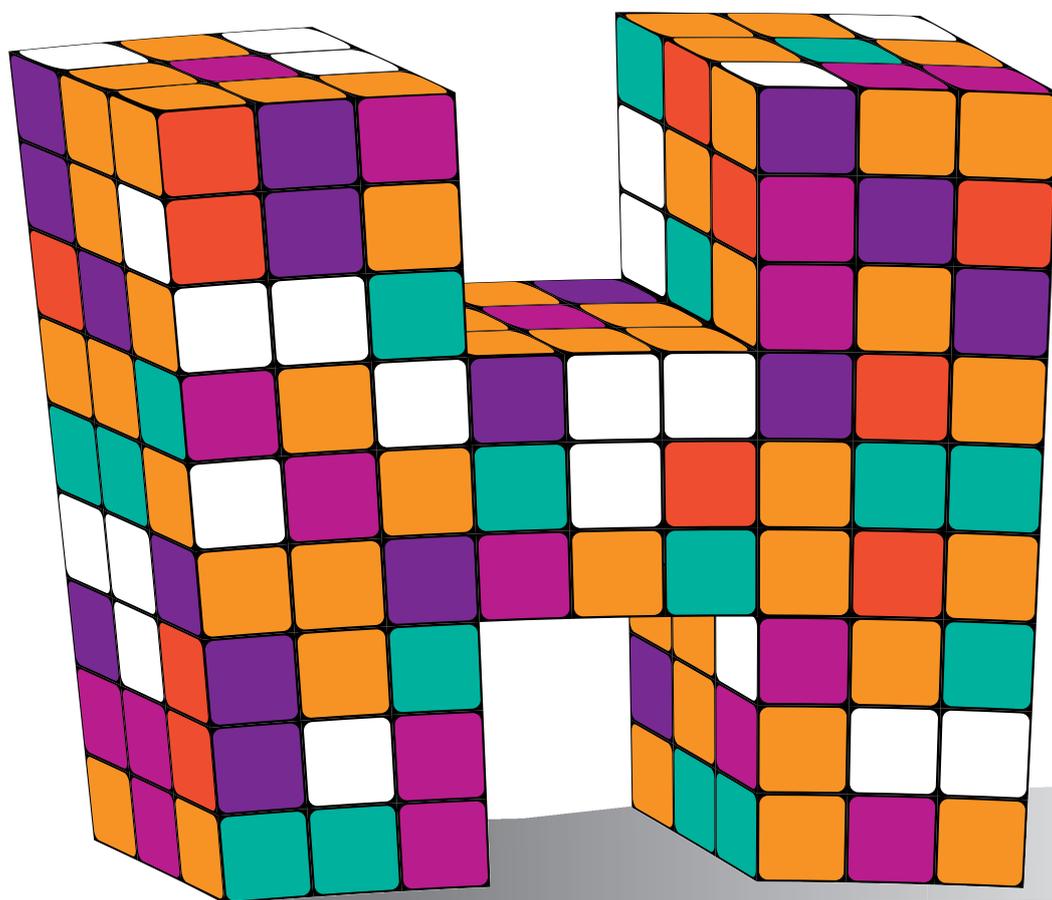


managers de santé smpps

le magazine des directeurs et cadres de la fonction publique hospitalière



Dossier

Les GHT vus par cinq chefs d'établissement



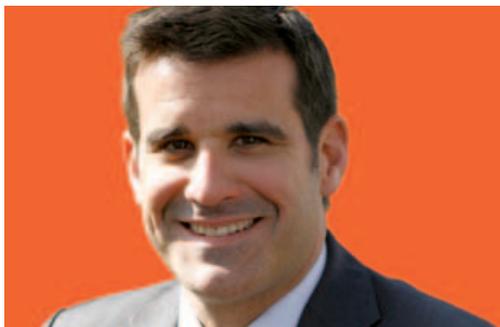
Éditorial
Une année
charnière



En coulisses
Les élus
du bureau national élargi



À la loupe
E-santé et personnes âgées



Éditorial

Jérémie SÉCHER
Président

Une année charnière

2016 sera sans nul doute une année déterminante pour les hospitaliers. La loi de modernisation du système de santé a finalement été adoptée le 17 décembre 2015, après quatorze mois de débats parlementaires. À l'article 27 de la loi, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) seront la mesure la plus structurante pour les directeurs, ingénieurs et cadres hospitaliers et médico-sociaux. Je l'ai dit dès notre congrès d'octobre 2015, les GHT constitueront un *big bang* territorial et modifieront les métiers et les fonctions de la grande majorité d'entre nous. Aujourd'hui, si le débat parlementaire a été long, une phase cruciale s'ouvre de concertations sur la déclinaison réglementaire de la loi. Le SMPS devra participer à cette concertation pour que sa mise en œuvre soit un succès. Notre syndicat a soutenu très tôt les ambitions portées par la loi, notamment dans le renforcement de la stratégie de groupe publique au travers des GHT et la participation obligatoire des établissements. Il avait cependant posé plusieurs prérequis essentiels à ce soutien.

Parmi ces prérequis, ceux de la souplesse et de la subsidiarité. Le SMPS demande que des coopérations préexistantes qui, aujourd'hui, fonctionnent sur la base d'un projet médical partagé ne soient pas détruites pour correspondre à un modèle uniforme décidé à Paris. Cette problématique rend indispensable un assouplissement du principe de l'établissement support concentrant toutes les compétences partagées. Ces dernières peuvent aussi l'être entre plusieurs établissements, supports de compétences mutualisées différentes, au sein d'un même GHT. Et sans que l'objectif d'efficacité et d'optimisation en soit affecté.

Cette souplesse, ce sera aussi celle des organigrammes. Des lignes communes doivent être définies sur la vision prospective de l'avenir professionnel et de la démographie des corps de direction, d'ingénierie et d'encadrement. Pour autant, aucun décret ne doit

fixer la composition type d'une équipe de direction ou de la ligne d'ingénierie et d'encadrement. L'adaptabilité et l'autonomie dans l'organisation demeurent des principes fondamentaux d'organisation pour nous.

La souplesse, enfin, sera de ne pas céder au gigantisme, de ne pas créer des organisations bureaucratiques et ingérables sur des territoires qui ne correspondent à aucun bassin de vie. Les pouvoirs publics devront être particulièrement vigilants à ce que les GHT recouvrent un périmètre territorial raisonnable. Cela est essentiel, tant pour les conditions d'exercice des équipes de direction, d'ingénierie et d'encadrement, mais aussi médicales et soignantes, que pour les objectifs de mutualisation de moyens à une échelle pertinente. Ces conditions ne sont pas « seulement » des prérequis pour notre syndicat. Elles sont aussi des conditions *sine qua non* pour que les GHT ne soient pas une réforme de plus, coquilles vides d'entités politiquement « invendables » ; médicalement, socialement et économiquement absurdes.

Pour garantir le succès de ces GHT, les pouvoirs publics devront compter avec et sur les directeurs, ingénieurs et cadres. Ils sont les artisans et les moteurs des réformes sur le terrain, garants de leur intelligibilité auprès des communautés hospitalières. Les directeurs, ingénieurs et cadres ne devront pas payer le prix de ces réorganisations qui les affecteront ou les affectent déjà personnellement dans leurs carrières. Aujourd'hui, ils s'engagent déjà sur les territoires, subissant des conditions d'exercice dégradées et parfois dans un flou artistique sur le devenir de leur poste ou de leur établissement. Dans ces conditions, le SMPS exigera que les GHT se traduisent par une révision complète des modalités et rémunérations des exercices territoriaux. Notre syndicat souhaite dès à présent que s'engage une réflexion approfondie sur des statuts inadaptés aux responsabilités croissantes de tous les collègues. ■



Dossier GHT

Que mille singularités s'épanouissent !

Questions à

Chantal Borne	18
Michel Glanes	20
Jérôme Goeminne	22
Marine Plantevin	24
Thierry Gamond-Rius	26

Réforme territoriale - Réforme régionale Quelles conséquences pour les établissements sanitaires et médico-sociaux ?

28



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

Hommage à Christian Poimboeuf	2
Pierre de Montalembert, nouveau délégué national	2
Le SMPS crée une cellule d'écoute en cas de difficultés professionnelles	2
CAPN et comité de sélection D3S : à quand la reconnaissance et une véritable gestion des talents ?	3
Attentats du 13 novembre : les hospitaliers répondent présent	3
Plan triennal : rencontre avec les directeurs généraux des ARS et le secrétariat général des ministères sociaux	3
CAPN DH : l'hôpital de demain sera ce que nous voulons qu'il soit ..	4
CCN DH : un soutien fort des pouvoirs publics pour faire passer les bons messages sur le terrain	4
Ingénieurs hospitaliers et cadres techniques : le SMPS demande un calendrier des promesses d'évolutions statutaires	5
CCN directeurs de soins : le SMPS demande reconnaissance et signes concrets de considération	5
Avenir des corps de direction : rencontre avec le CNG et la DGOS	5

En coulisses

Organigramme du SMPS : le bureau national élargi	6
Réunions DGOS/CNG/syndicats : quel avenir pour les corps de direction ?	8
PPCR : calendrier des premières mesures	10
Réflexion : des moyens à la hauteur des missions et des ambitions de l'EHESP	11

À la loupe

Égalité professionnelle hommes/femmes Suivi du protocole d'accord du 8 mars 2013 : rapports de situation comparée, guides de sensibilisation... What else?	12
Cour des comptes : retour à l'équilibre des comptes sociaux, une perspective différée	13
État des lieux : avantages en nature et logements de fonction	15
Retour de stage international : à 97 ans, quelle perception a-t-on de la e-santé ?	16

Club Jeune Génération

Profiter du GHT pour construire une GPMC territoriale	30
---	----

Catégories

directeurs d'hôpital	31
En 2016, je voudrais...	
directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux	32
Pour 2016, I have a dream	
directeurs des soins	33
2016, l'année de reconnaissance de notre corps ?	
cadres de santé	34
Pour 2016, un collège cadres !	
ingénieurs et cadres techniques	35
2016 apporte une première bonne nouvelle à certains contractuels	
cadres administratifs	36
Pour 2016, plus d'attractivité de nos métiers	
cadres détachés	37
En 2016, mobil(isez-vous) !	
cadres retraités	38
Pour 2016, nous attendons des preuves d'amour	

Prendre le temps

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

Adhésion/cotisation

43

Vos élus et représentants

44

Infos en bref

Décès

Hommage à Christian Poimbœuf

Nous avons appris avec une grande tristesse le décès de Christian Poimbœuf, ancien directeur des ressources humaines de l'AP-HP, mort à 60 ans des suites d'une grave maladie.

Christian Poimbœuf avait commencé sa carrière dans l'éducation surveillée, aujourd'hui protection judiciaire de la jeunesse (1979-1986). En 1988, diplômé de Sciences-Po Paris, il intègre la 28^e promotion de directeurs d'hôpital à l'ENSP. En 1991, il entame sa carrière hospitalière au CH de Melun (Seine-et-Marne) où il devient directeur des ressources humaines. De 1994 à 1997, il prend la tête du CH d'Issoudun (Indre), puis, jusqu'en 2007, il dirige la Mutualité française d'Ille-et-Vilaine. En mai 2008, il est nommé DRH au CHU de Rennes, puis rejoint l'AP-HP comme DRH jusqu'en mars 2015.

Notre syndicat souhaite rendre hommage à un grand hospitalier, qui a toujours fait preuve d'un grand sens de l'écoute et du dialogue social. Christian Poimbœuf, collègue courageux et solidaire, savait aussi soutenir ses collègues directeurs dans leur difficile mission. ■

Délégation nationale

Pierre de Montalembert, nouveau délégué national

Le 28 septembre 2015, Pierre de Montalembert, qui succède à Olivier Falanga, a rejoint Élodie Chapel comme délégué national. Au sein de l'équipe permanente, il a la charge de la coordination de la délégation nationale, de la veille stratégique et réglementaire, de la défense individuelle, de l'animation du réseau régional et de la préparation des instances aux côtés des élus. Diplômé de Sciences-Po Paris, titulaire d'une licence

de philosophie, ancien élève de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), Pierre de Montalembert, 32 ans, se trouvait en détachement à la FHF Île-de-France depuis février 2013. Auparavant, il avait travaillé aux centres hospitaliers de Lisieux et Pont-l'Évêque (Calvados), en ayant la charge des affaires générales, de la qualité et des projets, puis comme responsable du secteur médico-social. ■

Défense

Le SMPS crée une cellule d'écoute en cas de difficultés professionnelles

Le SMPS renforce ses outils dédiés au conseil et à la défense individuels, que portent conjointement la délégation nationale, les élus et la cellule juridique coordonnée par Jacques Bernard. Le Conseil national a décidé la création d'une cellule d'écoute spécifique pour les collègues en butte à des difficultés professionnelles. Impulsée par Florence Quiviger, la cellule est ouverte depuis le 1^{er} décembre dernier et composée d'adhérents, professionnels de terrain, sensibilisés sur le sujet. Objectif principal : permettre à un adhérent, quel que soit son corps d'origine, de se confier sans jugement local ni parti pris et d'analyser avec un professionnel la nature de la difficulté rencontrée. La ou le collègue pourra examiner les recours dont elle ou il dispose pour prendre de la distance, et même se voir diriger vers un interlocuteur plus pointu. Parvenir à se livrer

pour commencer à se délivrer, en s'appuyant sur l'entraide professionnelle : voilà le but. La cellule a vocation à s'inscrire dans un réseau de prévention des risques psychosociaux et à objectiver les données dans ce domaine. À terme, des comités de retour d'expérience ou des ateliers d'évaluation des pratiques peuvent être envisagés avec les volontaires, sortis de leurs difficultés. Alors, n'hésitez pas à composer le 01 40 27 52 32. ■



CAPN et comité de sélection D3S

À quand la reconnaissance et une véritable gestion des talents ?

Lors du comité de sélection et de la CAPN D3S du 16 décembre 2015, le SMPS a rappelé qu'il maintiendrait sa vigilance face aux enjeux, pour notre système sanitaire et médico-social, des futures restructurations. Le corps des D3S souffre d'un manque d'attractivité au concours et de départs massifs du corps. De nombreux postes à pourvoir restent vacants, ou n'attirent que peu de candidatures. Des établissements, parfois même des territoires, font l'objet d'une désaffection préoccupante. Dans le même temps, de nombreux collègues partent en détachement, souvent dans le corps des directeurs d'hôpital, ou vers d'autres structures. Cette désertion inquiétante du corps des D3S menace le bon fonctionnement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Comment expliquer cet état de fait ? Par une rémunération indiciaire et indemnitaire inadaptée et par des conditions d'exercice particulièrement difficiles : isolement, gardes permanentes, prolifération des directions multiples. Il devient urgent de trouver des solutions et de négocier un nouveau protocole statutaire. Nous serons attentifs aux effets liés au contexte d'exercice de certains collègues. Et nous maintiendrons notre vigilance sur les conditions d'accompagnement proposées par les pouvoirs publics à ceux qui pourraient se trouver en difficulté, du fait soit de mobilités imposées, soit de la dégradation des conditions de travail.

Le SMPS a déterminé plusieurs éléments qui militent pour une refonte globale de la rémunération, de la formation, des parcours et de l'animation des cadres et cadres dirigeants :

- la restructuration territoriale de l'offre de soins a pour conséquence de concentrer les établissements, quelle

que soit la forme juridique adoptée. Les budgets et la masse salariale gérés par les directeurs et les cadres deviennent de plus en plus importants, ce qui induit une augmentation des responsabilités et une profonde transformation de la gestion des établissements les plus importants, en particulier, mais aussi des autres. Cette évolution touchera tous les établissements, engendrant en cascade des évolutions de cœur de métier comme de périmètres de responsabilité pour l'ensemble des directeurs ;

- les nouveaux postes de chefs d'établissement et de directeurs adjoints qui naîtront de ces restructurations territoriales nécessiteront une formation et des compétences différentes. On constatera de moins en moins d'équivalence, en termes de responsabilité engagée et de budgets gérés, avec les postes comparables de hauts fonctionnaires dans les autres fonctions publiques.

Pour le SMPS, une formation spécifique de D3S doit être préservée afin de traduire la volonté politique plus que jamais nécessaire d'investir le social et le médico-social. Celui-ci en particulier a besoin en urgence d'une stratégie volontariste de groupe publique, à l'instar des GHT, pour ne pas être une nouvelle fois le grand oublié des réformes. Cela permettra de reconfigurer les emplois de D3S en autorisant l'identification de nouveaux emplois fonctionnels sur les territoires, et l'exercice en équipe pour les adjoints. Cette stratégie ambitieuse ne pourra cependant advenir que parallèlement à une forte revalorisation indiciaire et indemnitaire. Les D3S ne pourront porter ces modifications importantes que s'ils sont reconnus dans leurs métiers et dans leurs rémunérations. ■



Attentats du 13 novembre Les hospitaliers répondent présent

Le SMPS salue l'action des hospitaliers et de leurs partenaires, équipes de sécurité et de secours, qui ont fait face à l'afflux de blessés durant tout le week-end des attentats perpétrés à Paris le 13 novembre dernier. Il rend hommage à l'action déterminante des professionnels qui ont coordonné les plans blancs à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et dans de nombreux établissements d'Île-de-France. La communauté hospitalière a une nouvelle fois démontré sa responsabilité, sa compétence et son dévouement. De nombreux professionnels sont revenus spontanément à l'hôpital pour aider leurs collègues et montrer leur solidarité dans cette épreuve. Solidarité, fraternité, courage, abnégation et altruisme : autant de valeurs qui unissent au quotidien les hospitaliers. Le SMPS dit sa fierté d'appartenir à cette communauté d'hommes et d'idées, socle essentiel de notre République. Lors des différentes instances qui ont eu lieu depuis, la directrice générale du CNG, Danielle Toupillier, a d'ailleurs vivement remercié les professionnels de la FPH. ■

Plan triennal

Rencontre avec les directeurs généraux des ARS et le secrétariat général des ministères sociaux

Le 14 octobre dernier, lors de cette rencontre, le SMPS est revenu sur le plan triennal et a mis en garde contre la dégradation du climat social dans les établissements. Il a rappelé que les feuilles de route stratégiques ont parfois été extrêmement encadrées jusqu'à devenir des feuilles de route opérationnelles avant l'heure. Le SMPS a donc demandé une clarification de la méthodologie de mise en œuvre du plan triennal entre l'État, l'Assurance Maladie et l'Anap, alors que chaque semaine apporte son lot d'injonctions contradictoires. Revenant sur la campagne d'évaluation des directeurs, le SMPS a enfin pointé le caractère hétérogène de l'évaluation selon les territoires et les retards dans les transmissions, tout en soulignant que les processus d'évaluation ont connu une réelle amélioration et se déroulent dans un climat plus serein. ■

CAPN DH

L'hôpital de demain sera ce que nous voulons qu'il soit

Lors de la CAPN du 15 décembre, les directeurs ont fait valoir qu'ils ne reçoivent aujourd'hui ni messages d'intention, ni messages concrets de la part des pouvoirs publics, ni visibilité sur leur avenir dans le cadre des GHT. Ils souhaitent aussi ardemment une clarification des conditions budgétaires de 2016, dans le cadre du nouvel EPRD. Il y a risque de tétanie des directeurs face à un projet dans lequel ils ne se reconnaissent ni collectivement ni individuellement. Or, on ne mène aucune bataille dans ces conditions. En ce qui concerne le plan statutaire, notre syndicat a souligné une nouvelle fois la nécessité d'avancer sur les sujets bloqués : accompagnement individualisé face aux mobilités ; renégociation des primes et indemnités couvrant tous les exercices multisites, mais aussi la direction com-

mune et l'intérim, y compris pour les directeurs adjoints confrontés à cet exercice multisite. Il faut aussi parvenir à des avancées sur la suppression des quotas, l'élargissement des emplois fonctionnels, et celui du Graf pour les DH, la transposition des mesures obtenues par les administrateurs territoriaux et par ceux de l'État. Pour l'ensemble des thèmes, le SMPS rappelle qu'il appartient aux pouvoirs publics de donner des signes de confiance nécessaires afin de mobiliser les directeurs sur des points qui demanderont de l'énergie supplémentaire. Et ce alors que les collègues sont épuisés et que les évolutions en place menacent potentiellement leur avenir professionnel et personnel.

Or, lors de la CAPN du 4 novembre, le guichet unique a répondu par un veto sans appel, arguant « *qu'il n'y a pas de*

restructurations majeures aujourd'hui à l'hôpital ». Comment entendre ce mépris et rester responsable ? Aujourd'hui, la solution se résume trop souvent à pressurer jusqu'à épuisement les acteurs – directeurs, représentants des ARS, du ministère ou du CNG – les plus investis et les plus désintéressés dans l'exercice de leur fonction, pour combler les déficits de vision politique. Ce système ne peut que courir à sa perte.

Le SMPS a prouvé sa volonté d'avancer de façon positive ; il a proposé de rénover en profondeur la gestion des cadres dirigeants par une vraie politique de gestion des talents. Pourtant, dans ce domaine aussi, toutes les missions d'études sur les hauts potentiels et celles concernant la nouvelle conception de l'encadrement n'ont jusqu'à présent été proposées qu'à la fonction publique d'État. ■

CCN DH

Un soutien fort des pouvoirs publics pour faire passer les bons messages sur le terrain

Lors du CCN du 2 décembre, traitant de l'avenir du corps des directeurs d'hôpital, le SMPS a alerté les pouvoirs publics sur leurs conditions d'exercice dégradées dans un contexte de forte tension liée au plan triennal et de réelles incertitudes sur la perspective des futurs GHT. Jérémie Sécher a déclaré insuffisante la réponse apportée concernant l'accompagnement collectif et individuel des directeurs d'hôpital. Le SMPS a souligné le travail essentiel effectué par le CNG et la DGOS quand des crises majeures sont portées à leur connaissance. Mais, dans le contexte actuel qui amène à s'interroger sur le positionnement, voire l'avenir personnel, de chaque directeur, il semble évident qu'ils ne possèdent plus les moyens de répondre.

Les pouvoirs publics doivent donc d'urgence mettre en œuvre un dispositif d'accompagnement d'envergure, collectif et individuel, et bien évidemment statutaire. Il faut redonner de la visibilité aux directeurs d'hôpital, sur leurs projets professionnels immédiats comme sur leurs carrières. Comment imaginer qu'ils porteront le changement au sein des établissements sans disposer de perspectives suffisantes ? Comment espérer que les directeurs se montrent opérationnels dans un dialogue social toujours plus complexe ? Comment faire passer les bons messages aux présidents de CME récemment élus ? C'est le sens de notre action que l'on remet en question. Le SMPS prend bonne note de la séance de travail prévue avec la DGOS et le CNG sur les dis-

positifs d'accompagnement. Il redit cependant que ce dispositif est urgent et ne peut se tenir en avril 2016 ! Le SMPS demande une contraction des premières séances et la progression sur ce sujet majeur pour proposer des solutions rapides. Cette discussion doit avoir lieu maintenant car, sur le terrain, les changements se profilent dès aujourd'hui.

Que dire aussi des nombreux blocages apparents relatifs aux discussions statutaires ? Le SMPS a sollicité des interventions du ministère de la Santé auprès du guichet unique pour que la réforme des emplois fonctionnels se tienne enfin. En réponse, une demande effectuée par le ministère d'une réunion interministérielle sur le sujet a été annoncée.

Le SMPS a aussi évoqué les nécessaires adaptations d'un statut aujourd'hui inadapté, destinées aux nouveaux exercices des directeurs, et portant notamment sur la rémunération des intérimaires et sur les exercices territoriaux des chefs et adjoints. Plusieurs millions d'euros d'économie sont attendus en extrapolant le solde démographique actuel des directeurs. Le SMPS soutient qu'une partie de ces économies peut autofinancer les évolutions statutaires. Les directeurs ont besoin d'un appui fort de leur ministère et de messages concrets. Car, aujourd'hui, il revient aux directeurs présents sur le terrain de faire passer les messages aux communautés hospitalières et aux partenaires sociaux, dans le cadre d'un plan triennal inédit et de la création des GHT, aux périmètres encore trop flous, qui viendront modifier leurs conditions d'exercice. ■

Ingénieurs hospitaliers et cadres techniques

Le SMPS demande un calendrier des promesses d'évolutions statutaires

Reçus le 7 octobre 2015 par le directeur général de l'offre de soins (DGOS), Jérémie Sécher et Jean-Marc Novak ont demandé un calendrier précis des promesses d'évolutions statutaires des corps techniques. Ils ont rappelé que le corps des ingénieurs hospitaliers, historiquement créé sur le modèle statutaire des ingénieurs territoriaux, en avait depuis suivi les principales évolutions, mais souvent avec retard. Le SMPS avait d'ailleurs formalisé en avril 2013 « 19 propositions pour rénover le statut des ingénieurs hospitaliers » afin de rattraper et de corriger déjà certains décalages importants. Jérémie Sécher et Jean-Marc Novak ont souligné la nécessité d'avancer sur ce dossier dans un souci d'équité entre les trois fonctions publiques.

Le manque de transposition rapide 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 GHT, rend la question de l'attractivité du statut des ingénieurs hospitaliers particulièrement importante.

Annoncée par la DGOS il y a un an, la transposition courant 2015 d'un nou-

veau mécanisme de régime indemnitaire pour les ingénieurs et les techniciens est restée sans suite. Le SMPS a réitéré sa demande d'expérimenter rapidement ce nouveau régime indemnitaire pour les ingénieurs hospitaliers, puis de le transposer prioritairement pour les autres cadres techniques, en ayant pour objectif d'harmoniser leur régime indemnitaire avec celui des corps comparables d'ingénieurs d'État et territoriaux.

Pour le SMPS, les avancées statutaires des ingénieurs devront impérativement s'accompagner des mêmes avancées pour les techniciens et les techniciens supérieurs. Le syndicat pense nécessaire de revoir toute la structure des corps techniques, en étudiant notamment l'impact des GHT. Par exemple, la création d'un corps d'assistant ingénieur, comme il en existe déjà dans certains ministères, permettrait de mieux reconnaître et de valoriser les responsabilités et l'expertise des techniciens. Idem pour les diplômés allant de bac + 2 à bac + 5, comme les licences professionnelles. Et ce pour enfin créer une passerelle effective vers le corps des ingénieurs. ■



Avenir des corps de direction

Rencontre avec le CNG et la DGOS

Le 20 novembre dernier, lors de cette rencontre avec les pouvoirs publics, le SMPS a fait savoir ses craintes quant à la réalité des recompositions territoriales et budgétaires à l'œuvre. Il a ensuite évoqué l'avenir des corps de direction et s'est interrogé sur la grande difficulté du ministère de la Santé à faire avancer des questions statutaires, tout aussi concrètes pour les directeurs des trois corps. De quel nouvel état des lieux aura-t-on besoin pour considérer qu'un CHU dont le budget dépasse le milliard d'euros a besoin d'emplois fonctionnels d'adjoints ? Trouve-t-on suffisant qu'un D3S qui gère deux établissements en direction commune presque seul perçoive une indemnité totale de 390 € par mois ? Et un DH, 580 € quel que soit le nombre d'établissements ? Quelle justification donne-t-on encore pour qu'un directeur des soins non logé ait une part fonction plafonnée à 4 ? Le SMPS a demandé à revoir les statuts obsolètes des directeurs alors que les exercices territoriaux deviennent la norme. Il s'est satisfait de l'obtention d'un calendrier de discussions statutaires pour les trois corps, demande adressée au directeur de cabinet de la ministre par Jérémie Sécher début novembre. Mais nous avons regretté que le calendrier proposé repousse trop loin certaines discussions, tels les dispositifs d'accompagnement des collègues dans le cadre de la mise en place des GHT. ■

CCN directeurs de soins

Le SMPS demande reconnaissance et signes concrets de considération

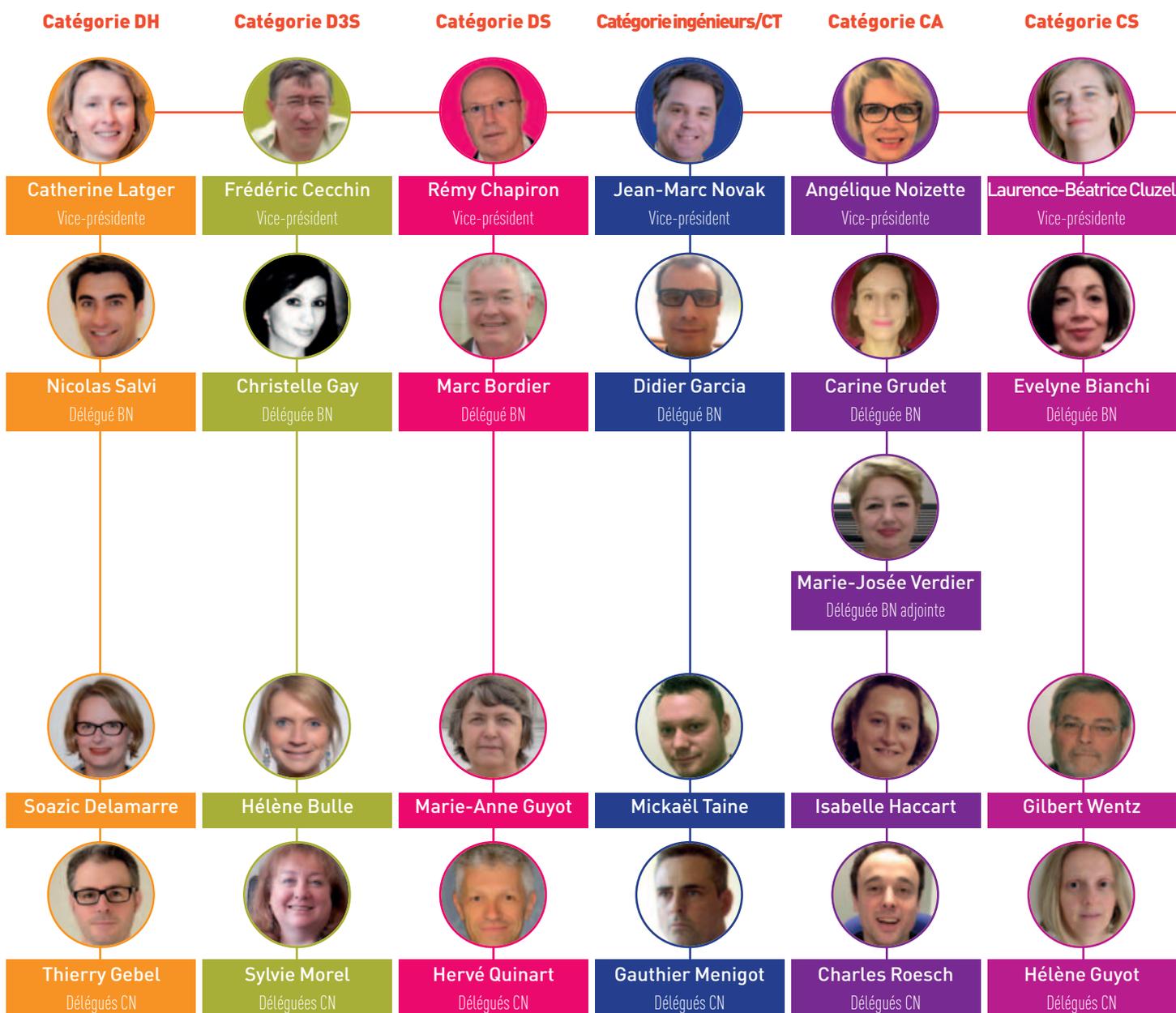
Le 18 novembre, lors de cette instance, vos élus ont rappelé les positions fermes du SMPS dans un contexte de politique sanitaire en pleine mutation pour lesquelles les directeurs des soins seront pleinement mis à contribution. Ils ont regretté qu'à l'heure de la mise en place des GHT, les effets des mutations à venir sur le positionnement, sur les fonctions, voire sur la pérennité du poste de chaque directeur des soins, ne soient aujourd'hui identifiés ni clairement ni de façon exhaustive. Il conviendra toutefois impérativement de les prendre en compte dans la reconnaissance du corps, y compris dans ses aspects concrets de revalorisation statutaire. L'impact des GHT devra aussi faire l'objet d'un accompagnement individuel pour chaque collègue concerné, par le CNG. Réagissant aux propos du SMPS, le CNG a fait preuve d'une écoute attentive et bienveillante. La présidente de séance a apporté des éléments de réponse sur le bilan de la PFR, le concours d'accès au corps et la constitution des groupes de travail en perspective. Rendez-vous en page 33, catégorie DS, pour connaître précisément la liste des revendications que le SMPS souhaite voir aboutir. Et pour plus d'informations sur les actualités, cliquez sur notre site www.smpsante.fr, catégorie Directeurs des soins. ■

En coulisses

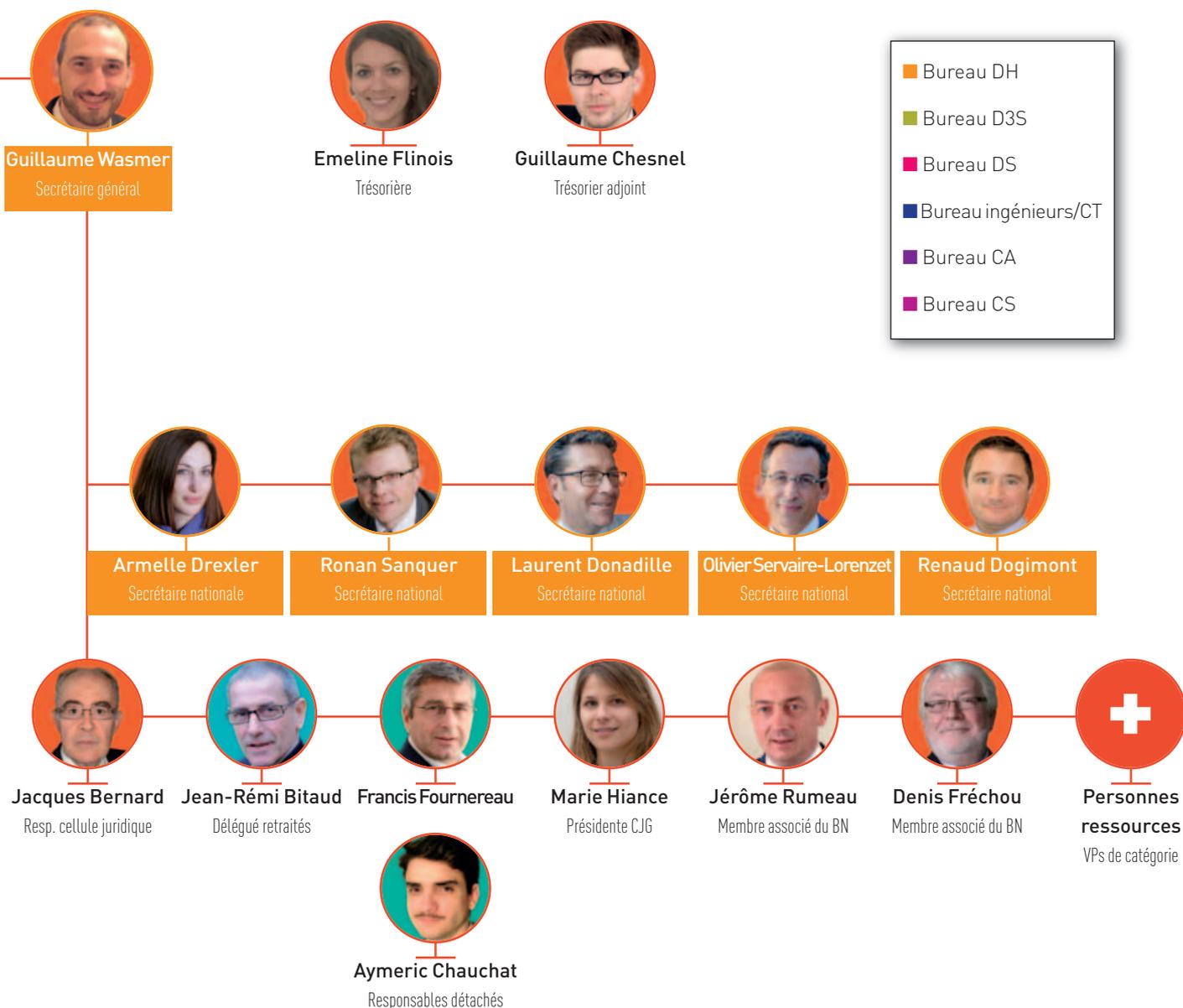
Organigramme du SMPS

Le bureau national élargi

PRÉSIDENT
Jérémie Sécher



Le bureau national du SMPS au complet ! Les vice-présidents de catégorie ont procédé à l'élection des délégués qui viendront les appuyer au bureau et au conseil national durant tout le mandat.
 À noter également du renouveau à la trésorerie et dans la catégorie Détachés.
 N'hésitez pas à les contacter !



Réunions DGOS/CNG/syndicats

Quel avenir pour les corps de direction ?

Quels métiers exerceront demain les directeurs d'hôpital, directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social et directeurs des soins ? Quel organigramme pour les futurs groupements hospitaliers de territoire ? Quel statut pour les directeurs à la tête d'un établissement support ? Et quelle valorisation pour les directeurs de site ? Ces questions ne donnent qu'un aperçu de l'ensemble des sujets traités dans le cadre des réunions qui ont lieu entre le CNG, la DGOS et les syndicats de directeurs.

Dans le cadre du protocole d'accord relatif aux personnels des trois corps de direction de la FPH signé en juillet 2011, un engagement à mener une réflexion sur l'évolution démographique de ces corps a été inscrit avec un double objectif : assurer le renouvellement générationnel à court terme et anticiper les mutations des corps à moyen et long termes. Pour ce faire, le CNG, la DGOS et les syndicats représentant les corps de direction se rencontrent régulièrement.

À la demande du SMPS, des objectifs ont été fixés pour les six prochains mois visant à clarifier plus particulièrement les impacts des GHT sur les lignes managériales, les dispositifs d'accompagnement collectifs et individuels consécutifs aux changements de postes, les évolutions de statut et de métier des trois corps de direction. Deux chantiers principaux ont occupé les précédentes réunions : l'analyse prospective de l'évolution démographique des corps de direction et l'enquête en ligne concernant les personnels de direction et d'encadrement lancée cet été par le ministère de la Santé.

Analyse prospective des corps de direction : trois modèles proposés

Lors de la réunion du 20 novembre 2015, le CNG a présenté une analyse prospective (2014-2030) de l'effectif des trois corps de direction. Cette étude tient aussi compte de la structuration actuelle des établissements, et se fait donc hors réorganisation due aux recompositions territoriales en général – directions communes et GHT. Le modèle suppose aussi une stabilité du nombre de postes de directeurs proposés au concours. Trois modèles ont été proposés.

Sans changement statutaire significatif entre DH et D3S

- DH : l'effectif total évoluerait de 3 106 en 2014 à 3 152 en 2030, avec une intégration majoritaire par la voie du concours à compter de 2017. Pour mémoire, en 2014, l'intégration obtenue après concours a concerné 34 per-

sonnes, tandis que 93 collègues sont devenus DH après une nomination au tour extérieur ou à un détachement. Si l'on prend en compte les DH en activité dans les établissements, donc sans les collègues en détachement, mis à disposition, ou encore en disponibilité, on passerait de 2 531 à 2 578 DH entre 2014 et 2030 ;

- D3S : l'effectif total tomberait de 1 875 en 2014 à 1 848 en 2030 : si le corps se stabilisait à partir de 2019, les entrées ne pallieraient pas les départs, notamment l'intégration dans le corps des DH et les départs à la retraite. Le nombre de D3S en établissement augmenterait de 1 633 à 1 556 entre 2014 et 2030.

Avec rapprochement statutaire des corps de directeurs, notamment D3S et DH, mais sans fusion

Le taux de D3S en détachement diminuerait alors de 12,5 % à 9 %, ce qui aurait des conséquences importantes :

- DH : l'effectif total tomberait de 3 106 en 2014 à 3 059 en 2030, avec une intégration majoritaire par la voie du concours à compter de 2022. La décélération du tour extérieur, de l'intégration et du détachement produirait ses effets dès 2017. Avec ce scénario, le corps des DH se réduit jusqu'en 2020, puis augmente progressivement pour retrouver son niveau actuel à l'horizon 2030. Si l'on prend en compte

Il s'agit d'assurer le renouvellement générationnel à court terme et d'anticiper les mutations des corps à moyen et long termes.

les DH en activité dans les établissements, on passe de 2 531 à 2 502 DH entre 2014 et 2030 ;

- D3S : l'effectif total tomberait de 1 875 en 2014 à 1 835 en 2030. Car si le corps se stabilisait à partir de 2019, les entrées seraient de nouveau insuffisantes pour pallier les départs. Le corps des D3S se réduirait jusqu'en 2020 puis augmenterait progressivement pour retrouver son niveau actuel à l'horizon 2030, comme pour les DH. L'effectif des D3S en établissement diminuerait ainsi de 1 633 à 1 609 entre 2014 et 2030.

Avec fusion des corps DH et D3S

- On passerait de 4 823 directeurs, D3S et DH confondus, en 2016 à 5 016 directeurs en 2030. Le nombre de directeurs en effectif dans les établissements évoluerait de 4 136 à 4 312 durant la même période.
- Le CNG construit ces estimations en pariant sur une diminution du nombre de départs à la retraite chez les D3S, pour prendre en compte un régime statutaire et indemnitaire plus favorable grâce à la fusion des corps... à supposer que ce régime plus favorable soit en effet mis en place !

Dans tous les scénarios, le nombre de DS devrait connaître une augmentation de 10 % environ, pour augmenter de 806 à 880 entre 2014 et 2030. Le nombre de DS en activité dans les établissements grossirait, lui, sur la même période, de 754 à 823. Ce scénario suppose toutefois de résoudre le problème majeur d'attractivité que connaît aujourd'hui le corps et pour lequel le SMPS propose des solutions fortes (voir l'article de la catégorie DS, p. 33). Transférer les études paramédicales à l'université aurait aussi des conséquences pour les collègues dirigeant des écoles de formation. ■

Elodie Chapel
Pierre de Montalembert

CORPS CORPS DE CORPS DE DIR CORPS DE DIRECTION

CORPS DE DIRECTION CORPS DE DIRECTION

Proposition de calendrier et de thèmes de réunion

Calendrier prévisionnel des réunions

Quelles lignes managériales
pour les GHT ?

Vendredi 22 janvier 2016

Finalisation du travail sur les lignes managériales
et gouvernance des instituts de formation

Vendredi 26 février 2016

Projections des évolutions démographiques des corps
de direction et de renouvellement des corps, à l'aune
des hypothèses d'organisation en GHT

Quel accompagnement ?

Jeudi 24 mars 2016

Typologie et critères pour les emplois fonctionnels
et dispositifs indemnitaires

Vendredi 22 avril 2016

Dispositifs d'accompagnement

Mardi 31 mai 2016

Révision des statuts particuliers et d'emploi fonctionnel
À la suite de ce travail, à compter du mois de juin,
il est proposé de mener en lien avec l'EHESP
un travail sur les référentiels métiers et la révision
des maquettes de formation.

PPCR

Calendrier des premières mesures

L'accord relatif à l'avenir de la fonction publique, celui de modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations (PPCR), est historique. On n'a pas vu de spectre aussi large ni de cadencement unique des mesures pour les trois versants depuis le protocole Durafour de février 1990. Et certaines mesures entrent en vigueur dès janvier 2016 !

Objectif de l'accord PPCR : aboutir en 2016 à la publication de l'ensemble des 500 textes indiciaires ou statutaires qui détailleront la montée en charge des PPCR jusqu'en 2020. Jamais la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) n'aura dû produire autant de textes en si peu de temps. La mise en œuvre donnera lieu à des consultations auprès des hautes instances, Conseil commun de la fonction publique (CCFP) et conseils supérieurs, mais pas à de nouvelles négociations.

D'ores et déjà, des mesures législatives sont prises ou sont en cours de l'être. Dans la loi sur la déontologie, l'article 24 traite des règles de mobilité entre versants et au sein d'un même versant. L'article 24 bis a trait à l'affectation des fonctionnaires. Un amendement a été déposé au projet de loi de finances (PLF) 2016, qui précise le rythme unique d'avancement, l'effet à la date de la première revalorisation, et la conversion prime/points. Une négociation salariale se tiendra dès février 2016, qui donnera l'occasion d'examiner la revalorisation du point d'indice.

Conversion prime/points

Une partie du montant indemnitaire perçu sera transformée en points d'indices majorés intégrés à la grille

de rémunération. Cela s'appliquera lors de l'intégration dans les nouvelles grilles indiciaires. Ainsi, au 1^{er} janvier 2016, la grille des corps de catégorie B sera revalorisée de 6 points d'indices majorés avec la transformation de 277,80 € de primes en points d'indice. Au 1^{er} janvier 2017, cela concernera la catégorie C par l'attribution de 4 points dans la grille avec la transformation de 166 € de primes. Pour les corps de catégorie A, dont les A+, la grille sera revalorisée de 4 points au 1^{er} janvier 2017 avec la transformation de 166,6 € de primes. Puis, au 1^{er} janvier 2018, elle gagnera 5 points avec la transformation de 222,2 € de primes. Le transfert prime/points d'indices ne se traduira pas par une minoration des primes perçues, on procédera à un abattement. Il ne sera donc pas nécessaire de modifier des décrets ou arrêtés indemnitaires. Pour les trois versants de la fonction publique, on estime l'impact financier de cette mesure à 188 M€ en 2016, dont 106 M€ pour la FPH.

Cadence unique d'avancement d'échelon

L'harmonisation des durées de carrière entre les agents, quel que soit leur versant d'appartenance, figure aussi dans le PLF 2016. Le passage à la

cadence unique des corps doit intervenir à la date de la revalorisation mentionnée par le protocole. En décembre 2015 et janvier 2016, une concertation sur la prise en compte de la valeur professionnelle dans l'avancement d'échelon sera conduite avec les organisations syndicales et les employeurs publics siégeant au CCFP.

L'avancement d'échelon reste conforme aux dispositions statutaires prévues avant la date d'entrée en vigueur de la loi, jusqu'à la date d'intégration dans les nouvelles grilles indiciaires :

- au 1^{er} janvier 2016 pour les corps de catégorie B et ceux, relevant de la catégorie A, des infirmiers et des personnels paramédicaux, et des cadres de santé, ainsi que pour les corps de la filière sociale, dont l'indice brut terminal est au plus égal à 801 ;
- au 1^{er} janvier 2017 pour les autres corps.

La mesure d'harmonisation des durées d'échelon se traduira par une moindre dépense pour les trois versants de la fonction publique de 113 M€ en 2016, dont 61 M€ pour la FPH.

Au delà des corps types décrits dans le protocole, les bornes indiciaires des corps de toutes les filières se verront revalorisées. Les conditions de revalorisation des corps dont l'indice terminal est inférieur à l'IB 966 feront l'objet d'une concertation au premier semestre 2016. Un groupe de travail examinera au deuxième semestre 2016 les modalités selon lesquelles les revalorisations des corps de A types seront transposées aux corps de niveau supérieur. Objectif annoncé : la publication des textes en mars 2016, avec effet rétroactif : décret balai « catégorie B type », grilles des personnels paramédicaux et sociaux, décret « transfert primes/points ». ■

Jean-Marc Novak

Réflexion

Des moyens à la hauteur des missions et des ambitions de l'EHESP

Les perspectives financières de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) sont inquiétantes pour 2016 et les années suivantes. Abordée lors de plusieurs séances de son conseil d'administration où siège le SMPS, la question du modèle économique de l'École a récemment fait l'objet d'une discussion plus approfondie lors d'un séminaire du conseil organisé le 8 décembre 2015, où nous avons fait valoir notre point de vue.

Le sous-financement de certaines missions fragilise le modèle économique

Pour l'exercice 2016, le budget de l'École présente un déficit de 3,86 millions d'euros, et même de 4,697 millions d'euros hors activités de recherche. Depuis trois ans, l'équilibre budgétaire s'avère de plus en plus difficile à atteindre. En 2015, il n'a pu être obtenu qu'avec des recettes exceptionnelles de 2,87 millions d'euros au titre du contentieux TVA. Le modèle économique de l'École se caractérise par la part prépondérante des contributions de nos établissements : 57% des recettes, soit 32,4 millions d'euros, dont 16 millions gagés pour rémunérer les fonctionnaires stagiaires. Depuis de nombreuses années, le taux de contribution reste identique quelle que soit la taille de l'établissement : 58,12 € par lit. Ce modèle présente une double fragilité. D'une part, sa forte dépendance aux évolutions des effectifs d'élèves fonctionnaires hospitaliers : augmentation des dépenses de rémunération stagiaires et baisse du socle de contributions affecté à d'autres dépenses de fonctionnement. Seconde fragilité, l'application de ce

modèle se révèle contraire à la législation qui réserve les contributions des établissements aux seules rémunérations des stagiaires, alors qu'elles financent aussi des coûts pédagogiques.

Le SMPS souhaite voir consolidé le modèle économique

Le groupe de travail constitué en janvier 2015 par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, sur demande insistante de la FHF et des syndicats de directeurs et cadres hospitaliers, a proposé trois scénarios d'évolution :

- conserver le recouvrement des contributions par l'EHESP, affectées aux seules rémunérations des stagiaires et ajustable chaque année en fonction de la taille des promotions, ce qui correspond à la part variable. Et, pour la part fixe, doter l'École d'une subvention de fonctionnement, dotation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- conserver le recouvrement des contributions par l'EHESP en mentionnant explicitement dans la loi qu'elles peuvent financer des coûts pédagogiques ;
- supprimer le recouvrement des

contributions par l'EHESP au profit d'un prélèvement à la source, c'est-à-dire directement venu de l'Ondam, et au profit du versement à l'École d'une subvention couvrant les rémunérations des stagiaires et la participation aux frais de fonctionnement, d'un montant équivalent à l'actuel produit des contributions.

Pas d'hostilité de principe à une réforme du financement

Le SMPS, comme la FHF et les autres syndicats, a défendu la position suivante : pas d'hostilité de principe à une réforme du financement, mais attachement fort aux contributions des établissements, qui témoignent du lien avec l'École, et refus d'une modification de la gouvernance de l'EHESP qui verrait les syndicats de direction écartés en tout ou partie de cette gouvernance. Notre position a été entendue, puisqu'il a été décidé de lancer les réflexions futures autour des axes suivants :

- le ministère garantit qu'il n'y a aucun projet de modification de la gouvernance de l'École ;
 - le ministère prend acte de l'attachement fort au maintien du dispositif de contributions hospitalières, ce qui exclut clairement le scénario 3 du groupe de travail ;
 - scénario privilégié pour le financement de l'École :
 - pas de prélèvement à la source, l'Ondam, mais modification de l'assiette, du taux et du recouvrement des contributions hospitalières,
 - clarifier les dotations du ministère de la Santé et du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche,
 - voir comment l'École peut développer la formation tout au long de la vie.
- Le SMPS défend une vision ambitieuse pour l'École, lui permettant de former au mieux les élèves de la fonction publique hospitalière et de les préparer à devenir des managers publics de santé. ■

Le modèle économique de l'École se caractérise par la part prépondérante des contributions de nos établissements : 57% des recettes.

**Ronan Sanquer
Pierre de Montalembert**

À la loupe

Égalité professionnelle hommes/femmes Suivi du protocole d'accord du 8 mars 2013 Rapports de situation comparée, guides de sensibilisation... What else?

Lors de la séance de la formation spécialisée « Égalité, mobilité, parcours professionnels » du Conseil commun de la fonction publique hospitalière (CCFP), le 9 septembre 2015, a été présenté un bilan des mesures de l'accord sur l'égalité professionnelle hommes/femmes. Cet accord interfonction publique avait été signé le 8 mars 2013 par l'ensemble des organisations syndicales de la fonction publique – dont le SMPS, seule organisation syndicale représentant spécifiquement les directeurs et les cadres de la fonction publique hospitalière. Deux ans et demi plus tard, où en sommes-nous ?

référentiels de formation sur l'égalité professionnelle, d'une révision des répertoires métiers – en nommant les métiers au masculin et au féminin – et d'un *Guide pour les présidents de jury et les membres de jury*, en cours de préparation. Enfin, un *Guide d'information présentant les conséquences de l'activité à temps partiel* est en cours de finalisation.

Résultat : un bilan contrasté, malgré les apparences. Des données statistiques sont produites sans que soient ensuite élaborés des plans d'action. Des guides sont actuellement préparés, sans associer les organisations syndicales qui auraient

Un des principaux éléments soulignés en 2012 lors de la négociation de l'accord était l'absence, ou l'insuffisance, de données statistiques fondées sur le genre permettant d'objectiver les inégalités. Depuis, les progrès sont réels. Depuis 2014 est instauré le rapport annuel sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique, présenté devant le Conseil commun de la fonction publique puis transmis au Parlement. Le rapport de situation comparée de l'égalité professionnelle a été inséré dans les bilans sociaux, au grand dam parfois des équipes hospitalières, pour produire des données précises et fondées sur le genre, relatives aux rémunérations et aux primes par exemple. Actuellement, une mission de recherche consacrée aux recrutements

Parviendra-t-on vraiment à partir de données statistiques et de guides à briser le fameux plafond de verre ?

analyse les données statistiques sexuées concernant les concours. Elle rendra un rapport au printemps 2016.

Des guides en cours de préparation

La nécessité d'un travail de sensibilisation avait fait consensus lors de la négociation de l'accord. La politique volontariste de suppression des inégalités salariales entre les femmes et les hommes va se traduire dans un *Guide des congés familiaux*. La lutte contre les stéréotypes et les discriminations a pris la forme de

pu être force de proposition, et sans prévoir leur diffusion et ni leur communication. Concrètement, avez-vous sur le terrain senti le souffle de l'égalité professionnelle ? Non, sans doute. En outre, l'égalité professionnelle ne peut pas se résumer à la nomination équilibrée des postes à plus hautes responsabilités de la fonction publique hospitalière.

Compter plutôt sur des mentors motivés

Parviendra-t-on vraiment à partir de données statistiques et de guides de

sensibilisation à briser le fameux plafond de verre ? Ne découvre-t-on pas plutôt dans les opportunités de notre vie professionnelle des mentors, femmes ou hommes, prêts à encourager les cadres, directeurs et directrices vers de nouvelles aspirations ? Finalement, ne devons-nous pas nous-mêmes, directeurs et cadres, agir par notre management sur le développement des compétences de nos équipes, et conduire

qui en a les compétences à devenir adjoint des cadres, attaché d'administration hospitalière, ingénieur, D3S, directeur d'hôpital ou chef d'établissement ?

En définitive, nous avons tous, dans nos différentes fonctions, la responsabilité d'identifier les meilleurs potentiels, de promouvoir et de valoriser les compétences pour accroître leur estime de soi et leur confiance. Et cela vaut par-

ticulièrement pour les femmes, afin de les emmener plus loin et plus haut. Ainsi, chacune et chacun d'entre nous agira pour la promotion de l'égalité professionnelle au sein de nos établissements, sans attendre des plans d'actions nationaux, dont la réussite ne dépend de toute façon que de la volonté des acteurs locaux. ■

Armelle Drexler
Secrétaire nationale du SMPS

Cour des comptes

Retour à l'équilibre des comptes sociaux : une perspective différée

La réorganisation de l'offre de soins reste inaboutie, constate la Cour des comptes. *Manageurs* fait le point sur le rapport relatif à la Sécurité sociale, rendu public le 15 septembre 2015. La seconde partie de l'article sera publiée dans notre prochain numéro, en avril.

En déficit pour la treizième année consécutive, la Sécurité sociale a versé 458 milliards d'euros en prestations, soit 21,4 % du PIB. Les recettes ont été plus dynamiques que les dépenses grâce à l'augmentation des prélèvements obligatoires, mais le report à l'équilibre prévu pour 2018/2021 invite à rechercher désormais le rééquilibrage des comptes par la maîtrise des dépenses.

L'Ondam, initialement établi à 179,1 milliards d'euros en 2014, a finalement été exécuté à 177,9 milliards. Si la Cour reconnaît des progrès dans son élaboration et que des modifications attendues ont été apportées à son périmètre, celui-ci reste toutefois insatisfaisant : incomplet, il souffre de la fragilité des méthodes de détermination des économies à réaliser :

surestimation des économies, méconnaissance des facteurs haussiers en gestion des ressources humaines, absence de méthodologie d'évaluation.

La progression de l'Ondam exécuté entre 2013 et 2014 est conforme aux prévisions (+ 2,41 %), mais elle apparaît d'autant plus forte qu'elle intervient dans un contexte très favorable à la maîtrise des dépenses : inflation : + 0,5 % ; gel du point d'indice et absence de revalorisation catégorielle. En fait, le respect des prévisions de dépenses résulte des réductions opérées sur les dotations aux EPS et ESMS – à hauteur respectivement de 524 millions d'euros et de 140 millions – pour compenser les dérapages observés sur quatre postes de dépenses de soins de ville :

- les médicaments (+ 1,05 million d'euros),
- les honoraires paramédicaux (+ 518 millions),
- les dispositifs médicaux (+ 315 millions),
- les indemnités journalières (+ 411 millions).

La progression des dépenses des établissements de santé (74,8 milliards) est la même pour les secteurs public et privé (+ 2 %).

Des réformes structurelles pour ralentir les dépenses

Le respect de l'Ondam ne signifie donc pas que la progression de dépenses ait été maîtrisée : elle a au contraire connu sa plus forte augmentation depuis 2011. La sous-exécution limitée à 425 millions d'euros (1,7 milliard en 2013!) est due au gel de crédits sur l'Ondam hospitalier et à l'aggravation du déficit consolidé des EPS. Pour 2016 et 2017, la Cour en appelle à des réformes structurelles afin de ralentir les dynamiques de dépenses observées en 2014 : le plan triennal et ses 9,8 milliards d'euros (6,3 milliards en soins de ville, 3 milliards à l'hôpital et 0,5 milliard pour les ESMS). La Cour critique par ailleurs l'insuffisante documentation des économies structurelles à réaliser par sous-objectif

pour tenir la trajectoire pluriannuelle de l'Ondam, notamment en ce qui concerne les dispositifs de suivi et de régulation des soins de ville.

La réorganisation de l'offre de soins reste inaboutie selon la Cour, après vingt ans de recomposition territoriale. De 1994 à 2012, les capacités hospitalières baissent de 16,8% (405 771 lits et 66 872 places en 2012), sans réduction d'effectifs (+ 180 000 entre 1995 et 2009, soit + 16%). Les recompositions se sont accompagnées de réductions des écarts d'équipements régionaux. Les soins de ville demeurent inégalement répartis et la Cour relève le relatif échec des tentatives de réformes destinées à organiser les soins de proximité (médecin traitant, rémunération des prises en charge en équipe¹) et le refus des professionnels

Coopération et incitation moins efficaces

On constate les limites de l'action tarifaire. Si la T2A a mis en lumière les situations de sous-activité ou d'inefficacité et a incité les établissements à se réorganiser pour gagner en productivité, le dispositif se révèle inflationniste plus que rationalisant, voire nuisible à l'égalité d'accès aux soins⁵. L'abandon de la convergence tarifaire en 2013 entre public et privé affaiblit l'effet incitatif de la T2A à la réorganisation de l'offre de soins publique, selon la Cour.

La coopération et l'incitation ont été préférées mais elles sont moins efficaces. Depuis la loi HPST, la coopération est l'instrument privilégié dans la recherche de performance. La Cour relève que les dispositifs qui remettent le moins en cause

encore à venir. La contrainte financière se fera aussi d'autant plus prégnante que les biais méthodologiques de construction de l'Ondam ont masqué l'effort d'économies réellement demandé. Son rythme de croissance, double de celui de la richesse nationale, et l'alourdissement de la dette sociale conduisent la Cour à craindre pour l'accès à des soins de qualité pour tous, faute d'un « pilotage plus volontariste et mieux outillé ». L'évolution du besoin de santé – vieillissement et développement des pathologies chroniques – incite la Cour à préconiser :

- un pilotage plus ferme par la qualité et la sécurité des soins en fixant des seuils d'activité conformes aux standards internationaux (MCO, chirurgie carcinologique du sein) et en liant résultats de certification HAS et autorisations ;
- l'accroissement du FIR, pour plus de marges de manœuvre des ARS et pour faciliter le décloisonnement de l'offre de soins par l'intégration de Migac. Car l'offre est davantage financée aujourd'hui selon une logique d'acteurs que par la prise en charge intégrée. On peut aussi accroître le FIR par une fongibilité accrue avec les DAF de SSR, de psychiatrie ou d'USLD au-delà du 1% actuel⁷, ou encore par une plus grande modulation de la répartition par région, selon des critères démographiques et des indicateurs de santé publique et d'équipements ;
- l'attribution de nouvelles responsabilités aux ARS en leur fixant des objectifs de dépenses modulés par et entre régions, afin d'améliorer leurs capacités à recomposer l'offre de soins tout en s'inscrivant dans la trajectoire pluriannuelle nationale de dépenses. De même, les ARS pourraient décliner certaines politiques conventionnelles de la Cnamts, telles l'incitation à l'installation, la rémunération de la permanence des soins ou la rémunération sur objectifs de santé publique. ■

On constate un moindre recours à des règles contraignantes.

libéraux de s'engager collectivement dans une démarche coordonnée et intégrée. Les trois modalités d'intervention mises en œuvre depuis 1994 pour réorganiser l'offre de soins ont progressivement perdu leur efficacité.

On constate un moindre recours à des règles contraignantes. L'opposabilité du schéma régional d'organisation des soins (Sros) en matière d'autorisation d'activités a perdu de sa force à mesure que les ARH puis les ARS se sont abs-tenu de mentionner explicitement certains projets de réorganisation susceptibles de créer conflits ou contentieux. De même, les objectifs opposables de volumes d'activité ont été abandonnés par la DGOS en 2011. Le volet ambulatoire, mis en place seulement en 2011, n'est ni opposable à la médecine de ville, ni parfaitement cohérent avec les objectifs négociés entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé libéraux. D'abord structurante (1991-1999), la réglementation introduite² avec la fixation des seuils d'activité et le taux de change en chirurgie³ a été assouplie ou appliquée de manière insuffisamment rigoureuse pour influencer l'activité. Les pouvoirs publics ont finalement renoncé à agir par la norme compte tenu de l'ampleur des conséquences de certains projets⁴.

l'autonomie des établissements sont les plus populaires, ce qui favorise peu la recomposition de l'offre de soins⁶, et elle prédit que les futurs GHT n'en constitueront pas un meilleur levier. Elle souligne le caractère peu opérationnel du recours à la contractualisation :

- faible considération du territoire de santé ;
- multiplicité et généralité des objectifs assignés ;
- mauvaise coordination des dispositifs expérimentaux, comme celui destiné aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa), que la Cour cite comme exemple de projet trop modeste pour préfigurer une réforme structurelle.

Doter les ARS de nouvelles responsabilités

La Cour en appelle à de nouveaux leviers pour faire face aux contraintes actuelles croissantes. L'inversion de la pyramide des âges et la féminisation des médecins entre 1990 et 2012, modifient les modalités d'exercice et annoncent un creux démographique

Mathieu Ledermann
Directeur d'hôpital

1. Page 209 du rapport.

2. Art. D6124-1 et -185 du CSP ; décrets du 9 octobre 1998 imposant les normes de sécurité et de fonctionnement des maternités

3. Objectif de transformation des lits d'hospitalisation complète en places de chirurgie ambulatoire.

4. La fixation du seuil de 1500 actes de chirurgie aurait entraîné la fermeture de 134 structures.

5. Du fait de la préférence de l'hospitalisation privée lucrative pour les activités les plus rentables.

6. La Cour prend l'exemple des GCS dont seuls 11% associent EPS, médecine de ville et médico-social.

7. L'augmentation de la fongibilité du FIR à 5% l'abonderait de près de 1Md€ selon la Cour des comptes.

État des lieux

Avantages en nature et logements de fonction

Les établissements publics de santé mettent à disposition de leurs personnels de direction des logements de fonction. Dans un contexte de certification des comptes et de revente de certains biens immobiliers, clarifier les règles juridiques applicables en matière d'avantages en nature se révèle souvent nécessaire.

Le principe d'obligation de résidence

Pour certaines catégories de fonctionnaires ou pour certains emplois, l'exercice des fonctions justifie une obligation de résidence afin de permettre et de garantir le fonctionnement régulier des services publics. Un décret fixe la liste des catégories de fonctionnaires astreints, du fait de leur fonction, à résider dans l'établissement, ou à proximité, et détermine les conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier d'avantages en nature¹.

Les fonctionnaires soumis à cette obligation et astreints à effectuer des gardes de direction ou techniques à l'hôpital sont les personnels de direction (DH, D3S, DS), mais aussi les ingénieurs, les cadres de santé ou les attachés d'administration hospitalière² lorsqu'ils assurent un minimum annuel de quarante journées de garde. La contrepartie de cette obligation se matérialise par l'octroi d'une concession de logement par nécessité absolue de service, par l'attribution d'un logement ou par le versement d'une indemnité compensatrice³ si le parc immobilier de l'établissement ne permet pas la mise à disposition d'un logement.

Des concessions pour utilité de service peuvent être attribuées à certains fonctionnaires dans le parc de logement de l'établissement ou à proximité pour assurer la continuité du service, en contrepartie d'un loyer ou de charges mensuelles.

Le concept de nécessité absolue de service

L'appréciation de la condition de nécessité absolue de service, c'est-à-dire de la réunion de ces conditions et des modalités de fin de cet avantage, pour un directeur qui n'assure plus ses gardes, revient au directeur chef d'établissement [général]⁴.

L'appréciation de la condition de nécessité absolue de service revient au directeur chef d'établissement.

La durée de l'attribution d'un logement de fonction est limitée à la période au cours de laquelle les fonctionnaires concernés occupent les emplois qui les justifient. Ainsi, le critère de nécessité absolue de service disparaît lorsque les fonctions de l'agent cessent définitivement⁵. Ce sera notamment l'hypothèse lors d'un départ en retraite, sous réserve que le compte épargne-temps de l'intéressé soit épuisé⁶, ou lors d'un congé de longue durée/longue maladie lorsque le fonctionnaire est remplacé, et sous réserve que son maintien dans les lieux présente un inconvénient pour la marche du service⁷.

En ce qui concerne le régime juridique du logement de fonction, l'avantage donne lieu à déclaration d'avantages en nature à l'égard de l'Urssaf et des établissements de finances publiques⁸. Les logements de fonction accordés par nécessité

absolue de service donnent lieu à la gratuité du logement nu dépourvu de biens meubles ainsi qu'à la fourniture à titre gratuit de l'électricité, du chauffage, du gaz et de l'eau, à l'exclusion de toute autre prestation qui fait l'objet d'un remboursement, à la valeur réelle, à l'établissement concerné.

La notion de proximité par rapport à l'établissement n'est quant à elle pas expressément définie par la réglementation. En revanche, le décret⁹ applicable aux fonctionnaires de la fonction publique territoriale fait état d'une nécessité de résidence sur le lieu de travail ou à proximité immédiate dès lors que « des raisons de sûreté, de sécurité ou de responsabilité » le justifient. La notion de

proximité, au regard des critères amenés à l'apprécier, pourrait ainsi s'interpréter par analogie comme une notion de distance, mais aussi comme une notion temporelle. Dès cette dernière hypothèse, le critère de proximité – même immédiate – pourrait être satisfait dès lors que la durée nécessaire pour rejoindre l'établissement permet de garantir les notions de sûreté, de sécurité ou de responsabilité. ■

Nicolas Salvi
DRH, CHRU de Reims

1. Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005, loi n°86-33 du 9 janvier 1986, article 77, alinéa 2.
2. Décret 2010-30 du 8 janvier 2010.

3. Arrêté du 8 janvier 2010 fixant les conditions de bénéfice d'une concession de logement par nécessité absolue de service.

4. Conseil d'État, 14 octobre 2009, n°319839.

5. CAA Nantes, 12 juillet 2001, CHR Brest c/ Christian Barthes.

6. Art. 15 du décret 2010-30 du 8 janvier 2010.

7. Conseil d'État, 6 juillet 2009 n°321221 et n°321222.

8. CAA Nantes, 20 juin 2000, Mme Hamonou c/ CH Salon-de-Provence.

9. Article 1^{er} du décret 2012-752 du 9 mai 2012.

Retour de stage international

À 97 ans, quelle perception a-t-on de la e-santé ?

Quelle perception les Américains ont-ils de l'introduction de la santé connectée dans la prise en charge des aînés ? Peut-on établir la comparaison avec la France ? Réponse avec Sarah Gourdine, l'une des 69 élèves de la promotion Marie-de-Hennezel des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social de l'EHESP. Cet automne, durant deux mois, elle a mené son enquête au sein de la division gériatrique du New York Presbyterian Hospital. Avis ! Sarah recherche les financements qui lui permettront de continuer à travailler sur ce thème dans le cadre d'un programme doctoral. Interview.

Pourquoi avoir consacré votre enquête aux personnes âgées ?

Aujourd'hui, on note une montée en puissance du numérique dans les développements des politiques publiques. Et les technologies de m-santé, la santé mobile, semblent comporter de nombreuses solutions aux enjeux de santé liés au vieillissement de la population. Elles répondraient au désir du plus grand nombre de personnes âgées de bien vieillir chez soi tout en bénéficiant d'un suivi santé de qualité. J'ai donc souhaité voir comment, dans une société comme la nôtre, caractérisée à la fois par un vieillissement de la population et par une hyperprésence d'autres technologies d'information et de communication (TIC), ces technologies s'incluent dans l'accompagnement de nos aînés dont l'autonomie se réduit.

Mais la politique de santé américaine diffère beaucoup de celle de la nôtre. Quels objectifs précis aviez-vous ?

Un tel projet comporte des objectifs multiples. J'ai travaillé à la fois sur ceux liés à la compréhension des cadres de référence du pays hôte et à l'étude elle-

même. Effectivement, si les États-Unis sont réputés pour leur avance technologique, de tous les pays développés eux seuls possèdent un système sans couverture santé universelle, malgré les avancées permises par la réforme Obama. Les références ne coïncident donc pas avec celles de la France. Il me fallait recueillir les perceptions des différents acteurs de la santé mobile en décryptant, au travers de leur discours, leurs visions, leurs choix et leur

quotidien. L'enquête devait aussi permettre de découvrir de nouvelles potentialités de connaissances.

Comment concrètement avez-vous mené votre étude ?

L'étude qualitative porte sur tous les appareils de poche et/ou applications qui utilisent l'Internet ou autres TIC pour recevoir, stocker et/ou transmettre les données de santé des individus. Dans le cadre d'entretiens semi-directifs, j'ai recueilli les perceptions des personnes concernées par ce procédé. Connaître leurs impressions permet de comparer les éléments culturels de la vision du public – les patients – aux connaissances des médecins, aux potentialités techniques des dévelop-

Il importe de savoir manager les structures sanitaires, sociales et médico-sociales comme de publier les connaissances rapportées de ces expériences de terrain.

peurs et aux défis rencontrés par les experts politiques. Les points de convergence et de divergence de ces visions permettent d'identifier les écarts entre besoins et solutions possibles, entre réalités du secteur et fantasmes du grand public. En somme, ils présentent l'intérêt de prendre conscience du fossé à combler, soit par l'apport de connaissances au public, soit par le développement de la recherche en santé mobile.

Sur combien de personnes votre enquête a-t-elle porté ?

J'ai interviewé 62 personnes aux profils variés, dont 18 patients âgés de 72 ans à 97 ans, suivis à domicile par le New York Presbyterian Hospital. Les 44 autres sont des professionnels : gériatres, chercheurs, experts en politique de santé et développeurs numériques. J'ai pris connaissance d'une vingtaine de programmes de recherche sur le thème des technologies mobiles de santé pour personnes âgées.

Qu'attendent de la m-santé les personnes interviewées ?

Si toutes s'accordent à reconnaître le caractère incontournable de la m-santé dans le futur, elles ont chacune des préoccupations différentes envers ce domaine où tout reste à construire : fiabilité, système d'accréditation, protocoles standardisés d'utilisation, cadre légal, obstacles techniques d'interopérabilité ou de durée de vie des composants. L'utilisateur final potentiel ne bénéficie pas de critères pour choisir, et le prescripteur virtuel reste dans l'attente d'un développement plus conséquent.

Quels sont les premiers résultats de votre enquête ?

Les modes de prise en charge assistés par des technologies numériques mobiles restent à dessiner. Le numérique ne fait pas partie des automatismes de nos aînés. Ils peuvent cependant bénéficier d'un accompagnement dans des programmes d'éducation thérapeutique, qui les aident à s'accaparer des outils numériques, en vue de l'autogestion de leur état de santé, en particulier en cas de maladie chronique et plus généralement face au vieillissement. Mais beaucoup de questions demeurent pour les professionnels de santé : comment ne pas se laisser submerger par les données générées par les outils de santé mobiles ? *Quid* de l'interopérabilité ? de l'adaptation des interfaces ? de la durée de vie des batteries et composants ? Et sur le plan légal, à qui appartiennent les données ?



Comment comptez-vous poursuivre votre travail ?

Aux États-Unis, j'ai mené l'enquête. Maintenant, je travaille à l'exploitation des données recueillies, avec l'une des équipes de recherche de l'EHESP, spécialisée dans le management des organisations de santé. En parallèle, je recherche les financements qui me permettront de continuer à travailler sur ce thème dans le cadre d'un programme doctoral.

Quelle expérience avez-vous retiré de votre enquête ?

J'ai compris que dans la construction de notre système de santé, il importe de savoir manager les structures sanitaires, sociales et médico-sociales, comme de publier les connaissances rapportées de ces expériences de terrain. ■

Sarah Gourdine
ED3S

Sarah Gourdine, un copieux CV

Mon parcours ne me destinait pas à m'engager dans le social. J'ai obtenu un diplôme universitaire de technologie (DUT) en biologie de l'université des Antilles et de la Guyane, puis un master en management industriel de l'université de La Rochelle et un Master of Business Administration (MBA) de l'institut d'administration des entreprises de Paris-Sorbonne. Pendant sept ans, j'ai exercé des fonctions d'encadrement logistique dans de grands groupes industriels. En 2012, j'ai été recrutée comme contrôleur de gestion au centre hospitalier de la Basse-Terre, en Guadeloupe. Cette expérience a marqué mon retour dans mon département d'origine et elle a été un choc culturel au regard des logiques industrielles et commerciales auxquelles j'étais habituée dans mon travail. Mais j'ai tout de suite su que je souhaitais faire carrière dans ce domaine. Cette activité, utile, a du sens. Parallèlement à mes études à l'EHESP, je prépare un master en analyse et management des établissements de santé, préparé en partenariat avec l'université de Paris 7.

Dossier

Que mille singularités s'ép

Fusion ? Direction commune ? Établissement support ? pivot ? Faut-il mettre des mots sur les GHT en train de se construire ? Pas sûr, disent certains DH, quand d'autres plaident pour une personnalité morale qui préciserait le rôle de chacun. Cinq collègues interviewés rappellent ici le besoin impérieux d'adapter les GHT à l'extrême diversité des territoires et des établissements. Et aucun d'entre eux ne souhaite abandonner les liens tissés de longue date avec d'autres établissements, publics ou privés, non compris dans les futurs GHT. Ne risque-t-on pas d'aller vers des usines à gaz ? Sans compter qu'un *new deal* statutaire s'impose ! Reste que, au-delà des craintes et des enthousiasmes manifestés çà et là, courage et réel désir d'écoute entre collègues devraient aider à renforcer une stratégie de groupe au bénéfice des patients et, tout bien considéré... des acteurs hospitaliers eux-mêmes.

Questions à...

Chantal Borne

Directrice du CHI de Fréjus-Saint-Raphaël-Saint-Tropez (Var)

Garder le périmètre de votre CHT pour créer le GHT n'allait pas de soi...

Le GHT regroupe trois EP : le CHI de Fréjus/Saint-Raphaël, le CH de Saint-Tropez, qui fonctionnaient déjà en direction commune, et le CH de Draguignan. Ce petit GHT ne part pas de rien : depuis décembre 2014, nous avons créé une CHT sur la base du volontariat, après deux ans de préparation. Nous avons effectivement souhaité garder ce périmètre mais cela ne semblait pas évident car l'ARS considérait la CHT Var-Est trop petite. Côté Var-Ouest, l'hôpital de Toulon-La Seine-sur-Mer deviendra l'établissement support du GHT rattaché, comme nous, au CHU de

Nice. Il nous a donc semblé logique de construire dans l'est du Var un GHT autonome, ne dépendant pas du Var-Ouest. Nous avons instauré une complémentarité entre nos trois établissements, malgré les résistances au changement, en particulier de la communauté médicale. Le regroupement avec Toulon pourrait être envisagé dans un second temps, une fois la réforme bien maîtrisée.

Pourquoi souhaitez-vous attendre avant d'intégrer les structures médico-sociales ?

Nous avons bien travaillé avec les élus et les différents acteurs pour bâtir la CHT.

Il faut commencer le GHT de façon empirique, puis nous intégrerons de nouveaux éléments ; nous avons déjà quatre Ehpad au sein même de nos trois établissements, intégrés dans le futur GHT. En ce qui concerne les autres structures, cela viendra dans un second temps.

Comment les élus des conseils de surveillance sont-ils impliqués dans la définition du GHT ?

Il a fallu convaincre les élus du bien-fondé de la CHT. Ils en ont compris l'intérêt et adopté le projet. Nous tenons une réunion annuelle pour leur expliquer

GHT

anouissent !

notre action et en avons profité pour les sensibiliser à la transformation juridique induite par le GHT.

Vous déplorez l'absence de cadre juridique...

Oui. Il faut instaurer la personnalité morale pour les établissements qui composent le GHT ; or cela a été rejeté par les parlementaires. Pour les quatre missions obligatoires, si le cadre juridique n'est pas clair, comment les cadres de direction vont-ils se répartir ? Quels pouvoirs aura le responsable de l'établissement support sur les équipes de direction ? Je reste optimiste compte tenu du chemin parcouru ensemble, mais le cadre juridique reste un préalable indispensable. Par exemple, nous allons regrouper les laboratoires dans le cadre d'un GCS comprenant deux sites. Peut-être l'ARS nous donnera-t-elle une feuille de route pour nous aider et pallier l'absence de personnalité morale. Nous craignons un manque de soutien, même si les responsables de l'agence nous écoutent.

Justement, quel a été rôle de l'ARS dans l'élaboration du GHT ?

Elle nous a bien accompagnés dans la préparation du projet. Mais, je le répète, il nous faut désormais davantage de directives pour la mise en œuvre du GHT. Nous attendons de l'agence des objectifs clairs, une lettre de cadrage et un cadre juridique pour construire le GHT dans de bonnes conditions.

Avez-vous prévu de mutualiser d'autres fonctions outre les quatre obligatoires ?

Oui. Dans le cadre de la CHT, nous avons déjà décidé de réunir les laboratoires de biologie en un laboratoire unique sur deux sites qui se complètent, Fréjus et Draguignan. Un biologiste pilotera

l'ensemble, doté d'un système qualité unique. Nous gardons les effectifs et nous nous partageons les spécialités. Mise en fonction : fin janvier. Cela se révélera très utile car, en période estivale, le nombre de patients augmente considérablement. Nous mettrons assez facilement en place le DIM commun, mais cela posera davantage de difficultés pour la pharmacie. Et nous avons prévu de bientôt mutualiser la téléradiologie, les RH et les affaires financières. Nous devons aussi maximiser la permanence des soins : 30 km seulement nous séparent et le recours à l'intérim coûte très cher.

Ces mutualisations induiront-elles une diminution des effectifs ?

Oui, par exemple, nous ne remplacerons pas deux départs en retraite à Saint-Tropez, et dès qu'un poste se trouvera vacant, nous essaierons de le mutualiser.

Quels bénéfices pour les patients ?

En premier lieu, un parcours simplifié offrant une meilleure prise en charge. Jusqu'à alors, 30% des patients qui auraient pu s'adresser à nos établissements partaient dans les Alpes-Maritimes. Nous sommes à 20 min de Cannes et le CHU de Nice se situe à 1 heure. Un CHU référent me paraît nécessaire pour prendre en charge les actes les plus lourds, mais le GHT devrait nous permettre d'accueillir davantage de patients pour une prise en charge de proximité.

Propos recueillis par Pascal Marion



Et quelles améliorations apporteriez-vous au dispositif ?

- La mise en service d'un identifiant régional, actuellement étudié par l'observatoire régional des urgences.
- La suppression des doublons et une gradation des soins.
- L'optimisation de la permanence des soins, astreintes et gardes.
- La mutualisation des achats.
- La création, pour les médecins, de postes partagés. Les plus jeunes d'entre eux sont partants. La jeune génération est adaptable et mobile, ne souhaitant pas nécessairement rester toute une carrière dans le même hôpital. Pour les tableaux de garde, le poste partagé se révèle intéressant, plutôt

Si le cadre juridique n'est pas clair, comment les cadres de direction vont-ils se répartir ? Quels pouvoirs aura le responsable de l'établissement support sur les équipes de direction ?

que de faire appel à des intérimaires. Avec beaucoup de pédagogie, on peut faire comprendre aux médecins qu'ils ne sont pas propriétaires de leur poste. Désormais, on n'occupe plus le même poste durant 35 ans. Cette prise de conscience commence à émerger, même si je sais que la pénibilité durant les trois mois d'été, en front de mer, est lourde à cause de l'augmentation notable de l'activité (30%). Dans le cadre du plan triennal, nous travaillons cette question avec l'Anap.

Qu'attendez-vous aujourd'hui des pouvoirs publics ?

Nous souhaitons l'amélioration du parcours des patients, la diminution des coûts, en particulier au niveau de la masse salariale, un management fort et des directives claires pour pouvoir imposer la réforme. Certes, les responsables de l'ARS veulent respecter l'autonomie des établissements mais, face au blocage et au flou juridique, nous avons besoin d'un soutien affiché afin que tout ne repose pas sur les directeurs d'établissement support.

Comment percevez-vous l'évolution de notre métier ?

Nous deviendrons peut-être des administrateurs de santé, rattachés au pouvoir central ou régional et l'Assurance Maladie, s'imposant comme un acteur de plus en plus incontournable ; nous allons probablement perdre notre autonomie. Par ailleurs, nous constatons davantage de mutualisation et de mobilité/adaptabilité dans les équipes de direction. Avant, on pouvait occuper le même poste pendant des années ; ce ne sera plus possible compte tenu des réorganisations et du nombre grandissant de directions communes. Nous allons assister à une diminution notable des chefferies d'établissement et à une augmentation de postes territoriaux.

Qu'espère selon vous la communauté médicale ?

Certains médecins ne veulent pas de cette politique de maîtrise des dépenses et de recomposition de l'offre de soins. D'autres sont complètement partants ;

je demeure optimiste, car je vois la situation évoluer depuis trois ou quatre ans.

Comment envisagez-vous votre rôle dans la mise en œuvre du GHT ?

Faire bouger les lignes me motive. Il faut conduire les acteurs à développer des collaborations au sein des futurs GHT. Les financements diminuant, nous avons moins de ressources qu'auparavant ; or, l'ARS ne finance les projets que s'il y a véritable coopération. Celle-ci commence à se décliner, en particulier avec les équipes mobiles : hygiène, soins palliatifs, douleurs chroniques, systèmes d'information et plateaux techniques.

Vous coopérez au sein d'un pôle de santé avec la clinique chirurgicale du Golfe, établissement privé. La création du GHT va-t-elle modifier cette coopération ?

Non. La création du futur GHT Var-Est n'intégrera pas le pôle privé du golfe de Saint-Tropez, mais nous ne remettons pas en cause le partenariat. ■

Questions à...

Michel Glanes

Directeur du CH de la Côte basque (Pyrénées-Atlantiques)

Quel est le périmètre du GHT auquel participe votre établissement ?

Le futur GHT comprendra le CH de la Côte basque, celui de Saint-Palais, les deux Ehpad de Sare et Hasparren, et la clinique associative Luro, à Ispoure, tous en Pyrénées-Atlantiques. Nous formons actuellement une CHT, mais l'on peut considérer que nous constituons déjà de fait un GHT. Grâce à notre histoire particulière, le GHT se fonde sur une base solide, déjà éprouvée, car nous avons repris en mai 2013 la clinique Sokorri (70 lits), située à Saint-Palais en Basse-Navarre, pour la transformer en CH public. Ce CH et celui de Bayonne, deux établissements autonomes, fonctionnent depuis sous une direction commune, qui intègre tous les directeurs adjoints de manière opérationnelle. Il s'appuie sur un projet médical partagé. Bayonne deviendra l'établissement

support du GHT, qui pourra s'ouvrir dans l'avenir à d'autres structures de soins, notamment en SSR. Notre CHU de référence reste celui de Bordeaux, avec lequel nous avons noué des partenariats, en particulier sur la recherche clinique.

Comment le CH de Saint-Palais est-il organisé ?

Le CH de Saint-Palais fonctionne avec 72 médecins, dont 19 praticiens salariés de Saint-Palais, 35 praticiens hospitaliers du CH de Bayonne et 18 spécialistes libéraux qui interviennent à tour de rôle quotidiennement. La « petite » clinique est donc devenue un « petit » hôpital dynamique, qui offre une palette complète de consultations spécialisées, des urgences actives, une maternité, de la chirurgie orthopédique et viscérale avec une forte activité ambulatoire, de la

médecine polyvalente et une imagerie de très bon niveau.

Que représente le CH de Saint-Palais pour le territoire de santé Navarre-Côte basque ?

L'enjeu consistait à garantir à la population du Pays basque intérieur une offre de soins locale, accessible et sécurisée. Le CH de Saint-Palais a pu le réaliser dans une politique de soins coordonnée et intégrée, notamment avec le CH de la Côte basque et les structures de la CHT, mais aussi avec l'ensemble des établissements de proximité : Ehpad Sainte-Elisabeth de Saint-Palais, les établissements de SSR de Cambo-les-Bains, de Salies-de-Béarn, etc.

Quelle place pour le médico-social dans votre GHT ?

Il existe 49 Ehpad sur le territoire. Tous

ne pourront pas intégrer le GHT, mais on envisage de créer une association dans le cadre de la filière gériatrique territoriale sur la base d'un projet partagé.

Comment le conseil de surveillance a-t-il été impliqué dans la définition du GHT, et quelle a été sa réaction ?

Quand il a fallu délibérer à propos du dossier de reprise de la clinique, et du passage du privé au public, des mois de négociations ont été nécessaires pour convaincre élus et personnel. On tenait là une amorce de GHT puisque déjà des partenariats Bayonne/Saint-Palais étaient prévus. Dans la création de la CHT, les élus des collectivités territoriales ont été impliqués, et pas seulement informés. Il en sera de même pour celle du GHT. Pour les élus, la santé représente un enjeu important. Créer le CH de Saint-Palais consistait aussi à faire en sorte que des médecins libéraux restent en Basse-Navarre et à maintenir un partenariat avec les médecins spécialistes de ville, qui interviennent en libéral à l'hôpital dans le cadre d'un GCS. Préserver l'offre sanitaire signifiait aussi donner un atout pour attirer de nouveaux habitants, ou en dissuader d'autres de partir. Enfin, le maintien du CH de Saint-Palais a permis la sauvegarde de 200 emplois.

Au-delà des fonctions obligatoires, y en a-t-il d'autres que vous avez prévu de mutualiser ?

Il existe déjà un département d'informations médicales commun, avec l'intervention à Saint-Palais, deux fois par semaine, de l'un des médecins DIM de Bayonne. Nous allons achever de mutualiser le système en 2017, pour un partage total de l'imagerie et des dossiers médicaux, ce qui va représenter un immense gain d'informations mises en commun dans la prise en charge des patients. Nous avons prévu en outre de mutualiser les RH, et les deux pharmacies vont aussi travailler en commun. Quant aux services médicaux, ils devraient pouvoir se déployer en services mutualisés, à l'image des urgences. Le GHT induit pour les médecins davantage de temps partagé, aussi bien pour ceux venant de Saint-Palais que pour leurs confrères venant de Bayonne. Enfin, nous avons décidé de mener une procédure conjointe de certification par la Haute Autorité de santé.

Le caractère obligatoire du GHT peut permettre d'avancer plus vite mais l'adhésion à un projet, l'implication et la motivation de tous les acteurs restent les principaux moteurs pour mieux travailler ensemble.

Quels bénéfices pour les patients ?

Le GHT permet aux patients des établissements membres, et notamment aux personnes âgées, d'accéder dans les meilleurs délais et sans risques aux soins d'urgence, car les professionnels des établissements se connaissent et organisent plus facilement le parcours des patients. *Idem* en sens inverse : les patients admis aux urgences au CH de Bayonne retrouvent plus vite une structure de soins à proximité de leur lieu de résidence. Le parcours de soins facilité bénéficie à tous les patients et vaut pour toutes les disciplines. Le GHT offre la possibilité d'une gradation des soins : premier recours à Saint-Palais, actes ou interventions plus lourds à Bayonne, avec un retour rapide à Saint-Palais, ce qui permet de récupérer des lits de recours à Bayonne. L'édifice GHT tire sa force de la solidarité.

Comment la collaboration médicale Bayonne/Saint-Palais va-t-elle s'élaborer ?

Le GHT permet de concrétiser une idée à laquelle je tiens : l'égalité d'accès aux soins sur un territoire. Il s'agit de déplacer les médecins et non pas les patients. Grâce à notre réorganisation, chaque patient peut bénéficier à Saint-Palais d'une consultation dans presque toutes les spécialités médicales et chirurgicales, ou d'un acte technique : gastro-entérologie, pneumologie, cardiologie, etc. Et ce grâce à la coordination des médecins travaillant sur Saint-Palais et de ceux de Bayonne qui se déplacent pour des consultations hebdomadaires ou bihebdomadaires à Saint-Palais. Pour l'imagerie médicale, les radiologues du CH de la Côte basque interviennent à Saint-Palais mais aussi en téléradiologie, en collaboration avec un cabinet libéral.

Quelles améliorations apporteriez-vous au dispositif ?

Sur un plan fonctionnel, le travail sur les parcours des patients doit être poursuivi. Sur un plan réglementaire, des évolutions

permettant de mieux prendre en considération la dimension territoriale de l'exercice professionnel des médecins, des directeurs et des cadres – métiers, statuts, modes de rémunération, etc. – ne pourraient que conforter le dispositif.

Êtes-vous satisfaits de l'accompagnement de l'ARS ?

Oui. Dans le rapprochement initié entre Bayonne et Saint-Palais, il y a trois ans, et qui préfigure le modèle de notre GHT, l'ARS s'est montrée un partenaire très proche en ce qui concerne l'évolution et le suivi du projet. Nous nous sommes accordés sur les objectifs à atteindre et elle nous a accompagnés sans ingérence, comme plus tard pour la création du GHT. La CPAM aussi nous a soutenus, de même que les services du ministère de la Santé, à Paris. Or, compte tenu des problèmes financiers de la clinique Saint-Palais, ils auraient pu opter pour la fermeture de l'établissement.



Comment percevez-vous les attentes des communautés hospitalières, notamment médicales ?

Grâce à notre fonctionnement depuis trois ans, nous sommes entrés dans un cercle vertueux : les équipes médicales ont appris à se connaître et manifestent désormais le désir de travailler davantage ensemble, conscientes qu'elles ont besoin d'une de l'autre. Un chirurgien de Saint-Palais pourra d'ailleurs venir opérer à Bayonne, des urgentistes pourront intervenir sur les deux services et les médecins de Bayonne interviennent déjà largement à

Saint-Palais en consultations, dans les services d'hospitalisation et la maternité.

Qu'attendez-vous aujourd'hui des pouvoirs publics quant aux GHT ?

Qu'ils s'appuient justement sur cette nouvelle organisation pour développer des politiques de santé publique territoriale.

Et quid des coopérations hors GHT ?

Le GHT Navarre-Côte basque constitue une véritable opportunité en termes d'organisation des soins, de prise en charge

coordonnée des patients et de progression d'activité. Il permet aux médecins comme aux directeurs de découvrir un nouveau mode d'exercice professionnel davantage axé sur le territoire, sur les parcours de soins. Pour autant il faut préserver et conforter les coopérations fonctionnant hors GHT. Le caractère obligatoire du GHT peut permettre d'avancer plus vite mais l'adhésion à un projet, l'implication et la motivation de tous les acteurs, ce qui a été le cas au Pays basque, restent les principaux moteurs pour mieux travailler ensemble. ■

Questions à...

Jérôme Goeminne

Directeur du CH de Lunéville, du CH 3H Santé et du CH de Saint-Nicolas-du-Port (Meurthe-et-Moselle)

Le périmètre du groupement hospitalier de territoire auquel votre établissement participe est-il décidé ?

Non, pas encore : le CH de Lunéville rejoindra celui de Nancy/Toul/Pont-à-Mousson qui couvre donc le sud de la Meurthe-et-Moselle, mais l'extension de ce GHT aux établissements vosgiens se pose. Quelle que soit l'option retenue, l'établissement pivot sera naturellement le CHRU de Nancy. Un seul GHT englobant les établissements du sud de la Meurthe-et-Moselle et des Vosges apparaîtrait à mes yeux la meilleure solution puisque le recours, pour tous, est le CHRU de Nancy et qu'il existe déjà un GCS regroupant tous ces établissements. Ce GHT couvrirait alors près d'un million d'habitants. Néanmoins, l'ARS semble s'orienter vers la constitution de deux GHT : un pour le sud de la Meurthe-et-Moselle et un vosgien, probablement du fait de contingences politiques. Le GHT du sud de la Meurthe-et-Moselle s'appuierait sur deux directions communes : l'une pour le CHRU de Nancy, le CH de Toul, le CH de Pont-à-Mousson sur l'ouest, et l'autre pour le CH de Lunéville, le CH 3H Santé, le CH de Saint-Nicolas-du-Port sur l'est, qui correspond à un bassin de 100 000 habitants, avec Lunéville comme référence de proximité.

Et que pensez-vous de la création du GHT en ce qui concerne les établissements que vous dirigez ?

Je milite pour des stratégies de groupe. Sur notre territoire, le secteur privé tient une place importante parce qu'il a su créer ses filières, contrairement à nous. Le GHT devrait donc nous aider à faire naître des filières publiques et à travailler davantage entre nous, surtout avec le CHRU de Nancy, pour lui confier des patients qui nécessitent des soins plus importants que ceux de proximité. Aujourd'hui, lorsque nécessaire, les établissements de l'est de la Meurthe-et-Moselle envoient généralement les patients vers le secteur privé, car leur prise en charge apparaît plus facile grâce à des filières très bien organisées. Le secteur public, en particulier le centre de recours de Nancy, a pensé que sa seule réputation allait conduire naturellement les patients « publics » vers lui. C'est faux !

Quel rôle incombera au CHRU ?

Le CHRU de Nancy deviendra l'établissement pivot – je n'aime pas le terme « support », trop restrictif. Et j'espère vraiment accélérer la mise en œuvre de parcours de soins entre établissements publics pour les patients, dans le cadre d'une stratégie de groupe. Aujourd'hui, quand Lunéville appelle le CHRU de Nancy pour obtenir un rendez-vous à un patient, nous avons des difficultés à joindre le service ! Et si par miracle on y parvient, c'est pour apprendre qu'aucune consultation n'est accessible avant plusieurs mois ! Étonnez-vous ensuite que les praticiens publics de Lunéville appellent désormais le secteur privé la plupart du temps. Pour ces raisons, les patients eux-mêmes se sont d'ailleurs détournés peu à peu de cette filière publique. Travailler à construire les filières publiques ne doit pas être un vœu pieu.

Le secteur public, en particulier le centre de recours de Nancy, a pensé que sa seule réputation allait conduire naturellement les patients « publics » vers lui. C'est faux !

Depuis que je suis devenu une sorte de « directeur de territoire », les relations ont changé avec les médecins et les hommes politiques, puisque je ne défends pas à tout prix leur propre établissement.

Il convient de décider précisément qui fait quoi, comment, et dans quel délai. Il convient de voir ce qui relève du CHRU et des autres établissements, pour le bénéfice des patients mais aussi pour celui de tous ces établissements. Avec un chef de projet de terrain qui chapeaute chaque filière. Jusqu'ici, le projet a été élaboré depuis le haut de la pyramide, alors qu'on doit partir de la base et avoir une vision pragmatique. La démarche requiert du courage, car elle va interroger puis modifier toutes nos habitudes.

Comment les élus sont-ils impliqués dans la définition du GHT ?

Ils ont compris l'intérêt de construire des filières publiques, qui aideront à soigner les patients au bon endroit, avec une qualité optimale et égale pour tous. Mais les directeurs devront continuer à expliquer aux élus, et à la population, tous les changements induits par les GHT. Y compris lorsqu'il faudra fermer une activité de proximité qui pourrait se révéler bien plus efficace dans un autre établissement.

Outre les fonctions obligatoires, y en a-t-il d'autres que vous avez prévu de mutualiser ?

Non. Réalisons d'abord de la meilleure façon ce qui est prévu par la loi. Ne tirons pas trente plans sur la comète pour ne déboucher sur rien.

L'absence de personnalité morale ne semble pas vous déranger...

Le GHT ne possède pas de personnalité morale. Pour moi, il n'implique pas forcément de direction commune, et c'est une bonne chose. Il faut prendre en compte le fait que le bassin de population de Nancy et le nôtre diffèrent : les indicateurs de santé, la superficie, la situation sociale de la population, etc. ne sont pas les mêmes. En outre, même si je milite intensément pour la création de

filières publiques, je ne souhaite pas perdre les liens établis depuis longtemps avec le secteur privé de notre territoire.

Donc ?

Ni direction commune ni fusion. Un nouveau modèle *sui generis* reste à inventer, qui pourrait ressembler sur certains aspects à une fusion ou une direction commune, sans dire leur nom qui peut faire peur. Ce modèle serait basé sur des blocs de compétence, un peu comme les communautés d'agglomération : l'établissement pivot aurait des compétences propres différentes des établissements de proximité, mais complémentaires. J'apprécie que la loi n'impose pas de direction commune aux GHT. Qu'on en crée pour un territoire donné s'il y a de l'intérêt des patients, mais pas autrement. Je pense que certains territoires, hélas ! conçoivent leur future organisation avec des outils anciens. Par exemple, j'entends que des options très centralisatrices s'organisent sur certains territoires, aux dépens, je pense, du bon fonctionnement de l'ensemble. J'ai l'impression que l'objectif consiste parfois à avoir le plus grand GHT possible sous sa responsabilité. Réfléchissons d'abord au contenu et ensuite seulement au contenant.

Quelles améliorations apporteriez-vous au dispositif ?

Le texte relatif aux GHT se situe dans la continuité de la loi HPST, en approfondissant les coopérations entre établissements publics. Il va dans le bon sens mais j'attends avec une certaine crainte ses décrets d'application. Quelle boîte à outils va-t-on nous fournir ? On en a tellement connu de peu efficaces ! Les pouvoirs publics auraient dû consulter les acteurs de terrain pour élaborer les textes réglementaires et cette fameuse boîte à outils. Le changement ne se décrète pas. Il s'accompagne. Il convenait

aussi de repenser nos relations avec les médecins de ville. Dans la loi santé, aucune obligation n'incombe aux praticiens libéraux sur ce sujet.

Quel a été l'accompagnement de l'ARS auprès des établissements de votre territoire ?

L'ARS Grand Est a mené de nombreuses consultations, elle a proposé de nombreuses cartes de GHT. Et elle a vraiment pris en compte les bassins de population, qui ne correspondent pas toujours aux frontières administratives. Si bien que des GHT peuvent franchir non seulement des limites départementales, mais aussi régionales, voire même celles instaurées par les treize grandes régions récemment créées.

Comment percevez-vous l'évolution de votre métier au travers de cette réforme ?

Je note une évolution de plus en plus rapide. J'ai d'abord été directeur du CH de Lunéville, s'y est ajoutée la direction du CH3H Santé, puis celle du CH de Saint-Nicolas. Depuis que je suis devenu une sorte de « directeur de territoire », les relations ont changé avec les médecins et les hommes politiques, puisque je ne défends pas à tout prix leur propre établissement mais plutôt une prise en charge de qualité sur l'ensemble du territoire, qui peut s'opposer plus fréquemment à leur volonté ! Cela demande davantage de compétences en santé publique, en finances ou en négociations straté-



giques ; c'est une complexité accrue qui valorise encore davantage le métier de directeur. Cela m'aide encore plus à réfléchir avant tout à ce qu'attendent les patients. Car, pour penser au territoire, il convient de penser aux patients : on organise les activités sanitaires pour eux.

Mais vous connaissez des collègues inquiets par le changement annoncé...

Certains d'entre nous vont gagner du pouvoir, d'autres en perdre. Les pouvoirs publics devront nous accompagner, ne serait-ce qu'en termes de carrière. Un

directeur d'établissement gagne plus qu'un directeur adjoint. Or, avec les directions communes et fusions, en GHT ou non, des chefs d'établissement vont passer au rang d'adjoint et pourront perdre une partie de leurs primes. Pourtant, les responsabilités seront partagées : il faut donc construire de nouvelles grilles en adéquation avec ces nouveaux métiers. D'ailleurs, les cadres vont eux aussi se confronter au problème.

Il me paraît nécessaire d'accompagner et de former le personnel de direction et les cadres, sur ce même logiciel de territorialisation des prises en charge, pour mettre en œuvre ce grand changement.

Comment percevez-vous les attentes des communautés hospitalières, et notamment médicales ?

Les médecins des trois CH que je dirige élaborent un projet médical commun, avec des groupes de travail dédiés. Ils comprennent l'enjeu de créer des filières publiques, mais ils espèrent ne pas se trouver face à une usine à gaz imposée d'en haut. Je pense que cette situation reflète la position des communautés médicales hospitalières : favorables à la construction de filières publiques de manière pragmatique. Mais la situation se compliquera toujours lorsqu'il faudra fermer des activités au nom de ces filières publiques, aussi performantes soient-elles. ■

Questions à...

Marine Plantevin

Directrice du centre de santé mentale angevin (Cesame), Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire)

Quel périmètre aura le GHT auquel votre établissement participe ?

Nous attendons la confirmation que le GHT se créera au niveau départemental, le schéma n'a pas encore été validé par l'ARS. Il y aurait un seul GHT pour le Maine-et-Loire, qui s'inscrirait dans les frontières très précises du département, suivant en cela l'historique des anciens territoires de santé.

Juridiquement, les établissements spécialisés en santé mentale peuvent faire jouer une clause dérogatoire à l'obligation d'adhérer à un GHT...

Encore faut-il pour cela que le périmètre couvert par l'établissement puisse le justifier. En ce qui concerne mon établissement, faire jouer cette dérogation n'aurait guère de sens au regard du contexte de l'offre de soins publique en

santé mentale sur le territoire de santé. Le GHT départemental pressenti comprendrait donc un CHU, celui d'Angers, qui porte la partie universitaire de la discipline psychiatrique – enseignement et recherche – et deviendrait l'établissement support. On compterait aussi deux CH portant une activité de psychiatrie de secteur et, enfin, notre établissement, qui comprend neuf secteurs de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie. Le GHT départemental pourra avoir comme ambition de mieux faire travailler ensemble ces acteurs publics multiples, en ce qui concerne la psychiatrie dans le département.

Quelle place envisagez-vous pour le médico-social ?

Tous les futurs participants à ce GHT souhaitent qu'il s'ouvre aux établisse-

ments médico-sociaux, nos partenaires quotidiens en ce qui concerne la psychiatrie. Cette participation devient donc plus qu'une évidence : un prérequis. Comme tous les établissements de santé mentale, nous aurons le souhait de porter la spécificité de la discipline et de tous les réseaux dans laquelle elle a su s'insérer. Mais les établissements spécialisés en psychiatrie appelés à intégrer des GHT pluridisciplinaires craignent une perte d'ouverture vers les partenaires du secteur social et médico-social, avec lesquels des liens permanents et anciens ont été tissés, ce qui nous distingue d'une organisation encore souvent hospitalo-centrée de l'hôpital public en France.

Comment les élus du conseil de surveillance sont-ils impliqués dans la définition du GHT ?

Quelle est leur réaction ?

Le conseil de surveillance du Cesame s'accorde avec la ligne portée par la direction et le corps médical : la répartition de l'offre de soins publique en psychiatrie sur le territoire nous laisse peu de choix réel entre tel ou tel scénario de GHT, et les quelques progrès

Les établissements spécialisés en psychiatrie appelés à intégrer des GHT pluridisciplinaires craignent une perte d'ouverture vers les partenaires du secteur social et médico-social.

dans le dialogue obtenus dans le cadre des ex-CHT doivent être maintenus. Mais préempter une adhésion sans aucun contenu, signer un chèque en blanc s'avère difficile. Dans la convention GHT, nous scruterons la place faite au secteur psychiatrique et aussi celle reconnue à l'établissement dans les instances qui réguleront ce GHT et dans le processus de décision du GHT. De ce fait, le contenu de la convention constitutive fera l'objet d'une analyse précise, et probablement de débats. Je pense que chacun de nous, et particulièrement en psychiatrie, aime savoir où il va avant de s'engager !

Avez-vous envisagé de mutualiser d'autres fonctions que celles obligatoires ?

Non, nous devons travailler sur les quatre fonctions obligatoires avant d'envisager d'approfondir le dispositif. Sur certains sujets, comme les achats, la gestion groupée existe déjà de façon importante, mais l'efficacité ne vient pas toujours de l'effet de taille. Par ailleurs, la psychiatrie connaît régulièrement l'expérience amère de se voir traitée de façon non prioritaire dans l'application des plans, des réformes ou des appels à projets – psychiatrie intégrée ou associée en deuxième ou troisième vague. Nous veillerons à ce qu'il n'en soit pas de même au sein du GHT pluridisciplinaire, en particulier pour la formation et le système d'information.

Quels bénéfices le GHT peut-il apporter aux patients ?

Nous nous attachons depuis des années à mettre en place sur le territoire un projet de santé mentale cohérent. La multiplicité des acteurs aux pratiques différentes peut, soit retarder l'entrée dans les soins, soit produire des parcours erratiques pour nos patients. La réforme nous semble intéressante si le projet médical s'évertue à améliorer et optimiser le parcours de soins du patient, par exemple dans la prise en charge de l'urgence ou des adolescents. Le GHT s'est avéré intéressant aussi pour mieux articuler nos efforts dans le domaine de la recherche, pour définir et développer les soins spécialisés qui feraient défaut, pour apporter un maillage

plus fin, ou pour éviter les doublons. Si ces aspects du projet médical prennent le pas sur une technocratie supplémentaire, risquée, alors les GHT auront fait avancer l'hôpital.

Quelles améliorations apporteriez-vous au dispositif ?

La logique du GHT semble appeler une personnalité morale unique ; or, le modèle proposé paraît s'arrêter à mi-chemin entre coopération et intégration. Ce point avait fait l'objet d'une demande de modification du projet de loi, de la part de la Conférence des directeurs de CH à laquelle je participe pour le SMPS, mais il n'a pas été retenu. Nous allons désormais entrer progressivement dans cette nouvelle organisation, nous aurons l'occasion d'en éprouver les avantages et les limites sur le terrain, et peut-être nous donnera-t-on la chance de proposer un peu plus d'évolutions, nécessaires à la mise en œuvre du projet.

Quel a été le rôle d'accompagnement de l'ARS auprès des établissements de votre territoire ?

En Pays de la Loire, les discussions concernant l'organisation future du territoire se sont engagées très tôt via le dialogue avec la FHF. Il y a un an, nous avons défini une méthodologie. L'ARS a demandé à la FHF de piloter la discussion entre les établissements de la région pour proposer un schéma régional. Malgré la complexité des discussions, et bien qu'un consensus soit difficile à obtenir, il était bon de laisser les professionnels s'exprimer.

Comment percevez-vous l'évolution de votre métier au travers de cette réforme ?

La réforme changera forcément notre métier mais, pour l'instant, le flou absolu demeure. La réforme nous fait sortir des limites de l'établissement, une bonne chose. Mais tout directeur d'hôpital se pose aujourd'hui des questions sur ses futures marges de manœuvre et sur l'échelle des prises de décision. Les pouvoirs publics ont beaucoup de chance de pouvoir compter sur des hospitaliers qui font primer l'intérêt du patient, et l'intérêt général qu'ils perçoivent de la réforme, alors



que les conséquences individuelles dans l'exercice professionnel de chacun d'entre nous restent encore particulièrement floues.

Comment percevez-vous les attentes des communautés hospitalières, et notamment médicales ?

La communauté médicale attend de voir ; le GHT est obligatoire et notre contexte local laisse peu de choix. Cependant, les médecins veilleront particulièrement au maintien des liens avec les collectivités territoriales, avec les usagers, avec le secteur médico-social, et ils veilleront aussi à la place laissée à leur discipline, dont l'organisation très intégrée à la communauté – travail avec les collectivités, les CCAS, les associations – doit pouvoir être préservée. Pour le moment, la convention n'est pas signée. Les contours du GHT semblent se dessiner mais, encore une fois, le vrai débat portera sur la place laissée à la psychiatrie dans le processus de décision de l'organisation des soins de psychiatrie. Cela déterminera l'adhésion à ce dispositif, ou son rejet, de la part de la communauté médicale. Or, il faudra des acteurs convaincus et associés aux décisions pour faire vivre cette politique. ■

Questions à...

Thierry Gamond-Rius

Directeur du CHBS Lorient et du CH de Port-Louis-Riantec (Morbihan)

Quel est le périmètre du GHT auquel votre établissement participe ?

En l'état présent de la réflexion, notre projet s'inscrit dans la continuité de la CHT actuelle, créée sur deux départements. Elle se compose de quatre établissements : le CH de Bretagne-Sud, à Lorient, celui de Port-Louis-Riantec, en direction commune, et ceux du Faouët (Morbihan) et Quimperlé (Finistère). L'EPSM Charcot a prévu d'adhérer avec un statut particulier. Ce bassin de population compte environ 300 000 habitants. De la réflexion en cours, en lien avec la FHF et l'ARS, il ressort que les territoires actuels constitueront le ressort des futurs GHT. Ils correspondent aux bassins de vie et aux flux de consommation de soins, avec un établissement de référence bien identifié dans chacun d'entre eux. Nous n'excluons pas, néanmoins, d'établir des ponts entre certains territoires.

Quel sera l'établissement support ? Quel rôle aura le CHU ?

Le CHBS deviendra naturellement l'établissement support. Des restructurations importantes ont été menées dans le passé et il est le seul à disposer d'un plateau technique. Vu notre situation géographique, nous travaillons depuis longtemps déjà avec les deux CHU de la région, ceux de Rennes et Brest, avec la subdivision de Rennes pour la formation des internes. La loi prévoit que les CHU « coordonnent, au bénéfice » de l'ensemble des établissements certaines missions, notamment la recherche et la démographie médicale. Nous avons déjà initié une réflexion sur le développement de la recherche en Bretagne, en dehors des CHU, avec une synthèse organisée symboliquement à Lorient, c'est-à-dire dans un établissement non universitaire. Car nous devons définir ensemble la construction d'un dispositif réellement partagé entre les CHU et les autres établissements. C'est une clé de réussite.

Quelle place pour le médico-social ?

Nous souhaitons définir une stratégie commune d'association des établissements médico-sociaux avec lesquels nous travaillons régulièrement, que ce soit pour la prise en charge des personnes âgées ou la rééducation comme le handicap. Ce sont des secteurs à fort enjeu pour le secteur public, vu le vieillissement de la population et le maillage territorial permis par ces acteurs de proximité.

Les élus du conseil de surveillance sont-ils impliqués dans la définition du GHT ?

Oui. Nous avons travaillé le contenu de la CHT sur plusieurs années, avant sa création officielle en janvier 2014. Les élus ont accompagné cette construction, qui fait écho à ce qu'ils connaissent avec les intercommunalités. Les instances de gouvernance seront donc naturellement impliquées dans la création du GHT. Une commission de communauté assure aujourd'hui la représentation des présidents de conseils de surveillance, avec des missions stratégiques. Un bureau de CHT assure la gouvernance opérationnelle autour des chefs d'établissement, des présidents de CME et des directeurs en charge des affaires médicales et des coopérations. Des représentants des autres établissements siègent à titre consultatif au sein des instances du CHBS pour les questions relevant de la CHT, y compris le CTE et des usagers. Enfin, un comité de direction commun se réunit tous les deux mois.

La CHT vous a donc préparés au GHT ?

Oui. Il est apparu logique qu'elle se transforme en GHT. Nous craignons néanmoins que le modèle décidé par les pouvoirs publics porte une vision trop uniforme des territoires et nous souhaitons conserver la souplesse qui nous a permis d'avancer avec pragmatisme. Car plusieurs formules coexistent au sein de notre CHT : équipes médicales de territoire, fédérations médicales, directions communes entre deux établissements, directions partagées sur les finances, les affaires médicales ou les systèmes d'information, coordination sur la GRH... Nous avons mis l'accent sur l'essentiel : une stratégie commune. Avec une mise en œuvre technique à géométrie variable selon les secteurs et la maturité des acteurs, sans perdre nos forces dans des querelles de leadership, qui pouvaient être délétères. La stratégie de groupe portée par le GHT va dans la bonne direction, elle améliorera les parcours de soins et devrait nous aider à maîtriser l'évolution des coûts. Mais souvenons-nous que tous les territoires ne se ressemblent pas : à chacun sa nature et son rythme, pourvu que l'objectif soit clairement défini et assumé.

Vous dirigez votre établissement, le CH de Lorient, et celui de Port-Louis-Riantec. Comment cette direction commune se concrétise-t-elle ?

Par une convention pragmatique. La direction commune assure la cohérence stratégique. Pour le reste, la collègue qui assure la gestion de site dispose

Nous craignons néanmoins que le modèle décidé par les pouvoirs publics porte une vision trop uniforme des territoires et nous souhaitons conserver la souplesse qui nous a permis d'avancer avec pragmatisme.

d'une pleine autonomie, d'ailleurs contractualisée. Le pari, réussi, consistait à avancer sans surcoût, même transitoire, et surtout sans complexifier ni alourdir la gestion. Progressivement, nous développons les synergies et réduisons les coûts tout en valorisant les compétences de chacun des deux sites. Seule véritable contrainte : la multiplication des instances. Nous pourrions espérer que les pouvoirs publics autorisent des formules simplifiées, sur la base du volontariat.

Qu'attendez-vous du GHT pour vos établissements ?

J'en attends plus de cohérence entre nos établissements et une stratégie commune au service de la population. Qu'on en finisse avec les logiques purement individuelles et les doublons ! J'en attends aussi une plus grande solidarité entre établissements. Déjà, au sein de la CHT, aucun de nos quatre établissements ne prend de décision stratégique sans s'être concerté avec les autres. Nous avons en outre développé peu à peu une solidarité de stratégie médicale au bénéfice des patients : parcours de prise en charge, réponse aux besoins en spécialités sur les établissements qui n'en disposent pas, promotion de la chirurgie publique du CHBS par les autres établissements, etc. De même, comme Lorient et Quimperlé devaient renouveler l'informatisation de leurs dossiers médicaux, nous avons choisi le même système pour le partager ensuite, malgré les contraintes imposées par le décret sur l'hébergement des données de santé. Là encore, nous espérons un peu de simplification...

Quelles améliorations apporteriez-vous au dispositif ?

J'espère que les territoires qui le souhaitent pourront expérimenter des formules adaptées à leur situation en matière de gouvernance (nombre d'instances, etc.), de gestion (comptabilité des GCS, etc.), de synergies informatiques (hébergement et échange de données, etc.). Malgré les lois de décentralisation, et malgré l'expertise des acteurs hospitaliers, notre pays éprouve toujours les pires difficultés à accorder sa confiance aux territoires. On a du mal à imaginer qu'on

puisse à la fois se montrer ferme sur les objectifs au niveau national et laisser les acteurs de terrain inventer des solutions adaptées au sein d'un cadre commun.

Comment l'ARS vous a-t-elle accompagnés ?

Sur proposition de la CRDH et de la FHF, l'ARS a créé un groupe de contact pour nous permettre d'aller aussi loin que possible dans la coconstruction des GHT. Avec toujours l'idée qu'impliquer dans la définition de dispositifs adaptés ceux qui devront porter les changements sur le terrain constitue la seule voie de succès. Par ailleurs, lorsque les territoires sont prêts, des contrats d'accompagnement sont négociés et conclus entre les établissements et l'ARS, qui reste évidemment garante des objectifs à atteindre.

Comment percevez-vous l'évolution de votre métier au travers de cette réforme ?

Dans un secteur à forte visibilité sociale, le métier de directeur d'hôpital permet un rare épanouissement professionnel pour qui souhaite porter les valeurs de service public, travailler en équipe, disposer d'autonomie, valoriser ses capacités d'initiative et pour qui ne craint pas les responsabilités. Malgré des contraintes normatives, de qualité et économiques de plus en plus fortes, les prestations offertes à la population n'ont cessé de s'améliorer. La dimension territoriale telle qu'elle se dessine constitue un nouveau défi pour lequel l'expertise collective et la capacité d'innovation trouveront à s'exprimer. Mais le risque existe de voir disparaître l'originalité de notre métier au bénéfice d'un schéma plus classique, inadapté à la diversité de la collectivité humaine qui œuvre dans les hôpitaux comme à la diversité des prestations offertes à la population.

Comment percevez-vous les attentes des communautés hospitalières, et notamment médicales, sur ce sujet ?

Nos quatre établissements ont travaillé ensemble pour mettre en œuvre la CHT et se définir un projet médical partagé, aidés par le même consultant. Les équipes médicales ont donc déjà intégré



cette dimension territoriale et sa pertinence. La médecine d'urgence notamment, mais aussi l'imagerie, la biologie et la gériatrie ont constitué le cœur de cette CHT, en développant les synergies ou en créant des équipes mutualisées. Il faut comprendre que le seul avenir possible est commun, et que chacun peut en tirer avantage. Et il convient aussi d'apaiser les craintes de chacun, notamment celle de se voir imposer un mode d'exercice non désiré.

Comment voyez-vous votre rôle dans la mise en œuvre de cette réforme ?

Mon rôle consiste à impulser la dynamique, à la rendre compréhensible et à en faciliter la mise en œuvre partagée. Les responsables hospitaliers doivent se projeter dans le futur, donner du sens aux réformes et permettre à chacun d'y trouver son intérêt, au service de la population. Au regard de notre expérience de travail en commun, je suis confiant dans notre capacité à avancer. ■

Réforme territoriale

Réforme régionale : quelles conséquences pour les établissements sanitaires et médico-sociaux ?

Si la région a perdu sa compétence générale, il lui reste cependant de nombreuses attributions pour ce qui concerne les secteurs sanitaire et médico-social, en particulier en matière de formation. Et la récente création des grandes régions oblige à revoir l'organisation des ARS... et du SMPS !

La loi portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) du 7 août 2015 a renforcé les compétences régionales, mais de manière moindre que prévu et la région a surtout des fonctions de programmation, de planification et d'encadrement de l'action des collectivités situées dans son ressort. Ayant perdu sa compétence générale, la région dispose des compétences énumérées par les diverses lois qui se sont succédé depuis 1983. La loi du 2 mars 1982 avait doté la région d'une clause générale de compétence : « *Le conseil régional règle, par ses délibérations, les affaires de la région.* » Sur ce fondement juridique, les régions disposaient d'un pouvoir d'initiative, à condition que leurs interventions correspondent à l'intérêt de leur territoire. Cette clause de compétence générale a été supprimée en 2010, puis restaurée par la loi du 27 janvier 2014, et enfin de nouveau supprimée par la loi NOTRe. La loi entend établir des compétences précises pour chaque niveau de collectivité. La loi NOTRe dispose que le conseil régional a compétence pour promouvoir le développement économique, social,

sanitaire, culturel et scientifique de la région, le soutien à l'accès au logement et à l'amélioration de l'habitat, le soutien à la politique de la ville et à la rénovation urbaine, et le soutien aux politiques d'éducation et à l'aménagement et l'égalité de ses territoires. Le conseil régional a aussi compétence pour assurer la préservation de l'identité de la région et la promotion des langues régionales, dans le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des attributions des départements et des communes.

La région n'oublie pas les secteurs sanitaire et médico-social

Si le développement économique reste la compétence majeure de la région, les secteurs sanitaire et médico-social ne sont donc pas oubliés. Les compétences régionales en la matière sont les suivantes :

- définition des objectifs particuliers de santé ; détermination et mise en œuvre des actions correspondantes ;
- participation aux différentes commissions exécutives des agences régionales de santé ;
- contribution au financement et à la

réalisation d'équipements sanitaires pouvant intervenir dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ;

- attribution d'aides pour l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones déficitaires en offre de soins.

Par ailleurs, la région reste compétente en matière de formation. La loi NOTRe ne revient pas sur le transfert aux régions des compétences de l'État en matière de formations sociales, paramédicales et de sages-femmes. Ce transfert a été inscrit dans la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, qui confirme le rôle de chef de file des régions et de coordinateur des formations professionnelles. C'est l'objet du plan régional de développement des formations professionnelles (PRDFP) qui intègre le schéma des formations sanitaires et sociales. C'est dans ce cadre que les instituts de formation signent avec la région des conventions type d'objectifs et de moyens du secteur paramédical et maïeutique. Cette loi a également transféré aux régions des compétences en matière d'organisation et de financement des formations sanitaires et sociales. À ce titre, les régions ont la charge du financement des instituts et écoles de formation, ainsi que des modalités d'attribution des aides aux élèves et étudiants de ces formations. Le président du conseil régional est en outre compétent pour décider de l'ouverture de nouvelles places dans les écoles et instituts, pour certaines formations paramédicales. Demeurent en vigueur les schémas des formations sanitaires et sociales, qui concernent au premier plan les instituts de formation (Ifsi, Ifas notamment) et les formations dans le domaine social et médico-social (AMP, éducateur spécialisé, éducateur de jeunes enfants, etc.).

La loi NOTRe ne revient pas sur le transfert aux régions des compétences de l'État en matière de formations sociales, paramédicales et de sages-femmes.

Vers des ARS thématiques

La loi NOTRe et la loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, ont substitué aux vingt-deux régions métropolitaines existantes treize régions constituées par l'addition de régions sans modification des départements qui les composent. Cette réforme est effective depuis le 1^{er} janvier 2016. La réforme a des conséquences sur les agences régionales de santé, puisque à chaque région fusionnée correspond une seule ARS, là où on en comptait auparavant, en fonction des cas, deux ou trois. Les treize nouvelles régions et les sièges d'ARS apparaissent dans le tableau ci-dessous.

Pour certaines nouvelles régions, le territoire d'intervention se révèle considérable. Des ARS ont d'ores et déjà prévu des organisations infrarégionales thématiques : ainsi, en région Alsace-

alors que se met en place la réforme territoriale, les établissements publics de santé se regroupent au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Certains GHT vont en effet avoir une taille départementale, voire supra-départementale pour certains, minorant du même coup l'utilité des délégations territoriales des ARS.

SMPS : quel fonctionnement à l'intérieur des nouvelles régions ?

Les statuts du SMPS disposent (art. 8) : « Il est institué une section du syndicat dans chaque circonscription administrative régionale métropolitaine et ultra-marine du territoire national. » En conséquence, il nous faut adapter notre organisation régionale aux treize régions métropolitaines. Plusieurs questions se posent en effet, parmi lesquelles :

- quel fonctionnement à l'intérieur des nouvelles régions ? Faut-il assurer un maillage territorial infrarégional à l'intérieur des grandes régions, par exemple avec l'élection de secrétaires régionaux adjoints ?
- quelles modalités d'élection pour les bureaux régionaux dans les nouvelles régions ?
- quel délai de mise en œuvre ?

Cette réforme va se réaliser au cours du premier semestre 2016. D'ores et déjà, en 2015, un groupe de travail mené par Hervé Dany, secrétaire régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, a émis les premières réflexions. Lors du conseil national du SMPS du 1^{er} décembre 2015, Jérémie Sécher a désigné deux élus nationaux, Laurent Donadille et Olivier Servaire-Lorenzet, pour coordonner les travaux, en lien avec la délégation nationale. Notre objectif : que les nouvelles équipes (secrétaires régionaux, adjoints éventuels, bureaux régionaux) se constituent d'ici à la fin du premier semestre. ■

L'organisation n'aborde pas la question des délégations territoriales et de leurs missions, quand, alors que se met en place la réforme territoriale, les établissements publics de santé se regroupent au sein des GHT.

Champagne-Ardenne-Lorraine, il est envisagé que Châlons-en-Champagne (siège de l'ex-ARS Champagne-Ardenne) se charge du volet médico-social ; Nancy (siège de l'ex-ARS Lorraine) obtiendrait le volet sanitaire, et Strasbourg (siège de l'ex-ARS Alsace) celui de la performance.

Cette organisation présente des avantages évidents, en particulier en permettant à chaque ancienne région de conserver un rôle de tutelle régionale et en luttant contre l'éloignement de certains territoires de santé par rapport au siège ; elle comporte aussi le risque de cloisonner les différents domaines, alors même que les ARS visaient, lors de leur création, à décroisonner les secteurs sanitaires et médico-sociaux.

Par ailleurs, cette organisation n'aborde pas la question des délégations territoriales et de leurs missions, quand,

RÉGION	DIRECTEUR DE L'ARS	SIÈGE DE L'ARS
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	Claude d'Harcourt	Nancy
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	Michel Laforcade	Bordeaux
Auvergne-Rhône-Alpes	Véronique Wallon	Lyon
Bourgogne-Franche-Comté	Christophe Lannelongue	Dijon
Bretagne	Olivier de Cadeville	Rennes
Centre-Val-de-Loire	Philippe Damie	Orléans
Corse	Jean-Jacques Coiplet	Ajaccio
Île-de-France	Christophe Devys	Paris
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	Monique Cavalier	Montpellier
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	Jean-Yves Grall	Lille
Basse-Normandie et Haute-Normandie	Monique Ricomes	Caen
Pays de la Loire	Cécile Courrèges	Nantes
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Paul Castel	Marseille

Pierre de Montalembert

Profiter du GHT pour construire une GPMC territoriale

Le GHT doit pouvoir intégrer une dimension forte de ressources humaines pour élaborer plus qu'un projet médical commun : une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) territoriale. La coopération annoncée constitue un enjeu majeur des RH, portant sur les professions rares ou hautement qualifiées. Objectif : réduire l'accès inégal des établissements à ces profils, tant aux niveaux administratif, médical que soignant.

Les futures recompositions hospitalières vont structurer de véritables fonctions intégrées interétablissements. Lors des Journées de l'achat hospitalier, Jean Debeaupuis a rappelé l'objectif de professionnalisation de cette fonction par le développement de nouvelles compétences : contrôle de gestion achat, droit des marchés, etc. En termes de RH, le GHT porte trois leviers. Tout d'abord, il va permettre à un groupe d'établissements d'investir dans de nouvelles expertises communes, contribuant à la convergence de leurs politiques : responsabilité de la sécurité du système d'information, prévention des risques professionnels, contrôle de gestion achat, contrôle interne comptable et financier, etc. Le GHT pourra ensuite apporter une plus grande souplesse aux fonctions qui relèvent de lui. Leur structuration doit désormais permettre une professionnalisation poussée sur la base de métiers et de perspectives d'évolution et de mobilité clarifiées. Enfin, le GHT devra notamment attirer les médecins afin de renforcer le travail d'équipe sur le territoire et pour éviter l'isolement dans l'exercice professionnel.

Le projet médical partagé aidera aussi les établissements non universitaires à renforcer leur spécialisation dans certains domaines médicaux et à accélérer le processus d'universitarisation.

Mettre en commun des compétences rares

Cependant, les RH représentent aussi le plus grand facteur de risque d'un GHT si les ressources, mal orientées, freinent la mutualisation. La constitution de douze groupes hospitaliers de l'AP-HP, leur intégration et la réduction significative des ressources humaines sont un résultat indéniable. Deux points peuvent néanmoins nourrir la réflexion en cours :

- la redéfinition des composants de l'identité des établissements alors qu'on a réuni au niveau du groupe les centres de décision et une part des moyens supports transversaux. Le sentiment d'appartenance, la visibilité sur les projets et les acteurs, autant d'ingrédients indispensables à la structuration de la communauté hospitalière ;
- la modernisation et l'adaptation des modes de communication, de

management et de travail collectif dans un exercice multisites afin de répondre aux besoins de proximité. Mais, dans l'expérience parisienne, la réduction quantitative des effectifs a-t-elle permis une augmentation qualitative des compétences ? Le risque existe de poursuivre des objectifs d'efficacité à court terme par des suppressions de postes au lieu de les redéployer vers d'indispensables missions de structuration. Par ailleurs, le passage au GHT se révèle difficile pour des établissements, car il nécessite de gérer la croissance des structures. Afin d'assurer une transition réussie, dans des calendriers maîtrisés, il faut trouver un équilibre dans le dimensionnement des ressources humaines selon les secteurs d'activité, pour minimiser les effets de goulet d'étranglement. Enfin, la mutualisation de fonctions n'attirera pas *ex-nihilo* de nouvelles compétences pour autant sans une démarche volontariste des établissements. Celle-ci nécessite la formalisation claire d'organisations de territoire et de consensus sur les expertises dans lesquelles investir prioritairement. Pour garder lisibles l'institution et le projet stratégique, les GHT devront donc élaborer une véritable stratégie de groupe afin de professionnaliser certaines missions indispensables à la construction de l'hôpital de demain et mettre en commun des compétences expertes. Et si les GHT étaient un levier de modernisation RH pour l'hôpital public ? ■

Marie Hiance
Directrice adjointe
CHI Robert-Ballanger - Aulnay-sous-Bois
marie.hiance@ch-aulnay.fr

Inès Gravey, Antoine Loubrieu
DH, Club Jeune Génération

LES CATÉGORIES

En 2016, je voudrais...

Tellement de souhaits pour 2016, justifiés !

Et qui ne doivent pas rester des vœux pieux !

En 2016, je voudrais que l'avenir de l'hôpital public ne se limite pas aux guerres microcholines dues au choix du périmètre des GHT. La nouvelle frontière hospitalière n'est pas celle de l'établissement support unique.

En 2016, je voudrais que les GHT n'écornent pas la solidarité entre les hospitaliers. Construire un projet commun requiert respect mutuel, dialogue et vérité.

En 2016, je voudrais que la future carte des GHT ne soit pas celle de la pénurie mais celle de l'émulation de l'offre de soins publique. Soyons inventifs pour renforcer les positions du service public hospitalier !

En 2016, je voudrais que nos territoires de santé répondent à un véritable ordonnancement du parcours de soins au bénéfice du patient.

Construire un projet médical coordonné se fait avant tout pour le meilleur profit des populations.

En 2016, je voudrais que la simplification des normes à l'hôpital ne soit plus seulement un slogan mais un véritable outil de notre quotidien. Un nouveau statut très contraignant pour les personnels contractuels, le pari de la collectivisation des marchés plutôt que celui de leur simplification, un alourdissement du régime des autorisations : autant d'éléments qui ne correspondent pas concrètement aux besoins de l'hôpital.

En 2016, je voudrais que les mesures de transparence concernant les comptes des établissements privés, contenues dans la loi de santé, permettent de nouveaux angles d'approche du financement des établissements.

En 2016, j'aurais voulu que les réformes attendues relatives à la tarification soient accomplies... Je sais que 2017 sera, peut-être, l'année où elles aboutiront. Pourtant, imposer en même temps un virage ambulatoire sans nouveaux mécanismes tarifaires incitatifs ne permettra pas de retirer tous les bénéfices de ce changement majeur.

En 2016, je voudrais que l'on donne à l'hôpital les moyens d'être au rendez-vous de la santé connectée, en mettant fin à la gabegie et aux erreurs constatées sur une multitude de dossiers patients semi-informatisés. Le programme Hôpital numérique ne va pas assez loin ni assez vite ; on doit faire enfin entrer l'hôpital dans le XXI^e siècle.

En 2016, je voudrais que les directeurs n'aient plus à quémander un calendrier de négociations. Il y a lieu d'instaurer immédiatement les mesures déjà appliquées aux hauts fonctionnaires de l'État et de la territoriale. La réunion interministérielle attendue doit devenir l'aboutissement de nos revendications.

En 2016, je voudrais que le guichet unique se rende enfin compte du niveau de responsabilité qu'exercent les directeurs d'hôpital et mesure combien se justifie la reconnaissance statutaire qu'ils demandent. L'esprit de réforme et la nécessaire conduite du changement constituent notre quotidien. L'équilibre des comptes comme celui du vivre-ensemble à l'hôpital reposent sur les décisions que nous prenons courageusement chaque jour.

En 2016, je voudrais voir les directeurs soutenus dans leur exercice. La conduite du dialogue social se révèle plus difficile lorsque les contraintes s'exercent sur le système. Les directeurs agissent pour faire aboutir petits changements et grandes réformes. Il convient que toutes les composantes de l'État leur fassent confiance et les épaulent dans ce délicat exercice. Le CNG les entoure déjà beaucoup. Mais les ARS doivent s'engager pour un contrat d'accompagnement des situations difficiles.

En 2016, je voudrais que les jeunes directeurs trouvent l'environnement favorable à leur carrière. Il faut un renouveau de la formation initiale et continue, qui assure chacun de

Catégorie directeurs d'hôpital



Vice-présidente DH

Catherine LATGER

Directrice

CH de Neuilly-

Puteaux-Courbevoie

Tél. : 01 49 04 30 01

clatger@chcn.net

se perfectionner tout au long de sa vie professionnelle. Aujourd'hui, le système de financement ne permet pas aux directeurs de profiter des formations continues de haut niveau qui garantissent leur constante adaptation aux enjeux de l'hôpital.

En 2016, je voudrais que la mise en place des GHT, alpha et oméga prévisibles de notre future année bissextile, s'accompagne d'un *new deal* statutaire pour les directeurs d'hôpital. Tout notre statut est obsolète : hiérarchie de la PFR et des emplois fonctionnels, valorisation des mobilités, indemnisation des intérimaires, fin de carrière... Un changement aussi profond que celui attendu dans les hôpitaux en 2016 ne peut être porté par les directeurs sans qu'un geste aussi significatif de l'État reconnaisse la traduction concrète de ce bouleversement dans les conditions d'exercice des managers.

366 jours et pas une minute à perdre pour vos élus du SMPS : vive 2016 pour les directeurs d'hôpital, en action avec le SMPS!

Pour 2016, I have a dream

Les mutations annoncées peuvent devenir une opportunité.

Elles vont impliquer notre travail encore plus qu'aujourd'hui.

Raison de plus pour demander la reconnaissance de nos spécificités et leur juste rémunération. Nous n'entrerons pas dans les GHT sans contreparties.

Nous allons impulser et accompagner les transformations du service public de santé. Nous nous préoccupons des enfants, des adolescents, des personnes handicapées, des personnes âgées et des personnes en difficulté sociale. Or, la loi de santé oublie, ou presque, toutes ces personnes. Les modifications ne peuvent se réaliser sans nous, sans nos équipes. Une filière pour personnes âgées peut-elle ignorer, par exemple, un service d'hospitalisation à domicile (HAD) ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ? Une filière basée sur les handicaps peut-elle ne pas s'appuyer, par exemple, sur une maison d'accueil spécialisée (MAS) ou un service d'accompagnement

médico-social pour adultes handicapés (Samsah) ? Un service de pédiatrie peut-il méconnaître un foyer de l'enfance, un centre d'accueil pour les familles ? Un service de soins peut-il ignorer les établissements accueillant les familles en difficulté, les centres de Samu social, les centres d'accueil de demandeurs d'asile ?

L'article 27 de la nouvelle loi santé permet aux établissements médico-sociaux d'attendre avant d'adhérer aux GHT, contrairement aux établissements sanitaires, contraints d'intégrer un système dont ils ignorent le fonctionnement. Nous pourrions ainsi voir comment s'organiseront les GHT et réfléchir à la stratégie que nous souhaitons mettre en œuvre. Ce bouleversement des modes de coopération et de fonctionnement peut être une opportunité. La prise en charge des patients, des résidents et des usagers ne saura se faire sans nous et nous n'entrerons pas dans les GHT sans contreparties. Nous souhaitons la reconnaissance de nos spécificités – de nos spécialités.

un poste de directeur de foyer de l'enfance ou comme directeur d'une MAS. Et *vice versa*. Un D3S occupe plus facilement un poste de DH que l'inverse. Nous souhaitons rester un corps particulier. La fusion n'amènera rien, sinon beaucoup de désillusions. Nous ne voulons pas d'intégration statutaire « au rabais » dans une classe en bout de corps. Ne nous laissons pas piéger par le chant des sirènes.

Accompagnant les modifications importantes du système de santé, nous attendons une rémunération à la hauteur de nos compétences et de nos engagements. Trop d'entre nous empilent directions communes et intérim pour des indemnités de misère. Nos indemnités doivent correspondre à celles d'un DH. Le nombre d'établissements à la charge de chacun d'entre nous doit rester raisonnable. Il convient de créer des postes d'encadrement intermédiaire. Sans quoi nous ne pourrions pas réaliser notre travail correctement.

À compétence égale, à travail égal, rémunération identique. Exigeons un nouveau protocole, pour obtenir les mêmes régimes indiciaire et indemnitaire que nos collègues DH. Nous n'acceptons plus d'assumer des responsabilités, de monter seul(e) des gardes ou de prendre des décisions, sans reconnaissance ni rémunérations afférentes. Nous voulons davantage de postes permettant d'atteindre l'échelon fonctionnel avec un véritable Graf et non un échelon

Catégorie

directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux



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

Rester un corps particulier

Un directeur d'Ehpad n'est pas un directeur d'établissement de service d'aide par le travail (Esat), par exemple. Nous travaillons tous dans des domaines différents. Pour preuve, on retiendra difficilement un directeur d'Ehpad pour

Un service de soins peut-il ne pas se tourner vers les établissements accueillant les familles en difficulté, les centres de Samu social, les centres d'accueil de demandeurs d'asile ?

où il n'existe que quatre établissements dirigés par des directeurs d'hôpital.

Nous attendons aussi la fin des injonctions paradoxales qui imposent un grand écart permanent. Nous espérons une simplification des réglementations et des recommandations. Nous souhaitons que des personnels en nombre suffisant encadrent et soignent les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées. Nous en avons assez de voir les budgets se réduire. Il faut reconnaître les D3S à leur juste mérite. Ils ne doivent plus regarder passer les trains. Comme le disait Martin Luther King, *I have a dream.* ■

2016, l'année de reconnaissance de notre corps ?

Nous serons des acteurs essentiels de la mise en œuvre de la loi santé. C'est l'occasion pour les pouvoirs publics de reconnaître enfin notre corps, à la hauteur de notre engagement et de nos responsabilités dans un service public, effectivement, efficacement et exclusivement au service du public !

2015 s'achève dans une grande incertitude, voire une grande inquiétude, et personne, dans notre société, n'est épargné. Bon nombre de symptômes évidents doivent attirer notre vigilance, voire notre résistance. En cette fin d'année, notre système de santé reste préoccupant. La décision de réformes en phase avec les évolutions sociétales devra se concrétiser en 2016. Les réorganisations exigées, inscrites dans une politique volontariste de maîtrise des dépenses, et dans des délais contraints, nous forcent à une vigilance accrue quant à leurs effets sur le climat social de nos établissements, et sur les conditions de travail des managers. Une fois encore, les directeurs des soins seront parmi les acteurs de première ligne à piloter, avec obligation de résultats, la réalisation des changements attendus. Une fois encore, nous serons au rendez-vous et nous nous

Vu les fortes turbulences annoncées, nous attendons des pouvoirs publics des signaux forts, à commencer par celui, urgent, de la poursuite et de l'aboutissement du dossier de nos évolutions statutaires, indiciaires et indemnitaires. Nous attendons des résultats en cohérence avec nos nouveaux périmètres d'implication, avec l'évolution de notre positionnement qui va s'imposer, dans le cadre des GHT et des perspectives de directions communes, et nous attendons des résultats qui tiennent compte de nos différents domaines d'activité : gestion/formation/ARS et ministère.

Nos attentes pour cette nouvelle année portent aussi, et en même temps, sur :

- la création d'un grade à accès fonctionnel (Graf) ;
- l'élargissement et la revalorisation de nos emplois fonctionnels ;

L'absence d'écoute, pari risqué...

investirons avec le professionnalisme et la forte implication qui nous caractérisent, mais qui commencent à s'éteindre par défaut de considération de la part des pouvoirs publics.

Aujourd'hui, les contraintes des mutations à venir ne sont identifiées ni clairement ni de manière exhaustive. Pourtant, elles devront impérativement être prises en compte dans la reconnaissance de notre corps. Celle-ci devra s'appuyer sur une identification des trois corps de direction avec trois statuts distincts et valorisés à l'identique, notamment dans leurs dimensions indiciaires et indemnitaires.

- la clarification de la fonction de coordination d'instituts, alors que ce secteur est aujourd'hui dans une phase d'instabilité ;
- la prise en compte de nos nouveaux modes d'implication dans une logique d'exercice territorial ;
- la maîtrise des impacts de la mise en place des GHT sur nos conditions de travail ;
- une renégociation de nos primes et indemnités, intégrant les exercices multisites, de direction commune et d'intérim ;
- une reconsidération effective de notre PFR ;

Catégorie directeurs des soins



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

- une gestion efficace et transparente du problème de démographie de notre corps, en rappelant l'importance et l'attachement que nous portons au concours – selon des modalités à reconsidérer – et à une formation unique pour tous, dont les contenus restent à actualiser en tenant compte de l'évolution des environnements d'exercice.

L'impulsion et la mise en œuvre des projets, des réorganisations attendues, réponses aux enjeux actuels et à venir, passent en grande partie par notre engagement et notre implication. L'absence d'écoute et de reconnaissance constitue un pari risqué, en opposition à une véritable stratégie managériale hospitalière moderne et pérenne. Cette stratégie doit permettre d'atteindre les objectifs régulièrement imposés à la communauté hospitalière dont nous ne pouvons être exclus. L'absence d'une reconnaissance concrète de notre corps aura des effets sur la qualité même du pilotage des projets d'évolution exigés par les pouvoirs publics, car nous n'accepterons plus d'être considérés comme corvéables à merci. ■

Aujourd'hui, les contraintes des mutations à venir ne sont identifiées ni clairement ni de manière exhaustive. Pourtant, elles devront impérativement être prises en compte dans la reconnaissance de notre corps.

Pour 2016, un collège cadres !

Espace cadres, collège cadres : quel nom pour quelle représentation ? La liste de vœux pour 2016 pourrait être longue, mais peut-être verrons-nous se réaliser, avec un peu d'insistance, l'un de nos plus anciens.

L'encadrement sollicite depuis déjà longtemps la création d'un lieu et d'un temps dédié à l'échange et à la concertation spécifique aux cadres, toutes filières confondues. Le SMPS est le seul syndicat à avoir porté cette revendication. Inscrit dans le rapport de Singly, suggéré dans les propositions plus récentes du rapport Couty, ce projet rencontre l'hostilité de la plupart des organisations syndicales et la frilosité de nombreux directeurs. Un des arguments avancés contre : les cadres bénéficient déjà d'une représentation au CTE. Or, le collège unique a dilué la représentation de l'encadrement, même si le SMPS n'a pas à rougir des résultats aux élections locales partout où des listes ont été déposées.

Certains directeurs expriment la crainte de voir le collège cadres prendre des positions contradictoires à la politique institutionnelle. Le terme même « collège » suscite des réticences. Pourtant, des temps de réunions entre cadres, toutes filières confondues, pourraient émerger des propositions concrètes, afin de décliner la politique institutionnelle, d'anticiper des écueils possibles, d'éviter parfois

dicative pour améliorer les conditions de travail des cadres. Y figure, entre autres, la proposition d'instituer un collège cadres dans tous les groupes hospitaliers, les établissements hors groupe et les pôles d'intérêt commun. La direction générale a bien compris notre demande et l'intérêt que pourrait apporter aux établissements la mise en place du collège cadres. Néanmoins, elle a fait remarquer qu'il n'existe, à ce jour, aucune disposition légale relative à la mise en place de ce type de disposition et qu'il appartenait peut-être aux cadres des établissements de l'initier. Effectivement, la possibilité de créer ces espaces existe, mais la reconnaissance de leur existence, ainsi

Au bon vouloir des chefs d'établissement

des échecs et surtout de favoriser la démarche de changement.

La mise en place des GHT et la taille des structures nouvelles, associées au « nomadisme » des équipes de direction, vont rendre de plus en plus rares les échanges directs avec l'encadrement. Autant de pertes de chance de communiquer efficacement. Il en résultera beaucoup d'incompréhension alors que des établissements ont saisi depuis longtemps l'opportunité de la création de cet espace de réflexion et de propositions.

Les débats actuels à l'AP-HP peuvent donner une nouvelle occasion de soumettre les propositions du SMPS. Dans le cadre des échanges avec la direction générale, le SMPS a élaboré une plate-forme reven-

ant que la prise en compte des travaux qui en ressortent, reste au bon vouloir des directeurs d'établissement.

Le SMPS AP-HP estime néanmoins ce premier pas très positif. Il encourage ses représentants à faire valoir et à développer, une fois de plus, auprès de la direction générale, lors d'une prochaine réunion, l'intérêt pour les directions et les cadres de créer ces espaces de dialogue. Alors, pour 2016, souhaitons que ces échanges aboutissent sur une initiative de réelle grande envergure. Et que cette réussite devienne une opportunité pour tous. ■

Philippe Legrand
Permanent AP-HP

Laurence-Béatrice Cluzel
Vice-présidente cadres soignants

Catégorie cadres de santé



**Vice-présidente
cadres soignants
Laurence-Béatrice CLUZEL**

Cadre supérieur pôle sud
Fondation Santé Service
Tél. : 06 78 46 21 97
lbcluzel@gmail.com

Collège cadres

(extrait du texte proposé par le SMPS de l'AP-HP)

Le collège cadres est un organe de dialogue entre les cadres de toutes filières, la direction et la communauté médicale. Il intéresse l'ensemble des domaines concernant l'établissement et l'encadrement.

Il ne se substitue ni aux différentes réunions de travail existantes, ni aux instances consultatives.

Missions

- Le collège cadres se positionne en tant qu'acteur sur les projets de l'hôpital.
- Le collège cadres est force de proposition dans son domaine de compétence.
- Le collège cadres favorise les échanges entre les cadres de différentes filières et facilite la diffusion de l'information.
- Le collège cadres développe la communication avec la direction et la commission médicale d'établissement.

2016 apporte une première bonne nouvelle à certains contractuels

Le dispositif des concours réservés est prolongé et étendu ! Et, dans ce cadre, la comptabilisation des services effectifs se révèle bien plus avantageuse.

Le dispositif de résorption de la précarité prévu par la loi du 12 mars 2012, dite « loi Sauvadet », devait se terminer en mars 2016. Il sera prolongé jusqu'en mars 2018 pour les personnes éligibles à une titularisation comme agent de la fonction publique. Le 7 octobre 2015, l'Assemblée nationale a voté un amendement déposé par le gouvernement, qui ajoute un article au projet de loi relatif à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, modifiant la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012. Les concours ou examens professionnels initialement prévus d'ici à mars 2016 pourront donc se tenir jusqu'en mars 2018.

Et surtout, les conditions d'ancienneté à la date du 31 mars 2011 seront repoussées au 31 mars 2013, ce qui permettra à des agents qui n'étaient pas éligibles de le devenir ! Ainsi, les établissements relevant de la fonction publique hospitalière seront tenus d'organiser, d'ici au 13 mars 2018, des recrutements directs ou par voie de concours ou d'exams professionnalisés réservés aux agents contractuels en fonction au 31 mars 2013 – sous condition d'ancienneté pour les CDD. L'article 6 du décret du 6 février 2013 instaure une obligation d'information des personnels concernés par ce dispositif.

À la suite d'un concours, l'agent est généralement nommé au 1^{er} échelon du 1^{er} grade du corps. Une reprise d'ancienneté des services accomplis avant la titularisation, en tant qu'agent public non titulaire ou en qualité de salarié, est possible. Elle se traduit par un classement sur un échelon supérieur, mais elle est toutefois généralement partielle et entraîne une perte, ou une stagnation parfois longue, de la rémunération (décrets n°2007-837 et 2007-961). Un avancement de grade permettra d'atténuer cela.

Celui-ci se fait au choix par voie d'inscription à un tableau annuel d'avancement établi après avis de la commission administrative paritaire, par appréciation de la valeur professionnelle et des acquis de l'expérience professionnelle des agents. Or, les statuts d'ingénieur et de technicien prévoient des conditions de services effectifs pour l'avancement de grade au choix. Par exemple, la condition de service effectif est de six ans pour l'accès au grade d'IH principal pour les IH, ou à celui d'IH en chef de classe exceptionnelle pour les IH de classe normale. En règle générale, les services effectifs correspondent à des périodes d'activité de l'agent, y compris congés annuels, congés de maladie, congé de maternité, de paternité ou d'adoption. C'est cette notion qui s'applique pour l'accès au choix aux grades d'avancement. Ainsi, lors des concours standard, ne sont pris en compte au titre des services effectifs dans le corps, que les services accomplis selon la définition ci-dessus à compter



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

supérieur dès la titularisation, suivant votre situation. Il convient de prendre en compte cet élément important au moment de décider de bénéficier ou non d'un examen professionnel réservé... ! Retrouvez toutes les références

Services effectifs : une différence essentielle et avantageuse lors des concours réservés.

de la date de mise en stage dans le corps, à l'exception des services accomplis en qualité d'agent non titulaires. Toutefois, la situation est différente en ce qui concerne l'application de la loi du 12 mars 2012 ! L'article 11 du décret n° 2013-121 stipule qu'après l'année de stage, les services publics accomplis comme agent non titulaire dans un emploi de même niveau que celui du corps d'intégration devront être considérés comme des services effectifs accomplis dans le corps. C'est donc une possibilité d'être promu au grade

réglementaires sur le site web du SMPS, catégorie ingénieurs et cadres techniques. ■

Les nouvelles dispositions seront applicables dès publication des décrets portant sur le projet de loi relatif à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires. Un communiqué du SMPS vous en avertira.

Que nous souhaiter pour 2016 ? Un bon « accord sur les parcours professionnels, les carrières et les rémunérations ». La création d'un grade à accès fonctionnel, mais aussi le retour à un véritable esprit de corps des AAH. Et, bien sûr, le maintien d'une prise en charge de qualité pour les patients.

Pour la nouvelle année, je nous souhaite :

- une évolution statutaire et indemnitaire en adéquation avec nos fonctions. Dans la mesure où le système favorise désormais davantage la compétence, il n'est plus possible de s'arrêter uniquement au corps ou au grade. Il devient urgent de revoir notre régime indemnitaire à la hauteur de celui des attachés de la fonction publique d'État (RIFSEEP au 1^{er} janvier 2016). Les attachés hospitaliers exercent bien souvent des responsabilités plus importantes au sein de structures fonctionnant suivant le modèle H.24. Comment justifier cette différence de régime indemnitaire ?

- L'obtention d'avancées lors des réunions de concertation conduites au sein de la DGAFP dès le début de l'année, dans le cadre de la mise en œuvre du protocole menée par Marylise Lebranchu, portant sur l'« accord sur les parcours professionnels, les carrières et les rémunérations », et auxquelles nous participerons.

des AAH, déjà amorcé par la pétition lancée en juin 2015, qui a recueilli 1 031 signatures et la renaissance de l'association des AAH, qui propose de porter avec eux les travaux pour la création de notre fiche métier.

- La relance des réunions régionales dans le contexte des grandes régions, aux périmètres importants et aux cultures différentes, qui doivent être source d'échanges et de complémentarité. Enfin, je forme le vœu que les 72 élèves attachés de la promotion Louis-Pasteur aient une prise de poste au 1^{er} janvier 2016 à la hauteur de leurs attentes et qu'ils en prennent toute la dimension dans un cadre favorable malgré le contexte difficile. Le SMPS et moi-même souhaitons à tous les cadres administratifs, attachés

Une prise de poste à la hauteur des attentes.

- La création d'un grade à accès fonctionnel (Graf) afin de valoriser l'exercice de nos fonctions : responsabilité, conseil, expertise, etc.
- L'extension du décret n° 94-140 du 14 février 1994 à tous les AAH, quel que soit le secteur d'exercice, pour l'attribution de la NBI dès lors qu'ils encadrent au moins cinq personnes.
- Le retour à un véritable esprit de corps

et adjoints des cadres, quelle que soit leur formation – concours externe, nomination au choix, concours réservés – un parcours professionnel attractif – rémunération, évolution, compétences... – qui nous fidélisera au service de l'établissement public de santé ou médico-social, et maintiendra une prise en charge de qualité des patients. ■

Catégorie cadres administratifs



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

Accord parcours professionnels/carrières/rémunérations

Ce que prévoit notamment le protocole :

- la restructuration et la revalorisation des carrières des catégories C et A (2017-2020). Concernant la catégorie A, la structure des deux premiers grades sera modifiée par la suppression d'un échelon dans chacun de ces grades, qui s'accompagnera d'une revalorisation indiciaire destinée à renforcer l'attractivité du début et de fin de carrière. Un grade répondant aux caractéristiques de la hors-classe des AAH de l'État sera créé pour les AAH territoriaux et hospitaliers (2017-2020) ;
- la garantie d'un déroulement de carrière sur au moins deux grades pour tous ;
- le transfert d'une partie du régime indemnitaire sur le traitement indiciaire des catégories C, B et A (2016-2018). Pour les agents de catégorie B, la grille indiciaire sera revalorisée sans modification du nombre de grades et une partie des primes sera intégrée en points d'indices dès 2016 ;
- la refonte des grilles indiciaires (2017-2020) ;
- l'amélioration des procédures de recrutement ;
- la simplification et l'harmonisation de l'appréciation de la valeur professionnelle des agents ;
- la revalorisation de la filière sociale et paramédicale (2016-2018) ;
- des négociations salariales régulières à partir de février 2016 ;
- des mobilités facilitées entre les trois fonctions publiques.

En 2016, mobil(isez-vous) !

Depuis 2007, les cadres détachés du SMPS ont un représentant fonctionnel. Désormais, Aymeric Chauchat rejoint Francis Fournereau pour former un tandem et renforcer en 2016 l'action syndicale sur trois axes : valoriser la diversité des parcours, défendre les situations individuelles et conquérir de nouvelles avancées collectives.

Valoriser la diversité des parcours et défendre les situations individuelles

Le réseau des collègues détachés et les parcours diversifiés créent une force et une richesse pour nos professions et notre syndicat. Une force qui permet à la fonction publique hospitalière d'exporter ses compétences. Une richesse qui aide à élargir les expériences de chacun au service de notre action collective. Le SMPS est le seul syndicat à défendre une position résolument ouverte sur les mobilités entrants/sortants.

Le détachement en dehors du corps soulève de nombreuses interrogations pour le collègue qui passe pour la première fois « à l'acte » : détachement ou mise à disposition ? Quel sera mon avancement de carrière ? Que deviendra ma PFR ? mon CET ? Et *quid* du logement ? Les problèmes individuels nécessitent d'autant plus de soutien syndical que le collègue détaché peut avoir un sentiment d'isolement. Les deux représentants fonctionnels de la catégorie ainsi que les délégués nationaux et élus en CAPN restent à leur disposition pour éclairer et soutenir le collègue.

Conquérir de nouvelles avancées collectives

L'année 2015 a été celle du Graf et de l'échelon spécial des DH. Rappelons que l'accès à la classe exceptionnelle est largement ouvert aux collègues détachés :

- le premier vivier dit « statutaire » concerne les collègues réunissant huit ans sur les quinze dernières années en position de détachement, notamment sur emploi fonctionnel doté d'un indice terminal correspondant au

moins à la HEB... de la fonction publique hospitalière, d'État ou territoriale ;

- le second vivier dit « fonctionnel » concerne les collègues réunissant dix ans sur les quinze dernières années en position d'affectation sur « un niveau particulièrement élevé de responsabilités [...] exercées en position d'activité ou de détachement ». L'arrêté du 31 mars 2015 précise les fonctions concernées : chef d'établissement sur emploi fonctionnel, directeur adjoint en CHRU/CHU, responsable en premier d'un domaine fonctionnel... et « directeur sectoriel au sein de l'Agence de la biomédecine, de l'Institut de veille sanitaire et de la Haute Autorité de santé » (alinéa 8° de l'article 1).

Questions méritant des réponses précises : pour le passage à la classe exceptionnelle, comment valorise-t-on les années de responsabilité sectorielle en ARS ou à la DGOS ? Et les mobilités à l'Igas, etc. ? et les détachements dans des structures de coopération ? Par ailleurs, pour ce qui concerne l'accès à l'échelon spécial de la hors-classe, quelle garantie nous donne-t-on que les expériences individuelles des collègues détachés seront évaluées équitablement ?

Et si l'on consacrait 2016 aux jeunes collègues ?

Valoriser les parcours en détachement en fin de carrière sans geste d'ouverture

Catégorie cadres détachés

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

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



en début ou milieu de carrière nous laisse mi-figue mi-raisin. Le passage à la hors-classe pour les collègues détachés reste un parcours semé d'embûches. On leur répond parfois : retournez au plus vite à l'hôpital ! La mobilité fait figure aujourd'hui de valeur portée aux nues de la fonction publique. Mais de la parole aux actes, il n'y a qu'un pas... non encore franchi. De nouvelles évolutions statutaires s'imposeraient-elles ?

Une enquête auprès de tous les adhérents du SMPS en activité ou en position de détachement sera lancée début 2016 pour remettre à jour notre position collective sur l'ouverture et les mobilités.

Bref, mobil(isez-vous) !

Valoriser les parcours en détachement en fin de carrière sans geste d'ouverture en début ou milieu de carrière nous laisse mi-figue mi-raisin.

Pour 2016, nous attendons des preuves d'amour

On l'a encore vu lors des événements dramatiques qui ont touché notre pays le 13 novembre : l'hôpital a répondu présent avec un grand professionnalisme. Cet engagement sans faille se traduit au quotidien, à la grande satisfaction des usagers et de leurs familles. Alors, qu'attendent les pouvoirs publics pour y répondre par des actes concrets ? Dans son dialogue avec eux, notre syndicat peut compter sur l'expérience et la disponibilité des retraités.

A l'heure où j'écris ces lignes, la France vit depuis quatre semaines une tragédie jusqu'ici inconnue dans notre pays. Les attentats barbares du 13 novembre, les images de guerre, les interrogations suscitées sur leur mode opérationnel, les inquiétudes face à ces menaces, l'émotion d'un peuple, la gravité des mots des dirigeants, des politiques, des médias : jamais la Nation n'avait connu une telle peur.

Jamais sans doute non plus, dans un climat électoral si particulier, l'esprit républicain n'a autant été appelé au

secours d'une nation en quête de sens, en crise de liberté, en doute de fraternité, en dette de solidarité.

Au lendemain d'une élection nationale intervenant pendant l'état d'urgence, notre pays doit quitter les rives d'une guerre de religion ; il doit retrouver le ciment de la concorde et affirmer sa volonté de vivre ensemble. L'enjeu nécessite l'engagement de tous, politiques, élus, corps sociaux. C'est l'affaire de chacun.

La crise sécuritaire, sanitaire, identitaire, morale et politique que nous venons de vivre a démontré combien était nécessaire

leur solidarité, indéniables, et les familles des patients apprécient toutes ces qualités. L'engagement des cadres hospitaliers est sans faille, la fierté de leur appartenance à une communauté de professionnels aguerris s'affirme.

Le Syndicat des managers publics de santé revendique depuis toujours une reconnaissance par les pouvoirs publics de la valeur de cet engagement. Il revendique une véritable reconnaissance, au-delà des mots, qui s'exprimerait par une traduction statutaire et indemnitaire, par des marques de confiance retrouvée. Il revendique une association gagnante, qui se manifesterait en actions de proximité, de référence, de recours, grâce aux évolutions nécessaires d'un service public hospitalier, modèle reconnu et déployé sur tout le territoire,

Le SMPS attend des preuves d'amour, concrètes et significatives, pour ses mandants, cadres et dirigeants. Ce sont eux qui préparent un avenir meilleur pour

Catégorie

cadres retraités



Délégué retraités

Jean-Rémi BITAUD

Représentant des cadres
retraités au niveau national
jrbitaud@orange.fr

Le SMPS attend des preuves d'amour, concrètes et significatives, pour ses mandants, cadres et dirigeants.

un service public fort, réactif, professionnel, et combien nos concitoyens y étaient attachés.

Le service public hospitalier, avec les forces de l'ordre, a montré l'exemple. Nous, professionnels, ou qui l'étions encore il y a peu en ce qui concerne les retraités, connaissons depuis longtemps la richesse, pour notre pays, du tissu hospitalier dont il dispose, un univers sans cesse en mouvement et dont l'avenir future des GHT apparaît comme un signe de vitalité.

Lieu d'accueil et de soins, sans considération d'appartenance, de croyance, d'origine, de ressources, l'hôpital incarne par essence les valeurs du pays des droits de l'homme, mises à mal ces dernières semaines.

Les usagers reconnaissent ce savoir-faire de ses personnels, leur disponibilité,

les retraités, car ceux-ci disposent désormais de bien peu de moyens d'action pour améliorer leur qualité de vie. Mais ils fournissent toutefois des ressources utiles au syndicat : l'expérience et la disponibilité. J'invite les retraités à s'investir dans l'action locale du syndicat qui va recomposer son organisation territoriale. J'invite les élus catégoriels et territoriaux à les solliciter.

Plus que jamais, dans ces temps incertains, nous avons besoin de cette germination intergénérationnelle. ■

J'invite les retraités à s'investir dans l'action locale du syndicat. J'invite les élus catégoriels et territoriaux à les solliciter.

voir

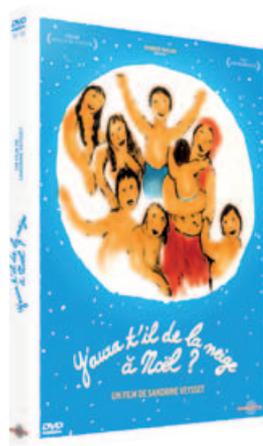
Pour le lecteur de DVD

Y aura-t-il de la neige à Noël ?

Sandrine Veysset

Coup de zoom sur le quotidien d'une ferme provençale. Avec un père (Daniel Duval) un brin volage et une mère (Dominique Reymond) qui cumule travail dans l'exploitation agricole et vie de famille, avec sept enfants à élever. Pour son premier long métrage – sorti en 1996 –, Sandrine Veysset signe un conte plein de vie, à mi-chemin entre la fiction et le documentaire. À (re)découvrir dans sa version numérique restaurée.

En DVD et Blu-ray. Carlotta. 20,06€



Body Double

Brian De Palma

Quand De Palma revisite Hitchcock, ça donne *Body Double*. Inspiré par *Sœurs froides* et *Fenêtre sur cour*, ce film de 1984 raconte l'histoire d'un acteur de séries Z qui se retrouve à garder la luxueuse demeure d'un ami durant son absence... Ce long-métrage, parmi les plus sulfureux du réalisateur américain, ressort en version restaurée dans un coffret en édition limitée et numérotée à 3 000 exemplaires. Avec un livre de 200 pages consacré aux coulisses du tournage. Attention : collector !

En DVD et Blu-ray. Carlotta. 50,80€

Au théâtre

L'Envers du décor Théâtre de Paris

Patrick (François-Eric Gendron) veut présenter sa nouvelle conquête (Pauline Lefèvre) à ses amis, Isabelle (Valérie Bonneton) et Daniel (Daniel Auteuil). Le dîner est organisé, mais c'est sans compter sur l'effet que la jeune femme va avoir sur Isabelle et Daniel... Dans cette pièce de Florian Zeller, au casting « bankable », Daniel Auteuil est à la fois acteur et metteur en scène. Une double casquette pour une fable faite pour (sou)rire.

Du 15 janvier au 8 mai

15, rue Blanche, 75009 Paris
Réservation au 01 48 74 25 37

Prendre le temps



© Frédéric POLETTI

par Anne Éveillard

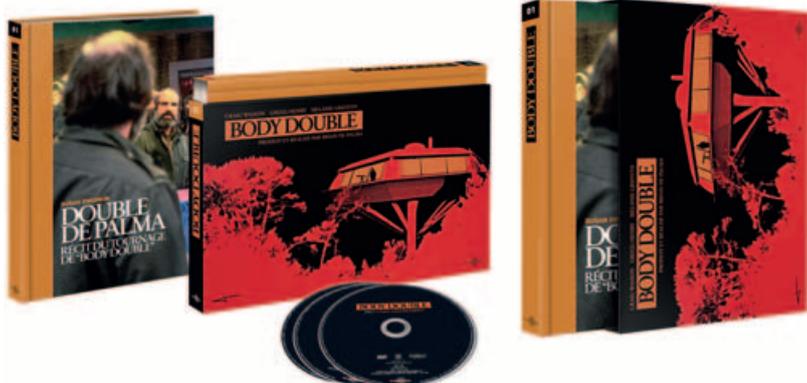


Deux hommes tout nus

En tournée

Alain Kramer (François Berléand), avocat à la vie bien rangée, se retrouve un matin nu chez lui, en compagnie d'un collègue de bureau... Comment est-ce arrivé ? Il n'en a pas la moindre idée. Dans cette pièce de Sébastien Thiéry, mise en scène pas Ladislas Chollat, on navigue entre petits mensonges, quête de soi et enquête sur soi. Un bel exercice de style, campé par un duo Berléand-Gélinas à la hauteur du défi.

Les 03/02 à Marseille, 11/02 à Toulouse,
20/02 à Montpellier, 12/03 à La Baule, 31/03 à Lyon,
29/04 au Mans...



savoir

Expos

La Fabrique de l'œuvre

Angers

Envie de voir l'esquisse du *Radeau de la Méduse* ? Elle se trouve dans cette expo consacrée aux dessins des musées angevins. Une collection de 13 500 feuilles issues d'un cabinet d'arts graphiques, où de grands noms se côtoient : Poussin, Boucher, Fragonard, David, Ingres, Géricault, Delacroix... Une fois dans le musée, suivre aussi « la ligne bleue » : elle mène sur les traces d'un « contrepoint contemporain » mené par une quinzaine d'artistes et d'une installation éphémère d'Eric Winarto, invité en résidence.

Jusqu'au 28 février - Musée des Beaux-Arts

14, rue du Musée, 49 100 Angers - Tél. : 02 41 05 38 00



© Musées d'Angers



© Bernard Plossu

Porte Océane, église St-Joseph, architecte Auguste Perret, UFSE, SAIF 2015

Bernard Plossu

Le Havre

« Le Havre en noir & blanc » : c'est sur ce thème qu'a planché le photographe Bernard Plossu. Équipé d'un matériel très léger et de son 50 mm – un objectif proche de l'œil humain –, il a « shooté » dans le train, en voiture, à pied. Une centaine d'images sont issues de ce travail et racontent la ville reconstruite par Auguste Perret à partir de 1945, aujourd'hui classée au Patrimoine mondial par l'Unesco.

Jusqu'au 28 février - MuMa

2, bd Clemenceau, 76600 Le Havre

Tél. : 02 35 19 62 62



Tissus inspirés

Pierre Frey - Paris

Pour fêter les 80 ans de la maison Pierre Frey, une exposition retrace près d'un siècle de créations et savoir-faire. Cette présentation de tissus et papiers peints côtoie les collections permanentes du musée, ainsi que les travaux de sept artistes contemporains inspirés par la couleur, la matière, le motif... Somptueux.

Du 21 janvier au 12 juin

Musée des arts décoratifs

107 rue de Rivoli, 75001 Paris

Tél. : 01 44 55 57 50

Où passer à table ?

L'Auberge du jeu de paume Chantilly

La table s'appelle le Jardin d'hiver. Ce « bistrot chic », voisin du château de Chantilly, propose une cuisine inspirée par les produits de saison et supervisée par le chef étoilé Arnaud Faye. Côté vins, on s'en remet au sommelier qui concocte des accords sur mesure, avec des offres au verre ou en carafe. Aux beaux jours, on profite de la terrasse. Une belle évasion à moins d'une heure de Paris.

Auberge du jeu de paume

4, rue du Connétable - 60500 Chantilly

Tél. : 03 44 65 50 00

www.aubergedujeudepaumechantilly.fr

bons plans

Où s'échapper ?

L'Hostellerie de plaisance Saint-Émilion

Le lieu sort des sentiers battus. Située au cœur de la cité médiévale de Saint-Émilion, *L'Hostellerie de plaisance* mêle patrimoine, table étoilée – avec Cédric Béchade aux fourneaux-, cave d'exception – riche de 700 références- et chambres décorées par Alberto Pinto. Un mix de choix pour une escapade gourmande, loin des bruits de la ville.

Forfait Saint-Émilion œnologique

à partir de 670 € (pour 2) avec nuit à l'hôtel, petit déjeuner, initiation privée

à la dégustation de l'École du vin et

visite du château de Saint-Émilion.

Hostellerie de plaisance : 5, place du Clocher

33330 Saint-Émilion. Tél. : 05 57 55 07 55

www.hostellerie-de-plaisance.com



© Jérôme Monclère

L'art de Morris

Angoulême

Pour tout savoir sur Lucky Luke, « l'homme qui tire plus vite que son ombre », rendez-vous à Angoulême. Le musée de la BD expose plus de 150 planches et dessins originaux signés Morris. Des documents qui en disent long sur ce drôle de cow-boy né en 1945 et inspiré des westerns. Depuis, 300 millions d'albums ont été vendus.

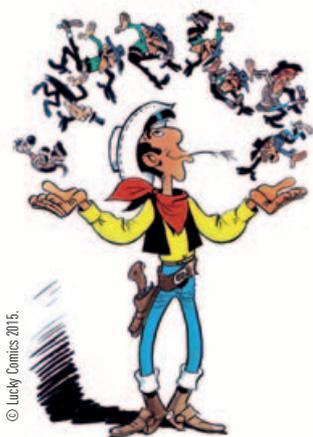
Du 28 janvier au 18 septembre

Musée de la BD

121, rue de Bordeaux

16000 Angoulême

Tél. : 05 45 38 65 65



© Lucky Comics 2015.

Beaux livres

Louis Vuitton, l'histoire à l'œuvre

En marge de l'expo du Grand Palais consacrée à Louis Vuitton – jusqu'au 21 février –, ce livre-catalogue raconte l'histoire d'une maison de tradition et son évolution depuis la première malle créée en 1906. Avec un focus passionnant sur les liens étroits entre l'écriture et les fameuses malles bibliothèques, chères à Hemingway. Ce beau livre est emballé dans du papier de soie, avec surcouverture en toile enduite monogrammée.

Flammarion. 50€

lire

Romans

La Renverse

Olivier Adam

On ne l'attendait pas en politique. Pourtant, Adam s'y colle. Ou plutôt y campe le personnage principal de son dernier roman. Antoine, jeune libraire, doit se replonger dans le passé familial à la mort d'un ancien maire et ancien ministre, autrefois mouillé dans une affaire de viols et d'abus sexuels... Efficacité de l'écriture et justesse du propos font de *La Renverse* l'une des pépites de ce début d'année.

Flammarion. 19€

Le Cas Annunziato

Yan Gauchard

Pour un premier roman, Gauchard fait fort. Il nous entraîne dans les coulisses du musée national San Marco, à Florence, où Fabrizio Annunziato se retrouve enfermé, par accident. Plutôt que d'appeler du secours, il épie, fouine, cherche et trouve. Une découverte qui va faire grand bruit... L'intrigue est fort bien menée et le primo-romancier, prometteur.

Les Éditions de minuit. 12,50€



© David Ignaszewski / Kobay © Flammarion



Le Monde merveilleux de l'entreprise

Voutch

Le dernier album de Voutch vient de sortir en librairie. Au menu : humour grinçant et regard aiguisé sur l'univers du travail. Patrons tyranniques, employés résignés, stagiaires désabusés... rien ne manque. On s'y croirait. Le tout rythmé par des légendes hilarantes et autres situations absurdes. À dévorer chez soi, sur son canapé. À commenter au bureau, près de la machine à café.

Le Cherche-Midi Éditeur. 18,50€

écouter

Variétés/pop/rock



MTV Unplugged

Placebo

Après Nirvana ou Eric Clapton, c'est au tour de Placebo de se prêter au MTV Unplugged. Le groupe de Brian Molko et Stefan Olsdal s'est entouré de quelques musiciens supplémentaires pour revisiter son répertoire : de *Every you and every me* à *The Bitter End*, en passant par *Where is my mind*. Avec une version en coffret de luxe, qui contient CD, DVD et double vinyle.

Mercury

Wilson chante Montand

Lambert Wilson aime chanter. Ce n'est pas nouveau. Dans les années 1990 déjà, il faisait quelques incursions dans le répertoire d'Yves Montand. Aujourd'hui, il sort un album en reprenant *La Bicyclette*, *Les Grands Boulevards*, *Syracuse* ou encore *Les Bijoux*, composé par Ferré sur un poème de Baudelaire. Le baryton léger booste sa prestation avec des arrangements signés Bruno Fontaine : une alchimie qui fonctionne bien.

Sony

Classique

Livre pour quatuor (révisé). Pierre Boulez

Quatuor Diotima

Cet album vient de décrocher un « Choc » décerné par le magazine *Classica* aux meilleurs disques de l'année. Il faut dire que les musiciens du Diotima ont peaufiné cette nouvelle version du *Livre pour quatuor* avec Boulez lui-même. Ensuite, leur technique, leur sens de la cohésion et du groupe ont fait le reste. Un bel hommage au compositeur, décédé en début d'année.

Megadisc Classics

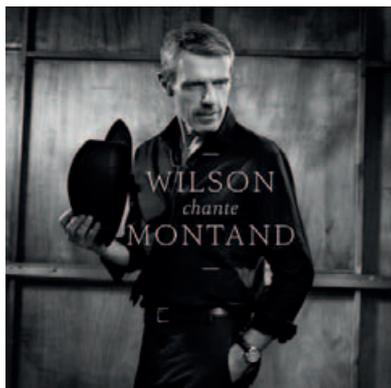


Complete Piano Works. Ravel

Chamayou

Bertrand Chamayou propose ici l'intégrale de Maurice Ravel pour piano seul. « *Cette intégrale m'accompagne depuis que je suis tout petit, confie-t-il. Car Ravel a été un personnage clé dans mon développement musical.* » Ce coffret de 2 CD s'accompagne d'une série de concerts à travers la France : à ne pas manquer.

Warner Classics



Concerts

Michel Polnareff

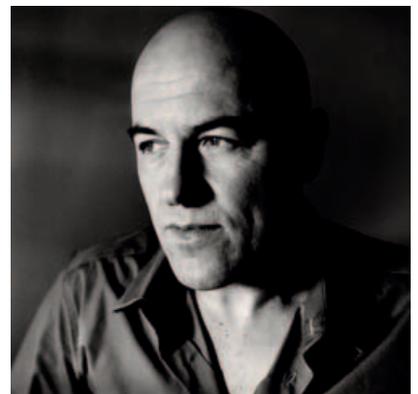
En tournée

Polnareff est de retour. À 71 ans, il quitte la Californie pour une tournée à travers l'Hexagone et la sortie, dans les bacs, d'un nouvel album. Au programme : vingt-cinq titres inédits, écrits par ses soins. Les fans sont dans les *starting-blocks*.

Du 07/05 au 11/05 à Paris

et les 30/04 à Epernay, 19/05 à Lille,

26/05 à Dijon, 16/06 à Caen...



Dominique A

En tournée

Après la sortie de l'album *Eléor*, qui a marqué ses vingt premières bougies musicales, Dominique A entame une tournée française, dans des villes rarement sous le feu des projecteurs. Mais rien de mieux que les chemins de traverse pour faire la route au gré des *Nouvelles vagues*, *Central Otago* et autre *Twenty-Two Bar*.

Les 26/02 à Hérouville Saint-Clair, 10/03 à Allonnes, 16/03 à Vichy, 22/03 à Sartrouville, 07/04 à Paris...

Tarifs 2016 des cotisations

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

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



smmps

smmpsante.fr

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 2016

Je soussigné(e)

Mme, M.
(rayer les mentions inutiles)

Prénom : Année de naissance :

Grade : Classe :

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

Statut : Titulaire/stagiaire Contractuel

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

Établissement :

Service :

Adresse ou BP :

CP :

Ville : Cedex :

Tél. fixe/portable :

E-mail :

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

N° : Rue :

CP : Ville :

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

chèque établi à l'ordre du trésorier national du SMPS

carte bleue

prélèvement automatique en 3 fois (-10%)

Fait à : le

Signature :

Syndicat des managers publics de santé

Avis de changement de situation

Mme, M.
(rayer les mentions inutiles)

Prénom :

Anciennes fonctions :

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

Grade : Classe :

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

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

Coordonnées professionnelles (à compléter obligatoirement)

Établissement :

Service :

Adresse ou BP :

CP :

Ville : Cedex :

Tél. fixe/portable :

E-mail :

Avez-vous un mandat syndical ? oui non

Secrétaire section locale

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

titulaire suppléant

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

titulaire suppléant

Autre :

Coordonnées personnelles

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

N° : Rue :

CP : Ville :

Bureau national

Président



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

Vice-présidents



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



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



Vice-président D3S
Frédéric CECCHIN
Directeur adjoint
Centre hospitalier
de Chaumont
Tél. : 03 25 30 71 45
frederic.cecchin@ch-chaumont.fr



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



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



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

Membres fonctionnels



Délégué retraité
Jean-Rémi BITAUD
jrbitaud@orange.fr



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



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



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



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



Trésorier national adjoint
Guillaume CHESNEL
Directeur adjoint
GH de St-Denis
guillaume-chesnel@ch-stdenis.fr

Secrétaires nationaux



Guillaume WASMER
Directeur
GH Nord-Essonne
Tél. : 01 64 54 30 51
g.wasmer@gh-nord-essonne.fr



Armelle DREXLER
Directrice adjointe
CHU de Strasbourg
armelle.drexler@chru-strasbourg.fr



Ronan SANQUER
Directeur adjoint
CHU de Brest
Tél. : 02 98 22 33 33
ronan.sanquer@chu-brest.fr



Laurent DONADILLE
Directeur
CH d'Arles
Tél. : 04 90 49 29 01
laurent.donadille@ch-arles.fr



Olivier SERVAIRE-LORENZET
Directeur
CH de Blois
Tél. : 02 54 55 60 55
olivier.servaire-lorenzet@ch-blois.fr



Renaud DOGIMONT
Directeur
CH de Douai
Tél. : 03 27 94 70 10
renaud.dogimont@ch-douai.fr

Délégation à la défense individuelle



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

Délégation nationale

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

Délégués nationaux



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



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

Secrétariat
adhesion@smpsante.fr
contact@smpsante.fr

Secrétaires régionaux

ALSACE/LORRAINE/CHAMPAGNE-ARDENNE

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

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

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

AQUITAINE/POITOU-CHARENTES/LIMOUSIN

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

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

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

Auvergne/Rhône-Alpes

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

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

BOURGOGNE/FRANCHE-COMTÉ (par intérim)

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

BRETAGNE

Thierry GAMOND-RIUS
Tél. : 02 97 64 90 95
t.gamond-rius@ch-bretagne-sud.fr

CENTRE

Didier POILLERAT
Tél. : 02 38 95 90 01
Fax : 02 38 95 90 15
dpoillerat@ch-montargis.fr

CORSE

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

GUADELOUPE

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

GUYANE

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

NORMANDIE

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

Basse-Normandie

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

ÎLE-DE-FRANCE AP-HP

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

ROLAND GONIN

roland.gonin@aphp.fr

MARTINIQUE

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

MIDI-PYRÉNÉES/LANGUEDOC-ROUSSILLON

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

Languedoc-Roussillon

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

NORD-PAS-DE-CALAIS/PICARDIE

Contacteur la délégation nationale

OCÉAN INDIEN

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

PACA

Hervé DANY
smps.paca@gmail.com

PAYS DE LA LOIRE

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

Représentants CAPN et comité de sélection (CS)

Représentants à la CAPN DH

Titulaires hors classe
Catherine LATGER
clatger@chcn.net

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

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

Francis FOURNEREAU
francis.fournereau@sil.fr

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

Elodie CHAPEL
elodie.chapel@smpsante.fr

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

Marie HIANCE
marie.hiance@ch-aulnay.fr

Représentants au CS DH

Titulaire
Catherine LATGER
clatger@chcn.net

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

Représentants à la CAPN D3S

Titulaire hors classe
Sylvie SAQUE

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

Représentants au CS D3S

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

Suppléante
Sylvie SAQUE
direction@ehpad-lasserre.fr

Représentants à la CAPN DS

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

Suppléant hors classe
Rémy CHAPIRON
remycourrier@orange.fr

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

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