, qui recentralise la gestion jusqu'à l'ingérence, sans afficher un projet clair pour nos établissements, n'est pas le plus propice à créer un modèle d'avenir. La réponse du SMPS pourrait être : *oui à un État fort qui pilote dans la confiance. Non à un État fébrile qui fait à la place des directeurs et des cadres dans la défiance.* ■



Dossier Spécial 69^e Congrès

Avenir du système de santé L'État est-il la solution ?

Interviews

Marcel Gauchet : « Trouver l'équilibre entre une autonomie décisionnaire et l'évaluation à repenser » 14

Carole Trempe : « La loi 10 vue par les cadres » 18

David Levine : « Oser réformer dans la bonne direction » 21

Programme 24



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

AP-HP : le SMPS a demandé pour les cadres une négociation particulière sur le temps de travail.....	2
CCN directeurs des soins : redéfinir en urgence un horizon	2
Scission du cadre d'emploi des ingénieurs territoriaux: les hospitaliers doivent bénéficier d'une transposition rapide	3
D3S : un nouveau statut s'impose	3
Parité : What Health?	3
AAH : une pétition pour revaloriser le statut	4
Formation des personnels de direction : trop d'attentes insatisfaites	4
GHT : le SMPS obtient l'ouverture de négociations sur les exercices territoriaux des trois corps de direction	4
Plan triennal/loi de santé (I) : à clarifier d'urgence !	5
Plan triennal/loi de santé (II) : des négociations sur l'accompagnement des directeurs et des cadres	5
Plan triennal/GHT : réduire les tensions dans les établissements	5
40 % de postes vacants chez les DH	5
Reconnaissance statutaire : Graf et échelon spécial DH	6
Démographie : une formation spécifique pour chaque corps de direction	6
Graf DH : quelles conséquences sur les emplois fonctionnels ?	6
Projet de loi de santé : l'accord ne vaut pas blanc-seing sur la méthode.....	7
Valorisation des métiers : donner de véritables perspectives professionnelles motivantes.....	7
Valorisation : reclassement des cadres soignants.....	7

À la loupe

Projet d'accord : modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations (PPCR)	9
--	---

En coulisses

Hommes-femmes à l'hôpital : mode d'emploi	10
Programme du réseau du SMPS : Parité : What Health ?	11

Tribune libre

Comment aider l'EHESP à faire des économies	12
---	----

Catégories

directeurs d'hôpital	25
DH, 2015 : lost in translation ?	
directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.....	26
Participons à la réforme de notre corps	
directeurs des soins	27
À responsabilités accrues, revalorisation du statut	
cadres de santé.....	28
Quelle place pour la parole de l'encadrement ?	
cadres administratifs.....	29
Bilan express d'une jeune recrue	
ingénieurs et cadres techniques.....	30
Comme les ingénieurs territoriaux	

Prendre le temps

Voir, savoir, bons plans, lire, écouter	31
---	----

Adhésion/cotisation

Vos élus et représentants

Infos en bref

AP-HP

Le SMPS a demandé pour les cadres une négociation particulière sur le temps de travail

Le 6 mai 2015, la direction générale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris s'est engagée dans un processus de réorganisation du temps de travail pour l'ensemble des personnels. Après deux réunions, le SMPS rappelle notamment que l'objet de ces négociations doit concerner uniquement l'étude des éléments relatifs au protocole d'accord de 2002 sur la mise en place des 35 heures à l'AP-HP. Nous avons entendu le directeur général, pour qui « *cette réforme ne se fera pas par un passage en force* ». Notre syndicat, les directeurs, ingénieurs et cadres qu'il représente sont attachés à la qualité du dialogue social dans cette grande institution.

Souhaitant que ces négociations se déroulent dans les meilleures conditions, le SMPS se tiendra prêt à redéfinir ses moyens d'action si ces principes n'étaient pas parfaitement respectés. Il demande justement que l'ensemble des partenaires et des professionnels, en particulier les directeurs, ingénieurs et cadres qui porteront la réforme sur le terrain, soient associés à toutes les étapes des négociations et de la mise en œuvre. Un cycle de négociations spécifiques doit s'ouvrir immédiatement pour les cadres de l'AP-HP, lesquels connaissent des problématiques particulières relatives au temps de travail. Il n'est pas concevable de sous-estimer les implications particulières de la réorganisation pour l'encadrement. D'une part parce que les cadres seront chargés de faire fonctionner au quotidien les services de l'hôpital à partir de l'organisation du temps de travail retenue,

que leurs compétences seront sollicitées et leurs responsabilités engagées. D'autre part parce qu'ils sont impliqués personnellement dans cette réorganisation et qu'il est invraisemblable de les mettre à contribution de façon inéquitable. Les cadres contribuent très largement aux efforts de réorganisation de l'AP-HP depuis plusieurs années, y

compris en assumant des charges de travail croissantes avec professionnalisme, et dans le cadre d'un effectif d'encadrement en diminution constante. Le SMPS souhaite que l'encadrement de l'AP-HP soit considéré à la juste mesure de son apport quotidien à la réorganisation continue de ce grand établissement. ■

CCN directeurs des soins

Redéfinir en urgence un horizon

Le contexte économique complexe a des répercussions sur l'organisation des établissements, et plus particulièrement sur les ressources humaines paramédicales. D'autres facteurs, comme la réforme licence/master/doctorat (LMD), sont autant d'enjeux pour l'avenir des formations paramédicales et des cadres de santé. Les directeurs des soins seront les chevilles ouvrières de la recomposition des offres de formation adossées aux nouveaux groupements hospitaliers de territoire (GHT). Malgré des avancées obtenues grâce à l'action du SMPS, nos représentants à la CCN du 17 juin ont rappelé les nombreux points en suspens pour acquérir une véritable reconnaissance statutaire à la hauteur de la responsabilité des directeurs des soins : déplafonnement de la part F de la PFR, bloquée à 4 pour les DS non logés ; prise en compte de la particularité des directeurs des soins conseillers techniques en ARS ou en

administration centrale, pour valoriser leur travail quotidien essentiel ; ouverture urgente des négociations sur le Graf. Dans le cadre de la mise en place des GHT, il faut engager des négociations spécifiques sur l'évolution du rôle et des missions des directeurs des soins au sein des futures entités, et sur la prise en compte de l'exercice territorial. Il faut vite concrétiser toutes ces demandes : l'évolution démographique du corps des directeurs des soins est un grave indicateur de son manque d'attractivité. Le 17 juin, le SMPS a aussi manifesté son inquiétude sur l'aggravation des conditions d'exercice de nombreux collègues directeurs des soins, mis en cause de manière inacceptable lors de conflits sociaux dans certains établissements. Nous avons demandé l'instauration d'un véritable soutien pour eux, ainsi qu'un vrai contrat national d'amélioration des conditions d'exercice signé par les pouvoirs publics. ■

Scission du cadre d'emploi des ingénieurs territoriaux

Les hospitaliers doivent bénéficier d'une transposition rapide

Quand les évolutions statutaires majeures accordées aux ingénieurs territoriaux seront-elles transposées aux ingénieurs hospitaliers ? Dans un courrier daté du 18 juin dernier, adressé à la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) ainsi qu'à la DGOS, Jérémie Sécher et Jean-Marc Novak rappellent que le corps des ingénieurs hospitaliers a été historiquement créé sur le modèle statutaire des ingénieurs territoriaux. Déjà, en avril 2013, le SMPS avait émis « 19 propositions pour rénover le statut des ingénieurs hospitaliers ». Or, la non-transposition de la réforme statutaire est un frein évident à la mobilité inter-fonction publique et contribue au manque d'attractivité criant de l'hôpital pour les ingénieurs, alors que la mise en œuvre de la loi de santé, et notamment des GHT, rend cette question particulièrement importante. Le SMPS exige de bénéficier d'experts et de managers techniques de haut niveau que seul un statut à la hauteur de leurs compétences pourra attirer et fidéliser. Il y va de la qualité du service public hospitalier et de celle de la prise en charge des patients. ■

D3S

Un nouveau statut s'impose

Une deuxième réunion portant sur les négociations relatives au grade à accès fonctionnel (Graf) des D3S s'est tenue le 28 avril dernier, organisée par la DGOS et le CNG. Il n'y a quasiment pas eu d'évolution de la part des pouvoirs publics par rapport à la première rencontre de juillet 2014. Le SMPS avait alors demandé la création d'un échelon en HEB bis et d'un échelon spécial en HEC. Nous avons aussi proposé que la carrière des D3S commence à l'indice 528 en classe normale et non 500, rappelant à cette occasion la responsabilité assumée par la majorité des D3S en chefferie d'établissement. Or, les évolutions statutaires et indemnitaires promises depuis 2011 n'ont toujours pas été traduites dans les faits alors que les conditions d'exercice des

D3S se dégradent dans des contextes territoriaux et démographiques défavorables. Cette situation traduit l'échec de la stratégie de fusion des corps, portée depuis de nombreuses années par certaines organisations syndicales de directeurs. Or, la fusion répond toujours pour l'État à des logiques d'économies faites au détriment des corps en question, jamais à un souci de progression statutaire. Le SMPS refuse de sacrifier les secteurs social et médico-social et l'ambition d'un corps de directeurs de haut niveau formés spécifiquement. Notre syndicat souhaite la recombinaison du secteur social et médico-social autour de synergies dans les territoires et nous demandons le regroupement d'établissements permettant une amélioration significative des conditions d'exercice. ■

Parité

What Health ?

Comment briser le plafond de verre qui maintient l'inégalité homme/femme dans l'accès aux plus hauts emplois ? Caroline Chassin, directrice adjointe au CHU de Nice, et le SMPS apportent leur contribution en créant le réseau « Parité : What Health ? ». Il doit permettre aux femmes directrices et cadres de l'hôpital, à celles occupant les mêmes fonctions dans le secteur social et médico-social, et aussi aux cheffes de pôle ou présidentes de CME, d'échanger et de produire une réflexion sur la parité. C'est un fait : les femmes managers n'occupent pas les mêmes postes que les hommes. Elles sont en outre moins présentes dans les cercles de réflexion, les réseaux associatifs et ceux d'influence.

« Parité : What Health ? » devrait en outre aider à porter un nouveau regard sur l'ensemble des débats et sur les enjeux de notre système de santé. L'un de ses fils conducteurs : défendre l'intérêt de tous les managers de santé, femmes et hommes, en réfléchissant à l'articulation vie professionnelle/vie privée. Le réseau devrait aussi aider à produire des statistiques sur la situation paritaire entre hommes et femmes ainsi que sur son évolution. Il permettra de constituer un vivier de compétences mobilisables dans l'accès aux chefferies d'établissement et d'accompagner les parcours de femmes managers au sein de la FPH, notamment grâce à des échanges avec des personnalités reconnues du métier. Lancé avec l'aide et le soutien de Jérémie Sécher, président du SMPS, « Parité : What Health ? » est parrainé par Catherine Geindre, directrice générale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, et Emmanuel Bouvier-Muller, directeur général du CHU de Nice. Peu d'éléments existent à ce jour sur la fonction publique hospitalière. Mais rappelons qu'un rapport a été commandé par le ministère de la Fonction publique sur « *les carrières des dirigeants dans la fonction publique de l'État. Approche qualitative des inégalités entre hommes et femmes* ». Livré en octobre dernier, il met en lumière les mécanismes de ce plafond de verre. ■

AAH

Une pétition pour revaloriser le statut

Le SMPS a recueilli, au jour du bouclage de ce numéro, 1 021 signatures pour sa pétition nationale pour défendre la revalorisation des attachés d'administration hospitalière (AAH). Les cadres administratifs n'acceptent plus la non-reconnaissance de leur implication. Il n'est plus possible d'exiger de leur part une contribution chaque jour plus forte, dans un contexte social et financier difficile, sans reconnaissance effective de leur travail. D'autant que la mise en place des GHT va leur imposer plus de responsabilités. Le SMPS demande donc d'abord une revalorisation indemnitaire : la PFR leur est promise depuis 2012. Promesse non tenue. Or, les AAH méritent d'être traités sur un pied d'égalité avec les attachés de la fonction publique d'État et ceux de la

fonction publique territoriale. La PFR va se transformer en régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel (RIFSEEP). Ce nouveau dispositif, une priorité pour les AAH, va être instauré pour les attachés de la fonction publique d'État (décret du 20 mai 2014). Pourquoi ne pas le tester dans la fonction publique hospitalière ?

Le SMPS souhaite aussi une amélioration du déroulement des carrières avec la création d'un troisième grade au-delà du principalat : les AAH sont de plus en plus nombreux à occuper des postes à haute responsabilité. Là encore, il y a rupture d'égalité avec les attachés de l'État qui disposent d'un troisième grade d'attaché d'administration hors classe : grade fon-

ctionnel créé en 2011, avec un sommet de grille au 7^e échelon IB 1015 + un échelon spécial hors échelle A. Ce troisième grade est accessible par tableau d'avancement au choix. Il doit être attribué aux AAH occupant des fonctions spécifiques de haut niveau. Là encore, la différence de traitement entre attachés de la fonction publique ne peut être maintenue. Il faut aussi faciliter l'accès au principalat, limité, voire impossible — encore plus depuis l'arrêté du 15 juillet 2013 fixant le taux de promus/promouvables, taux en baisse de 10 %. Ce taux semble être maintenu pour 2015 et 2016. Enfin, l'attribution de la NBI doit être clarifiée. C'est une préoccupation importante des AAH. Elle dépend de l'établissement et crée, là aussi, une rupture d'égalité entre les collègues. ■

Formation des personnels de direction

Trop d'attentes insatisfaites

La DGOS et le CNG ont réuni les organisations syndicales de directeurs le 27 mai dernier pour échanger sur la formation des personnels de direction, l'un des objectifs du protocole du 20 avril 2011. Si l'intérêt porté au sujet est un élément positif, le SMPS s'est montré déçu face à la lenteur du processus et il a émis des propositions concrètes (cf. la mission Eurogroup dont les conclusions seront présentées le vendredi 18 septembre lors du Congrès). Présent au conseil d'administration de l'EHESP, notre syndicat s'attache à promouvoir le développement de partenariats entre le CNG, l'EHESP et les grandes écoles. Nous proposons d'individualiser un fonds national de gestion de la formation des directeurs, administré de manière paritaire, qui permettrait de valoriser des programmes ambitieux au service de la progression de carrière. S'agissant de la formation permanente, le SMPS veut que soit vraiment appliquée l'obligation de formation tout au long de la carrière. ■

GHT

Le SMPS obtient l'ouverture de négociations sur les exercices territoriaux des trois corps de direction

Au moment où les GHT se constituent sur les territoires, Catherine Latger, vice-présidente, et Frédéric Cecchin, secrétaire régional, ont rappelé officiellement à la DGOS les difficultés d'application des avancées statutaires pour les directeurs : un Graf dont les critères se révèlent trop restrictifs pour les directeurs d'hôpital et un quota de nominations qui n'est même pas atteint. Il n'y a aucune nouvelle proposition pour les DS, ni pour les D3S, ni pour les directeurs adjoints DH, alors que les périmètres d'exercice sont de plus en plus vastes. Comme suite à notre demande, la DGOS s'est engagée à l'ouverture de négociations sur la revalorisation des exercices territoriaux : multisite, direction commune, intérim. Nous le demandons pour les directeurs d'hôpital, les directeurs des soins, les D3S, pour les chefs, les adjoints et les directeurs d'instituts.

Nous voulons aussi la suppression des quotas et l'élargissement des emplois fonctionnels pour les chefs d'établissement et les adjoints, ainsi que la création d'un Graf, l'élargissement et la revalorisation des emplois fonctionnels pour les D3S et les directeurs de soins. Il faut en outre instituer un accompagnement individualisé face aux mobilités subies et la création d'un « statut de mission » en cas de transition professionnelle. Notre syndicat a rappelé qu'un statut considérablement revalorisé, sur l'indemnitaire comme sur l'indiciaire, était une condition *sine qua non* d'attractivité pour les corps de D3S et de DS. Le SMPS a demandé un engagement écrit de la DGOS concernant les scénarios prospectifs de démographie des corps, que le ministère souhaite présenter à la rentrée. Ils devront exclure la fusion, qui n'est pas une option pour le syndicat. ■

Plan triennal/Loi de santé (I)

À clarifier d'urgence !

Au Salon de la santé et de l'autonomie, en mai, la ministre de la Santé a parlé d'amour aux hospitaliers. Les communautés hospitalières n'ont pas besoin d'amour mais de soutien, de rigueur et de détermination dans la mise en œuvre des politiques publiques. Nous sommes prêts à relever le défi de la modernisation, et nous avons fait des propositions en ce sens. Encore faut-il clarifier le contenu du plan triennal et soutenir les communautés hospitalières qui s'engagent sur tous les objectifs fixés en région. C'est l'urgence absolue. Les responsabilités doivent être exercées à tous les niveaux, dans les établissements, dans les agences régionales de santé et dans toutes les strates de l'État. Les directeurs et les cadres, acteurs clés des réformes, ne peuvent en être les premières victimes. Nous demandons l'ouverture de négociations sur les conséquences pour eux de la mise en œuvre de la loi de santé, et notamment des GHT. Cela permettra aussi de redéfinir les parcours profession-

nels et l'évolution des métiers des directeurs et des cadres. Il faudra étudier les dispositifs statutaires et indemnitaires régissant les exercices

territoriaux des directeurs et des cadres, mais aussi des médecins hospitaliers. Pour les rendre plus justes et plus attractifs. ■

Plan triennal/Loi de santé (II)

Des négociations sur l'accompagnement des directeurs et des cadres

Reçus le 21 avril par le directeur de cabinet de la ministre de la Santé, Jérémie Sécher et Elodie Chapel ont rappelé que les groupements hospitaliers de territoire (GHT) devront permettre la plus grande souplesse d'organisation et de gouvernance. Rejetant tout modèle préétabli, le SMPS souhaite adapter le concept d'établissement support en n'excluant pas que plusieurs établissements puissent se répartir les activités mutualisées. La répartition d'activités entre établissements a fait ses preuves, elle ne doit pas être abandonnée pour tout concentrer sur un seul établissement. C'est déraisonnable. Et inefficace économiquement. Nous avons

aussi demandé l'abrogation du dispositif du CCN unique aux trois corps de direction, afin de respecter la spécificité de chacun des métiers. Le syndicat a rappelé le caractère essentiel d'un projet médical partagé comme préalable à la constitution des GHT et a renouvelé ses fortes réserves concernant la charte de gouvernance entre le directeur de l'établissement et le président de la CME. Le SMPS prend acte de l'accord des pouvoirs publics pour une concertation menée sur ces questions autour du secrétariat général des ministères sociaux, afin de concrétiser l'accompagnement des directeurs et des cadres dans la mise en œuvre des réformes. ■

Plan triennal/GHT

Réduire les tensions dans les établissements

La CAPN DH du 2 juillet a permis de traiter des dernières nominations sur les chefferies d'établissement et des différents mouvements des collègues¹. Alors que le plan triennal entre en application et que se préparent les GHT, le SMPS a d'abord évoqué sa préoccupation pour les collègues directeurs, chefs et adjoints, noyés sous les injonctions paradoxales de leurs tutelles. C'est une question importante mais il y a encore plus préoccupant : les conditions d'exercice actuelles, très difficiles, des directeurs qui mettent en œuvre ces réformes sur le terrain. Ils nous font remonter les très vives ten-

sions vécues dans les communautés hospitalières, de plus en plus difficiles à mobiliser sur la seule perspective d'un plan d'économies chaque année plus drastique, comme le rappelait Jérémie Sécher le 23 juin dernier, à l'ouverture du congrès de l'Unsa. Les représentants du SMPS ont alerté les représentants du ministère sur les très nombreuses demandes d'indicateurs et de diagnostics stratégiques subies par les collègues, chefs et adjoints, dans certaines régions. ■

1. Les résultats sur : <http://www.smpsante.fr/ma-categorie/dh/capn-et-publications-dh.html>

Mouvements

40 % de postes vacants chez les DH

Lors de la CAPN DH du 2 juillet, le CNG a notamment annoncé la mise en place de son pouvoir de substitution en cas d'absence de décision finale de l'évaluateur suite à un recours. La directrice générale a également évoqué le nombre important et persistant de postes vacants chez les DH – 40 % sur la publication concernée – et le lancement, par les services du CNG, d'une enquête statistique sur les mouvements des adjoints. ■

Reconnaissance statutaire

Graf et échelon spécial DH

En CAPN exceptionnelle, le 16 juillet dernier, les élus hors classe du SMPS ont finalisé la mise en œuvre de l'échelon spécial et du Graf pour les directeurs d'hôpital avec le CNG.

La création d'un troisième grade à accès fonctionnel (le Graf) devait être un acte important de reconnaissance statutaire. Or, la mise en place de ce dispositif a certes fait 300 heureux élus, pour lesquels le SMPS se réjouit, mais il a également suscité de nombreux mécontentements et incompréhensions. Nos élus ont notamment dénoncé le quota de 154 collègues promouvables au Graf, non atteint en raison de critères trop sélectifs imposés par l'État puisque seuls 102 collègues ont pu être nommés. Les directeurs de sites importants de CHU, les directeurs de sites non fonctionnels avant 2012 de l'AP-HP, les adjoints au directeur d'un établissement de groupe 3, etc., sont encore exclus du dispositif.

Compte tenu du fait que l'accès « en réel » à l'échelon correspondant à la promotion à l'échelon spécial ou au Graf n'est pas immédiat pour un collègue détaché, les collègues sur emploi fonctionnel qui partent très rapidement à la retraite ne pourront attendre la circonstance selon laquelle, en quittant un jour cet emploi fonctionnel, ils auraient eu ce bénéfice. Pire, les collègues sur emploi fonctionnel de groupe 3, dont l'échelon sommital est encore en HEB, et qui sont inscrits sur le tableau d'avancement à l'échelon spécial HEB bis, ne pourront pas en bénéficier non plus du fait de ce décalage défavorable. Ce point est inéquitable et nécessite une modification du décret des emplois fonctionnels que l'État rechigne à porter alors que cela a été fait le jour de la CAPN DH pour la fonction publique territoriale, et avant pour la FPE.

À retenir sur l'échelon spécial, un tableau d'avancement de 179 places pour 7% et un tableau complémentaire ont été établis pour aller jusqu'à 210 inscrits.

Les collègues situés à partir de la 180^e place pourront être nommés en fonction des départs du corps (retraite, changement de corps...). S'il n'y avait pas autant de places libérées que de places en liste complémentaire d'ici au 31 décembre, les plus éloignés de la 179^e place pourraient ne pas avoir *in fine* le bénéfice de ce tableau mais pourraient représenter un dossier pour 2016.

Par ailleurs, la majorité des collègues qui pouvaient bénéficier des deux tableaux d'avancement ont été prioritairement placés sur le tableau du Graf car plus avantageux en termes de progression. À ce sujet, le SMPS rappelle aux collègues l'intérêt de présenter les deux dossiers lorsqu'ils remplissent les conditions statutaires.

NB : le prochain tableau d'avancement sera réalisé en mars 2016, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2016.

Nos élus ont une nouvelle fois évoqué les trop nombreux chantiers statutaires qui sont toujours au point mort. La liste des emplois fonctionnels est inopérante avec plusieurs dizaines d'établissements classés dans un groupe inférieur à celui auquel leur seuil budgétaire leur permet de prétendre. Notamment une dizaine du groupe 1, ce qui prive chacun de la création d'un emploi d'adjoint fon-



tionnel, ainsi que les gros CHU, qui doivent pouvoir avoir plusieurs emplois fonctionnels. En outre, l'articulation entre emplois fonctionnels et Graf ne fonctionne pas. Devant cette somme de chantiers, le SMPS a dénoncé l'impuissance de ses interlocuteurs à faire avancer des dossiers vieux de quatre ans et se réserve la possibilité d'en appeler à d'autres niveaux décisionnels. ■

Démographie

Une formation spécifique pour chaque corps de direction

Les recompositions sanitaires et médico-sociales sur les territoires ne doivent pas aboutir à un grand ensemble hétérogène de postes pour directeurs adjoints de tous corps. Il n'est pas concevable que les élèves directeurs sortant de l'école n'aient pas de vrais postes de directeurs d'hôpital spécifiquement adaptés à leur formation. Tout comme il n'est pas acceptable d'avoir si peu de visibilité professionnelle, quel que soit le moment de leur carrière. Le CNG et la DGOS ont évoqué des réunions à la rentrée afin de discuter de l'évolution de la démographie des corps et des carrières. Le SMPS y restituera ses propositions du congrès de septembre. ■

Projet de loi de santé

L'accord ne vaut pas blanc-seing sur la méthode

Dans le cadre du comité de sélection DH qui a procédé à la constitution de *short-lists* pour les postes vacants de chefs d'établissement, le SMPS a souligné les trop nombreuses injonctions contradictoires délivrées par les pouvoirs publics aux directeurs. Nous avons rappelé le besoin de clarifier le contenu du plan triennal d'économies, notamment concernant l'objectif de la limitation de la masse salariale. Il faut aussi sortir des lourdes ambiguïtés qui pèsent sur les révisions des accords sur le temps de travail. Il est inconcevable que ces objectifs soient assignés par les pouvoirs publics pour que, ensuite, le soutien aux directeurs leur soit retiré

aux premières difficultés. Cela témoigne d'un grave manque de considération pour leur travail quotidien. Lors du comité de sélection, le SMPS a rappelé que son accord sur les objectifs du projet de loi de santé ne vaut pas blanc-seing sur la méthode. Lorsque cela correspond à la réalité des territoires, nous proposons d'identifier plusieurs établissements au sein d'un GHT en charge respectivement de thématiques transversales et mutualisées de gestion. Une réforme qui marche repose d'abord sur des projets impulsés par les communautés hospitalières et requiert en même temps l'autonomie des directeurs. ■

Valorisation des métiers

Donner de véritables perspectives professionnelles motivantes

Lors du CCN DH du 2 juin, les représentants du SMPS ont renouvelé leur opposition à la création d'un CCN unique pour les trois corps de direction, vieille antienne de New Public Management des années 1970. Nous lui préférons l'étude des problématiques des différents métiers et des secteurs d'exercice. Le syndicat a aussi pointé le caractère inachevé de l'application du protocole de 2011. La PFR va bientôt disparaître dans le cadre de négociations interfonctions publiques qui ignorent considérablement les problématiques de la fonction publique hospitalière. Cette prime est d'ores et déjà inadaptée aux spécificités de l'exercice quotidien des chefs et adjoints, notamment pour les exercices multisites et demain des GHT. Le SMPS demande dès maintenant à l'État de s'engager sur un contrat d'amélioration des conditions d'exercice des directeurs.

Il a rappelé que la valorisation des métiers et des hauts potentiels doit supplanter un chantier « démographie » qui n'arrive pas à s'affranchir de la vision de fusion des corps et de considérations statistiques et quantitatives, promues en leur temps par les pouvoirs publics pour réaliser de petites économies sur les corps de direction. Il est indispensable, dans un cadre où le paysage sanitaire se réforme à grande vitesse autour des GHT, de traiter de l'évolution des fonctions de chef et d'adjoint, et de donner de véritables perspectives professionnelles motivantes pour l'ensemble des collègues. La réforme des conditions de mobilité, la refonte du statut de mise en recherche d'affectation en statut de mission seront inévitables si l'on veut permettre les rebonds professionnels induits par la réforme des territoires de santé. ■

Valorisation

Reclassement des cadres soignants

En juillet 2015, les collègues cadres ont vu apparaître sur leur fiche de paye, pour ceux qui ont choisi le reclassement, la deuxième revalorisation des cadres et cadres supérieurs paramédicaux, obtenue par le SMPS et sa pétition à plus de 5 000 signatures. Le bénéfice varie entre 60 et 167 euros selon les échelons. Le SMPS se félicite de cette avancée, obtenue dans un contexte économique difficile. Elle est néanmoins clairement insuffisante au vu de l'investissement et de la charge de travail croissante des cadres et cadres supérieurs.

En outre, le SMPS proteste fermement contre le « rognage » opéré par la disparition progressive de l'indemnité exceptionnelle (décret du 29 avril 2015). Cette mesure pénalise nos collègues les plus anciens. Cette indemnité avait été mise en place en compensation de la création de la CSG.

Le SMPS rappelle également que le reclassement ne prend pas en compte les différents contextes et conditions d'exercice. Selon les fonctions occupées, les cadres soignants et socio-éducatifs peuvent assumer des responsabilités extrêmement lourdes. Les intérimaires, sur un service ou un pôle lors de postes vacants, s'imposent de plus en plus souvent. Il faut souligner en particulier que les cadres socio-éducatifs ont été les grands oubliés de toutes les réformes. Le protocole de février 2010 prévoyait l'ouverture de négociations pour la mise en place de la PFR pour l'ensemble de l'encadrement hospitalier.

Le SMPS demande un régime indemnitaire spécifique, ainsi qu'un troisième grade pour l'exercice continu de hautes responsabilités, tous deux indispensables pour valoriser à leur juste niveau les responsabilités assumées par les cadres et cadres supérieurs. ■

Améliorons ensemble la qualité de vie de vos patients

SANTÉ MÉDICO SOCIAL

Partout en France, nos équipes partagent la même vocation : mettre en oeuvre des services qui contribuent à la performance de votre établissement, avec notamment :

So Apro, une solution experte d'approvisionnements composée d'un catalogue produits personnalisé et d'un bouquet de services associés à un outil de gestion en ligne et d'une cellule support à disposition de vos équipes.

Accompagner la performance, qui consiste à évaluer le fonctionnement des processus supports aux soins (bionettoyage, logistique, brancardage, accueil, stérilisation...) ayant un effet immédiat sur la performance des établissements, à analyser les synergies entre les organisations, les structures et le personnel, et à proposer un plan d'action et des préconisations.

En contribuant à votre performance, nous améliorons ensemble la qualité de vie de vos patients et de vos équipes.

Pour plus d'informations, contactez-nous sur sante.medicosocial.fr@sodexo.com

sodexo
SERVICES DE QUALITÉ DE VIE



À la loupe

Projet d'accord - Synthèse

Modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations (PPCR)

Marylise Lebranchu, ministre de la Décentralisation et de la Fonction publique, a soumis cet été aux organisations syndicales siégeant au conseil commun, dont le SMPS, un projet d'accord qui vise à moderniser le statut général des trois fonctions publiques.

Ce projet d'accord relatif à l'avenir de la fonction publique veut adapter les statuts aux évolutions de la société et aux besoins nouveaux des usagers du service public. Il comporte plusieurs éléments clés.

Renforcer l'unité de la fonction publique pour l'adapter aux évolutions de l'action publique

Adapter le statut aux besoins de la société auxquels doit répondre l'action publique

Plusieurs adaptations seront apportées aux règles de recrutement : évaluation des procédures de recrutement pour lutter contre les discriminations ; rénovation des épreuves des concours et prise en compte du principe de séparation du grade et de l'emploi ; développement du concours sur titres dans les corps et cadres d'emplois relevant de professions réglementées ; harmonisation des procédures de recrutement sans concours dans le premier grade de la catégorie C...

Des dispositions statutaires seront aussi prises pour renforcer l'unité de la fonction publique, dans le respect des spécificités de chacun des versants de la fonction publique : règles statutaires communes aux filières professionnelles identiques ; démarches de mutualisation des concours et des formations ; règles facilitant la mobilité.

Mieux répondre aux besoins du service public

Le modèle de fonction publique de carrière est réaffirmé et doit être conforté. Le protocole insiste sur le renforcement nécessaire de l'attractivité du service public.

Dans ce cadre, le protocole veut favoriser les mobilités volontaires pour offrir des parcours professionnels diversifiés. Ainsi, dans la fonction publique hospitalière, les règles de mobilité entre établissements publics seront clarifiées et une concertation sera conduite avec les membres du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière pour fixer les conditions de mise en place d'un droit de mutation entre établissements.

Améliorer la politique de rémunération de la fonction publique

Harmoniser les carrières et les rémunérations

La politique de rémunération se verra fixer les priorités suivantes : rééquilibrage progressif au profit de la rémunération indiciaire ; priorité accordée aux revalorisations de nature indiciaire ; réduction des écarts de rémunération entre les femmes et les hommes ; restauration des grilles indiciaires ; simplification indiciaire ; clarification du paysage indiciaire.

En outre, le principe selon lequel chaque

fonctionnaire doit pouvoir dérouler une carrière complète sur au moins deux grades, dans toutes les catégories, sera mis en œuvre et servira à la fixation des taux d'avancement.

Améliorer la rémunération des fonctionnaires

Une refonte des grilles de rémunération des fonctionnaires sera mise en œuvre de 2016 à 2020. Elle doit permettre de renforcer l'attractivité des carrières de la fonction publique dans la durée et de mieux reconnaître les niveaux de qualification requis pour exercer les missions confiées aux membres des corps et cadres d'emploi de la fonction publique.

Négociations salariales

Sont retenus les principes suivants :

- négociations triennales pour proposer les orientations en termes d'évolution des rémunérations et des carrières. Elles aborderont l'évolution des grilles indiciaires et des déroulements de carrière au sein de ces dernières, l'évolution de la rémunération indiciaire et les conditions de mise en œuvre de mesures générales comme l'évolution de la valeur du point fonction publique ;
- négociation annuelle pour évaluer la mise en œuvre des mesures triennales.

Il est par ailleurs précisé qu'un comité de suivi sera institué avec les signataires de l'accord. Ce comité se réunira à échéances régulières pour garantir la pleine application des engagements pris. ■

Pierre de Montalembert
Directeur d'hôpital

En coulisses

Hommes-femmes à l'hôpital : mode d'emploi

Dans le dernier numéro de *Manageurs*, le médecin, romancier et essayiste Martin Winckler avait évoqué sans détour le sexisme à l'hôpital, tel que lui l'avait vécu et analysé. En parallèle, un appel à contributions avait été lancé en direction des directeurs et cadres hommes pour donner leur vision. Morceaux choisis des réflexions de la gent masculine sur le sujet...

« Tu portes des bas ou des collants aujourd'hui ? » Réflexion d'un directeur d'hôpital faite à l'auteur de ce papier après la publication du dernier numéro de *Manageurs*. Preuve, s'il en était besoin, que du travail, reste à faire !

« Dans ma carrière, il m'est arrivé de côtoyer un chef de service HU dont le sens de la responsabilité avait conduit à solliciter une sanction de la part de l'administration hospitalière à l'encontre d'un externe, coupable d'une forme de harcèlement sexuel dans l'exercice d'une consultation. À l'inverse, j'ai connu un directeur d'hôpital lourdement sanctionné pour harcèlement sexuel de plusieurs collaboratrices. Cette expérience indique que tout le monde peut être affecté, quelles que soient sa fonction à l'hôpital et sa place dans la hiérarchie hospitalière. Elle me conduit à penser qu'il est indispensable non seulement de sensibiliser, mais de former les professionnels dès leur plus jeune âge, et au premier chef médecins et administratifs, au respect de la personne de sexe opposé en milieu professionnel. C'est un devoir supplémentaire pour l'université comme pour le service public hospitalier. »

J.-M. Péry, *DH*, 63 ans

« Pour un homme qui se pense normalement constitué, évoquer la place des femmes dans le monde professionnel est irritant. Or, la question ne devrait pas se poser, dans la mesure où seule la compétence professionnelle doit chaque fois compter. Mais c'est en écrivant cela qu'on tombe, hélas !, dans la caricature : des gens n'admettent toujours pas que seule

une réponse à ce constat par une première action symbolique : la nomination de directeurs généraux de CHU femmes à ces postes jusqu'alors trustés quasi exclusivement par des hommes. Mais nommer une femme revient-il à faire évoluer les mentalités, voire à transformer la gouvernance, la gestion et les équilibres sociaux de nos établissements ? Ou n'est-ce qu'un symbole ?

Ce serait donner beaucoup de crédit au fait que seul le chef d'établissement sait imposer sa marque, en ce domaine. D'ailleurs est-ce parce qu'une femme est à la tête d'un établissement que

« Tu portes des bas ou des collants aujourd'hui ? »

importe la compétence. L'univers hospitalier en est un exemple : les établissements de santé sont majoritairement composés de personnels féminins qui exercent au quotidien des métiers très différents, mais on constate, lors des nominations, que les hommes sont majoritaires dans la gouvernance des établissements et dans les principaux postes à responsabilité. L'État s'efforce d'apporter

celui-ci sera mieux géré ? Ou qu'il le sera différemment ?

Il s'agit aussi d'envisager la gestion sociale de nos établissements : il est surprenant que lors des élections professionnelles, le critère de la parité sur les listes électorales n'ait pas été imposé. Cela aurait conduit à une réelle équité entre les sexes au sein des CTE ou des CAP, alors qu'il revient justement aux

Programme du réseau du SMPS Parité : What Health?

Appel à participation et présentation des grands axes

Les actions proposées pourront être débattues et enrichies grâce aux échanges que nous aurons eus sur les réseaux sociaux en amont du Congrès, puis en direct lors de la présentation de notre programme le vendredi 18 septembre.

Axe 1 : DIAGNOSTIC

Objectiver la situation paritaire dans le champ sanitaire et médico-social.

Axe 2 : DÉTECTION

Constituer un vivier de compétences mobilisables pour accéder aux fonctions à responsabilité.

Axe 3 : ACCOMPAGNEMENT

Proposer des actions pour limiter les freins à l'avancement

Axe 4 : FACILITATION

Promouvoir l'utilisation d'outils et de méthodes modernes de travail pour faciliter l'articulation vie professionnelle/vie personnelle.

Axe 5 : PARTAGE

Recueillir et partager des exemples de pratiques managériales visant à encourager la promotion des compétences.

Axe 6 : VALORISATION

Organiser des actions en régions visant à enrichir le programme du réseau et à valoriser les actions portées par les établissements.

Chaque axe du programme se décline en actions concrètes à conduire. Je vous ferai connaître, axe par axe, les actions proposées afin de retenir celles qui vous inspirent le plus et vous semblent essentielles à développer. Certains d'entre vous m'ont déjà fait part de leur souhait de participer à ces actions, je les invite à me dire celle(s) qui retient(nent) leur préférence lorsque je vous les détaillerai au cours des prochaines semaines.

Le programme d'actions tel qu'il ressortira de nos échanges vous sera présenté à l'automne sur Facebook, LinkedIn et Twitter ainsi qu'au Congrès. ■

Caroline Chassin

Coordinatrice du réseau Parité : What Health?

Connectez-vous et réagissez !
Parité WhatHealth est sur
Facebook
et LinkedIn,
@SmpsParite sur Twitter

représentants du personnel de veiller à ce principe d'équité dans l'accès aux différents grades et catégories. La même problématique pourrait être soulevée concernant les CME : la population médicale se féminise largement, ce qui pose de nouvelles questions sur les conditions d'exercice de la profession de médecin dans une société qui évolue en décomposant le temps de travail de manière précise. Imposer la place des femmes médecins dans les CME permettrait d'aborder le projet social du corps médical sous un angle impliquant davantage ces dernières dans la gestion et l'équilibre du travail de la structure au sein de laquelle elles exercent.

Évoquer ces sujets de société n'est pas faire preuve de démagogie. La place des femmes peut être simplement traitée, en leur laissant un droit identique à celui des hommes d'accéder aux missions et aux fonctions. Et pour cela il suffit de leur accorder le poste auquel elles peuvent prétendre, de manière égale et préservée. ► Loïc Mondoloni, *DH*, 36 ans. ■

Propos recueillis par
Armelle Drexler
Secrétaire nationale du SMPS

Tribune libre

Essai

Comment aider l'EHESP à faire des économies

L'EHESP, sous la menace d'une cessation de paiement en 2016, selon Hospimédia du 15 janvier 2015, se cherche un modèle budgétaire. Par ailleurs, selon l'École, la fusion DH-D3S ne permettrait que de faibles économies, comme le rapporte encore Hospimédia. Toutes les pistes ont-elles été explorées pour aider l'EHESP à faire des économies ?

Dans le contexte financier actuel, l'EHESP doit-elle maintenir ses filières multiples ? Ou doit-elle les fusionner ? Pour Laurent Chambaud, directeur de l'École, la fusion est assurément « *un élément à prendre en compte* » mais les économies escomptées resteront minimales par rapport aux difficultés actuelles de l'École. Et, fait-il remarquer, « *un certain nombre de matières peuvent être d'ores et déjà communes, qu'il y ait ou non fusion* ».

Pourtant, en 2009, un rapport présentait un panorama précis de l'ensemble des 169 écoles du service public, dont l'EHESP, et de leurs formations proposées, notamment les formations initiales. On pouvait y lire que « *le regroupement des formations qui participent d'une même finalité professionnelle ainsi que d'un certain nombre d'écoles ou de centres s'impose* ». Ainsi le rapport de Raymond-François Le Bris sur la formation initiale des agents de l'État indiquait-il une piste parmi d'autres dont pouvait s'inspirer l'EHESP pour réaliser de sérieuses économies.

En 2001, le statut des AAH a été rénové et une formation initiale d'un an au métier

a été confiée à l'EHESP à partir de 2003. Initialement, la création du corps des AAH devait répondre à la recherche d'un schéma semblable aux trois fonctions publiques. Cela rendait inéluctable la

Le déclin démographique des DH n'a pas été pris en compte

Dans un second temps, le déclin démographique des directeurs d'hôpital est mis en avant. Il a été annoncé au début des années 2000 et quantifié en 2003 dans une enquête démographique de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – la Dhos, remplacée depuis par la DGOS. En 2001, le déclin prévu des DH motive la création du statut réglementaire des AAH, prévu pour progressivement reprendre certaines des fonctions dans des directions fonctionnelles. Quinze ans plus tard, le déclin démographique des DH n'a pas été pris en compte. Promesse non tenue, donc, et pistes d'économies non réalisées...

« Il faut jouer pour devenir sérieux. »
Aristote

création d'un corps d'attaché de la fonction publique hospitalière, comme il existe un corps d'attaché dans la fonction publique d'État et la fonction publique territoriale. Quinze ans après, les compétences recherchées sont les mêmes, suivant le schéma souhaité. Mais l'exercice de ces compétences, pour nous, a lieu dans un environnement spécifique : celui de la santé.

Outre l'organisation parallèle voulue par l'État pour les trois fonctions publiques, le but recherché est aussi une similitude des compétences, de la durée de la formation (une année), de la grille indiciaire, du régime indemnitaire, de l'accès au principal et aux passerelles vers d'autres statuts et métiers... La multitude de métiers exercés par les attachés d'administration hospitalière implique, pour bien former ceux-ci, d'identifier les compétences précises nécessaires à leur exercice professionnel. En 2010, l'EHESP avec l'aide d'un groupe de professionnels en poste, a identifié ces compétences. Elles ont été reprises par la directrice de la Dhos dans son discours d'introduction lors de la première

rencontre nationale des AAH organisée à l'EHESP en juin 2011, en présence de 200 participants. Annie Podeur précisait les cinq champs suivants de compétence, spécifiques aux attachés d'administration hospitalière :

- management d'équipes, de processus d'activités, de projets, d'acteurs,
- conception, production et diffusion d'outils à destination des acteurs internes et externes,
- expertise en fondamentaux de gestion : gestion logistique et économique, financière et ressources humaines,
- évaluation des processus d'activité et de projets,
- relais et mise en œuvre des stratégies d'établissements de santé.

Pourquoi maintenir une double formation ?

Le cadre étant posé, les pouvoirs publics ont-ils vraiment la volonté de regrouper « *des formations qui participent d'une même finalité professionnelle* » ? Pour rappel, les attachés d'administration centrale ou déconcentrée participent à la conception, à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques publiques ministérielles et interministérielles. Les tâches qu'ils peuvent être amenés à accomplir sont très diversifiées : réalisation d'études, expertise, conseil, rédaction, conduite de projet, animation de réseau, gestion, élaboration de textes législatifs ou réglementaires. Ils sont aussi susceptibles d'animer et d'encadrer une équipe d'agents. Fonctionnaires de catégorie A, les attachés d'administration centrale ou déconcentrée peuvent exercer des activités dans le cadre de fonctions stratégiques (management et aide au pilotage et à l'amélioration de la performance), de fonctions opérationnelles (développement économique, gestion publique et affaires juridiques) ou de fonctions d'appui (gestion des ressources humaines, administration générale, logistique, informatique et communication). Pour ce faire, les compétences requises sont les suivantes : arbitrage, conduite de projet, gestion d'équipe, expertise... Or, ce qu'on attend des attachés formés dans les instituts régionaux d'administration (IRA) n'est pas différent de ce qui est attendu des attachés issus de l'EHESP. Si rien ne différencie un AAH d'un attaché d'administration centrale, déconcentrée ou territoriale pourquoi maintenir une double formation, coûteuse, et un double statut, profondément inégalitaire ? Ainsi la question du devenir du corps des AAH, de surcroît non géré nationalement, et de sa formation coûteuse pour l'EHESP se pose-t-elle. Deux pistes d'économies se dessinent alors pour l'EHESP.

Première piste : former les AAH dans les IRA

Premier avantage : la formation des AAH par les instituts régionaux d'administration (IRA) leur offrirait un choix géographique multiple. Ils seraient dès lors potentiellement formés dans les cinq centres (Bastia, Lille, Lyon, Metz et Nantes) pour des métiers et un environnement parfois différents mais aux compétences toujours communes.

Second avantage : une formation regoupée sous le label d'excellence des IRA irait dans le sens voulu par les pouvoirs publics d'un rapprochement entre les trois fonctions publiques et une nouvelle organisation territoriale regroupant écoles de formation continue et initiale. On obtiendrait la mise en place des parcours professionnels types avec les compétences qui devront avoir été acquises avant affectation, la labellisation des formations et le concours interne serait plus axé sur la reconnaissance des acquis et de l'expérience professionnelle (Raep).

La formation se ferait à partir d'un tronc commun destiné à l'acquisition des savoirs, savoir-faire et savoir-être fondamentaux pour l'exercice des fonctions d'attaché et, ensuite, à partir d'un cycle d'approfondissement dans l'un des quatre univers suivants : administration centrale, administration territoriale de l'État, administration scolaire et universitaire et, bien sûr, « administration des établissements de santé ». Chaque période comporterait un stage, le second s'effectuant obligatoirement dans l'univers professionnel choisi.

Cerise sur le gâteau, et contrairement aux promesses de l'EHESP, une formation dans les IRA offrirait enfin aux attachés la possibilité de valider en parallèle la formation, un master 1 ou 2 en management des organisations publiques (<http://www.ira-lyon.gouv.fr>).

L'EHESP pourrait indifféremment assurer la coordination pédagogique des formations assurées par les IRA ou, par convention, former les attachés intéressés par l'« administration des établissements de santé ». Les élèves des IRA viendraient alors spécifiquement se former à cette spécialité.

Deuxième piste : en finir avec le statut des AAH

En finir avec un statut dont les AAH ne veulent plus et avancer rapidement vers son reclassement dans celui, plus global, des attachés d'administration. Cela s'est déjà fait dans un passé récent pour les « 4^e classe » dans le corps des D3S et des DH ou pour les chefs de bureau dans le corps des AAH, sans oublier le personnel de France Télécom.

La rémunération au sortir des IRA serait identique du point de vue de la grille indiciaire. Cependant, elle serait très différente du point de vue indemnitaire puisque complétée par des primes et des indemnités, qui peuvent atteindre 30 % de la rémunération totale¹. Pour information, le régime indemnitaire d'un AAH au 12^e échelon correspond à 7 % de la rémunération.

Enfin, les AAH intégreraient un corps d'attachés comportant trois grades dont celui d'attaché hors classe (7 échelon de l'IB 759 à l'IB 1015) comme les 25 000 attachés de l'État. L'accès au principalat en serait facilité et organisé suivant des règles lisibles et enfin connues de tous. Ainsi, l'EHESP pourrait utilement explorer cette piste et ne plus se permettre d'avoir inutilement des filières multiples.

Chiche, M. le directeur de l'EHESP pour la mise en œuvre du rapport Le Bris ! ■

Franck Voléon

1. Source : <http://www.metiers.justice.gouv.fr/fonctions-supports-12683/attache-dadministration-12725/>

Dossier

Avenir du

L'État est-il la solution ?

Interview de Marcel Gauchet « Trouver l'équilibre entre une autonomie décisionnaire et l'évaluation à repenser »

Philosophe et historien, Marcel Gauchet s'intéresse de près à la question de l'État et de l'action publique. Nous lui avons posé quelques questions sur la recentralisation de l'action publique, la mesure de la performance dans le service public ou encore la démocratie sanitaire.

Y a-t-il une tentative de recentralisation de l'action publique de la part de l'État français ces dernières années ? Cela transcende-t-il les changements politiques à la tête de l'État ? Peut-on faire des comparaisons internationales sur le sujet et dresser des grandes tendances ?

Ce sentiment que vous me rapportez me semble justifié, et les fondements de la recentralisation de l'action publique de la part de l'État ne sont pas très mystérieux. Même si cette recentralisation n'est pas clairement assumée comme telle par la puissance publique. Elle s'impose par le canal de la volonté de contrôle de la dépense publique. C'est un souci qui n'est pas nouveau. Mais cette dépense publique est devenue le problème pressant par excellence des États européens. Et au sein de cette dépense, les budgets sociaux constituent un poste de dépense particulièrement important, même si ce n'est pas le budget de l'État à proprement parler. Le problème est que cette obsession de la réduction de la dépense publique, tout comme la recentralisation de l'action publique qui en découle, joue à l'aveugle. Ces évolutions seraient mieux acceptées si elles reposaient sur des principes et des objectifs clairs. Mais force est de constater que ce n'est pas le cas.

Dans le principe, la décentralisation c'est très bien. Mais un système qui fonctionne sur la centralisation de la perception des ressources et la décentralisation des dépenses ne peut pas marcher ! Et le mouvement de décentralisation s'est objectivement effectué sur fond d'envol de la dépense publique. Sur un plan plus général, la décentralisation de l'action publique s'est accompagnée de la mise en place d'un modèle post-politique de « gouvernance », avec un État central chargé d'assurer des normes et la péréquation des moyens. Ce qui veut dire, dans tous les cas, que même ce modèle de « gouvernance » suppose une méta-gouvernance. Nous sommes en train de nous apercevoir au fond que l'on ne peut pas faire l'économie de choix politiques centralisés. Ils conditionnent l'avenir de notre pays, et notre pays a tout devant lui sauf l'évidence. Des choix politiques vont devoir être faits et de véritables orientations politiques devront être données sur des sujets essentiels

comme le système de santé au premier chef, mais aussi les prestations sociales, les retraites, l'explosion des coûts médicaux, les investissements à faire dans les plateaux techniques. Nous sommes devant de vrais choix collectifs avec des orientations, des priorisations que seuls les États ont la légitimité de définir.

Car il faut bien distinguer les deux niveaux de ce que peut être un retour de l'action publique : le niveau contrôle de la dépense, et on a bien aujourd'hui un État interventionniste qui cherche à serrer les boulons, et un second niveau, le plus important, qui est la pression des choix de fond à effectuer. Si ces choix n'ont pas encore été faits, et qu'ils ne sont finalement pas encore exposés comme tels sur la place publique – car ce sont des dossiers qui font très peur aux gouvernements –, nous assistons tout de même à une marche inexorable vers la redéfinition des États sociaux, qui va être le facteur déterminant en dernière instance.

Aujourd'hui on ne voit que le premier niveau, celui de l'intrusion de l'État dans la gestion, parfois contre-productive, souvent même. Car faute d'assumer les choix à fond, tout le monde se cache

systeme de santé

derrière des problèmes de gestion. Les États en Europe sont aujourd'hui erratiques, parce qu'ils sont obsédés par des problèmes budgétaires à courte vue, qui pèsent très lourd sur les acteurs. Mais derrière, il y a quelque chose de bien plus crucial qui est l'épuisement du modèle de la gouvernance supposée « marcher toute seule ». La réalité est qu'on ne peut pas se passer de pilote. Nous sommes dans une phase de décan-tation qui précède une nouvelle phase historique où seront tranchées des questions impossibles à contourner comme l'équilibre d'États sociaux vieillissants ou l'avenir de la médecine. En attendant, c'est la gestion à courte vue qui l'emporte. Faute d'être rattachées à une direction claire, ces contraintes se traduisent à tous les niveaux par une autorité supérieure persécutrice pour les acteurs de terrain. Cette autorité va par exemple pousser les directions hospitalières à faire des économies dans l'urgence, sans assumer ces mêmes contraintes devant l'ensemble des agents. Pourquoi cette dissimulation qui brouille le fonc-tionnement institutionnel ?

Que pensez-vous de la mesure de la performance de l'action publique ? Quels enseignements tirez-vous de l'évolution des politiques publiques en France en la matière ? À l'hôpital et dans le médico-social, les directeurs et les cadres se sentent submergés par des demandes d'enquêtes et d'indicateurs par les ARS, dont ils ne perçoivent pas toujours la finalité ou sur lesquelles ils n'ont simplement pas de retours.

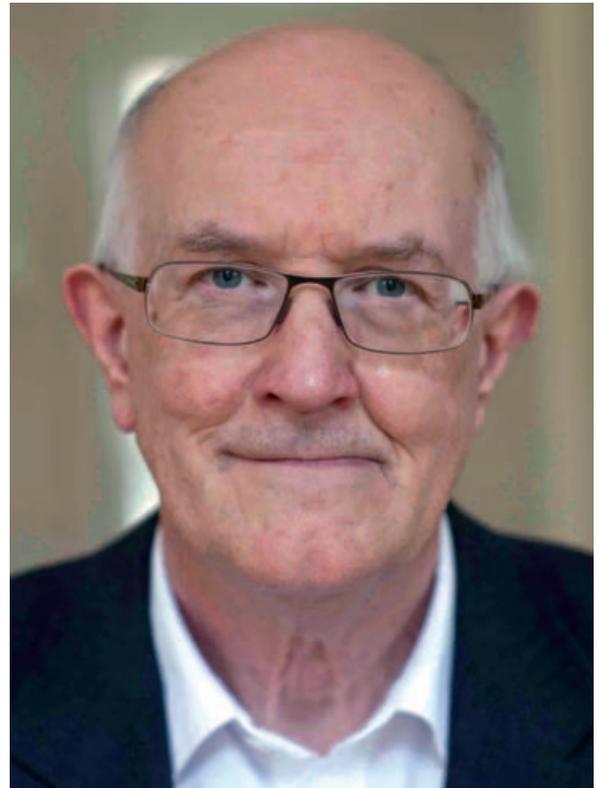
C'est pour moi la question numéro un du pilotage de l'action collective. En la matière, la différence avec le privé n'est pas si importante. Un sociologue, François Dupuy, a écrit un très bon livre sur le sujet, *Lost in management*, où il explique que la culture des indicateurs et de la mesure de la performance aboutit surtout à la perte du réel. Les supposés contrôleurs ne savent plus ce qui se passe vraiment dans les organisations.

Si l'on peut s'accorder sur l'impératif d'améliorer la dépense publique, il est nécessaire de définir en premier lieu les objectifs que le service public poursuit. Que veut-on faire du service public de santé ? Quels buts poursuit-il ? Aujourd'hui, c'est parce qu'il n'y a pas de direction claire que le contexte est angoissant pour les agents du service public. Et c'est faute de ne savoir afficher des choix politiques clairs que l'État recentralise et intervient de plus en plus dans la gestion des acteurs de terrain du service public.

Sur votre interrogation concernant le caractère transpolitique de cette volonté de recentralisation et de réduction des dépenses publiques, je répondrais qu'au-delà des alternances, il est clair que le partage droite/gauche sur le rôle de l'État a été relativisé. Cela est dû à la dilution des grandes alternatives radicales, mais aussi au fait que la gauche a perdu sa spécificité jacobine, c'est-à-dire la croyance selon laquelle l'action publique conduite par l'État était toujours plus juste et plus rationnelle que l'action privée.

On ne l'avait pas prévu, mais il y a une bureaucratisation néolibérale. On fait croire que l'on responsabilise les acteurs, et en réalité on refabrique le *Gosplan* soviétique.

Au départ, l'idée a un noyau rationnel : il faut une évaluation. Comment contrôler ce qu'on produit, notamment en termes de santé publique ? Encore faut-il que les indicateurs soient interprétables. Quelles conclusions en tirer ?



« Faute d'assumer les choix à fond, tout le monde se cache derrière des problèmes de gestion. »

Marcel Gauchet

Né en 1946 à Poilly (Manche), Marcel Gauchet est directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), au Centre de recherches politiques Raymond-Aron et rédacteur en chef de la revue *Le Débat* (Gallimard) qu'il a fondée avec Pierre Nora en 1980. Il anime le blog gauchet.blogspot.com. Quelques ouvrages :

- *Le Désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*, Gallimard, Paris, 1985.
- *La Révolution des droits de l'homme*, Gallimard, Paris, 1989.
- *Dialogue avec l'insensé - À la recherche d'une autre histoire de la folie*, en collaboration avec Gladys Swain, Gallimard, Paris, 1994.
- *La Révolution des pouvoirs : la souveraineté, le peuple et la représentation 1789-1799*, Gallimard, Paris, 1995.
- *La Religion dans la démocratie : parcours de la laïcité*, Gallimard, Paris, 1998.
- *La Démocratie contre elle-même*, Gallimard, Paris, 2002.
- *La Condition historique*, Stock, Paris, 2003.
- *La Condition politique*, Gallimard, Paris, 2005.
- *L'Avènement de la démocratie*
Tome 1 : *La Révolution moderne* - Tome 2 : *La Crise du libéralisme*, Gallimard, Paris, 2007.
Tome 3 : *À l'épreuve des totalitarismes, 1914-1974*, Gallimard, Paris, 2010.

Beaucoup d'indicateurs sont en outre faciles à truquer et parfois « bidons ». La réalité est que l'État ne sait pas réellement ce que le service public produit. Dans le privé comme dans le public, cela peut aboutir à des catastrophes : quand la réalité entre en collision avec ce château de cartes d'indicateurs. Il faut une évaluation, mais il faut bien réfléchir à la manière dont on mesure ces performances ? Dans tout ce qui est service public, c'est très difficile. Cela

concerne la marche des établissements comme le travail des personnes, dont la mesure est encore plus délicate. S'il y a quelque chose qui pourrait le rapport au travail c'est bien cette religion des indicateurs. Les gens ont l'impression de ne pas être reconnus dans ce qu'ils sont et pour ce qu'ils font vraiment. Ils ont l'im-

pression que ce qu'ils font n'est pas valorisé. Cela aboutit à un mouvement de décroissance collective et à un désinvestissement au travail. Il serait temps de s'en apercevoir et de revoir les méthodologies d'évaluation, qui aboutissent aujourd'hui à construire un monde factice dans lequel les fausses valeurs triomphent.

« Les gens ont l'impression de ne pas être reconnus dans ce qu'ils sont et pour ce qu'ils font vraiment. »

La question du résultat en tant que telle est-elle taboue ?

Est-ce que les indicateurs de résultats sont forcément mauvais ?

Tout dépend de la manière dont on définit cette notion de « résultats ». Elle est d'une fausse clarté. Par exemple, il est certain que lorsque trop de patients meurent à la sortie d'un bloc opératoire ou que personne n'a le bac dans une école, c'est un résultat tangible et on doit intervenir ! Cependant, vous savez

bien que tout cela obéit à une courbe gaussienne. Il y a un petit nombre d'établissements excellents, un petit nombre d'établissements problématiques, et un grand nombre dans la moyenne fluctuante. La vraie question est de savoir comment augmenter cette moyenne. Je ne pense pas que l'on puisse faire

l'économie de résultats, mais tout est dans la manière où on les établit à l'échelle d'un service rendu à la collectivité. C'est très complexe.

Prenez par exemple la SNCF, on sait très bien que pour améliorer ses résultats, il suffit de supprimer la moitié des lignes et de ne garder que les plus rentables.

Même si certains citeront l'exemple du Shinkansen (TGV) japonais, dont les trains ne sont jamais en retard et dont certains départs se font toutes les cinq minutes de la gare de Tokyo...

Oui, mais dans quel contexte ? Essayez de faire remplir une rame de train en deux minutes en France, vous verrez... Le *benchmark* à l'international est une autre démarche, qui est en elle-même excellente en tant qu'exercice d'imagination, mais dont tout l'art est de tirer des enseignements transposables. Nous sommes dans des écosystèmes très singuliers. L'art de dégager des règles générales est le sommet de l'art de la gestion au sens le plus noble du terme, ce ne sont pas des processus mécaniques que l'on peut plaquer bureaucratiquement sur des organisations. Mais pour que les acteurs puissent exercer cet art, il faut leur donner les moyens de le faire.

J'ai l'impression que vous plaidez davantage pour l'autonomie des acteurs de terrain que l'inverse...

Oui, je n'ai aucun doute là-dessus. Cela plaide pour l'autonomie des acteurs et des marges de manœuvre sur le terrain. Il faut dépasser ce célèbre axiome de l'armée française : *Réfléchir c'est déjà désobéir*. Je ne suis pas sûr que cela ait donné de très bons résultats. C'est la difficulté de faire fonctionner des institutions publiques. Pour une entreprise, l'indicateur du succès est relativement simple, il est monétaire. Si une entreprise va bien, cela se voit dans ses résultats financiers. Tout ce qui relève du service public, au sens

le plus large du mot, suppose en revanche une complication de la tâche qui ne peut pas s'accommoder, dans l'exécution, du modèle disciplinaire. Car il faut prendre en compte un contexte humain spécial – soigner ou instruire –, cela engage plus que des biens ou des services. Le résultat est plus difficilement mesurable. Il ne se livre pas selon des critères standards applicables mécaniquement comme les critères financiers. Il faut des gens beaucoup plus libres pour diriger ces institutions, car ce qu'ils ont à faire

La question que l'on peut se poser à notre niveau, en tant que représentants des directeurs et des cadres, c'est de savoir si les pouvoirs publics ont vraiment envie de nous mobiliser. Car on peut avoir l'impression qu'ils comptent simplement sur notre éthique professionnelle, notre sens des responsabilités et sur le fait que nous sommes des fonctionnaires. Or, cet engagement qui est le nôtre peut se heurter à ce qui est ressenti comme un manque de considération.

Il subsiste en effet en France, au plus haut niveau, une religion du commandement et de l'autorité. Elle repose beaucoup sur la peur. Parce qu'à partir du moment où l'on mobilise les gens, où on leur laisse l'initiative, ils peuvent vous contredire. C'est cette philosophie qu'il faut dépasser. Il faut faire com-

prendre aux dirigeants qu'ils ont l'impression de commander mais qu'en réalité ils ne savent pas ce qui se passe faute d'écouter les acteurs de terrain. Cela relève parfois aussi du simple cynisme, mais ce cynisme est très mal inspiré, car il crée une société complètement bloquée.

relève beaucoup plus de l'art que de la science : un art humain, celui de faire fonctionner l'institution, et un art de comprendre la demande du public, qui n'est pas du même ordre que celle de produits sur un marché concurrentiel. Concilier ces différentes exigences, c'est forcément quelque chose qui demande une grande autonomie de manœuvre. Nous sortons d'un âge primitif de l'État dont le modèle était fondamentalement militaire. L'âge de l'État militaire est terminé. D'ailleurs, rien n'est plus impressionnant que de voir aujourd'hui dans l'armée la liberté accordée aux acteurs de terrain, reconnus comme les meilleurs juges en matière d'appréciation de ce qui s'y passe. Ce modèle disciplinaire était porté par la croyance qu'il assurait une meilleure transmission de l'information et une plus grande rationalité. Évidemment, ce n'est pas vrai, c'est même très souvent le contraire. Tirons-en les conséquences. Il s'agit de trouver un équilibre entre une grande autonomie décisionnaire au niveau pertinent – et tout l'enjeu réside donc notamment dans le choix et la formation de ces décideurs de terrain – et l'évaluation à penser enfin de manière sérieuse. Si l'on veut mobiliser les acteurs, il faut partir de ce qu'ils vivent et de ce qu'ils font réellement. Sinon, on les met dans une posture de résistance au changement.

Et il est contagieux sans doute !

Oui, il se diffuse jusqu'en bas. Le moins que l'on puisse dire est que ce n'est pas une attitude efficace ! C'est sur ce point qu'il faut faire évoluer le système de commandement de notre appareil public. Je n'ai qu'une idée

sur la réforme de l'État, mais elle se résume en une phrase : il faut commencer par le haut, au sommet de la chaîne de commandement. Si le haut de la chaîne de commandement change, c'est contagieux aussi.

« Il s'agit de trouver un équilibre entre une grande autonomie décisionnaire au niveau pertinent (...) et l'évaluation à penser enfin de manière sérieuse. »

Une question sur un sujet un peu différent pour finir cet entretien, Marcel Gauchet : que pensez-vous de la notion de démocratie sanitaire ?

Elle est ambiguë. D'un côté, elle correspond à une exigence indiscutable d'attention aux personnes. Il faut aller contre la dérive bien connue du service public à la française, qui est le service public sans service du public. La démocratie sanitaire et l'idée de prise en compte des patients correspondent de ce point de vue à une visée d'humanité qu'on ne peut qu'approuver.

Mais de l'autre côté, le risque est que cette démocratie devienne informe et que l'idée même de démocratie se brouille. La démocratie ce n'est pas l'expression immédiate des droits et prérogatives de chacun, dans n'importe quelle situation et n'importe quel lieu. L'hôpital public

est une institution qui dure, alors que les malades ne font qu'y passer. Il faut aussi assurer cette permanence, avec les contraintes qu'elle implique. De plus, l'institution est au service de la collectivité tout entière, pas seulement de ceux qui s'y trouvent à un moment donné. La démocratie, c'est la détermination de ce que la collectivité veut faire de cette institution. Il y a à cet égard une légitimité supérieure à celle des droits légitimes des usagers provisoires de l'institution. La difficulté est d'accorder les deux sans céder à la démagogie de la pseudo-démocratie instantanée. ■

Propos recueillis par
Élodie Chapel

Interview de Carole Trempe La loi 10 vue par les cadres

Au Québec, Carole Trempe est la directrice générale de l'Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux, qui s'apprête à accueillir en outre les directeurs généraux des établissements de santé. À ce titre, elle a une vue globale du système de santé québécois et c'est en témoin privilégié qu'elle nous livre son analyse des changements induits pas la loi de santé 10.

Vous attendiez-vous à ce changement ?

Nous savions que, vu l'état des finances publiques, tous les budgets, dont celui de la santé, allaient subir des coupes claires. Mais on ne s'attendait pas à un changement aussi brutal et aussi rapide. Du jour au lendemain, sous l'effet de la fusion, nous sommes passés de 182 établissements à 34 ! Et ce sans la moindre consultation du ministre, alors que nous sommes une association qui prône un dialogue constructif et que nous étions jusque-là régulièrement consultés. Or, pour nous, la recherche de la performance implique le dialogue.

Concrètement, comment cela s'est-il passé ?

Une loi « bâillon » – procédure qui permet au gouvernement d'écourter les débats à l'Assemblée nationale pour promulguer plus vite un texte – a été votée le 6 février dernier. Nous avons découvert le texte consacrant ce changement quelques jours plus tard et avons appris que, le 31 mars, la plupart d'entre nous per-

drions mais leurs directeurs étaient éligibles à la retraite, avec une prime de départ, jusqu'au 1^{er} avril dernier.

Et quels ont été les principaux changements ?

Le système instauré en 2004 reposait sur une certaine autonomie des établissements. Il a peu à peu porté ses fruits. Or, par le biais de la loi 10, les pouvoirs décisionnels sont centralisés en faveur du ministre de la Santé et des Services sociaux. Les agences régionales de santé, qui faisaient le lien entre les établissements et le ministère, sont supprimées. C'en est fini du dialogue qui partait de la base pour monter vers la haute hiérarchie, système qui, je le répète, est la condition *sine qua non* de la performance. Second point : nous sommes atterrés, sonnés, par le nouveau périmètre d'activité imposé aux cadres. Il est démesuré.

draient leur travail pour ensuite être obligés de postuler à de nouveaux postes, dont certains moins qualifiés, ou de se voir imposer un licenciement ! Les départs à la retraite volontaires ne suffisaient pas pour parvenir aux économies prévues. En avril, nous ne savions toujours pas comment organiser le nouveau réseau de santé. 42 % des postes doivent être supprimés d'ici à 2017 !

« Nous avons appris que le 31 mars la plupart d'entre nous perdraient leur travail pour ensuite être obligés de postuler à de nouveaux postes, dont certains moins qualifiés, ou de se voir imposer un licenciement ! »

Quels étaient précisément les établissements concernés ?

Il s'agissait des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les instituts, les centres privés conventionnés et les centres hospitaliers universitaires sont épargnés d'une certaine façon par les

Par exemple ?

Le centre intégré de santé et de services sociaux (Ciss) de la Montérégie, en banlieue de Montréal, veille à l'organisation de plusieurs missions et comprend un centre hospitalier, un centre local de services communautaires, un centre hospitalier

de soins de longue durée, un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, un centre de réadaptation. Son territoire est divisé en trois : Montérégie Centre, Est et Ouest. On compte 11 centres sur un territoire de 1 million d'hectares qui comprend 177 municipalités, 14 municipalités régionales de comté et deux réserves autochtones ! C'est donc aussi un bouleversement professionnel et privé total : certains d'entre nous se trouvent dans l'obligation d'aller postuler très loin de chez eux s'ils veulent demeurer dans le réseau, vu la rareté des postes désormais ouverts. Dans ces conditions, comment voulez-vous donner un sens au volet proximité, recherché pour sa performance, quand des équipes fortement soudées depuis des années sont totalement éclatées ?

Où en est-on aujourd'hui, en juillet, au moment de notre entretien ?

Après l'encadrement supérieur nommé à très grande vitesse au printemps, on recrute désormais les cadres intermédiaires, sur CV. Et ce pour des personnels qui travaillent depuis des années dans le système de santé public ! Des centaines de cadres supérieurs se retrouvent à chercher un emploi de cadre intermédiaire s'ils veulent continuer à gagner leur vie. Sans être certains d'être retenus puisqu'il faut supprimer 1 300 postes de directeurs généraux et de cadres, sur 6 000 au total.

Les médecins vous soutiennent-ils ?

Pas vraiment. D'ailleurs peu d'entre eux sont directement concernés par la loi 10, sauf ceux qui occupent des postes

à la fois cliniques et administratifs. Ils sont déjà eux-mêmes frappés par la loi 20 qui va leur imposer des changements de mode de travail et de rémunération. Chez nous, les médecins sont de libres entrepreneurs, non soumis à la hiérarchie. Mais ils sont payés par la régie d'assurance maladie du Québec, à l'acte. Doit-on revoir ce fonctionnement ? Certains gonflent leur nombre d'actes ou en font des inutiles.

Le ministre souhaite favoriser et simplifier l'accès aux services de la population. Il s'agit aussi d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Qu'en pensez-vous ?

Je suis sceptique. La réduction de personnel aura un impact sur le niveau de soins ou la façon d'en faire. Les dirigeants sont tellement occupés à trouver un sens aux mégastructures, et une façon d'y travailler, qu'ils se retrouvent très éloignés de leurs équipes. Ainsi, dans le secteur des services sociaux : pendant qu'on se dispute les postes et les fonctions en haut, les dossiers ne sont pas distribués aux intervenants sociaux. Et les délais pour rendre les services à la population sont injustement étendus.

Le service public de santé est-il remis en cause au Québec ?

Non, je ne le pense pas. Nous l'avons choisi démocratiquement et nous devons tout faire pour maintenir ce choix de société. Il est encore trop tôt pour se prononcer sur les effets concrets de la loi 10 mais on voit déjà la présence accrue et constante de l'État. Et l'on remarque la très grande discrétion de



© ADP 2014

certains présidents-directeurs généraux des centres de santé : ils sont « tenus serrés », comme on dit chez nous, c'est-à-dire qu'ils doivent s'astreindre à un droit de réserve car nommés désormais directement par le ministre.

Quelle gestion la réforme de 2004 avait-elle instauré ?

Le gouvernement précédent avait mis en place une *lean* (maigre) gestion, inspirée du système de production de Toyota : une gestion allégée, sans gaspillage, « sans gras ». Pour faire mieux avec moins d'argent, elle implique de réfléchir au fonctionnement de tous les postes. Le ministre a appuyé cette méthode de *lean* santé en lui accordant un budget important. Par exemple, une meilleure gestion des médicaments nécessitait la consultation de tous les niveaux impliqués : pharmacien, technicien de pharmacie, transporteur des médicaments, responsable du stockage des médicaments, infirmière, patient. Ce système commençait à donner des résultats. Or, la nouvelle organisation l'abandonne et risque de coûter cher.

Selon vous, aucune réduction de personnel ne s'imposait ?

Si. Je pense qu'il fallait d'abord réduire le nombre de cadres intermédiaires : beaucoup d'entre eux accèdent à l'encadrement pour des raisons purement syndicales. Des postes inutiles sont ainsi créés. Chacun le sait mais personne

n'ose s'attaquer à ce procédé. Vu la conjoncture économique, on devait aussi revoir le nombre de postes à chaque niveau – intermédiaire, supérieur et hors cadre – mais c'est une folie de réduire autant celui des cadres supérieurs, des directeurs généraux et de leurs adjoints. Le budget ne s'équilibrera pas en rognant seulement sur celui de l'encadrement administratif. Des économies sont bien sûr possibles à condition de repenser aussi le coût du médicament, les types de soins et de services délivrés, le mode de rémunération des médecins, etc. Ne l'oublions pas : en général, et pas seulement au Canada, les systèmes de santé sont complexes et impliquent la prise en compte de nombreux paramètres.

Face au comportement aussi violent du ministre de la Santé, pourquoi n'avez-vous pas réagi ? En France, il y aurait eu des grèves et des manifestations !

Nous avons un gouvernement majoritaire. La pression s'exerce lors du vote des citoyens. Au Québec, les cadres supérieurs et les DG n'ont pas de culture syndicale. Nous essayons de discuter avec le gouvernement. Mais nous devons malheureusement intégrer cette évidence : nous n'avons pas la cote auprès des citoyens qui nous considèrent comme des fonctionnaires trop bien payés. Le ministre a longuement surfé sur ce sentiment pour s'attribuer les faveurs de la population lors de la promulgation de la loi 10.

Quel rôle joue aujourd'hui l'ACSSS ?

Notre rôle est de multiplier l'information, de soutenir nos membres et de contrôler le mieux possible les dommages collatéraux résultant de la loi 10. Nous sommes à l'affût des irrégularités qui peuvent survenir lors de la dotation des postes. Nous réagissons alors avec vigueur en interpellant nos vis-à-vis ministériels.

Quelle est votre marge de manœuvre ?

Elle est très étroite. Pour le moment, notre mission première est d'assurer systématiquement la défense des droits individuels et collectifs de nos membres. Nous participons à toutes les réunions en province qui concernent les hauts dirigeants. Ensuite, nous organisons des activités de coaching et de soutien à la formation, pour aider nos collègues à mieux intégrer leurs nouvelles fonctions.

À l'automne, nous aurons des groupes de discussion avec les directeurs généraux récemment nommés pour voir ce que le ministère attend d'eux quand il leur fixe comme cap une « gestion saine ». La loi 10 impose de fait de

des mails envoyés à 23 h 00 ou le week-end, durant le repos des collègues !

Vos jeunes collègues peuvent d'autant plus se tourner vers le privé qu'ils n'ont pas la même formation qu'en France...

Oui. En France, la plupart des cadres sont formés à l'École des hautes études en santé publique. Chez nous, on ne passe pas par une école spécialisée. Nos dirigeants détiennent un diplôme de deuxième cycle universitaire. Quelques-uns ont un doctorat. Ils sont comptables agréés, avocats, ingénieurs, médecins, infirmières. Tous ont un intérêt marqué pour le domaine de la santé et des services sociaux. Un direc-

« Chez nous, on ne passe pas par une école spécialisée. Nos dirigeants détiennent un diplôme de deuxième cycle universitaire. Quelques-uns ont un doctorat. Ils sont comptables agréés, avocats, ingénieurs, médecins, infirmières. »

changer le mode de direction : il faut conduire différemment des équipes différentes. Il faut donc inventer de nouveaux processus de travail. Mais nous continuons aussi une activité politique et de lobbying, dans le bon sens du terme.

C'est-à-dire ?

Nous tentons de faire comprendre au gouvernement qu'il doit reconnaître les gestionnaires que nous sommes. Qu'il doit les payer convenablement pour leur travail : la rémunération est notre prochain cheval de bataille. Il faut rendre la fonction attirante et concurrentielle. Nous devons retenir nos collègues, préparer la relève et faire aussi comprendre au gouvernement qu'il doit rendre nos métiers attractifs pour les jeunes générations. On nous demande beaucoup : si nous effectuons officiellement 35 heures par semaine, nous travaillons bien plus. En treize ans, je n'ai jamais rencontré un collègue qui travaille moins de 50 heures par semaine. Je reçois

leur peut avoir étudié la gestion et postuler à un nombre important d'emplois qui n'ont rien à voir avec la santé : commerces, banques, industrie, etc. Cela leur donne bien plus de possibilités de rebond. *Idem* pour un avocat.

Qu'est-ce qui peut pousser un avocat, un ingénieur, à venir travailler à l'hôpital public vu l'équation temps passé/salaire/retraite bien moins intéressante qu'auparavant ?

C'est le volet humain, omniprésent, qui attire certains professionnels. Ils désirent s'impliquer dans leur communauté, aider leurs concitoyens, baigner dans des valeurs sociales et humaines, se réaliser dans un environnement qui n'est pas dominé par le profit financier. Et ils veulent exercer une influence sur le système de santé. Notre colloque de cet automne portera justement sur l'influence. Doit-on encore y croire ? ■

Propos recueillis par
Pascal Marion

Interview de David Levine

Oser réformer dans la bonne direction

David Levine est l'un des meilleurs connaisseurs du système de santé québécois : il en a parcouru tous les échelons de la gestion. En 2004, il a impulsé une réforme qui, selon lui, commençait à porter ses fruits.

Que reprochez-vous à la loi 10, promulguée au printemps dernier ?

Elle s'est faite sans aucune consultation des professionnels, ni du milieu médical. Et sans évaluation réelle des besoins. On a quitté un système de collaboration qui partait de la base et remontait jusqu'au ministère pour une réforme dans laquelle le ministre impose ses décisions à tous, sans consultation. Or, une réforme qui n'embarque pas les professionnels est vouée à l'échec : à l'arrivée, on ne change rien. On sait aussi qu'à contrôler tous les salariés d'une structure la créativité s'éteint. Pour innover, il faut l'autonomie. Enfin, autre danger : la gestion centralisée de la santé implique une bureaucratisation potentielle, dans un contexte où le ministère tente de gérer les coûts.

Quelle marge de manœuvre pour les cadres supérieurs et les directeurs ?

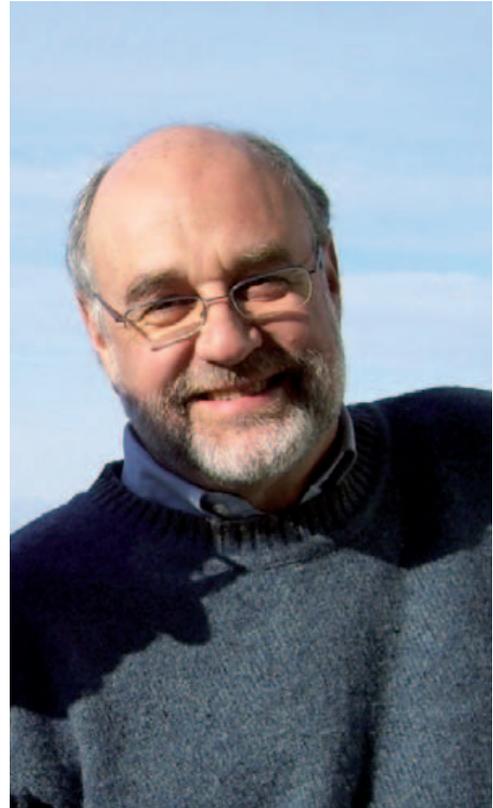
Elle est franchement réduite. Les PDG de ces méga-structures ne peuvent pas travailler au plus près du terrain.

Quand je dirigeais l'Agence de santé de Montréal, il est évident que je ne connaissais pas la vie quotidienne de tous les établissements inclus dans la région. C'est pourquoi la décentralisation est une évidence. Vous imaginez la marge de manœuvre d'un PDG quand il est nommé par le ministre, son adjoint aussi, et même le conseil d'administration tout entier !

Et vous imaginez l'ambiance de travail ! Je doute que la population y trouve son compte. À grand potentiel, grand péril !

Gaétan Barrette, l'actuel ministre, objecte que la réforme va permettre d'importantes économies.

Toutes les études le prouvent : jamais une fusion imposée n'a créé des économies significatives. Le regroupement de services administratifs comme les RH produit des économies minimes. D'autant que, lorsqu'on coupe des postes, on en voit souvent apparaître d'autres. On veut sauver de l'argent



David Levine, un CV santé bien rempli !

Son nom et son renom sont en pleine actualité québécoise. David Levine a publié en juin dernier *Santé et politique**, un point de vue de l'intérieur où il revient sur son passé en politique et, surtout, sur son expérience de gestionnaire de la santé. Dans son CV, entre autres fonctions : la gestion d'un des premiers centres locaux de services communautaires (CLSC) de Montréal, la direction générale de l'hôpital d'Ottawa, la présidence de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal jusqu'en 2012. David Levine a aussi été ministre délégué à la Santé en 2002.

David Levine est l'un des très rares membres de la communauté juive anglophone de Montréal à avoir pris fait et cause pour l'indépendance du Québec. Ce qui lui a valu de multiples attaques de la part des anglophones lors de sa nomination à l'hôpital d'Ottawa ! Il est aujourd'hui professeur à la faculté de médecine de l'université McGill et à la faculté de santé publique de l'université de Montréal.

* Éditions Boréal, Montréal

« Toutes les études le prouvent : jamais une fusion imposée n'a créé des économies significatives. »

mais on va par exemple faire appel à de nombreux ingénieurs pour seconder les cadres. Total : très peu d'argent économisé ! Il faut une vision d'ensemble, qui inclut les services cliniques, pour parvenir à des économies substantielles.

D'où vient cette absence de vision d'ensemble ?

Primo, on trouve très peu de directeurs généraux d'établissement dans l'entourage du ministre. Ses conseillers fonctionnent à partir des concepts de la haute administration, sans assumer

l'absence de vision d'ensemble. Les établissements sont désormais considérés comme une extension du ministère. Ils ne se font plus entendre. Où est la voix de la population ? La réforme se veut-elle antidémocratique ? La loi 10 retire la voix des associations d'habitants dans les conseils d'administration, désormais nommés par le ministre. Or, les patients doivent être au centre des activités. Ils avaient un rôle à jouer dans les conseils d'administration, dans les regroupements d'établissements. Ils pouvaient émettre des suggestions, des critiques et au besoin les porter dans les médias. C'est fini. J'espère que les membres des conseils d'administration nommés par le ministre compteront aussi des usagers. La vraie question : quelle autorité auront ces conseils ?

« Les médecins de famille doivent devenir les chefs d'orchestre des soins dont leurs patients ont besoin. C'est là qu'il faut investir. »

de réelles responsabilités de gestion directe des services. *Secundo*, le rôle du Trésor, bien sûr. Cette gestion donne l'impression de ne pas avoir confiance dans les gestionnaires de terrain. Le processus est le suivant : administration, collecte de données, contrôle. L'énergie est mise dans la gestion administrative et non pas clinique.

Pourtant, la réforme souhaite rendre les soins plus accessibles à la population...

Erreur, là encore ! La loi 10 abolit les associations d'établissements qui, jusque-là, bénéficiaient d'une autonomie, elle-même permettant une meilleure prise en compte des souhaits des popu-

Quelles mesures prendre alors, selon vous, pour vraiment rendre les soins plus accessibles ?

Il faut arrêter de focaliser sur l'hôpital, en faire sortir et l'argent et les spécialistes pour les inscrire dans les activités de première intention offertes par la médecine de ville. Il faut développer des cliniques médicales qui, elles, peuvent recevoir rapidement les patients pour ces soins de première intention. Mais il y a beaucoup de résistance : ni les fédérations de médecins ni celles des hôpitaux ne veulent ce changement. Et il est plus gratifiant pour un homme politique de donner de l'argent à un hôpital plutôt que d'aider à la création de plusieurs cliniques médicales.

Vous dites que la nature des soins a changé ?

Notre système répond aux besoins de soins actifs de façon rapide et efficace. Mais le rationnement se fait essentiellement dans le secteur des soins primaires, dans le domaine des diagnostics et des soins de suivi... Au fil du temps, nos besoins ont changé, passant d'un besoin de soins actifs pour guérir les infections et intervenir chirurgicalement à des besoins croissants en matière de gestion des maladies chroniques et à long terme. Je suis convaincu que nous devons trouver un moyen de passer d'un système de soins actifs centré sur l'hôpital à un système de soins de première intention, bien développé pour faire la prévention, le diagnostic, le traitement et le suivi quand une hospitalisation n'est pas requise. Les médecins de famille doivent devenir les chefs d'orchestre des soins dont leurs patients ont besoin. C'est là qu'il faut investir. Il n'est pas normal que, par manque de matériel, des cliniques médicales ne puissent pas vite réaliser des échographies, en leurs locaux, et qu'il faille alors diriger les patients vers les hôpitaux.

Que souhaitez-vous faire en 2004 ?

Il y avait un besoin d'intégration : la population avait des difficultés d'accès à un médecin de famille. Il fallait rendre plus accessibles les services de soins aux citoyens et permettre qu'ils soient mieux coordonnés, continus, sans rupture due à une organisation morcelée. Quatre-vingt-quinze centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont été créés dans la province de Québec, dont douze à Montréal. Ces CSSS regroupaient les divers établissements de leur région en leur laissant une grande

autonomie. Les efforts déployés tout au cours de cette décennie par les hauts dirigeants pour la mise en œuvre de la réforme commençaient à porter leurs fruits. Le ministre a choisi d'introduire une nouvelle réforme de structure qui risque de ralentir le résultat positif de tout ce travail.

Vous prêchez pour une intégration dans le système, fondée sur une approche populationnelle. C'est-à-dire ?

Il s'agit de travailler avec un nombre donné de population. Au plus près des habitants. Pour les zones rurales, le problème se pose peu : les gens ne bougent pas beaucoup. Mais nous avons un enjeu urbain : il faut suivre au plus près les mouvements de population. Nous avons délimité des zones de 200 000 personnes pour Montréal. Évidemment, les patients pouvaient consulter hors zone, dans l'établissement de leur choix. Mais peu à peu les gens se sont rendus dans celui qui était le plus proche de leur domicile. Cela nous a permis d'étudier au plus près les populations. Si l'on considérait par exemple que la moyenne des fumeurs à Montréal était de 18 % et qu'il y en avait 25 % dans tel quartier, pauvre la plupart du temps, l'objectif était de réduire ce taux dans ce quartier précis.

Que vous a appris votre expérience de directeur général de l'hôpital d'Ottawa ?

J'ai mieux compris les différences de gestion entre les systèmes de santé du Québec et de l'Ontario. Du côté ontarien, les dirigeants sont mieux respectés et sont « entièrement » responsables des résultats. Au Québec, les innombrables interventions du gouvernement et des agences régionales dans la gestion quotidienne des établissements ne permettent

« J'avais caressé un projet – révolutionnaire, m'a-t-on dit ! – visant à privatiser la gestion du ministère de la Santé pour qu'il devienne une société d'État sur le modèle d'Hydro-Québec. »

pas de déterminer facilement qui en est véritablement responsable. Il en résulte une culture où rien ne peut être fait sans autorisation.

Votre livre s'intitule Santé et politique. Sont-elles irrémédiablement liées ?

La politique et la santé ne font pas bon ménage et pourtant elles sont inséparables au sein du système de santé universel canadien. Celui-ci devient intrinsèquement politique par l'importance du financement public. Pour y remédier, j'avais caressé un projet – révolutionnaire, m'a-t-on dit ! – visant à privatiser la gestion du ministère de la Santé pour qu'il devienne une société d'État sur le modèle d'Hydro-Québec. Les milliards de dollars alloués à la santé étaient confiés à une régie dont le président était nommé pour cinq ans. La société faisait un rapport annuel à l'Assemblée nationale, ce qui permettait aux Québécois de savoir où va leur argent. Mais aucun parti politique n'était prêt à perdre le contrôle direct sur ces agents.

Vous vous interrogez aussi sur le poids politique d'un chef d'établissement sur le terrain.

Oui. Nous avons désormais 33 PDG nommés par le ministre, qui doivent rester en retrait et ne plus prendre la parole. Or, dans une circonscription de 25 000 habitants, par exemple, le directeur d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) est souvent le plus gros employeur. Et aussi le plus gros acheteur. Cela donne du poids à sa parole. Il joue un rôle politique, au bon sens du terme, dans sa circonscription. Jusqu'à quel point ? Je ne sais pas. Mais grâce à cette base locale politique forte, où de nombreux habitants peuvent le soutenir, il lui sera facile d'établir des rapports de force avec le ministre.

Le système est-il condamné à la sclérose ?

Non. Il faut une vision clinique et du courage. Le ministre Barrette est une personnalité imposante, il pourrait instituer cette réforme-là. Hélas ! ce n'est pas la voie qu'il a choisie. ■

Propos recueillis par
Pascal Marion

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



69^E CONGRÈS NATIONAL
17 et 18 septembre 2015

AVENIR DU SYSTÈME DE SANTÉ L'État est-il la solution ?



CONGRÈS ANIMÉ PAR RÉGIS DE CLOSETS

PROGRAMME

Jeudi 17 septembre

9h00
Accueil des congressistes

9h25
Ouverture du congrès

Résultats des élections du bureau national
Jacques BERNARD Président des opérations électorales

Allocutions officielles
Discours du **Président du SMPS**
Discours de **Marisol TOURAINE** Ministre des Affaires
sociales, de la Santé et des Droits des femmes
(ou son représentant)

10h45 Pause
Visite de l'espace exposition

11h15 Grand témoin
Le besoin d'État et ses limites
Charles PÉPIN Philosophe, écrivain et journaliste

12h15 **Présentation** de la promotion
d'EDH 53 Denis-Mukwege
par leurs délégués d'affectation

12h30 Déjeuner

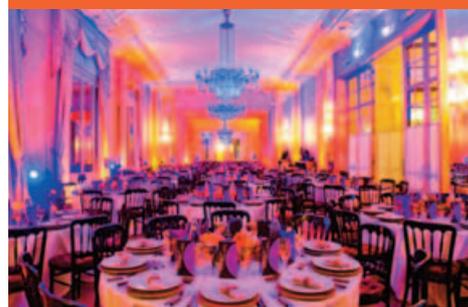
14h30 Table ronde 1
L'État est-il bon pour la santé ?
Visions françaises et internationales
Gérard VINCENT Délégué général de la FHF
Ancien président de la FIH
Rachel BOCHER Présidente de l'Intersyndicat
des praticiens hospitaliers (INPH)
Dr Jacques LUCAS Vice-président du Conseil national
de l'ordre des médecins
Antoine MALONE Attaché aux affaires politiques
et à la santé de la Délégation générale du Québec
Jean de KERVASDOUÉ Économiste de la santé,
ancien Directeur des hôpitaux

15h30 Pause
Visite de l'espace exposition

16h00 Grands témoins
Le séisme de la loi de santé 10 au Québec
David LEVINE Ancien ministre délégué à la Santé du Québec,
ancien président de l'Agence de la santé et des services
sociaux de Montréal
Carole TREMPÉ Présidente de l'Association des cadres
supérieurs de la santé et des services sociaux
du Québec (ACSSSS) - *En visioconférence*

17h00 Table ronde 2
**L'autonomie est-elle
encore possible ?**
Claude EVIN
Directeur général de l'ARS Île-de-France
Patrice BARBEROUSSE
Directeur général du CHU de Besançon
Dr Emmanuel VAN GLABEKE
Chef de service, chirurgien urologue
au CHI Robert-Ballanger, Aulnay-sous-Bois
Djamil ABDELAZIZ
Ingénieur en chef au CHU de Toulouse,
administrateur des ingénieurs hospitaliers de France

19h30 **Soirée de gala**
Cercle national des Armées



Vendredi 18 septembre



8h45
Accueil

9h00
Assemblée générale
Délégation nationale

**Intervention
de la cellule juridique**
Le juge d'instruction
Jacques BERNARD

**Présentation
du programme
du réseau**
Parité : What Health ?
Caroline CHASSIN

10h00
**Faire bouger les lignes
sans sortir du cadre :**
**reste-t-il une place pour
l'initiative dans notre
système de santé ?**

Marie HIANCE Présidente Club Jeune
Génération, Directrice adjointe, CHI
Robert-Ballanger, Aulnay-sous-Bois
Mélanie MARQUET Présidente de
l'InterSyndicat national des internes (Isnii)

10h45 Pause
Visite de l'espace exposition

11h15
Mission SMPS/Eurogroup
Consulting
**La gestion des talents
dans la FPH**
Donner de nouvelles perspectives
aux directeurs, ingénieurs et cadres

12h15
Synthèse des débats
et discours de **clôture**
Président du SMPS

12h30
Suite de l'assemblée générale :
présentation des comptes
Trésorière du SMPS

12h45 Déjeuner

14h00
Ateliers catégoriels
Directeurs d'hôpital, directeurs
d'établissement sanitaire et social,
directeurs des soins, ingénieurs et
cadres techniques, cadres soignants,
cadres administratifs,
directeurs et cadres détachés,
directeurs et cadres retraités
Vice-présidents et délégués du SMPS

LES CATÉGORIES

DH, 2015 : lost in translation ?

Voici une réforme supplémentaire, importante : la mise en œuvre des GHT, pour laquelle le SMPS s'impliquera avec loyauté. Mais nous veillerons avec autant de force à ce que notre profession soit accompagnée dans cette révolution.

Que l'on soit proche de la retraite, en milieu de carrière ou dans son premier poste, nous avons un point commun : nous avons connu une ou des réformes de notre mode d'exercice ou de notre environnement professionnel. Le côté positif ? Grâce au SMPS, un combat statutaire est chaque fois gagné pour la profession. Trois statuts en quinze ans – en 2000, 2005 et 2011 – ont définitivement installé notre corps dans la haute fonction publique. Mais ces vingt-cinq dernières années, l'organisation de l'hôpital a beaucoup évolué : depuis la grande loi hospitalière de 1991, les ordonnances de 1996, puis celles de 2003, la création de la T2A et le modelage de la gouvernance avec la loi HPST, puis entre révolution technologique, contrainte budgétaire exponentielle et demande sociale sans cesse plus forte. Il est donc normal que notre métier lui aussi – lui surtout, pourrait-on dire – ait subi, à son niveau, le même bouleversement. Après tout, la conduite du changement constitue le cœur de notre métier. Mais il faut aussi être lucide et notre travail d'élus consiste à percevoir le pouls de nos collègues, au quotidien comme au long cours.

Les sources de contentement semblent bien moins nombreuses dans ces bouleversements que les pesanteurs occasionnées. Notre métier se révèle souvent passionnant, humainement captivant mais aussi parfois ingrat. En tant qu'organisateur d'un monde complexe, nous intervenons souvent pour remédier à un dysfonctionnement. Dans cette tension, il est donc légitime de rechercher des points de stabilité, tel notre périmètre d'action. Connaître le cadre de son inter-

vention est structurant.

C'est sans doute pour cela que la mise en œuvre prochaine des GHT est certes perçue comme une nouvelle révolution utile à l'évolution du système. Oui, les GHT vont enfin permettre les rapprochements entre établissements, ils vont pallier les problèmes de démographie médicale et rendre l'hôpital public plus attirant. Mais nous pressentons que cette révolution va aussi bouleverser nos modes d'exercice et notre cadre statutaire.

Vers un nouveau foyer d'instabilité

Le SMPS a toujours porté l'idée d'une stratégie de groupe publique. Tout au long du débat parlementaire, nous avons formulé nos attentes, nos observations et nos lignes rouges. En ce qui concerne l'exercice professionnel

et ses conséquences statutaires, la réforme va constituer un nouveau foyer d'instabilité pour les directeurs. Car les questions du nombre de chefferies et des très larges périmètres d'exercice, tant pour les chefs que pour les adjoints, sont évidentes. L'inadaptation du statut actuel, pré-occupante, ne peut durer.

Le SMPS a donc déjà demandé un soutien triennal pour les directeurs, en parallèle du plan triennal d'éco-

Catégorie

directeurs
d'hôpital



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

nomies imposé (voir notre com). Grâce à nos signalements précoces, le secrétariat général des ministères sociaux, la DGOS et le CNG ont jugé nécessaire d'ouvrir

Oui, les GHT sont destinés à enfin permettre les rapprochements entre établissements, à pallier les problèmes de démographie médicale et à redonner de l'attractivité à l'hôpital public.

des discussions à l'automne sur les conséquences matérielles et statutaires de la mise en place des GHT. Les directeurs peuvent compter sur les élus du SMPS en région et au niveau national pour faire entendre leur voix et pour exiger une consultation permanente sur ce chantier majeur des prochains mois. Nous saurons faire connaître notre vision pragmatique des GHT pour l'exercice de notre profession. Nous saurons aussi faire valoir nos attentes et nos propositions, présentées ce vendredi 18 septembre au Congrès national. Tout cela afin que, via notre engagement quotidien, l'avenir de nos carrières soit aussi au rendez-vous de l'histoire hospitalière. ■

Participons à la réforme de notre corps

Pour mettre en œuvre la future loi de santé, le SMPS prône une réforme qui valorise les expertises et les responsabilités des D3S. Elle doit se penser avec les acteurs de terrain et ne pas être imposée par l'État. Pour le bénéfice des usagers, pour une meilleure qualité de vie des D3S et pour rendre le métier attirant.

Pour créer et accompagner une gouvernance intelligente des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, une concertation avec les différents acteurs s'impose. En effet, la prise en charge et l'accompagnement des personnes fragilisées demandent une participation active des directeurs d'établissement, des partenaires libéraux, des centres hospitaliers et des usagers. La loi HPST a rapproché le sanitaire et le médico-social. Mais les secteurs semblent à la fois aller l'un vers l'autre

– grâce notamment aux interventions des agences régionales de santé – et s'éloigner – à cause des conseils départementaux qui gardent une grande partie de leurs prérogatives.

Ne pas avoir une vision trop étatiste

C'est dans ce contexte qu'il faudra faire les restructurations induites par la future loi de santé. Par ailleurs, de nouvelles coopérations au service d'un parcours de l'utilisateur devront être impulsées eu égard aux flux constatés.

Rendre attractif l'exercice territorial

Il faut accompagner le changement. Les D3S font preuve de volontarisme dans la démarche qui s'engage et seront porteurs des mutations propres aux secteurs concernés. Mais une réflexion doit s'engager afin de réformer le mode actuel de rémunération et, en particulier, afin de valoriser les exercices territoriaux des chefs d'établissements et des adjoints.

Bien sûr, certains penseront que les regroupements d'établissements justifient la fusion des corps. Seul le SMPS refuse ce marché de dupes : il convient de conserver la spécificité des métiers au service des personnes accueillies dans nos établissements. La préoccupation des D3S se situe davantage dans les conditions d'exercice et dans la qualité de vie que dans une fusion, résultat d'une démarche non réfléchie.

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

Certains penseront que les regroupements d'établissements justifient la fusion des corps. Seul le SMPS refuse ce marché de dupes.

Or, ce mouvement nécessite une écoute attentive des professionnels de terrain, et en particulier des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ils disposent d'une connaissance – voire d'une expertise – du territoire et peuvent proposer de nouvelles idées, tant sur les opportunités que sur les points de vigilance.

Les regroupements sont attendus de tous mais ils ne doivent pas être décidés sans une cohérence indispensable à la qualité et à la sécurité, au service de la filière soins. Et ce avec un enjeu majeur, le parcours de vie de l'utilisateur, pour permettre une offre de proximité et de qualité, adaptée au territoire et aux populations. L'État doit donc faire confiance aux acteurs locaux et soutenir toute initiative de regroupement.

Nous devons donc proposer des idées pour l'évolution de carrière, la rémunération indiciaire et indemnitaire, et nous devons imaginer des règles éthiques en matière de détachement.

L'avenir d'un territoire dynamique, c'est avoir des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social formés, spécialisés, bénéficiant de conditions d'exercice renouvelées qui permettraient d'attirer de nombreux candidats.

La future loi de santé fait une place importante à la prévention, et je m'en félicite. La gestion des corps de direction doit impulser, elle aussi, une dynamique de prévention, par une réflexion sur la qualité de vie des directeurs, sur la base d'une cartographie des postes afin de pallier le remplacement des collègues et la multiplication des intérimis. ■

À responsabilités accrues, revalorisation du statut

La loi santé va changer nos pratiques et renforcer notre place comme corps de direction. La revalorisation de notre statut devra suivre, ne serait-ce que pour enrayer le déficit d'attractivité de notre concours.

La deuxième étape de la revalorisation indiciaire du corps des directeurs des soins est effective depuis le 1^{er} juillet. Elle fait suite à la négociation qui s'est tenue durant l'année 2013 et dans laquelle le SMPS s'est engagé dès le 5 novembre 2012, lors d'une réunion entre une délégation d'élus de notre syndicat et la DGOS. Cela a abouti au nouveau statut particulier et à la nouvelle grille indiciaire traduite par les décrets et arrêtés du 7 janvier 2014.

Rappelons que seul le SMPS s'est engagé dans cette négociation. La campagne des élections professionnelles de décembre 2014 a conduit les autres syndicats à tenter de façon plus ou moins élégante d'en récupérer les résultats alors que, lors de la publication des textes réglementaires, ils n'avaient de cesse de nous vilipender. Pour le SMPS, aujourd'hui, un seul objectif : poursuivre avec opiniâtreté le combat pour la reconnaissance du corps des directeurs des soins et valoriser cette profession indispensable aux organisations hospitalières et à la formation des professions paramédicales. Nous continuons donc à porter vos revendications afin de renforcer notre place dans les différents domaines de notre exercice professionnel et pour obtenir encore des résultats relatifs à une revalorisation indiciaire et indemnitaire.

Toutefois, cette démarche doit intégrer les objectifs découlant de la future loi de santé. Un des enjeux est lié à la nouvelle organisation territoriale de l'offre publique de santé et à la place que les directeurs des soins seront amenés à occuper. Cela concerne les deux types d'exercice en établissement de santé : la fonction de directeur des soins et la coordination générale des soins. Dans tous les cas, les organigrammes évolueront et devront intégrer un champ d'exercice élargi et des enjeux dépassant

un établissement de santé. Parce que nous sommes habitués à inclure dans nos démarches les enjeux de santé publique et institutionnels, cela ne devrait pas nous poser de difficultés. Mais il faut dès à présent accepter un changement de nos pratiques, qui renforce notre place comme corps de direction. En effet, cette évolution va engager un processus où la vision stratégique évoluera du simple domaine institutionnel vers un domaine territorial. Il appartiendra au directeur des soins de mettre en cohérence les organisations paramédicales mais aussi et surtout, en lien avec les projets médicaux et ceux des établissements, de porter des projets permettant un agencement judicieux de l'offre de soins territoriale.

En ce qui concerne la formation, nous en sommes aujourd'hui au stade des annonces, pas forcément concertées.

Il faut dès à présent accepter un changement de nos pratiques, qui renforce notre place comme corps de direction.

Toutefois, il est évident que l'objectif au niveau national est de mettre en œuvre des instituts de formation avec une quantité d'étudiants plus importante, sans qu'un nombre minimal soit aujourd'hui défini. Dans ce secteur aussi, une vision départementale semble envisagée et, pour les instituts de CHU, le but est d'en coordonner plusieurs. Dans cette part de notre exercice professionnel, les évolutions sont déjà souvent mises en œuvre ou envisagées, et celles prévues ne feront que régulariser des situations existantes. Le problème essentiel de notre corps professionnel reste sa démographie : malgré l'augmentation des places ouvertes, on déplore trop peu de candidats au concours. Cela se traduit par un

Catégorie directeurs des soins



Vice-président DS
Jérôme RUMEAU
Directeur adjoint
CH de Perpignan
Tél. : 04 68 61 66 33
jerome.rumeau@ch-perpignan.fr

nombre insuffisant de directeurs des soins en formation à l'EHESP. Pour le SMPS, la solution passe par une revalorisation statutaire en rapport avec les

missions exercées. Il est inacceptable que les directeurs des soins soient moins considérés que les autres corps de direction. Leur travail quotidien est complexe, multiple, et l'impulsion des projets, les réorganisations structurelles attendues, qui constituent les enjeux de demain, passent en partie par l'engagement des directeurs des soins. L'absence de reconnaissance et de valorisation conduira au manque de motivation. Cette absence de considération, si elle peut sembler un gain à court terme, est pour l'avenir un pari risqué, en opposition avec une véritable stratégie managériale hospitalière moderne. Il est indispensable que nos gouvernants s'engagent pour notre reconnaissance. ■

Quelle place pour la parole de l'encadrement ?

Nouvelle loi de santé, création des GHT, grande conférence de santé..., les débats autour de notre système de santé s'enchaînent, y compris pendant la période estivale.

Rapports et dossiers de presse sont diffusés ou accessibles sur les sites officiels. Tous les professionnels hospitaliers sont concernés par les changements majeurs d'organisation qui ont déjà débuté. Mais tous les acteurs ne sont pas cités dans les documents de travail ou dans les textes officiels. Lorsque l'on fait une recherche par mots clés – « cadres de santé », « cadres paramédicaux », « encadrement de santé »... –, rien, aucun résultat !

Certes, les textes décrivent les grandes lignes d'une politique et des organisations à mettre en place. Quel rôle devons-nous jouer dans les différentes étapes ? Les cadres de santé sont particulièrement concernés par certains thèmes en tant que managers de professionnels de

santé. Nous travaillons déjà autour des axes tels que « Prévenir avant d'avoir à guérir », « Faciliter la santé au quotidien » « Innover pour consolider l'excellence de notre système de santé ».

Certes, les organisations syndicales sont sollicitées pour participer aux débats. Le SMPS intervient et exprime chaque fois, souvent seul, le regard « cadre » sur les projets à venir.

Grâce à notre partenariat avec l'Unsa, le siège au Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP) nous permet également d'exprimer notre regard spécifique concernant les professions paramédicales. Mais nous ne pouvons que regretter le peu de présence de professionnels cadres ou cadres supérieurs paramédicaux ou socio-éducatifs dans les grands débats. Beaucoup pourraient apporter un regard expérimenté sur notre système de santé et l'organisation des parcours des patients, car encore proches du terrain.

Lorsque nous regardons la composition du pilotage de la « Conférence de santé » : zéro cadre paramédical. Deux directeurs de soins, soit, mais...

Des groupes de travail vont se constituer autour de :

- la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- les métiers et compétences ;
- les parcours professionnels et les modes d'exercice.

Le SMPS, sollicité directement par le comité de pilotage de la grande Conférence de santé, participera à ces groupes de travail. Mais la symbolique du comité de pilotage laisse peu d'espoirs sur la place qui sera réservée *in fine* dans les conclusions aux cadres.

Dans de nombreux secteurs, l'encadrement a travaillé au développement des pratiques avancées des professionnels de santé paramédicaux. La reconnaissance du métier d'infirmier clinicien nécessitera la réflexion autour des parcours de soins et l'articulation avec les

autres professionnels.

La loi de santé vise à « *changer le quotidien des patients et des professionnels de santé* ». Les professionnels hospitaliers que sont les cadres paramédicaux doivent pouvoir s'exprimer tant au niveau national qu'au niveau de leur futur GHT pour construire les nouvelles organisations. Le SMPS défend à cet égard encore et toujours le principe de subsidiarité pour et dans les établissements : la décision au plus près du terrain !

La coopération entre hôpitaux publics, doit, selon le texte, être « *dynamisée par le déploiement de groupements hospitaliers de territoire qui permettront aux hôpitaux proches d'élaborer un projet médical commun et de partager des missions ou des fonctions supports* ».

Les pôles et l'encadrement médico-techniques sont impliqués depuis longtemps dans ce partage de missions et de fonctions : pharmacie unique, laboratoires regroupés... Au-delà du projet médical commun, l'organisation des nouveaux fonctionnements, avec des ressources humaines contraintes, devient la priorité de l'encadrement de ces secteurs, avec en perspective une certification conjointe par la HAS.

Les cadres de pôles bi, voire tri sites, notamment nos collègues de l'AP-HP, vivent depuis plusieurs années cette nouvelle expérience. L'encadrement a fait encore une fois la preuve de son « adaptabilité », développant des compétences nouvelles dans un contexte contraint. Peu de formations sont d'ailleurs à ce jour adaptées pour nous accompagner dans nos nouvelles fonctions.

La centralisation des décisions, la présence de plus en plus forte de l'État, semble avoir des répercussions sur la dynamique interne des établissements.

Les décisions sont centralisées et certains collègues perçoivent que les échanges sont moins nombreux. Les choix tiennent de moins en moins compte des informations et possibles propositions.

La taille des GHT peut être un frein, si ce n'est à la communication, du moins aux débats.

Nous demandons une juste reconnaissance de nos compétences et de nos expériences. Participer aux débats en doit en faire partie ! ■

Catégorie cadres de santé



Bilan express d'une jeune recrue

Laetitia Larrieu est AAH depuis janvier dernier.

Formation, premières impressions, attentes : elle nous présente une profession en manque de valorisation, qui doit d'abord venir de ceux qui l'exercent.

En avril 2007, j'ai intégré la fonction publique hospitalière comme adjoint administratif. Linguiste de formation, j'ai découvert le secteur sanitaire et j'ai appris le métier à l'hôpital. En 2013, j'ai décidé de présenter le concours d'attaché d'administration hospitalière (AAH) pour revenir à ce que je préfère : l'étude de dossier, l'analyse de problématiques et la communication écrite. Je souhaitais aussi participer, à mon niveau, à l'organisation de l'accessibilité de l'offre de soins pour tous.

En ce sens, l'EHESP m'a donné une formation solide puisqu'elle transmet une culture à la fois universitaire et pratique. L'enseignement théorique est basé sur une vision globale des enjeux sanitaires et sociaux qui nous incite à envisager les problématiques actuelles de façon systémique. Durant l'année de formation, l'école prévoit des travaux entre filières qui nous aident à apprécier nos différents points de vue, ainsi que la complémentarité et la valeur ajoutée de chaque corps. La pluridisciplinarité permet d'avoir plusieurs regards sur un même objet, d'en percevoir les enjeux multiples. Un exemple ? Dans ma formation, un mémoire de module interprofessionnel, sur le thème du consentement aux soins des personnes à la rue a réuni deux DH, deux D3S, deux DS, deux AAH et deux ingénieurs. Dès le début du travail, on découvrait comment chacun abordait cette étude de cas. Le travail interfilières devrait être davantage développé pour donner une vraie place aux attachés au sein de l'école. Il permet une revalorisation des AAH, qui doit d'abord venir d'eux-mêmes.

Une situation originale

Nommée en janvier 2015 au centre hospitalier universitaire La Conception, qui fait partie de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, je suis en charge

des affaires générales. Je gère en priorité les relations avec les usagers et la communication interne comme externe, par exemple pour expliquer le changement en cours dans notre hôpital. Je participe aussi aux instances du CHU. Mon travail consiste à seconder le directeur du site et ce portefeuille de compétences me convient parfaitement vu ma formation littéraire, mon intérêt pour la médiation et la prise en compte des patients. Mais je dois encore développer mon expertise sur les questions techniques et juridiques. Ma situation est originale : j'ai été nommée dans l'hôpital où je travaillais comme secrétaire de direction avant de présenter le concours. Beaucoup de personnes, dans mon entourage, m'ont fait part de leur inquiétude à me voir retourner dans mon établissement et dans mon service d'origine, certes avec un grade différent. Mais j'ai toujours entretenu de bonnes

relations avec l'équipe et ma réussite au concours a légitimé mon retour. Chaque jour, je prends davantage d'assurance grâce à la confiance accordée par mes collègues.

S'imposer comme cadre supérieur

Je m'accomplis pleinement dans mes missions et suis très satisfaite de pouvoir jouer un rôle dans la prise en charge des malades. Celle-ci n'est pas qu'une question médicale, c'est aussi un engagement de tous les instants dans la mise en œuvre d'une conception de l'hôpital public exigeante qui a déterminé ma vocation. Je regrette juste que les représentations du métier d'attaché soient encore floues.



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

Depuis le décret de 2001, le grade a évolué. Nous sommes affectés à notre poste après douze mois de formation à l'EHESP. Mais nous demandons une meilleure reconnaissance institutionnelle, symbolique et matérielle de notre profession.

Le travail interfilières devrait être davantage développé pour donner une vraie place aux attachés au sein de l'école.

Malgré ce flou de représentation, nous devons nous imposer comme cadres supérieurs.

Je souhaite que notre recrutement soit mieux encadré et limité aux modalités prévues par la loi : le concours national et la liste d'aptitude qui doivent rester la règle. J'attends aussi que la rémunération des attachés de la fonction publique hospitalière soit alignée sur celle des attachés des autres fonctions publiques, conformément au principe de l'égalité de traitement des fonctionnaires.

J'ai bon espoir que la situation évolue favorablement. Une meilleure prise en considération de notre métier dépendra d'abord, j'insiste, de notre capacité à améliorer le regard que nous portons sur notre propre corps. Puis nous devons nous mobiliser et nous structurer pour mieux faire entendre notre voix. ■

Laetitia Larrieu, AAH. EHESP, Promotion 2014.
En poste depuis janvier 2015
à la direction du CHU La Conception (AP-HM)

Comme les ingénieurs territoriaux

Il faut profiter de la scission du cadre d'emploi des ingénieurs territoriaux pour demander au plus vite une transposition de leurs évolutions statutaires à notre corps. L'État n'a que trop tardé, malgré nos nombreuses demandes.

Le corps des ingénieurs hospitaliers a été créé en 1991 sur le modèle statutaire des ingénieurs territoriaux, qui date de 1990. Il en a depuis suivi les principales évolutions, comme la structuration des grades ou l'échelonnement indiciaire. Toutefois, avec les années, la transposition des évolutions a pris chaque fois plus de temps, et d'autres n'ont même pas été transposées.

Cela avait conduit le SMPS à formaliser en avril 2013 « 19 propositions pour rénover le statut des ingénieurs hospitaliers », dans l'objectif de corriger certains décalages importants, comme la subsistance d'un quota d'avancement de grade sans clause de sauvegarde, et d'en rattraper d'autres : développement des emplois fonctionnels, alignement indemnitaire, etc.

En dépit de promesses répétées, le statut des ingénieurs hospitaliers est, depuis, resté en l'état.

À présent, les textes relatifs à la scission des ingénieurs territoriaux en deux cadres d'emploi distincts sont à l'ordre du jour du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale. Cela se traduira par la réécriture de tous les décrets statutaires concernant la définition des cadres d'emplois, la formation, le recrutement, etc. De plus, selon la Direction générale des collectivités locales (DGCL), cela s'exprimera par une revalorisation des ingénieurs territoriaux : indices sommitaux, grade à accès fonctionnel (Graf), etc.

Le SMPS a anticipé ces évolutions envisagées depuis 2009, afin de pouvoir les transposer à la FPH, tout en respectant ses spécificités. L'affiliation du SMPS à l'UNSA a permis de travailler

se voit au nombre élevé de recrutements sous contrat.

La non-transposition de cette réforme statutaire constitue une difficulté pour les établissements publics de santé, au moment où la mise en œuvre de la loi de santé, et notamment des groupements hospitaliers de territoire (GHT), renforce le besoin d'attractivité pour le métier d'ingénieur hospitalier. Il faut vite transposer l'esprit de la réforme du cadre d'emploi des ingénieurs territoriaux à la FPH, tout en respectant les spécificités de celle-ci. C'est une question d'équité entre les trois fonctions publiques.

Pour la qualité du service public hospitalier et de celui de la prise en charge des patients, le SMPS exige de bénéficier d'experts et de managers techniques de haut niveau, que seul un statut correspondant à leurs compétences pourra

Catégorie cadres techniques



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

La question n'est pas la scission ou non du corps des ingénieurs hospitaliers, mais bien le maintien d'une similitude de statut avec les ingénieurs territoriaux, garantie d'attractivité et de mobilité.

sur ces sujets en amont avec les collègues de l'UNSA Territoriaux.

Le syndicat a donc alerté par courrier en date du 18 juin 2015 la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) de la nécessité d'une transposition rapide de ces évolutions statutaires majeures. La question n'est pas la scission ou non du corps des ingénieurs hospitaliers en deux, mais bien le maintien d'une similitude de statut avec les ingénieurs territoriaux, garantie d'attractivité et de mobilité interfonction publique, qui est un objectif gouvernemental. Le manque criant d'attractivité de l'hôpital

attirer et fidéliser. C'est dans cet esprit qu'avait été rédigée la circulaire du 23 juin 1992 relative à l'application du décret du 5 septembre 1991, portant statuts particuliers des personnels techniques de la fonction publique hospitalière. La circulaire mentionnait que « l'ensemble des domaines d'intervention des ingénieurs hospitaliers confère à ces personnels un rôle prépondérant dans le bon fonctionnement des établissements hospitaliers, notamment au regard des progrès de la recherche médicale et technologique accomplis ces dernières années ».

Pour le SMPS, ces mots sont plus que jamais d'actualité. ■

voir

Pour le lecteur de DVD



© 1964 IFC / SURF FILM. Tous droits réservés.

Mariage à l'italienne

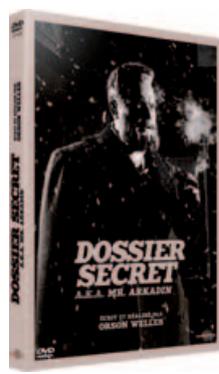
Vittorio De Sica

Pendant la Seconde Guerre mondiale, Domenico, riche commerçant napolitain, rencontre la sulfureuse Filumena. Après vingt ans de concubinage, elle attend toujours sa demande en mariage. Pour inciter Domenico à sauter le pas, elle lui fait croire qu'elle est mourante... Ce grand classique de la comédie italienne des années 1960 brosse un portrait juste, réaliste et caustique de la bourgeoisie. Le tout porté par le duo mythique Sophia Loren-Marcello Mastroianni : somptueux !

En Blu-Ray et DVD - Carlotta - 20 €



© 1954 GRAY FILM SUPERS S.A. / EURO LONDON FILMS LTD. Tous droits réservés.



Dossier secret

Orson Welles

À l'agonie, Bracco donne le nom des personnes impliquées dans son assassinat : le Russe Gregory Arkadin et une certaine Sophie. Témoin de la scène, Guy van Stratten décide de mener l'enquête... Au-delà du polar ou du film noir, c'est un fascinant film d'espionnage que signe ici Orson Welles. Cette balade baroque à travers l'Europe arrive dans les bacs dans sa version restaurée en haute définition : à (re)découvrir absolument.

En édition collector Blu-Ray et DVD

Carlotta - 20 €



Prendre le temps



© Frédéric POLETTI

par Anne Éveillard

Au théâtre

Roméo et Juliette

À la Comédie-Française

Ce sera l'un des événements de cette fin d'année : la mise en scène de Roméo et Juliette par l'administrateur de la Comédie-Française, Eric Ruf. Certes, c'est l'œuvre la plus connue de Shakespeare, mais dans cette adaptation, Ruf souhaite travailler « le soleil noir de cette pièce ». Au répertoire de la Comédie-Française depuis 1920, celle-ci n'a pas été donnée salle Richelieu depuis 1952. Son *come back* est donc à ne pas rater.

À partir du 5 décembre :

1 place Colette, 75001 Paris

Réservation : 0 825 10 16 80

Open Space

En tournée

La vie de bureau mise en scène par la comédienne Mathilda May, ça donne *Open Space*. Après le succès rencontré à Paris, la pièce tourne à travers la France. On y va pour rire, sourire, se moquer de nous-mêmes et observer sept comédiens danseurs qui, juste avec des bruitages et autres ralentis clownesques, miment interventions du patron, pauses-clopes, escales à la machine à café... Une histoire sans parole plutôt réussie.

Du 7 au 9 octobre à Mâcon,

le 12 décembre à Caluire-et-Cuire...

savoir

Expos

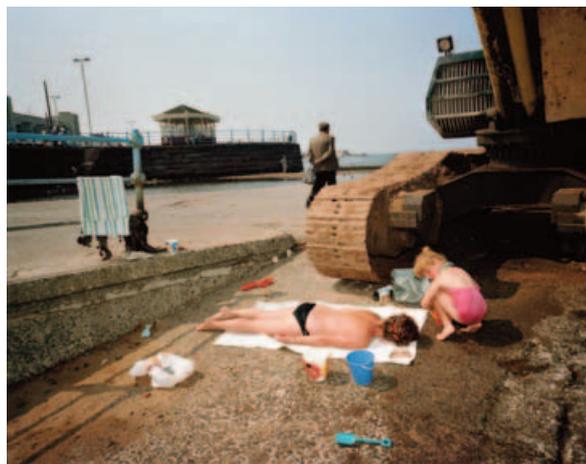
Warhol Underground À Metz

C'était il y a cinquante ans : Andy Warhol croisait la route du Velvet Underground, dont le pape du pop art allait devenir le producteur. Cette expo met en lumière l'influence de la scène musicale et de l'avant-garde chorégraphique new-yorkaises dans l'œuvre de Warhol. À voir : 150 photos, une dizaine de films et les œuvres les plus emblématiques de l'artiste, parmi lesquelles *Ten Lizes* et *Big Electric Chair*.

Jusqu'au 23 novembre,
au centre Pompidou-Metz (galerie 1)
1 parvis des Droits de l'Homme,
57020 Metz - Tél. : 0387 153939



© Steve Schapiro, courtesy the A. Gallery, Paris



© Martin Parr / Magnum Photos

Martin Parr À Evian

Life's a Beach/Evian sous l'œil de Martin Parr : tel est l'intitulé de l'expo proposée au palais Lumière. Consacrée au photographe britannique Martin Parr, celle-ci se compose de deux séries d'images : la première, *Life's a Beach*, comprend soixante photos sur le thème du tourisme et des loisirs. Quant à la seconde, elle s'articule autour de vingt photos réalisées lors d'une résidence d'été à Evian. Du Parr à part...

Du 2 octobre au 10 janvier 2016
Palais Lumière, quai Albert-Besson, 74500 Evian
él. : 0450831590

bons plans

Où passer à table ?

Chez les talents de demain

Écoles et lycées hôteliers ont leur restaurant d'application. On peut venir déjeuner ou dîner. À une différence près : ce sont des élèves qui cuisinent et servent, le temps de « travaux dirigés ». À Paris, quelques adresses valent le détour. À commencer par le « 28 »,

l'un des deux restaurants d'application de Ferrandi, où le menu gastronomique offre le choix entre trois entrées, trois plats, trois desserts (30 € au déjeuner et 45 € au dîner). Autres adresses à découvrir : le restaurant du lycée Albert-de-Mun, où l'on veille à surprendre en mariant un œuf mollet avec un



cru-cuit de champignons ou encore un filet de chevreuil avec un croustillant de choux et pommes (18 € au déjeuner, 25 € au dîner). Même scénario au CFA Médéric (17 € au déjeuner, 20 € au dîner), où les élèves se fournissent en partie dans le potager de la cour du lycée.

Lycée Albert-de-Mun :
www.albertdemun.net
CFA Médéric :
www.cfamederic.com
Ferrandi : www.ferrandi-paris.fr

Où s'échapper ?

À l'hôtel Vertigo

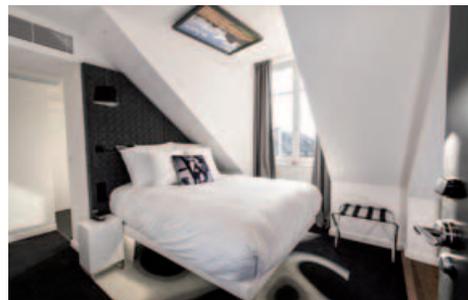
Dijon

Du *design* à Dijon ? On ne s'attendait pas à cela dans la ville aux 100 hectares d'édifices classés. Il n'en demeure pas moins que le flambant neuf hôtel Vertigo, campé dans un immeuble des années 1920, mêle le talent de l'architecte Yvon Carminati à l'audace de la décoratrice Ludivine De Brito. Ensemble, ils ont su garder la richesse historique du lieu tout en instaurant une atmosphère contemporaine, avec des pièces de mobilier signées Marcel Wanders, Pierre Paulin ou encore Tom Dixon.

À partir de 127 € la nuit

Vertigo Hôtel Spa, 3 rue Devosge, 21000 Dijon
Tél. : 0380404040

Site : www.vertigohoteldijon.com



lire

Romans

Une idée de l'enfer

Philippe Vilain

Paul, pronostique, parie, gagne, perd. Sa vie vibre au rythme des matches de foot en ligne. « *Paul est une sorte de trader contemporain. Le jeu en ligne, c'est sa Bourse à lui, son paradis artificiel, son enfer heureux* », explique l'écrivain Philippe Vilain. Toute la subtilité de son dernier roman consiste à décortiquer les ressorts qui animent l'obsession de Paul. Il a un travail, une femme, gagne bien sa vie, « *mais ce bonheur ne le rend pas heureux* ». C'est un ennui profond qui va donc le pousser à « *mettre sa vie en jeu* ».

Grasset, 16 €

Les Variations Fantômes L'Homme qui voulait cuire sa mère

Régis Descott

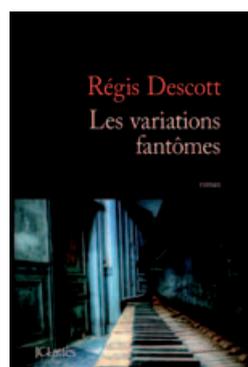
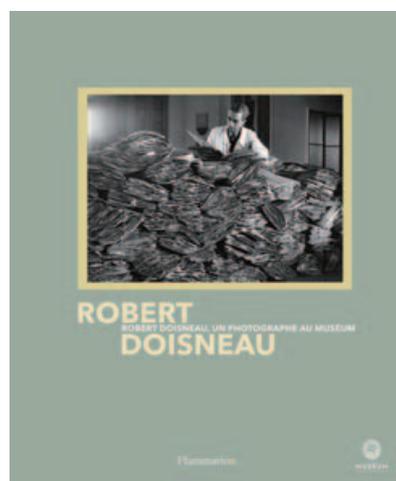
Deux livres sinon rien ! Hasard du calendrier, le romancier Régis Descott se retrouve avec deux livres sortis en même temps en librairie. Et entre les deux, difficile de faire un choix. La plume de l'auteur est tout aussi vive, acérée, libérée dans l'un et l'autre. *Les Variations Fantômes* nous entraînent dans un mystérieux château où les morts ne le sont pas vraiment. Un thriller mené tambour battant, avec une fin bluffante. Quant à *L'Homme qui voulait cuire sa mère*, coécrit avec la psychiatre Magali Bodon-Bruzel, il raconte les coulisses du service de psychiatrie du centre pénitentiaire de Fresnes. Le titre du roman fait allusion à un patient qui a décapité sa mère avant de faire cuire sa tête. Normal : sa mère était une grande cuisinière...

Les Variations Fantômes,

Jean-Claude Lattès, 19,50 €

L'Homme qui voulait cuire sa mère,

Stock, 19 €

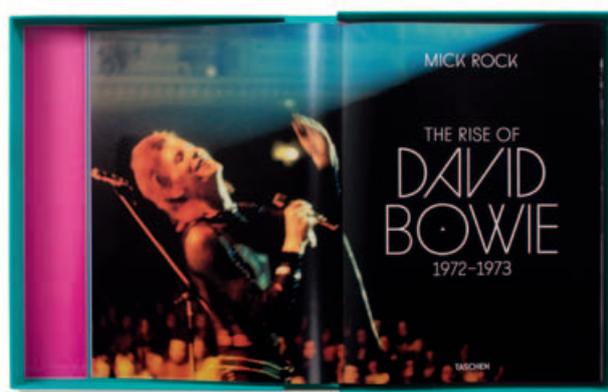


Beaux livres

Robert Doisneau, un photographe au Muséum

À l'occasion de l'expo éponyme – du 6 octobre au 13 janvier au Muséum d'histoire naturelle de Paris –, cet ouvrage retrace le travail de Doisneau au Muséum entre 1942 et 1943. Le photographe répondait alors à une commande de Maximilien Vos, frère de Théodore Monod. Doisneau complètera l'exercice un demi-siècle plus tard et les deux séries de photos se mêlent avec subtilité dans ce livre. Elles montrent la face cachée du Muséum, le quotidien de ceux qui y travaillent, des labos au jardin via la ménagerie.

En librairie le 30 septembre, Flammarion, 35 €



The Rise of David Bowie (1972-1973)

Mick Rock

C'est l'époque où Bowie devient Ziggy, cet être étrange, maquillé, perché sur des *platform shoes*, mi-homme, mi-femme. Principal témoin de cette métamorphose physique et artistique, le photographe Mick Rock. Ses images sont compilées dans ce coffret d'exception.

Taschen, 500 €

écouter

Variétés/pop/rock

FFS

Franz Ferdinand & The Sparks

Les uns viennent d'Ecosse, les autres de Californie. Et les seconds pourraient presque être les parents des premiers. Quand les Franz Ferdinand rencontrent le duo des Sparks, ça donne FFS, trois lettres pour un nouveau groupe et un album éponyme de 12 titres où chacun apporte le meilleur de ce qu'il sait faire. Du rock efficace pour les « FF » et de l'électro pop « années 1980 » pour les « S ». Un cocktail à consommer sans modération.

Domino

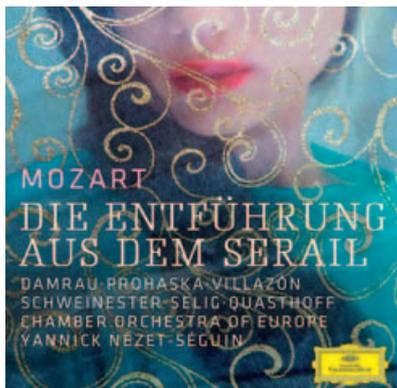


Music Complete

New Order

Le groupe britannique fait son grand retour. Leur premier album studio à voir le jour, depuis *Waiting For The Siren's Call* en 2005, arrive dans les bacs le 25 septembre. Au menu : un juste équilibre entre synthés et guitares. Les fans sont dans les *starting-blocks*.

Mute Records



Classique

The Puccini Album

Jonas Kaufmann

Pour la première fois, le chanteur d'opéra allemand Jonas Kaufmann dédie un album entier à Puccini. *La Bohème, Tosca, Madame Butterfly, Turandot...* placés sous la direction d'Antonio Pappano, à la tête de l'orchestre de l'Académie Sainte-Cécile de Rome : un incontournable de cette rentrée.

Sony

L'Enlèvement au sérail

Rolando Villazón et Yannick Nézet-Séguin

Ce troisième volet du projet que le chanteur Rolando Villazón et le chef d'orchestre Yannick Nézet-Séguin consacrent aux opéras de Mozart témoigne de l'importance prise par le compositeur salzbourgeois dans le répertoire du ténor. Enregistré en concert à Baden-Baden, Villazón y interprète Belmonte, aux côtés de Thomas Quasthoff, Anna Prohaska ou encore Diana Damrau. Une prestation plus que parfaite.

Deutsche Grammophon

Concerts



Hubert-Félix Thiéfaine En tournée

En marge de la sortie de son 17^e album studio, *Stratégie de l'inespoir*, coréalisé avec son fils Lucas, Thiéfaine reprend la route et démarre une tournée à travers toute la France. L'occasion d'une nouvelle communion avec ce fan de Lautréamont.

Le 13 octobre à Lille, les 16 et 17 octobre à Paris (Palais des sports), le 13 novembre à Lyon, le 21 novembre à Dijon, le 4 décembre à Orléans, le 5 décembre à Caen...

Festival Les Inrocks-Philips À Paris, Tourcoing, Nantes et Toulouse

Original dans sa programmation, ce festival a lieu simultanément dans quatre villes de France. Parmi les temps forts de ce cru 2015, citons Christophe, le 10 novembre au Casino de Paris, mais aussi les garçons de Fat White Family – entre pop et punk – ou les jeunes Américains de The Districts, tous présents dans les quatre villes.

Du 10 au 17 novembre

www.lesinrocks.com/musique/yntht/festival-inrocks-philips



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 €	195 €	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

smmpsante.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 : adhesion@smmpsante.fr

Site : www.smmpsante.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 :

Bureau national au 1^{er} septembre 2015

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 générale
CHR Metz-Thionville

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 adjoint
CH de Perpignan
Tél. : 04 68 61 66 33
jerome.rumeau@ch-perpignan.fr



Ronan SANQUER
Directeur adjoint
CHU de Brest
Tél. : 02 98 22 33 33
ronan.sanquer@chu-brest.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 de Blois
Tél. : 02 54 55 60 55
olivier.servaire-lorenzet@ch-blois.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
Gwenota 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



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



Trésorière nationale adjointe
Emeline FLINOIS
Directrice adjointe
GH Nord-Essonne



Délegués détachés 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

Délegués 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

Benôit 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@ch-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@chsaintmartin.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
smeps.paca@gmail.com

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-blois.fr

Suppléants hors classe

Armelle DREXLER
adrexler@chu-clermontferrand.fr

Francis FOURNEREAU
francis.fournereau@sil.fr

Titulaires classe normale

Ronan SANQUER
ronan.sanquer@chu-brest.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@hopitalnordouest.fr

Représentants au CS D3S

Titulaire

Serge GUNST
serge.gunst@ch-avesnes.fr

Suppléante

Sylvie SAQUE
direction@ehpad-lasserre.fr

Représentants à la CAPN DS

Titulaire hors classe

Jérôme RUMEAU
jerome.rumeau@ch-perpignan.fr

Suppléant hors classe

Rémy CHAPIRON
remycourrier@orange.fr

Titulaire classe normale

Marc BORDIER
marc.bordier@ch-lepuy.fr

Suppléant classe normale

Hervé QUINART
hquinart@chu-reims.fr