

managers de santé



NUMÉRO 104
MAI 2017 - 6,25 €

le magazine des directeurs, cadres et ingénieurs hospitaliers

Mobilité Parité



Programme
70^e congrès
à La Baule



Mobilité
Résultats
de l'enquête SMPS



Égalité hommes/femmes
Nos préconisations
retenues



Éditorial

Jérémie SÉCHER
Président

Le principe de responsabilité s'applique à tous

Le mois de mai 2017 est marqué par de nombreux changements institutionnels, avec l'arrivée d'une nouvelle équipe au ministère de la Santé. Il faut à cette équipe le temps de se constituer et de prendre connaissance des dossiers, tout en sachant que le résultat des élections législatives en juin sera susceptible d'entraîner de premières modifications.

Le SMPS laissera le temps nécessaire pour que les acteurs politiques soient en place. Mais nous n'oublions pas que, par-delà les échéances politiques, les professionnels de santé continuent à travailler quotidiennement dans les établissements médico-sociaux et de santé. Ceux-ci sont engagés dans de nombreuses démarches ; ils doivent faire avec une campagne budgétaire d'une grande exigence. Et ils doivent continuer, en attendant d'éventuels ajustements, à mettre en place les groupements hospitaliers de territoire (GHT), malgré un cadre juridique et organisationnel inadapté.

Dans ce contexte, le SMPS a appelé à suspendre la mise en œuvre des fonctions support au sein des GHT jusqu'à ce que les conditions soient enfin réunies pour réussir la réforme. Cette décision, inédite, a été prise après une concertation large et approfondie.

Notre action se veut équilibrée, responsable, respectueuse des travaux déjà engagés. Nous n'avons pas pris position contre les GHT, mais contre les conditions de leur déploiement.

Notre démarche repose sur quatre piliers : l'efficacité, l'équité, la solidarité et la territorialité.

• **L'efficacité**, pour porter au mieux la parole des directeurs, ingénieurs, attachés et cadres de la fonction publique hospitalière. Et désormais pour que le nouveau

ministère de la Santé puisse prendre les bonnes décisions, afin de réussir les groupements de territoire.

• **L'équité** entre chaque catégorie professionnelle, parce que toute la ligne de management est impactée aussi bien par les recompositions territoriales que par la campagne budgétaire. Tous, nous sommes en première ligne pour porter les réformes et faire face aux difficultés. Les efforts de chacun doivent être valorisés.

• **La solidarité**, par rapport aux attachés d'administration, aux cadres de santé, aux ingénieurs, aux directeurs des soins, aux directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et aux directeurs d'hôpital. Et, au-delà, par rapport à toutes les composantes de la communauté hospitalière que nous accompagnons dans nos fonctions.

• **La territorialité**, dans la mesure où jamais l'exercice territorial et multisite des équipes de direction n'a été aussi généralisé, que ce soit au travers des directions communes ou des GHT. Il faut l'encourager. Cela doit être reconnu, en particulier pour les adjoints.

Efficacité, équité, solidarité et territorialité : ce sont les principes qui régissent notre action, au bénéfice de toute la ligne de management. C'est forts de ces principes que nous avons pris nos responsabilités. C'est forts de ces principes, de cette responsabilité, que nous allons prendre contact avec la nouvelle équipe ministérielle pour faire avancer les dossiers statutaires et les conditions d'exercice.

Le 70^e congrès du SMPS, les 22 et 23 juin prochains à La Baule, sera l'occasion d'en débattre. J'aurai plaisir à vous y accueillir et j'espère vous y voir nombreux. ■



Dossier Mobilité et Parité

La mobilité à l'heure des GHT 14

La parité 18

Égalité hommes/femmes 22

Rapport : nos préconisations retenues 22

Une plate-forme pour réfléchir et agir 25



Directeur de la publication
Jérémie Sécher

Rédacteur en chef
Pierre de Montalembert
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 Bialec

Infos en bref

Comité de suivi des GHT

Le SMPS obtient une évaluation du calendrier des GHT avec les ARS. **2**

GHT

Le SMPS appelle à suspendre la mutualisation des fonctions supports... **2**

Décrets

Déclaration d'intérêts de patrimoine..... **4**

AAH

Avancée statutaire importante
mais accompagnement GHT toujours en attente..... **4**

CAPN D3S

Conduite du changement ou point mort ?..... **5**

Statut des ingénieurs hospitaliers

Beaucoup reste à faire !..... **5**

CSFPH du 16 mars 2017

Nous ne nous satisfaisons pas des étapes statutaires franchies..... **6**

Comité de sélection DH

Un comité extraordinaire pour sortir de l'ordinaire ?..... **7**

Rapport Houdart

Fonctions supports des GHT..... **8**

Conseil d'administration de l'EHESP

La composante professionnelle exprime son inquiétude..... **9**

EHPAD

Nouvelle réforme de la contractualisation et de la tarification..... **10**

Vie interne

Nouveaux permanents et secrétaires régionaux..... **12**

70^e congrès

Le programme **13**

Catégories

directeurs d'hôpital..... **26**

Faire et défaire ? Promouvoir le flux et combattre le reflux

directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux..... **27**

Protection de l'enfant, loi du 14 mars 2016 :
un an après la promulgation

directeurs des soins..... **28**

Un corps délaissé : incompréhension, amertume et colère !

cadres de santé..... **29**

Faisons-nous entendre !

ingénieurs et cadres techniques..... **30**

La moitié du corps harmonisé. Le débat continue..

cadres administratifs..... **32**

GHT : quelle place pour les cadres administratifs ?

cadres retraités..... **33**

Été meurtrier, année terrible

Revue de presse

Le management vu de l'étranger..... **34**

Publication

L'aménagement sanitaire du territoire, stratégie et coordinations..... **38**

Adhésion/cotisation..... **39**

Vos élus et représentants..... **40**

infos en bref

Comité de suivi des GHT

Le SMPS obtient une évaluation du calendrier des GHT avec les ARS

Le 4 avril dernier, le SMPS a participé au dernier comité de suivi des GHT avant le départ de la directrice générale de l'offre de soins, Anne-Marie Armanteras-de Saxcé, qui a fait plusieurs annonces. D'une part, elle a confirmé que le projet de décret modifiant le décret GHT était en cours d'examen par le Conseil d'État. Le SMPS, comme les autres organisations de la communauté hospitalière, a rappelé ses réserves, notamment sur les règles de mobilité. D'autre part, la DGOS a annoncé la publication prochaine du guide des achats. Le SMPS a salué l'importance du travail de formalisation mais s'est étonné de voir que les marchés de travaux étaient susceptibles d'être intégrés dans les délégations de compétences aux établissements supports, contrairement aux annonces précédentes.

Par ailleurs, les difficultés juridiques, organisationnelles et financières persistent dans le cadre des délégations de compétences. Nous avons réaffirmé notre position, appelant à différer la mise en œuvre des délégations de compétences jusqu'à ce que le ministère de la santé apporte des réponses respectueuses des fonctions d'encadrement, des équipes de direction et, au-delà, des communautés hospitalières.

Le SMPS a réaffirmé son soutien à l'avancement et à la finalisation des projets médicaux et des projets de soins partagés au sein des GHT. Il s'agit là de la principale avancée concrète en matière de stratégie de groupe public. Nous avons néanmoins rappelé les difficultés des établissements à tenir le calendrier des projets fixé par la régle-

mentation. Nous avons rappelé que le respect du calendrier volontariste ne devait pas se faire au détriment de la définition de projets médicaux et de projets de soins partagés porteurs d'orientations fortes et concrètes, plutôt que d'orientations incantatoires et superficielles.

Le SMPS a demandé et obtenu que le calendrier des projets médicaux et des projets de soins partagés soit discuté avec chaque directeur général d'ARS, en cohérence avec les travaux préparatoires relatifs aux projets régionaux de santé nouvelle génération en cours. Après échanges avec le comité de suivi, le SMPS préconise aux établissements, lorsque la situation le justifie, de saisir leur agence régionale de santé, afin d'évoquer le calendrier de leur GHT. ■

GHT

Le SMPS appelle à suspendre la mutualisation des fonctions supports

Début avril, après une concertation large et approfondie, aussi bien au sein de notre organisation qu'avec de nombreux acteurs institutionnels et les dirigeants du ministère de la Santé, le SMPS a pris la décision, inédite, d'appeler à la suspension de la mutualisation des GHT. Et ce après avis unanime du conseil national. Ce n'est pas la défiance qui nous guide. Par cet acte fort, nous avons voulu relayer l'exaspération des collègues sur le terrain face à la fois aux blocages et au manque de volonté interministérielle pour faire avancer les dossiers statutaires.

Nous voulons peser sur les arbitrages des pouvoirs publics afin d'obtenir de réelles avancées, et non les mesures insuffisantes, voire les régressions, présentées. Notre position se veut équilibrée, respectueuse des travaux déjà engagés. Elle n'empêche aucunement, par exemple, d'avancer sur les diagnostics territoriaux et sur les cartographies. Nous ne prenons pas position contre les GHT, mais contre les conditions de leur déploiement.

Notre démarche repose sur quatre piliers. **Efficacité** dans l'immédiat pour porter au mieux la parole des directeurs, ingé-

nieurs, attachés et cadres de la fonction publique hospitalière. Et demain pour que le futur ministre de la Santé, quel qu'il soit, puisse prendre les bonnes décisions, afin de réussir les GHT.

Équité entre chaque catégorie professionnelle : parce que toute la ligne de management va être touchée aussi bien par les GHT que par la campagne budgétaire qui s'annonce. Tous, nous serons en première ligne pour porter les réformes et faire face aux difficultés. Les efforts de chacun doivent être valorisés.

Solidarité avec les attachés qui attendent toujours la mise en œuvre effective du troisième grade, pourtant actée grâce à l'action du SMPS ; avec les cadres de santé dont la revalorisation doit se poursuivre, au regard de leurs responsabilités ; avec les ingénieurs qui vont voir leurs deux premiers grades revalorisés tandis que les deux autres doivent encore attendre ; avec les directeurs des soins dont les demandes légitimes de revalorisation et de reconnaissance ne sont pas entendues ; avec les D3S, toujours dans l'attente d'avancées statutaires ; avec les DH qui risquent de voir l'accès à la « hors-classe » bloqué par un contingentement inique ; avec les directeurs généraux de CHU qui doivent être revalorisés à la hauteur des plus hautes responsabilités de la fonction publique hospitalière.

Territorialité Jamais l'exercice territorial et multisite des équipes de direction n'a été aussi généralisé, que ce soit au travers des directions communes ou des GHT. Il faut l'encourager. Cela doit être reconnu, en particulier pour les adjoints.

Depuis un an, les communautés hospitalières ont redoublé d'efforts pour créer les GHT et les faire vivre dans un calendrier intenable. Dans un contexte financier, démographique et réglementaire très fortement contraint, le SMPS a demandé aux pouvoirs publics de soutenir ces communautés. Or, à ce jour, le constat est sans ambiguïté : les conditions ne sont pas réunies pour réussir les GHT. Plus de 40 % des projets médicaux partagés n'ont pas été approuvés au 1^{er} janvier 2017 !

Les projets de soins partagés sont bal-

butants et trop faiblement articulés avec les projets médicaux partagés.

Les directeurs hospitaliers doivent chaque jour choisir entre se mettre hors la loi pour sauver leurs équipes de l'asphyxie bureaucratique, et mettre en œuvre une loi et des décrets inapplicables qui se succèdent mois après mois, faisant des GHT une parfaite fausse bonne idée. Les conditions d'exercice se dégradent pour chaque professionnel hospitalier, de l'ASH au directeur, face à des injonctions contradictoires sans cesse renouvelées et en l'absence de perspectives pour tous.

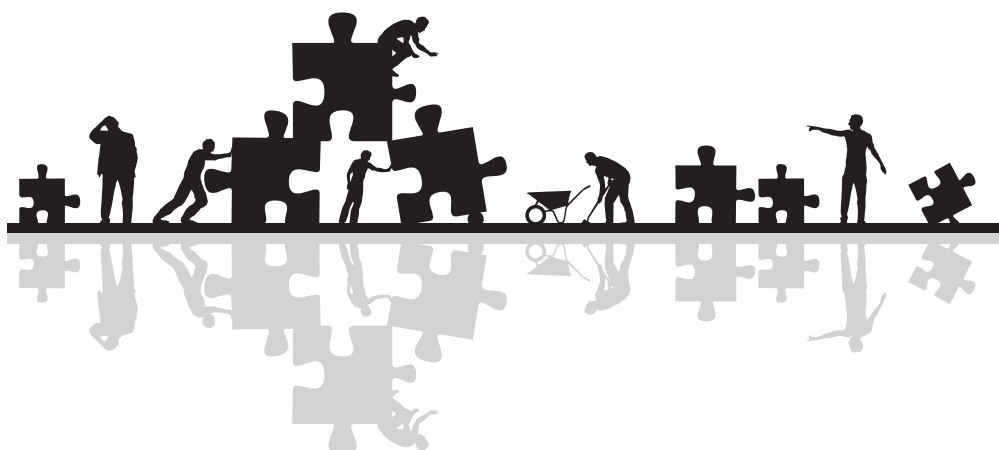
La campagne budgétaire 2017 semble ne promettre qu'une aggravation des difficultés financières auxquelles doivent faire face les établissements.

Les relations se détériorent entre les directeurs d'établissements et les agences régionales de santé, faute de cadre d'action clair et cohérent au regard des objectifs de performance qui s'imposent à tous.

Face à un malaise omniprésent dans l'hôpital public, très largement partagé par les directeurs et les cadres, les alertes des organisations professionnelles sont, au mieux, traitées dans des guides déconnectés des réalités de terrain. Les clivages croissants entre professionnels et entre établissements sont ignorés.

À ce propos, le SMPS n'acceptera pas les propositions des pouvoirs publics visant à cliver le corps des directeurs d'hôpital au détriment des plus jeunes collègues et au-delà, de la ligne de management.

Dans ce contexte de difficultés sans précédent, et alors même que plus de 700 emplois de directeur ont été supprimés ces dernières années, fallait-il vraiment que les pouvoirs publics fassent le choix de la provocation en matière de condition d'exercice et de position statutaire des directeurs adjoints, des directeurs des soins et des chefs d'établissement de centre hospitalier et de centre hospitalo-universitaire ? ■



Décrets

Déclaration d'intérêts et de patrimoine

Deux décrets publiés le 30 décembre 2016 au *Journal officiel* fixent la liste des fonctionnaires tenus de transmettre une déclaration d'intérêts et une déclaration de situation patrimoniale. Ces décrets, pris en application de la loi du 13 juillet 1983, modifiée par la loi du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, sont applicables depuis le 1^{er} février 2017.

Pour la fonction publique hospitalière, sont concernés :

- les emplois de directeur de CHU et de CHR ;
- les emplois fonctionnels de direction et de directeurs des soins des établissements publics de santé et médico-sociaux.

Sont concernés aussi bien les agents en poste dans ces établissements à compter du 1^{er} février 2017 que les candidats à ces postes.

Le deuxième décret fixe la liste des emplois concernés par l'obligation de production d'une déclaration de situation patrimoniale, « dont la nature ou le niveau des fonctions répond à des critères d'exposition à un risque d'enrichissement indu ». Pour la fonction publique hospitalière, les emplois concernés sont ceux de directeur d'un établissement public dont le budget, le cas échéant consolidé, est supérieur à 200 millions d'euros.

Vous pouvez télécharger un tableau récapitulatif des modifications apportées par ces deux décrets depuis notre lettre d'information de février.

Le CNG a défini deux fiches de procédure relatives aux déclarations ainsi que le formulaire de déclaration d'intérêts à compléter par les directeurs concernés. ■

Attachés d'administration hospitalière

Avancée statutaire importante mais accompagnement GHT toujours en attente

Avancée statutaire

Le « transfert prime/points » est revalorisé dans le cadre du protocole PPCR. Pour les ACH, il est effectif depuis le 1^{er} janvier 2016 (décrets n° 2016-637, n° 2016-645 et arrêté du 19 mai 2016, *Journal officiel* du 21 mai 2016). Pour les AAH, effectif au 1^{er} janvier 2017, le texte est à paraître.

Un grade d'accès fonctionnel (Graf) est instauré pour les attachés d'administration hospitalière. Le SMPS et l'UNSA, les deux organisations signataires du texte actant la mise en œuvre de ce troisième grade, ont obtenu de la DGOS sa création dès le 1^{er} janvier 2018. Cependant, il faut rester attentif car l'article 1 modifiant le 3-1 du statut particulier des AAH introduit une notion de seuil budgétaire pour que les établissements puissent être éligibles au Graf. Ce seuil sera fixé ultérieurement par voie d'arrêté et vos représentants SMPS s'assureront qu'il l'est au niveau le plus bas possible pour qu'aucun collègue ne soit exclu.

Accompagnement dans la mise en œuvre des GHT : mesures en attente

Beaucoup reste à faire en ce qui concerne les cadres administratifs, d'ores et déjà impliqués dans la mise en œuvre des GHT, sans bénéficier de mesures d'accompagnement adaptées. Il faut donc :

- développer une vision RH du management en instituant des collèges cadre au sein des instances représentatives ;
- instaurer une prime d'exercice territorial pour tous les collègues d'ores et déjà touchés par la mutualisation des fonctions supports dans le cadre des GHT ;
- gérer le corps au niveau national, dans le cadre du CNG ;
- accompagner financièrement les mobilités subies ou choisies et, le cas échéant, compenser toute perte de salaires potentielle inhérente aux mobilités (dispositif « coussinet »).

En ce qui concerne les revendications statutaires, il faut :

- généraliser la nouvelle bonification indiciaire ;
- élargir les critères d'éligibilité au Graf ;
- revoir l'ensemble des grilles indiciaires ;
- simplifier les conditions d'accès au principalat ;
- valoriser les missions de coordination au sein de fonctions mutualisées, grâce à l'alignement de notre régime indemnitaire sur celui des collègues de la fonction publique d'État, régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel, RIFSEEP. ■





CAPN D3S

Conduite du changement ou point mort ?

A lors qu'une enquête menée par l'Ifop pour le SMPS démontrait en 2016 que 68 % des directeurs n'avaient pas une vision claire de leur avenir au sein des futurs groupements hospitaliers de territoire (GHT), force est de constater que les craintes se sont confirmées pour le secteur médico-social. Et pourtant, 69 % des directeurs considéraient les GHT comme un outil de recomposition de l'offre de soins et médico-sociale. Pour autant, le secteur n'est pas resté inactif et il est possible de relever bon nombre d'initiatives de coopération. Toutefois, ces partenariats s'exercent en dehors des GHT. Réponses, inquiétudes, vision prospective : il en va bien souvent de la volonté personnelle de chaque directrice et de chaque directeur pour convaincre son président de conseil d'administration et ses administrateurs du bien-fondé stratégique à long terme de sa position.

Mais rien ne garantit le directeur de l'adhésion totale ou partielle de ses représentants du personnel, des usagers, des administrateurs et encore moins d'un relais institutionnel des agences et des départements. Les directeurs se retrouvent dans la désagréable situation de devoir conduire leur établissement droit devant en espérant ne pas croiser un virage stratégique. Doivent-ils rester à l'arrêt, au point mort ou mettre les clefs au coffre ?

Il est vrai qu'en novembre 2014, 88 % des directeurs déclaraient vivre régulièrement des situations stressantes au travail. Les remontées de terrain réalisées auprès des D3S laissent à penser que ce

taux est aujourd'hui largement supérieur. Lors de cette enquête, le SMPS plaide déjà pour un partenariat équilibré entre les ARS et les établissements, afin de permettre aux directeurs de disposer de l'autonomie nécessaire à l'exercice de leur fonction stratégique. Cependant, pour faire face aux différentes contraintes pesant sur l'environnement hospitalier et médico-social, une méthodologie de conduite du changement s'avère indispensable. La connaissance des enjeux du changement est en effet un point essentiel dans la mobilisation du capital humain. On comprend dès lors que changer n'est pas décréter de nouvelles normes fonctionnelles et comportementales. Un changement réussi est bien le résultat d'un pro-

cessus collectif au travers duquel sont mobilisées en amont les ressources et les capacités de chacun des acteurs. Et un changement réussi n'est pas envisageable quand des réformes injustes sont prises contre les acteurs de ce changement. Or nous avons eu la stupeur fin février d'apprendre que les pouvoirs publics envisageaient de contingenter l'accès au grade de la « hors-classe » pour les directeurs d'hôpital. Cette mesure n'est pas acceptable. Nous entendons aussi les rumeurs d'extension de ce contingentement aux directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Nous ne saurions tolérer une telle régression. Pour le secteur médico-social, le SMPS formule le vœu d'un avenir éclairé et clairvoyant. ■

Statut des ingénieurs hospitaliers Beaucoup reste à faire !

Le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière du 1^{er} mars 2017 a étudié les nouveaux textes statutaires des ingénieurs hospitaliers. Le SMPS dénonce des avancées en demi-teinte qui ne permettent pas l'harmonisation complète des ingénieurs hospitaliers avec le statut rénové des ingénieurs territoriaux. Nous regrettons que les modifications du statut soient restées jusqu'au bout contraintes par le seul cadre du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations

(PPCR). Une nouvelle concertation pour l'harmonisation des grades d'ingénieurs en chefs et de l'emploi fonctionnel est rendue encore plus urgente.

Le SMPS, avec le soutien de l'UNSA, avait déposé neuf amendements qui auraient permis de restaurer une attractivité des métiers et une comparaison plus flatteuse avec les homologues de la fonction publique territoriale. Certains d'entre eux auraient aidé à une prise en compte de la mise œuvre des groupements hospitaliers de territoire. L'administration a

choisi de ne pas les retenir. Nous regrettons aussi que l'indice sommital et les durées fixes des échelons des grilles d'ingénieurs en chef n'aient pas été harmonisés avec celui des ingénieurs territoriaux. Nous regrettons de nouveau que l'emploi fonctionnel ne soit toujours pas revalorisé en cohérence avec les emplois fonctionnels de direction et que le Graf bénéficiant aux ingénieurs territoriaux n'ait pas été transposé. Nous regrettons encore que subsiste un quota inapplicable, injuste et d'un autre temps. Enfin, nous constatons qu'aucune mesure prenant en compte la réforme territoriale n'a été incluse dans le statut.

Toutefois, de vraies avancées ont été obtenues par le SMPS, notamment l'harmonisation à 100 % des deux premiers grades, ingénieur et ingénieur principal, avec les grilles des ingénieurs des deux autres versants : échelons, indices et durées fixes. Ainsi, pour ces deux grades, la mise en place du cadencement unique d'échelon inclus dans le PPCR ne sera pas une transposition des durées moyennes actuelles, mais l'harmonisation des durées fixes avec celles des ingénieurs territoriaux et d'État des grades comparables. Ces durées harmonisées sont plus courtes et donc plus favorables. En outre, le premier échelon de chacun de ces deux grades sera supprimé et un échelon sera ajouté en haut de chacun d'entre eux. Ainsi, l'amplitude indiciaire du grade d'ingénieur passera de 379-750 aujourd'hui à 434-810 au 1^{er} janvier 2017, rétroactivement, puis jusqu'à 444-821 au 1^{er} janvier 2019. Celle du grade d'ingénieur principal passera de 541-966 aujourd'hui à 603-979 rétroactivement au 1^{er} janvier 2017, puis jusqu'à 619-1015 au 1^{er} janvier 2020.

Toutes les grilles du corps bénéficieront des revalorisations indiciaires du PPCR de 2017 à 2020, ainsi que le transfert primes/points qui sera effectué dès 2017 puis en 2018, afin d'améliorer l'indice de calcul du départ à la retraite. En effet, même si l'indice sommital n'a pas été harmonisé, le SMPS a obtenu que les grilles d'ingénieur en chef de classes normale et exceptionnelle bénéficient des

mêmes revalorisations indiciaires que les ingénieurs en chefs territoriaux, dès janvier 2017 de manière rétroactive, puis en janvier 2018. Enfin, il a été créé l'octroi d'une bonification d'ancienneté de deux ans pour les ingénieurs, recrutés par la voie du concours externe, et titulaires d'un doctorat.

Afin que les avancées obtenues dans ce texte ne soient pas perdues par le jeu d'un ultime vote négatif, et prenant en compte

l'engagement de la DGOS à lancer de nouveaux travaux sur le corps des ingénieurs hospitaliers, le SMPS, affilié à l'UNSA, s'est abstenu lors du vote du texte. Notre président Jérémie Sécher a demandé l'ouverture d'une concertation et un calendrier afin de poursuivre et de terminer l'harmonisation pleine et entière de leur statut avec celui des ingénieurs territoriaux. *(Pour plus d'informations, cf. la contribution des ingénieurs, page 30)* ■

CSFPH du 16 mars 2017

Nous ne nous satisfaisons pas des étapes statutaires franchies

Un conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH) s'est tenu le 16 mars dernier. Il a permis de faire avancer sur certains aspects le chantier actuellement ouvert, dans des conditions difficiles, pour aligner le statut des directeurs d'hôpitaux sur celui des administrateurs civils.

Comme annoncé par le ministère, des mesures importantes y ont été présentées, parmi lesquelles :

- le décontingement de l'accès à l'échelon spécial de la « hors classe », linéarisé sous la forme d'un 8^e échelon du grade de la « hors-classe » (groupe hors échelle B bis). Il était temps ! Le dernier tableau d'avancement du 8 mars 2017 n'avait pu intégrer qu'un minimum de situations dans la limite du quota. Ce dernier étant supprimé, l'accès au 8^e échelon devrait pouvoir être effectif dès cette année pour les directeurs remplissant les conditions d'accès, à savoir 4 ans d'ancienneté au 7^e échelon pour accéder au 8^e échelon ainsi créé ;
- l'assouplissement des critères d'accès à la classe exceptionnelle (Graf) :
 - vivier 1 : suppression de la période de référence de 15 ans et passage de 8 à 6 ans de services effectifs dans les emplois éligibles ;
 - vivier 2 : suppression de la période de référence de 15 ans et passage de 10

à 8 ans de services effectifs ; cependant aucune modification des fonctions éligibles, au regret du SMPS ;

- création d'un troisième vivier : dans la limite de 20 % du nombre des promotions annuelles, les directeurs « hors classe » ayant atteint le dernier échelon de leur grade peuvent également être inscrits au tableau d'avancement au grade de la classe exceptionnelle, lorsqu'ils ont fait preuve d'une valeur professionnelle exceptionnelle.

Pour la classe exceptionnelle, le SMPS demande d'ailleurs qu'un tableau d'avancement complémentaire soit adopté avant la fin de l'année, la promulgation prochaine du dispositif permettant son utilisation immédiate.

Nous avons réitéré cette demande en séance, et la DGOS a annoncé qu'elle allait se rapprocher du CNG en ce sens. La DGOS a par ailleurs annoncé travailler à un rapprochement du régime indemnitaire des élèves en formation à l'EHESP avec leurs homologues de l'ENA.

Le SMPS a aussi saisi les ministères de la santé et de la fonction publique pour que le projet inacceptable de réduction des acquis statutaires pour l'accès à la « hors-classe » ne soit pas le pendant injuste de cette avancée pour le sommet de grade.



Comité de sélection DH Un comité extraordinaire pour sortir de l'ordinaire ?

Au-delà, le SMPS a de nouveau rappelé l'absence de propositions concrètes sur des mesures d'accompagnement des situations individuelles pourtant discutées avec l'État fin 2016 (élargissement du dispositif « coussinet », adaptation des conditions matérielles de mobilité, etc.). Il en est de même pour deux types de dispositions qui auraient dû accompagner la mise en œuvre des GHT :

- la réorganisation des emplois fonctionnels, en tenant compte de nouvelles conditions d'exercice, mais aussi des effets des restructurations nécessitant la suppression des quotas ;
- la présentation d'un texte sur la reconnaissance d'une rémunération de l'exercice territorial des directeurs, malgré un engagement ministériel, et au lendemain de la parution au *Journal officiel* de ce dispositif pour les médecins ! Comment ne pas regretter l'absence de cette mesure !

L'examen en CSFPH ne résumant pas à lui seul les formalités encore nécessaires à la mise en œuvre de ces dispositions, et vu le resserrement du calendrier de fin de législature, le SMPS restait plus que jamais vigilant pour que l'ensemble de ces dispositifs soient concrétisés au plus tôt, afin d'entériner les efforts permanents fournis par les directeurs sur le terrain. ■

Le comité de sélection des directeurs d'hôpital du 30 mars dernier est à la fois exceptionnel et, hélas !, trop banal. Exceptionnel, parce qu'il n'était pas prévu à l'origine mais qu'il a été ajouté, pour prendre en compte cinq publications de poste du 16 février ainsi que la création de huit emplois fonctionnels de directeur des services centraux, ou de groupe hospitalier, de centre hospitalier régional relevant du groupe 2, concernant les hospices civils de Lyon, l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille et le CHRU de Lille. Ce comité était aussi banal : le rythme de l'administration et celui des instances nationales semblent incapables de répondre à l'accélération du temps que connaissent les hôpitaux.

Il était encore exceptionnel aussi, parce qu'il s'est tenu quelques jours seulement après la publication d'un nouvel avis de vacance d'emplois fonctionnels et non fonctionnels de direction, et qu'y apparaissait un poste, celui des hospices de Beaune, non pourvu à la dernière CAPN, malgré la qualité des candidats. Il était encore banal parce que trop souvent les directeurs sont les variables d'ajustement pour des politiques ou des ARS. Il y a toutefois, pourtant, des raisons d'espérer. Et cela s'avère exceptionnel ! Parce que le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière du 16 mars dernier

a étudié des textes attendus depuis longtemps par les directeurs d'hôpital : ceux relatifs au décontingement de l'accès à l'échelon spécial des directeurs d'hôpital et à l'assouplissement des critères d'accès à la classe exceptionnelle. Ces textes doivent maintenant être avalisés par le Conseil d'État puis signés et promulgués. Nous espérons que cela adviendra le plus vite possible. Et, les dispositions du décret devant entrer en vigueur dès le lendemain de sa publication, nous demandons que tous les directeurs remplissant à compter de ce moment-là les conditions d'accès à l'échelon décontingenté y soient directement promus, sans attendre l'année 2018. De même, pour la classe exceptionnelle, nous souhaitons qu'un tableau d'avancement complémentaire soit adopté avant la fin de l'année, la promulgation prochaine du dispositif permettant son utilisation immédiate.

Nous faisons confiance à l'administration afin qu'elle porte rapidement ces mesures favorables aux directeurs d'hôpitaux. Celles-ci ne font toutefois pas oublier certains points, toujours perdus dans une sorte de trou noir de la discussion interministérielle :

- extension temporelle du bénéfice du dispositif « coussinet », qui passerait ainsi à cinq ans, avec modulation après trois ans. Les directeurs rejoindraient ainsi les administrateurs civils ;

- assouplissement des règles en vigueur pour la prise en charge des frais de déménagement : trois ans d'exercice contre cinq jusqu'à présent ;
- création d'emplois fonctionnels d'ad-joint : cette création est rendue plus que jamais nécessaire par la constitu-tion des groupements hospitaliers de territoire, surtout dans le cadre des GHT intégratifs.
- création d'une indemnité d'exercice ter-ritorial, promise par la ministre de la santé, en cours de discussion, mais pour laquelle les évolutions sont inquié-tantes, avec une restriction considé-rable des modalités d'accès par rap-port aux annonces et aux attentes. Nous risquons ainsi d'aboutir à un dis-positif sans rapport avec la réalité de l'implication des directeurs sur le ter-rain, et nous attendons qu'il n'y ait pas d'incompatibilité entre prime de direc-tion commune et indemnité d'exercice territorial.

Nous pourrions y ajouter d'autres mesures, parmi lesquelles l'institution d'un dispositif indemnitaire incitatif pour les directeurs procédant à des fusions : ceux qui veulent aller vers l'intégration doivent trouver un intérêt à agir et il faut faire en sorte que ceux qui procèdent à une telle fusion ne perdent pas d'emblée le bénéfice de l'indemnité de direction commune.

Enfin, le SMPS a appelé, début mars, à suspendre la mutualisation des fonctions support au sein des GHT. Cela n'a pas été fait contre les GHT, mais contre leurs conditions d'application. N'en déplaise à ceux qui ont d'emblée poussé des cris d'orfraie, non seulement le mouvement a été bien suivi parmi les adhérents du SMPS, en établissement support comme en établissement membre d'un GHT, mais nous avons reçu en outre des retours très positifs de collègues de tous horizons. Nous avons appelé à sus-pendre la mutualisation parce que les

directeurs sur le terrain constatent chaque jour le décalage entre, d'une part, leur investissement et, d'autre part, les difficultés d'application de la loi ainsi que la faiblesse des mesures d'accompagne-ment. Nous l'avons fait pour que les pou-voirs publics comprennent combien est forte la déception des directeurs et des cadres. Il faudra corriger tout cela si l'on veut relancer la réforme.

Certains trouveront peut-être que le SMPS demande beaucoup. Mais on exige toujours plus des directeurs. Si nous avons pour les directeurs d'hôpital une exigence, c'est d'abord et avant tout parce que nous avons pour l'hôpital une ambition forte, et qu'il faut, pour mener à bien cette ambition, des professionnels dont le travail et les responsabilités soient reconnus et valorisés.

La tâche que nous devons accomplir est d'une ampleur exceptionnelle, nous attendons des réponses à la hauteur, et cohérentes. ■

Rapport Houdart

Fonctions supports des GHT

Le 5 décembre 2016, le cabinet Houdart a remis au SMPS, qui le lui avait commandé, un rapport relatif aux « conséquences, en termes de responsa-bilité et de conditions d'exercice profes-sionnel, de la mutualisation des fonctions support dans le cadre des GHT ». En voici la synthèse, qui concerne la commande publique. Pour plus de détails, vous pou-vez vous diriger sur le site du SMPS*. Idem pour la gestion des personnels concernés par les fonctions assurées par l'établissement support.

Le transfert obligatoire opéré au profit de l'établissement support est dépossé-dant pour l'établissement partie. Les mécanismes de mutualisation sont donc particulièrement réduits. S'agissant de la fonction achats, le recours au groupe-ment de commandes est impossible en matière de passation et très limité en matière d'exécution, l'établissement sup-port étant dépossédé de toute compé-tence au titre de la passation mais éga-

lement pour partie au titre de l'exécution des marchés publics, puisque l'établisse-ment support est également compétent en matière d'« approvisionnement ».

S'agissant du système d'information convergent et de la formation, rien n'in-terdit aux établissements parties de recourir à une organisation mutualisée. En revanche, les établissements ne pou-vant écarter le transfert obligatoire de compétence au profit de l'établissement support en matière d'achats et de coordi-nation, la coopération, au sens de l'ar-ticle 18 de l'ordonnance du 23 juillet 2015, qui pourrait être organisée entre les par-ties serait particulièrement limitée car il reste peu d'éléments dans le champ de compétence des établissements parties. Or, ce montage impose de prévoir des clauses permettant de démontrer sans ambiguïté la relation de coopération et non de prestation de service « à sens unique » créée. En particulier, les rédac-

teurs devront veiller à ce que les mou-vements de fonds intervenant entre les membres ne puissent être assimilés au versement d'un prix constituant la contrepartie du service rendu mais soient strictement limités au rembour-sement des frais occasionnés par la coopération. Ils devront aussi s'assurer d'une réelle codécision de tous les pou-voir adjudicateurs partie. Enfin, les éta-bissements parties devront également veiller à ce que les prestations soient essentiellement fournies aux établisse-ments parties au GHT dans le strict res-pect de l'article 18 de l'ordonnance.

S'agissant de la gestion d'un départe-ment de l'information médicale de ter-ritoire, la compétence transférée au profit de l'établissement support ne se prête pas à la coopération entre les établissements au regard des mis-sions confiées en propre au médecin responsable. ■

*www.smpsante.fr/wp-content/uploads/2016/12/ETUDE-05-12-2016.pdf

Conseil d'administration de l'EHESP

La composante professionnelle exprime son inquiétude

Lors du conseil d'administration de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), réuni le 28 octobre dernier, une proposition de budget rectificatif a été présentée, notamment pour intégrer la décision de l'État de réduire encore, de 2,2 millions d'euros, la subvention du ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Cette décision, prise au cours de l'été 2016 au titre des mesures de stabilisation budgétaire des comptes de l'État, fait suite à une diminution déjà importante et régulière, au cours des dernières années, de la subvention de ce ministère. Elle se traduit mécaniquement par une aggravation du déficit prévisionnel de l'exercice 2016, conduisant à une reprise accrue sur le fonds de roulement.

Alors que l'EHESP est engagée dans une adaptation délicate de son modèle économique, au prix d'efforts internes importants, c'est bien un déséquilibre structurel qui est ainsi organisé par l'État. Celui-ci choisit de transférer ses propres contraintes sur l'École, en diminuant ses ressources tout en maintenant ses missions.

Inquiets d'une telle évolution et soucieux de préserver l'avenir, les membres de la composante professionnelle du conseil d'administration se sont concertés et ont décidé d'exprimer leur soutien à la direction de l'EHESP. Ils ont souhaité manifester, par leur vote, leur refus d'une telle évolution, auquel d'autres administrateurs ont choisi de s'associer et qui a été traduit dans une explication de vote commune. La voici :

« Le conseil d'administration de l'EHESP s'est prononcé très majoritairement contre la proposition de budget rectificatif, par 17 voix contre, 3 abstentions et 7 voix pour. Ce vote traduit la volonté des administrateurs d'apporter leur soutien total aux efforts constatés et aux résultats déjà obtenus par la direction de l'école et de ses équipes.

Les représentants de la composante professionnelle, des élèves fonctionnaires, des étudiants et certains représentants des personnels, tiennent en effet à souligner les efforts réalisés par la direction de l'EHESP et par les équipes professionnelles, pour atteindre les objectifs ambitieux d'efficacité exigés.

l'EHESP et la pérennité de ses investissements nécessaires. Des défis importants pour l'avenir ne pourraient, dès lors, être relevés. »

Ce vote traduit la préoccupation des professionnels et se veut un appel au ministère des Affaires sociales et de la Santé, pour qu'il prenne en considération la

L'équilibre financier de l'EHESP est une condition de sa pérennité et de l'exercice de ses missions, qu'il s'agit de conforter et non de fragiliser.

Au moment où nous constatons à nouveau les progrès réalisés, la présentation du budget rectificatif, conforme aux engagements budgétaires de l'école, nécessite une ferme réaction de notre part.

La ponction supplémentaire sur la subvention prévue initialement, annoncée tardivement, masque la réalité de l'excution du budget et viendrait, une fois de plus, réduire le fonds de roulement. Cette répétition regrettable compromettrait les perspectives d'évolution de

situation ainsi faite à l'EHESP, en clarifiant ses intentions et son projet. L'équilibre financier de l'EHESP est une condition de sa pérennité et de l'exercice de ses missions, qu'il s'agit de conforter et non de fragiliser.

La composante professionnelle est composée des représentants des organisations syndicales les plus représentatives d'employeurs et de salariés, des établissements publics de santé, des associations d'anciens élèves : MEDEF, FHF, CGT, CFDT, FO, SMPS, SMISP et SPHISP, SNIASS, ADH. ■



Ehpad et petites unités de vie (PUV)

Nouvelle réforme de la contractualisation et de la tarification

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement instaure une réforme de la contractualisation et de la tarification des Ehpad, ainsi que des petites unités de vie (PUV). La réforme, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017, prévoit la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui ont vocation à remplacer les conventions pluriannuelles tripartites dès 2017. Les CPOM doivent être signés entre le directeur général de l'ARS, le président du conseil départemental et le directeur de l'établissement pour une durée de cinq ans. Ce contrat précise les objectifs en termes de niveau d'activité, d'organisation interne et de qualité de prise en charge des usagers. Contrairement à la convention tripartite, le CPOM couvre l'ensemble des EHPAD ou établissements et services médico-sociaux d'un même gestionnaire relevant d'un même ressort départemental ou régional.

Nouveau modèle de tarification des soins

Outre la signature du CPOM, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) devient le nouveau document budgétaire obligatoire. Le passage à une tarification à la ressource et l'introduction du CPOM impliquent la mise en place de l'EPRD. Il doit être élaboré en équilibre réel avec une évaluation sincère des recettes et des dépenses. Il tient compte des engagements prévus au CPOM et intègre les mesures de redressement éventuelles sous la forme d'un contrat de retour à l'équilibre financier. La réforme introduit aussi un nouveau modèle de tarification des soins et de la dépendance qui reposent désormais sur des équations tarifaires, calculées en fonction du niveau de dépendance des résidents. Un principe de modulation en fonction de l'activité est introduit pour éviter les situations de sous-occupation des établissements, alors que ceux-ci

connaissent de fortes tensions en raison du manque de places et des besoins croissants.

La réforme vise à favoriser le décloisonnement des activités des établissements ; l'EPRD permet en effet de regrouper facilement sous un même document l'ensemble des budgets relatifs aux différentes activités de l'établissement. Les gestionnaires d'établissement disposent d'une plus grande autonomie et d'une plus grande responsabi-

Le nouveau cadre budgétaire et de contractualisation des Ehpad doit permettre d'améliorer la prise en charge des personnes accueillies sur le territoire.

lisation dans la gestion de leurs crédits, car l'EPRD permet un pilotage par les ressources et non plus par les dépenses.

Une gestion budgétaire plus lourde

Le CPOM permet d'inscrire les établissements dans une perspective pluriannuelle, facilitant la mise en œuvre de parcours de soins avec d'autres établissements, dans une logique de groupe. La réforme simplifie par ailleurs l'allocation des financements, désormais définie par l'équation tarifaire et permet de donner davantage de transparence sur les tarifs et les coûts en Ehpad. Elle participe ainsi pleinement à l'amélioration des conditions d'accueil des personnes prises en charge. Cependant, la mise en place de la réforme implique pour nos collègues directeurs d'établissements une gestion budgétaire plus lourde, avec la mise en œuvre du nouveau cadre budgétaire dans un calendrier contraint. La réforme s'applique en effet dès 2017 ; un modèle de budget prévisionnel de transition est cependant prévu pour l'exercice 2017. Par ailleurs, les directeurs d'établisse-

ment pourront se trouver contraints par la perte de marge de manœuvre lors des négociations du CPOM avec l'ARS, puisque, en cas de désaccord, le refus de signature du CPOM signifie en effet minoration des dotations de l'établissement par l'ARS. Les objectifs, quant à eux, ne pourront être atteints que si les moyens nécessaires sont alloués par les autorités de tutelle. Il s'agit là d'un point de vigilance pour le SMPS.

De plus, le périmètre du CPOM est élargi par rapport aux anciennes conventions tripartites dans le but de renforcer les partenariats et pour pouvoir mieux répondre aux besoins de santé du territoire. Cet élargissement va donc néces-

siter la mise en œuvre d'un dialogue approfondi entre les différents établissements, ce qui sera difficilement réalisable à très court terme. Le temps semble ainsi être un facteur déterminant dans la réussite de cette réforme.

Enfin, le nouveau principe de modulation à l'activité pour financer les établissements fait craindre un risque d'aggravation de la situation financière de certains petits établissements, déjà fortement contraints. Il exige de la part des gestionnaires qu'ils surveillent avec une vigilance accrue le niveau d'activité et le taux d'occupation de leur établissement.

Conclusion

Le nouveau cadre budgétaire et de contractualisation des Ehpad apparaît ambitieux et doit permettre d'améliorer la prise en charge des personnes accueillies sur le territoire. Sa mise en œuvre s'avère néanmoins complexe à court terme et exige une adaptation rapide des gestionnaires d'établissement pour respecter le calendrier contraint et les changements profonds qui sont instaurés. ■

Christelle GAY et Laure COUDEL

GUERDINE, ASSISTANTE SOCIALE, EST DE BON CONSEIL. ELLE A BESOIN DES NÔTRES POUR RÉALISER SES PROJETS.

ASSURANCE VIE
MULTI-SUPPORTS MULTÉO
**UNE SOLUTION
D'ÉPARGNE**
POUR DYNAMISER VOS PROJETS

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



ASSURÉMENT HUMAIN

Renseignement en agence ou au 0 970 809 810 (numéro non surtaxé)
Connectez-vous sur www.gmf.fr ou depuis votre mobile sur m.gmf.fr

Septembre 2017 - Document à caractère publicitaire.

GMF VIE - Société anonyme au capital de 186 966 736 € entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - 315 814 806 R.C.S. Pontoise.
Siège social : 1 rue Raoul Dautry - CS 40003 - 95122 Ermont Cedex. Tél. 0 970 809 809 (n° non surtaxé) - Internet www.gmf.fr

Nouveaux permanents et secrétaires régionaux

Délégation nationale

- Depuis le 1^{er} septembre 2016, **Dominique Mariolle**, jusqu'alors attachée d'administration à la direction de la recherche et des finances de la Pitié-Salpêtrière, a rejoint la délégation nationale sur un poste reconfiguré de **responsable ressources et relations avec les adhérents**. Vous pourrez la joindre à l'adresse adhesion@smpsante.fr.
- Depuis le 1^{er} octobre 2016, **Philippe Breuiller**, auparavant attaché d'administration hospitalière au Centre de la formation et du développement des compétences de l'AP-HP, adjoint à la cheffe de projet « Picpus » et encadrant de la plateforme logistique des écoles, a pris à ses côtés le poste de responsable dépenses et fonctionnement institutionnel. Vous pourrez le contacter à l'adresse contact@smpsante.fr.
- **Élodie Chapel** ayant quitté son poste de déléguée nationale-cheffe de cabinet du président pour rejoindre l'Agence nationale de sécurité du médicament sur le poste de directrice de l'évaluation, elle sera remplacée à compter de septembre 2017 par **Marie Hiance**, aujourd'hui directrice des affaires médicales, de la qualité et des droits du patient au CHI Robert-Ballanger (Aulnay-sous-Bois).

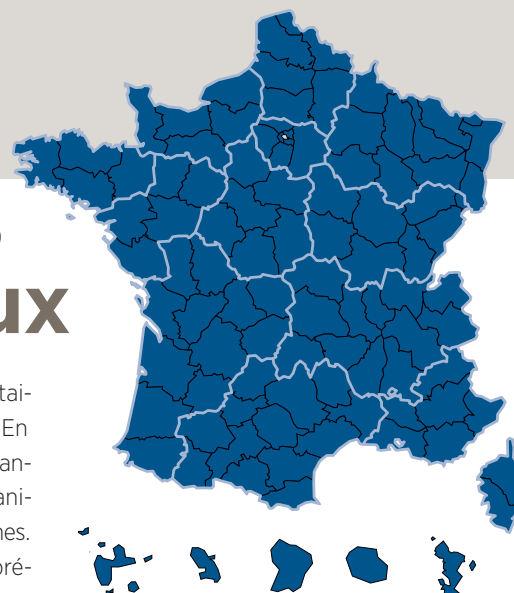
Réorganisation des secrétaires régionaux

La loi portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) du 7 août 2015 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 22 régions métropolitaines existantes 13 régions, constituées par l'addition de régions sans modification des départements qui les composent. Cette réforme est effective depuis le 1^{er} janvier 2016. Or, les statuts du SMPS disposent (art. 8) : « Il est institué une section du syndicat dans chaque circons-

cription administrative régionale métropolitaine et ultra-marine du territoire national. » En conséquence, nous avons, tout au long de l'année 2016 et début 2017, adapté notre organisation régionale aux 13 régions métropolitaines. Pour ce faire, nous avons renouvelé les représentants du SMPS dans les grandes régions ainsi créées et nous avons aussi remplacé les représentants lorsque ceux-ci sont partis.

Les secrétaires régionaux du SMPS sont donc :

- **Antilles** : Roland Toussaint, directeur du CH de Saint-Martin
- **Auvergne-Rhône-Alpes** : Jean-Charles Faivre-Pierret, directeur du CH de St-Cyr-au-Mont-d'Or
- **Bourgogne-Franche-Comté** : Emmanuel Luigi, directeur du CH de Dôle
- **Bretagne** : Thierry Gamond Rius, directeur du CH de Bretagne-Sud
- **Centre** : Didier Poillerat, directeur du CH de Montargis
- **Grand-Est** : Gilles Duffour, directeur du CH d'Erstein, Jérôme Goeminne, directeur du CH de Verdun, et Frédéric Lutz, directeur adjoint des hôpitaux de Champagne-Sud
- **Hauts-de-France** : Martin Trelcat, directeur du CH de Calais.
- **Île-de-France et AP-HP** : Pascale Mocaër, directrice de l'EPS Roger-Prévôt de Moisselles, et Jérôme Sontag, directeur de l'hôpital Paul-Doumer, en tant que responsable pour l'AP-HP.
- **Normandie** : Olivier Delahais, directeur adjoint du CHU de Rouen.
- **Nouvelle-Aquitaine** : Françoise Dupecher, directrice du CH d'Aubusson, Frédéric Pigny, directeur du CH d'Orthez.
- **Occitanie** : Daniel Desbrun, directeur du CH de Pont-Saint-Esprit.
- **Océan Indien** : Laurent Bien, directeur de l'EPSM de la Réunion.
- **Pays de la Loire** : Sébastien Treguenard, directeur général adjoint du CHU d'Angers.
- **Provence-Alpes-Côte-d'Azur** : Hervé Dany, directeur adjoint du CH d'Aix.



Commission des conditions de travail

Pour les corps à gestion nationale (directeurs d'hôpital, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et directeurs des soins), le Comité consultatif national (CCN) unique a créé une commission spécialisée : la commission des conditions de travail (CCT). Pour le SMPS, les représentants titulaires et suppléants à cette CCT sont :

- **représentants DH** : Julie Zimmermann, directrice adjointe du CH de Valenciennes, et Olivier Perrin, directeur du CH de Lons-le-Saunier ;
- **représentants D3S** : Sylvie Morel, directrice de l'Ehpad du Coteau, et Dominique Boucher, directeur de l'établissement médico-éducatif social départemental d'Isle ;
- **représentants DS** : Brigitte Lemaire, directrice des soins du CH de Saint-Dié, et Catherine Hardy, directrice des soins du CH de Tarbes.

Représentants D3S

Les représentants D3S ont changé dans les différentes instances.

- **CAPN** : Franck Bridoux, directeur de l'Ehpad de Dronsart, (titulaire) et Christelle Gay, directrice adjointe du centre départemental spécialisé de l'éducation de l'enfance Les Cadeneaux, (suppléante)
- **Comité de sélection** : Christelle Gay (titulaire) et Franck Bridoux (suppléant)
- **Tour extérieur** : Christelle Gay (titulaire) et Henri Gibon, directeur adjoint de l'EPSNF Fresnes (suppléant).

70^e

22 et 23 juin 2017

Atlantia La Baule

congrès
SMPS⁺
MANAGEURS PUBLICS DE SANTÉ

JEUDI 22

9h45 Assemblée générale du SMPS

10h15 Discours d'ouverture

Jérémie Sécher *Président du SMPS*

Le ministre de la Santé ou son représentant

11h00 Pause Visite de l'espace exposition

11h30 Retour sur les 70 ans du SMPS

Jean-Rémi Bitaud

Christelle Gay

Table ronde avec les anciens présidents du SMPS

13h00 Déjeuner sur l'espace exposition

14h15 Grand témoin

15h00 Table ronde 1

« Moi manager... »

Le management hospitalier vu par

Un jeune médecin *Julien Lenglet*

Un manager du privé *Christophe Jacquinet*

Président de Santéliance Conseil

Un manager hospitalier en détachement *Alain Tanguy*

Directeur général délégué, Groupe HSTV

Un PU-PH *Pr Jean-François Meder*

Chef de service, CH Sainte-Anne

16h30 Pause Visite de l'espace exposition

17h00 Table ronde 2

Quels managers pour demain ?

Le regard des élèves de l'EHESP

Guillaume Larivière-Villa *BIP*

Regards prospectifs

Matthieu Sibé *Directeur adjoint de l'Institut de santé publique,*

d'épidémiologie et de développement, université de Bordeaux

Philippe El Saïr *Directeur général, CHRU de Brest*

20h00 Soirée festive

Le Nossy Be



VENDREDI 23

9h30 Ateliers catégoriels

**Qualité de vie au travail
et risques psychosociaux**

10h30 Pause

Visite de l'espace exposition

10h45 Table ronde 3

L'impact des réformes
en cours sur
les managers de santé

Faut-il encore des réformes ?

**Un an après la LMSS et la loi Vieillessement,
les impacts sur les métiers**

Animation Jean-Marc Novak

Participants : les vice-présidents du SMPS

• Catherine Latger *DH*

• Rémy Chapiron *DS*

• Frédéric Cecchin *D3S*

• Didier Garcia *Cadres techniques*
(représentant Jean-Marc Novak)

• Laurence-Béatrice Cluzel *Cadres soignants*

• Angélique Noizette *Cadres administratifs*

12h00 Demain, la médecine
sans médecins ?

**L'impact de la santé connectée :
big data et organisation des soins
et du médico-social**

Antoine Malone

*Directeur de projet, prospective, relations avec les milieux
académiques et les think tanks, FHF*

Dr Maxime Cautermann

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

13h00 Synthèse des débats
et discours de clôture

13h45 Déjeuner de clôture

15h30 Fin du congrès

INSCRIPTION EN LIGNE SUR

<http://70e-congres-smps.evenium.net>

Mobilité et Parité

Mobilité à l'heure des GHT, parité hommes/femmes : en 2016, le SMPS vous a sollicités pour plusieurs sondages, auxquels beaucoup d'entre vous ont répondu. L'heure est au compte-rendu de ces enquêtes... Et à la recherche de pistes pour de meilleures conditions d'exercice de nos métiers.

La mobilité à l'heure des GHT

À l'heure des GHT, quelles formes de mobilité pour les managers de santé ? Quels atouts ? Quels risques ? La mobilité est souvent considérée par les managers comme une réelle opportunité... difficile à mettre en œuvre. Le GHT d'appartenance semble être devenu une possibilité de mobilité privilégiée pour les répondants, tant géographique que fonctionnelle. Mais beaucoup pointent les contraintes de mobilité accrues au sein d'un territoire, sans qu'aucune reconnaissance n'accompagne cette mobilité-là.

A lors que les établissements de santé entrent dans l'ère des GHT, notre syndicat, dans la continuité du sondage SMPS-Ifop de mai 2016, a souhaité interroger ses adhérents quant à l'impact de cette réforme sur les métiers et statuts. Les directeurs, ingénieurs et cadres de la FPH ont répondu massivement à l'appel – 811 réponses – et partagé leur vision de la mobilité via un questionnaire, admi-

nistré du 6 juillet au 16 août 2016 et présenté en exclusivité aux dernières journées du SMPS. Les participants ont retracé leurs expériences de mobilité, en interne et hors de la FPH, avant d'évoquer leurs projets personnels à l'heure des GHT. Ils se sont ainsi exprimés sur les évolutions du métier après la loi Santé et ont évoqué les évolu-

tions statutaires qui leur semblaient nécessaires dans ce cadre. Le SMPS a le plaisir de partager les résultats de cette enquête avec les lecteurs de *Managers de santé*. Le débat est ouvert sur les actions à mener pour continuer à offrir aux directeurs, ingénieurs et cadres de la FPH une carrière attrayante au service de la santé publique.

Une démarche bien ancrée chez les managers de santé

L'enquête a révélé que 75 % des répondants ont déjà réalisé au moins une mobilité au cours de leur carrière, dont 16 % en dehors de la FPH, et 2 % sans avoir réalisé de mobilité interne. Les catégories les plus mobiles : DH (87 %) et DS (82 %). La mobilité au sein de la FPH, qui se situe en tête des expériences des sondés, ne serait pas encore un gage d'avancement. Elle est globalement perçue comme une opportunité, qu'il s'agisse du changement de domaine fonctionnel ou d'un changement d'établissement. Elle est néanmoins considérée comme compliquée, notamment la mobilité extrarégionale.

La plupart des sondés considèrent que la mobilité interne à la FPH devrait être davantage encouragée et valorisée dans l'avancement de carrière : c'est vrai pour la mobilité géographique interrégionale (61 % oui vs 25 % non) ou intrarégionale (67 % oui vs 19 % non) mais surtout pour la mobilité fonctionnelle (77 % oui vs 12 % non).

Les DS sont les plus attachés à une meilleure valorisation de la mobilité interrégionale (71 % oui vs 22 % non). Les D3S sont quant à eux les plus attachés à une meilleure valorisation de la mobilité fonctionnelle (86 % oui vs 5 % non).

Le GHT d'appartenance semble être devenu une possibilité de mobilité privilégiée, fonctionnelle ou géographique.

Pour une plus grande mobilité entre fonctions publiques

Parmi les répondants ayant effectué au moins une mobilité en dehors de la FPH, 27 % estiment avoir rencontré des difficultés, citant notamment la non-compensation de la perte du logement. Le retour au sein de la FPH après une mobilité externe n'est pas non plus une évidence, puisque 27 % des sondés concernés, dont 41 % des DH, ont subi des difficultés à réintégrer leur corps. Les répon-

dants considèrent très nettement, à 91 %, que la mobilité en dehors de la FPH est insuffisamment valorisée dans l'avancement de carrière ; 85 % d'entre eux considèrent que les hospitaliers devraient davantage s'investir dans les institutions publiques de santé, comme les ministères, la Haute Autorité de santé (HAS), les agences régionales (ARS). Ils sont globalement favorables (64 %) à ce que leur corps d'appartenance soit davantage ouvert aux fonctionnaires de grade comparable des autres fonctions publiques.

Loi de santé et GHT : la mobilité en question

La loi de modernisation de notre système de santé et la création des GHT semblent ouvrir des perspectives de mobilité pour les managers de santé et ne pas être envisagée comme un frein à la mobilité. Ainsi, 71 % des sondés indiquent avoir un projet de mobilité à court ou moyen terme dans le contexte de la mise en place des GHT.

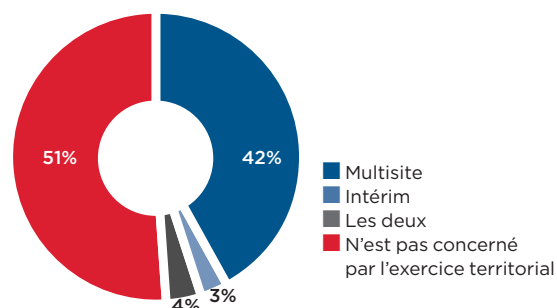
Le GHT d'appartenance semble être devenu une possibilité de mobilité privilégiée pour les répondants, que ce soit pour effectuer une mobilité fonctionnelle (137 réponses) ou géographique (105 réponses). En dehors du GHT, la mobilité géographique est privilégiée, davantage dans une autre région qu'au niveau intrarégional.

Pour les directeurs d'hôpital, la mobilité en dehors de la fonction publique hospitalière se classe en troisième position dans les intentions de mobilité.

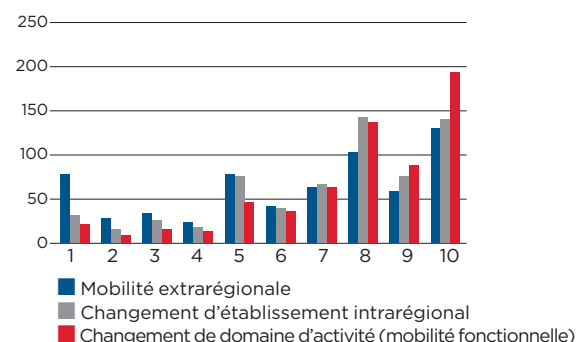
Les GHT, vecteurs de spécialisation

Pour 90 % des managers de santé, la mise en place des GHT va avoir un effet sur une plus forte spécialisation des carrières. Soit leur métier va acquérir une dimension territoriale et transversale plus poussée (site/pôle/filière), soit il ira dans le sens d'une spécialisation dans les aspects fonctionnels : développement de profils plus marqués en DRH, achats, finances, etc. Les opinions sont très partagées face à cette évolution vers une plus grande spécialisation des carrières, considérée comme très probable ; 34 % des sondés ne se prononcent pas, mais parmi ceux qui le font, 54 % voient comme une évolution défavorable la spécialisation des carrières induite par la mise en place des GHT. Néanmoins, les cadres administratifs et les cadres de santé ont une opinion plus favorable des évolutions attendues.

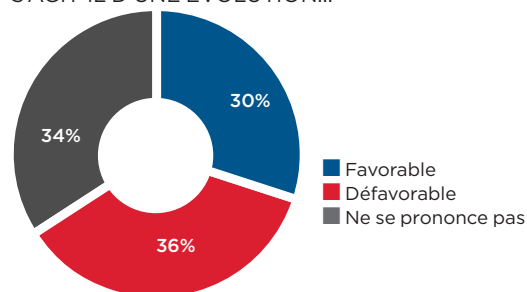
EXERCICE TERRITORIAL



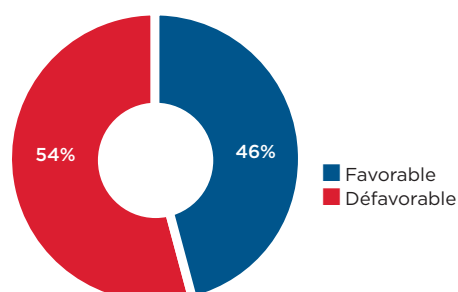
PERÇOIS-TU LA MOBILITÉ INTERNE À TON CORPS D'APPARTENANCE COMME UNE OPPORTUNITÉ POUR TA CARRIÈRE ? (1 étant une contrainte, 10 une opportunité)



SI TU PENSES QUE LA MISE EN PLACE DES GHT VA AVOIR DES IMPACTS VERS UNE PLUS GRANDE SPÉCIALISATION DES CARRIÈRES, S'AGIT-IL D'UNE ÉVOLUTION...



PARMI CEUX QUI SE PRONONCENT...



Profil des répondants

Le panel des 811 répondants est constitué pour moitié de directeurs d'hôpital - 407, soit 50 % -, suivis des directeurs D3S - 128, soit 16 %. Les autres catégories ont mobilisé entre 55 et 77 répondants, soit 7 à 9 % du panel. Près d'un répondant sur deux (46 %) estime avoir un exercice territorial multisite, dont 4 % en situation d'intérim. DH, D3S et CA sont les catégories les plus concernées. 7 % des répondants sont dans une situation d'intérim, dont 4 % en multisite.

GHT et mobilités :
des revendications statutaires fortes

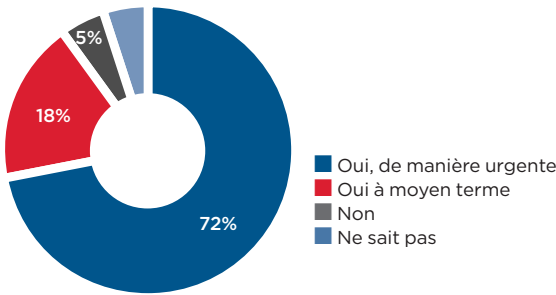
Les managers de santé sont de plus en plus confrontés à un exercice territorial impliquant de nombreux déplacements ainsi qu'une présence sur différents établissements. Cet état de fait est encore encouragé par le développement des directions communes et GHT, ainsi que par l'incitation à davantage de coopération sur les territoires. Leurs contraintes en matière de mobilité sont de fait sans cesse accrues, sans qu'aucune reconnaissance n'accompagne cette évolution. C'est du moins ce qui ressort de l'enquête : selon 90 % des répondants, l'exercice territorial des fonctions justifie une évolution statutaire propre à prendre en compte ces nouvelles modalités d'exer-

cice ; 72 % considèrent même cette reconnaissance comme urgente. Les modalités d'évolution statutaire proposées par les répondants mettent en évidence un écart significatif entre le corps des directeurs d'hôpital et les autres catégories de directeurs, ingénieurs et cadres. Ces derniers valorisent davantage des

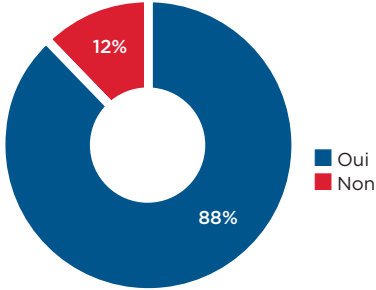
pour la profession. Pour la faciliter, certaines évolutions sont proposées. Ainsi, une nette majorité des sondés (88 %) estime nécessaire de transposer aux corps à gestion nationale de la fonction publique hospitalière les mesures d'accompagnement accordées aux directeurs territoriaux de l'État, à savoir le maintien du régi-

Selon 90 % des répondants,
l'exercice territorial des fonctions
justifie une évolution statutaire.

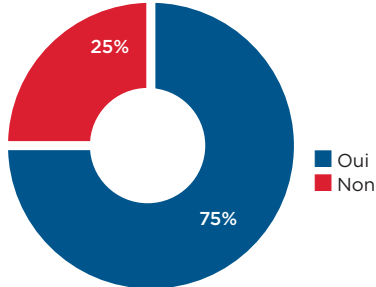
ESTIMES-TU NÉCESSAIRE DE VALORISER L'EXERCICE TERRITORIAL DES MANAGEURS HOSPITALIERS ?



POUR LES CORPS À GESTION NATIONALE, ESTIMES-TU NÉCESSAIRE DE TRANSPOSER AUX MANAGEURS HOSPITALIERS LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT ACCORDÉES AUX DIRECTEURS TERRITORIAUX DE L'ÉTAT ?



POUR LES CORPS À GESTION NATIONALE, L'INTRODUCTION D'UN STATUT « DE MISSION » TE SEMBLE-T-ELLE PROPICE À UNE PLUS GRANDE MOBILITÉ ?



avancées indiciaires tandis que les directeurs d'hôpital apparaissent plus attachés à une amélioration indemnitaire ainsi qu'à une refonte de la carte des emplois fonctionnels. Celle-ci est d'ailleurs considérée comme une nécessité dans le cadre de la création des GHT par 94 % des DH, parmi lesquels 56 % jugent cette réforme particulièrement urgente.

D'autres réformes
statutaires pour
faciliter la mobilité

La mobilité n'est pas seulement perçue comme une contrainte à prendre en compte, mais aussi comme une opportunité à saisir, enrichissante pour soi comme

me indemnitaire pour trois ans à taux plein, pour deux ans à taux réduit en cas de fin de l'emploi fonctionnel.

Priorité aux mobilités
extrarégionales
et hors FPH

La mobilité extrarégionale ainsi que la mobilité hors FPH sont considérées par 76 % des sondés comme insuffisamment prises en compte lorsqu'il s'agit tout particulièrement d'accéder à un emploi fonctionnel ou, dans une moindre mesure, de passer à la classe exceptionnelle des directeurs d'hôpital. Une revalorisation des expériences de mobilité est attendue.

Focus sur les revendications des femmes

La mobilité est perçue comme une opportunité de manière très similaire par les hommes et les femmes, mais la mobilité géographique est considérée comme plus difficile par les femmes surtout pour les classes d'âge jusqu'à 45 ans. Au-delà de 45 ans, les femmes montrent au contraire un plus fort attachement que les hommes à valoriser la mobilité dans les parcours professionnels.

Les femmes, plus impliquées dans la garde des enfants en bas âge, sont probablement moins disposées à engager une mobilité géographique au moment où leur parcours professionnel tendrait à valoriser une telle mobilité. Lorsqu'elle est obligatoire, dans les textes ou selon les usages, elle peut justifier que les femmes mettent d'elles-mêmes un frein à leur carrière en ne postulant pas aux fonctions à responsabilité - on retrouve alors peu de candidates sur les short-listes des emplois les plus élevés. Dans le contexte des GHT, assouplir les conditions de mobilité géographique pourrait permettre aux jeunes femmes de poursuivre leur carrière professionnelle tout en préservant leur équilibre de vie personnel.

Caroline CHASSIN, Réseau « Parité : What Health ? »

La mobilité en action

Les représentants des catégories nationales proposent une feuille de route pour répondre à vos préoccupations sur les mobilités.

Catégorie DH

- Fluidifier les mobilités entre établissements en réduisant la durée minimum d'une affectation de cinq à trois ans pour bénéficier de la prise en charge des frais de changement de résidence.
- Développer des parcours de formation d'adaptation à l'emploi plus opérationnels et conciliables avec l'exercice professionnel pour faciliter les mobilités fonctionnelles réussies.
- Valoriser et accompagner la mobilité en dehors de la FPH par le biais d'une reconnaissance statutaire pour l'accès à la hors-classe et à un grade ou emploi fonctionnel.
- Reconnaître la mobilité dans le cadre de l'exercice territorial par une valorisation indemnitaire conséquente et l'accompagner en garantissant le maintien du régime indemnitaire pour trois ans à taux plein et deux ans à taux réduit en cas de fin de l'emploi fonctionnel.

Catégorie DS

- Clarifier et simplifier les modalités de mobilités interfonctions publiques et secteurs public/privé.
- Améliorer nos conditions de travail avec une reconnaissance pleine et entière de nos places en qualité de directeur adjoint, au sein de toutes les équipes de direction.
- Mettre en place des espaces de négociation pour des évolutions statutaires, indiciaires et indemnitaires dignes et respectueuses de notre corps, afin notamment de corriger les effets pervers du tassement des écarts de salaire entre les directeurs des soins et les cadres supérieurs de santé.
- Prendre des mesures urgentes et adaptées pour conforter l'attractivité du corps, indispensable au pilotage des réformes actuelles et futures du système de santé. Moderniser les modalités d'accès au concours et le contenu de la formation en tenant compte des mutations profondes que connaissent les métiers.

Catégorie D3S

- Maintenir des chefferies dès la sortie de l'EHESP.
- Maintenir l'autonomie des établissements médico-sociaux dans la mise en œuvre des GHT.
- Créer une bourse aux emplois étendue.
- Préparer un vade-mecum intégrant les textes et les conseils pratiques pour aider les collègues dans leurs démarches de mobilité.

Catégorie Ingénieurs et cadres techniques

- Proposer plusieurs postes dans un cadre régional et non national, à défaut d'une gestion nationale du corps, au fonctionnaire désireux de réintégrer la FPH après un détachement de longue durée.
- Harmoniser les régimes indemnitaires et redonner de l'attractivité aux carrières hospitalières, notamment par la libération de l'accès à l'échelon terminal du grade d'ingénieur en chef de classe exceptionnelle, quelle que soit la taille de l'établissement et en adoptant un grade à accès fonctionnel (Graf).
- Faire bénéficier aux ingénieurs d'un dispositif d'accompagnement dans le cadre de la mise en place des GHT, la mutualisation des fonctions supports et l'exercice multisite.

Catégorie AAH

- Aligner en urgence le régime statutaire et indemnitaire avec celui de la FPE, créer le troisième Graf et mettre en place le régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel (RIFSEEP) pour revaloriser l'attractivité de la FPH.
- Élaborer une procédure commune aux établissements publics de santé et médico-sociaux pour accompagner la mobilité par la création d'une bourse aux emplois au niveau national, par la mise en place d'un délai unique pré-

mobilité de trois mois et par l'élargissement de la prise en charge des frais de mobilité aux mobilités imposées par la mise en place des GHT.

- Mettre en place un module d'échange entre les attachés formés dans les instituts régionaux d'administration (IRA) et les AAH formés à l'EHESP afin de valoriser les atouts de la FPH. ■

Dossier coordonné par

Aymeric CHAUCHAT *Directeur de l'hôpital Louis-Mourier Hôpitaux universitaires Paris-Nord - Val-de-Seine (AP-HP)*

Ont participé

Gaëlle BREGEON, *Directrice adjointe, CH de Roubaix*
 Anne-Céline LABANSAT-BASCOU, *Directrice adjointe, GH Nord-Essonne*
 Laetitia MARCHAL, *Directrice adjointe, CH Sud-Essonne*
 Iris PASSY, *Directrice adjointe, GH Henri-Mondor (AP-HP)*
 Laure-Anne SCHERRER, *Élève directrice d'hôpital*

Les 25-35 ans : actifs... et mobiles

Les jeunes générations sont plus réservées sur certains sujets. Les plus de 45 ans considèrent à 80 % que la mobilité devrait être davantage encouragée et valorisée dans l'avancement de carrière. Mais les jeunes, qui vivent plus fortement la mobilité comme une contrainte, notamment pour le passage à la hors-classe des directeurs d'hôpital, ne partagent cet avis qu'à 60 %. L'âge n'est globalement pas un critère clivant dans l'appréciation de la mobilité. Néanmoins, 60 % des moins de 35 ans sont favorables à l'ouverture du corps aux fonctionnaires de grades comparables de la fonction publique d'État ou territoriale, contre seulement 45 % pour les plus de 55 ans.

Un léger clivage apparaît aussi à propos de la perception de la mobilité en dehors de la fonction publique hospitalière : les moins de 35 ans considèrent que la mobilité vers les deux autres fonctions publiques est en majorité mal perçue par leurs corps d'appartenance, à l'exception de la fonction publique d'État spécialisée dans la santé et le social. Les 35-55 ans, quant à eux, considèrent qu'aucune mobilité en dehors de la fonction publique hospitalière n'est mal perçue.

Marie HIANCE
Club Jeune Génération

La parité

Que faire pour réduire les inégalités hommes/femmes dans les établissements de santé ? En juillet 2016, le Premier ministre a confié à la députée Françoise Descamps-Crosnier une mission visant à identifier les éventuelles discriminations dans le système de rémunération et de promotion de la fonction publique qui conduisent à des écarts de traitement et de pension entre les femmes et les hommes. Dans ce cadre, notre collègue Caroline Chassin, directrice adjointe du CHU de Nice, a été auditionnée pour présenter les études menées en 2015 et 2016 dans le cadre de notre réseau « Parité : What Health ? ». Constats, diagnostics, propositions, Caroline Chassin scanne notre cadre professionnel et propose de nombreuses pistes.

« Parité:What Health ? » est un réseau créé par le SMPS. Pouvez-vous nous rappeler son origine ?

Un plafond de verre demeure dans l'organisation de notre système de santé. La situation est corroborée par les dernières analyses du ministère de la Fonction publique : les femmes manageuses n'occupent pas les mêmes postes que les hommes et elles sont moins présentes dans les cercles de réflexion, dans les réseaux associatifs et d'influence traditionnels. Pour réfléchir à la parité et porter un nouveau regard sur les enjeux de notre système de santé, pour enrichir aussi les débats, le SMPS a créé « Parité : What Health ? ».

Quel est son fil conducteur ?

Notre réseau défend la place de tous les manageurs de santé, femmes et hommes,

en réfléchissant à l'articulation vie professionnelle/vie privée. Il favorise les échanges entre manageurs occupant des fonctions à responsabilité au sein de la fonction publique hospitalière et contribue à la production de statistiques sur la situation paritaire entre hommes et femmes ainsi que sur son évolution. Il permet de constituer un vivier de compétences mobilisables et d'accompagner les parcours de femmes manageuses au sein de la fonction publique hospitalière. Le réseau est accessible sur Twitter (@SmppsParite), LinkedIn (Parité WhatHealth) et Facebook (www.facebook.com/paritewhathealth.leprogramme).

Le résultat de l'enquête lancée en décembre 2015 auprès des manageurs hospitaliers via « Parité : What Health ? » fait apparaître un sentiment de déséquilibre vie privée/vie professionnelle. Qu'en est-il précisément ?

80% des femmes et 68% des hommes interrogés regrettent ce déséquilibre, qui se fait au détriment de leur vie personnelle... et de la carrière des femmes. Ce n'est pas étonnant : 70% des sondés déclarent qu'il n'existe aucune mesure dans leur éta-

blissement visant à faciliter l'articulation de ces deux pans de vie. Et près de 30% des femmes déclarent avoir freiné d'elles-mêmes leur carrière, ne souhaitant plus la faire évoluer après avoir eu des enfants.

Comment l'expliquez-vous ?

La grande majorité des femmes a encore la responsabilité des tâches domestiques et de la logistique familiale. Cela les pénalise par rapport aux hommes. Or, le manque de souplesse dans l'aménagement des temps de travail, dans les établissements de santé, nuit à la conciliation des temps de vie professionnelle/vie personnelle.

À quelle époque de leur vie professionnelle cette pénalisation des femmes survient-elle ?

Pour tous, hommes et femmes, les viviers de compétences à développer sont détectés dans la tranche 30-40 ans. C'est l'âge où l'on bénéficie d'une expérience professionnelle à valoriser et d'une ambition potentielle. Or, à cette période de leur vie, les femmes se trouvent pénalisées du fait de la garde des enfants en bas âge, qui implique de fortes contraintes logistiques. Moins disponibles, elles envisagent moins de promotions professionnelles par peur de ne pas parvenir à tout concilier. Elles freinent donc d'elles-mêmes leur parcours professionnel, postulent peu pour les postes à responsabilité, n'envisagent pas de promotion. Ainsi, au fil du temps, les écarts de rémunération se creusent entre hommes et femmes. Irrécupérables jusqu'en fin de carrière.

Comment remédier à cette situation ?

Il faut d'abord faire ce constat : trop peu d'établissements ou de services publics offrent des facilités aux familles pour les aider dans la gestion de leurs contraintes logistiques : conciergerie, courses, aide à domicile, etc. Si les crèches sont les structures les plus répandues, elles tendent à diminuer compte tenu de leurs coûts et restent réservées aux catégories aux revenus les plus faibles. Il faut ensuite susciter l'assouplissement de la ges-

Le manque de souplesse dans l'aménagement des temps de travail nuit à la conciliation des temps vie professionnelle/vie personnelle.

tion des temps de travail. Aujourd'hui, le télétravail est insuffisamment valorisé, les réunions tardives sont toujours trop répandues, déplacements professionnels encore trop nombreux du fait du manque de développement d'outils de

absence se justifie principalement par l'accueil de l'enfant au sein de la famille. À ce titre, permettre au couple de se répartir les jours de congé maternité, aujourd'hui exclusivement réservés à la femme, permettrait d'impulser un changement dans

Permettre au couple de se répartir les jours de congé maternité, aujourd'hui exclusivement réservés à la femme, permettrait d'impulser un changement dans les mentalités.

visioconférence, etc. Et, bien sûr, il faut permettre aux hommes de s'investir plus dans les tâches domestiques, en influant sur les mentalités et les comportements.

Pourtant, de plus en plus de couples aspirent à une répartition équitable des tâches au foyer comme en l'entreprise.

Oui. Et de plus en plus de femmes gagnent mieux leur vie que leur conjoint. Permettre au couple de se répartir les tâches indifféremment dès la naissance des enfants permettrait de réduire les inégalités et de lutter contre les stéréotypes.

Faut-il revoir le congé maternité ?

Si l'absence pour maternité est un droit indiscutable et essentiel pour tisser du lien social et construire la famille, il n'est dévolu qu'aux femmes, contrairement au congé d'adoption. Cela les stigmatise et leur fait rater des opportunités de promotion professionnelle. Les femmes s'absentent pour une durée de 16 à 26 semaines, hors pathologie. Mais rien n'interdit à une salariée de travailler pendant son congé maternité, pourvu qu'elle respecte une période d'interruption obligatoire de huit semaines.

C'est-à-dire qu'il n'est pas médicalement prouvé qu'il faille s'arrêter de travailler entre 16 ou/et 26 semaines pour se remettre d'un accouchement ?

En effet. La réglementation est d'ailleurs plus restrictive dans d'autres pays. Cette

les mentalités. Cela autoriserait les femmes qui le souhaitent à reprendre leur activité et à poursuivre leur carrière avec un minimum d'interruption.

Il faudrait alors transformer le congé maternité en congé de parentalité ?

Oui. Mais en laissant la liberté au couple d'organiser la garde du ou des nouveau-nés comme il l'entend. Cela éviterait aux employeurs de miser principalement sur les potentiels masculins, de leur confier la plupart des projets d'envergure et de leur proposer bien plus de promotions qu'aux femmes. L'accueil de l'enfant après sa naissance devrait pouvoir bénéficier au père comme à la mère, comme pour le congé d'adoption. Au Danemark, les



six dernières semaines du congé maternité peuvent d'ailleurs bénéficier indifféremment au père ou à la mère.

Quid du congé parental aujourd'hui ?

On le sait, il est accordé aux hommes comme aux femmes, mais celles-ci restent plus nombreuses à le prendre. Or il n'est pas sans effet sur les rémunérations et la pension puisqu'un second renouvellement du congé entraîne une décote de 50 % sur l'avancement d'échelon et la prise en compte du service

La FPH, très féminisée... mais mal rémunérée

La fonction publique hospitalière (FPH) est de loin la plus féminisée des trois fonctions publiques mais elle reste la moins bien valorisée en termes de rémunérations. C'est ce que révèle l'enquête réalisée par le Centre des études et de l'emploi (CEE) intitulée « Pourquoi les femmes sont-elles moins bien rémunérées que les hommes dans les trois fonctions publiques ? ».

Deux bons points pour la FPH :

- elle est le versant de la fonction publique où les femmes sont le plus représentées : 80,7 % des salariés ;
- elle est le versant de la fonction publique où l'écart de rémunération entre hommes et femmes est le moins élevé : 6,6 %. Il s'élève à 22,7 % dans la fonction publique d'État et à 17,5 % dans la fonction publique territoriale.

Ce qu'il reste à faire : pour réduire les écarts de rémunération entre hommes et femmes au sein de la fonction publique, il faut aligner les grilles de rémunérations de la FPH sur les grilles des deux autres fonctions publiques.

Les femmes, moins disponibles du fait de leur investissement familial, « réseautent » moins et perdent donc des opportunités de promotion. Elles préfèrent s'investir dans la formation professionnelle.

effectif, ce qui se répercute sur les droits à la retraite. Le temps partiel n'est pas mieux considéré. Aujourd'hui, s'occuper de ses enfants n'est pas rémunérateur alors que cela permet d'investir sur l'avenir. D'ailleurs, 50 % des femmes et 30 % des hommes qui ont eu des enfants déclarent que cela a freiné leur parcours professionnel. 56 % des femmes et 45 % des hommes vivent mal cette situation.

Il faudrait donc valoriser le temps passé avec ses enfants ?

On doit considérer le congé parental comme une période créatrice de valeurs pour la société. Cette période pourrait

être reconnue à 100 % sur l'intégralité de la période de 18 mois dans le calcul des droits à retraite, en termes d'assurance comme de liquidation. Ensuite, le congé parental ne devrait avoir aucune incidence sur le calcul de la période permettant l'avancement d'échelon. On pourrait même, éventuellement, le rémunérer, et donc le soumettre à cotisation. Même schéma pour le temps partiel, quand celui-ci a vocation à permettre à l'agent de garder ses enfants.

Mais les absences pour congé maternité ou parental ont aussi des conséquences sur les organisations de travail...

Oui. Elles impliquent des remplacements, pas toujours évidents, des transferts de charge de travail sur des collègues déjà bien occupés et souvent mal préparés. Les congés maternité ou parental stigmatisent particulièrement les femmes, plus nombreuses à les prendre que les hommes. Et les femmes culpabilisent d'autant plus que ces congés suscitent le mécontentement des équipes de travail, peu ou pas du tout mises en valeur

quand elles s'organisent pour pallier l'absence de leur collègue. Les congés dérangent aussi les employeurs, plus réticents à l'embauche ou à la promotion de femmes en âge de procréer.

Il faut donc valoriser toute une équipe ?

Bien sûr. S'il importe de permettre aux femmes et aux hommes de s'absenter pour une maternité ou un congé parental, il est tout aussi important de faciliter l'organisation et la valorisation des équipes chargées de prendre le relais pendant ces absences. Pour ne plus stigmatiser les femmes et donc pour ne plus entraver indirectement leur parcours professionnel.

Et que proposez-vous ?

La mise à disposition, durant ces congés, de professionnels en formation ou en stage professionnel, avec des facilités de prise en charge financière pour l'employeur. Il faudrait aussi valoriser ces professionnels en leur octroyant une majoration de prime ou un avancement plus rapide.

Les écarts de rémunération entre hommes et femmes viennent aussi, dites-vous, d'une gestion des talents encore insuffisamment développée. Quels sont aujourd'hui les critères de promotion professionnelle ?

Ils ne sont pas ceux qu'on croit ! Et l'enquête « Parité : What Health ? » le démontre. Les critères les plus précieux pour les managers de santé, comme la compétence et les résultats obtenus au travail, comptent souvent moins dans les faits que d'autres qui, de prime abord, ne semblent pas décisifs, comme la richesse du réseau. Or, celle-ci est primordiale pour grimper dans l'échelle sociale. Mais les femmes, moins disponibles du fait de leur investissement familial, « réseautent » moins et perdent donc des opportunités de promotion. Elles préfèrent s'investir dans la formation professionnelle.

Une gestion renforcée et plus équitable des talents s'impose donc ?

Oui. Aujourd'hui, la moitié des managers de santé souhaite davantage d'information sur la promotion, pour un meilleur accompagnement dans le

Le plafond de verre demeure, malgré des progrès évidents

Les dernières promotions de hauts dirigeants de la FPH sont parmi les plus paritaires :

- directeurs d'hôpital : 43 % de femmes/57 % d'hommes ;
- directeurs d'établissement sociaux et médico-sociaux : 61 % de femmes/39 % d'hommes ;
- directeurs de soins : 73 % de femmes/27 % d'hommes.

Mais si depuis longtemps déjà ces corps dirigeants sont à majorité féminine, plus on monte dans la hiérarchie et moins les femmes sont représentées. La probabilité d'accéder aux plus hautes fonctions, comme celles de directeurs généraux reste donc clairement plus faible pour les femmes que pour les hommes. Pourquoi ? Parce que les femmes sont entrées plus récemment dans les corps de hauts dirigeants de la fonction publique hospitalière. Elles restent donc en moyenne plus jeunes que les hommes et n'ont pas encore accédé aux plus hautes responsabilités (cf. rapport du CEE). D'autre part, un plafond de verre existe bel et bien dans la FPH, qui s'observe par le faible taux de femmes candidates sur les postes à très hautes responsabilités. Comment changer la donne ? Il faut poursuivre la dynamique de nomination régulière de femmes aux plus hautes fonctions de la FPH de manière à briser le plafond de verre. Et il convient aussi d'encourager les femmes à postuler aux fonctions à plus hautes responsabilités en créant des viviers de compétences permettant de valoriser les talents.

parcours professionnel. En l'absence de réseau, ce sont la transparence de l'information ainsi que la création de viviers de compétences qui permettront aux femmes de mieux se positionner sur des postes à responsabilité. Ces viviers de compétences pourraient être mobilisés lors de salons dédiés à la promotion professionnelle pour permettre des rencontres avec les employeurs.

Vous souhaitez aussi vous inspirer de programmes de formations testés à l'étranger...

Il faut développer des programmes de formations ciblées sur l'accès aux postes à responsabilités, en aidant les femmes

Enfin, « Parité : What Health » pointe une autre pénalisation des femmes : la mobilité géographique. Les femmes vivent cette dernière plus difficilement que les hommes dans la gestion de leur parcours professionnel.

Lorsqu'elle est obligatoire, dans les textes ou selon les usages, la mobilité peut justifier que les femmes mettent d'elles-mêmes un frein à leur carrière en ne postulant pas aux fonctions à responsabilité. On retrouve alors peu de candidates sur les short-listes des emplois les plus élevés. Il faut assouplir les conditions de mobilité géographique pour permettre aux jeunes femmes de poursuivre leur carrière

Il faut développer des programmes de formations ciblées sur l'accès aux postes à responsabilités, en aidant les femmes à en décrypter les codes et à prendre conscience de leur potentiel.

à en décrypter les codes et à prendre conscience de leur potentiel. De nombreux pays – dont le Royaume-Uni, la Suède et la Belgique – ont mis en place des programmes de ce type qui ont donné des résultats. Ils ont propulsé les femmes à de très hautes fonctions en les y préparant au mieux. Et il convient, bien sûr, de poursuivre la politique active instaurée depuis quelques années en nommant des femmes aux plus hautes fonctions de la FPH, afin de faire évoluer progressivement les mentalités.

professionnelle tout en préservant leur équilibre de vie personnelle. Par exemple en imaginant des opportunités de mobilité dans le cadre des GHT. Par ricochet, les mesures d'assouplissement pourraient aussi permettre aux hommes, de plus en plus nombreux à le souhaiter, de ne pas sacrifier leur vie personnelle au profit d'une mobilité géographique. D'autant que celle-ci pénalise leurs conjointes qui cessent alors de travailler, au moins temporairement. ■

Lorsque l'enfant paraît, l'entourage professionnel se crispe

Selon l'enquête « Parité : What Health ? »,

- 32% des femmes ayant eu des enfants se sont vu reprocher par leur hiérarchie la prise d'un congé maternité ou parental ; 4 % des hommes ont subi ce reproche, concernant le congé de paternité ou parental. Mais le congé de parentalité ne dure que onze jours et les hommes ne le prennent pas systématiquement !
- 71% des répondants pensent que le remplacement d'un collègue en congé maternité, paternité ou parental n'est pas assez bien organisé,
- 78% pensent que ce congé n'est pas assez valorisé.

La loi induit les écarts de rémunération tout au long du parcours professionnel

Impact du congé parental sur les droits à une pension de retraite et sur l'avancement d'échelon

La réglementation s'efforce de corriger les effets des choix de vie familiale sur la carrière :

- la règle de non-concomitance qui interdisait la prise simultanée d'un congé parental par les deux parents agents publics au titre d'un même enfant a été supprimée ;
- le nouveau dispositif permet au fonctionnaire en position de congé parental de conserver la totalité de ses droits à l'avancement d'échelon au cours de la première année ;
- le congé parental est désormais considéré comme du service effectif à 100 % durant la première année pour le calcul de la retraite ;
- le nouveau régime prévoit aussi une transformation automatique du congé parental en congé de maternité en cas de nouvelle grossesse ;
- le nouveau dispositif de congé parental instaure au profit de l'agent public bénéficiaire un entretien avec le responsable des ressources humaines, préalable à la reprise d'activité professionnelle.

Mais certains effets négatifs de la loi ne sont pas complètement gommés : au-delà de la première année, le congé parental n'est considéré comme du service effectif qu'à hauteur de 50 %, ce qui a des conséquences de fait sur le calcul des droits à retraite – assurance, liquidation et durée nécessaire pour le calcul de l'avancement d'échelon. Cela signifie qu'un parent qui fait le choix d'élever ses enfants en prenant un congé parental sera triplement pénalisé : par une rémunération moindre, par l'application d'une décote à sa pension de retraite et par une pénalisation sur son avancement d'échelon.

Impact du temps partiel sur les droits à une pension de retraite et sur l'avancement d'échelon

Jusqu'aux trois ans de l'enfant, le travail à temps partiel est considéré comme de droit. Ainsi, seule la rémunération de l'agent s'en ressent. Aucun effet négatif n'est enregistré sur le calcul des droits à la retraite, ni sur la période d'avancement d'échelon. En revanche, c'est au-delà de ce temps partiel de droit que les effets du temps partiel se font ressentir avec, là encore, un triple impact : rémunération moindre, décote sur la pension de retraite et pénalisation sur l'avancement d'échelon.

Égalité hommes/femmes

RAPPORT : NOS PRÉCONISATIONS RETENUES

En mars 2017, la députée Françoise Descamps-Crosnier a remis au Premier ministre un rapport sur l'égalité entre les femmes et les hommes intitulé :

« La force de l'égalité : les inégalités de rémunération et de parcours professionnels entre femmes et hommes dans la fonction publique ».

On y retrouve de nombreuses préconisations du SMPS qu'avait portées Caroline Chassin lors de son audition.

Si d'indéniables avancées ont été obtenues en matière d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique ces dernières années, le rapport constate que des discriminations et des écarts importants de traitement ou de pension persistent. Or, l'égalité entre les femmes et les hommes est inscrite à l'article 1^{er} de la Constitution du 4 octobre 1958. Il faut donc poursuivre les efforts. Les pouvoirs publics doivent se mobiliser davantage pour que l'égalité devienne une véritable priorité tant les progrès accomplis en matière d'égalité professionnelle génèrent des avancées profitables à tous, aux femmes comme aux hommes.

Depuis 2012, les pouvoirs publics travaillent à promouvoir l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique.

La loi Sauvadet du 12 mars 2012 instaure des objectifs de premières nominations, dites « primo-nominations ». Dès le 1^{er} janvier 2013, la loi a imposé que les nominations de nouveaux agents aux principaux emplois de l'encadrement supérieur et dirigeant de l'État, des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière, soient pourvues par au moins 20 % de personnes de chaque sexe. Ce taux a été porté à 30 %

au 1^{er} janvier 2015 et à 40 % depuis janvier 2017. En cas de non-respect de ces obligations, des pénalités sont prévues. Les objectifs de première nomination ont permis d'accroître déjà sensiblement la place des femmes dans l'encadrement dirigeant.

Mise en œuvre des réformes : manque de suivi

Puis, le protocole d'accord relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique, daté du 8 mars 2013, a constitué une avancée majeure. Quinze nouvelles mesures s'articulent autour de quatre axes :

- le dialogue social,
- l'égalité des rémunérations et des parcours professionnels,
- l'articulation entre vie privée et vie professionnelle,
- la prévention des violences faites aux femmes sur leur lieu de travail.

Plus récemment, la circulaire du 22 décembre 2016 a réaffirmé la politique d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique.

Une démarche de labellisation attribuant un label Égalité professionnelle entre les femmes et les hommes a aussi été développée pour promouvoir l'égalité et la mixité professionnelle dans la fonction publique. Décerné par une commission indépendante à l'issue d'un audit, le label vise à montrer l'exemple en matière de lutte contre les inégalités professionnelles et les discriminations.

Ces réformes sont ambitieuses et encouragent l'égalité professionnelle, mais elles manquent malheureusement souvent de suivi dans leur mise en œuvre.

Par ailleurs, le rapport note que ces avancées en matière d'égalité professionnelle peuvent être fragilisées par d'autres réformes récentes, propres à chaque fonction publique. Ainsi, la réforme territoriale, qui a réduit de 22 à 13 le nombre de régions métropolitaines, a impliqué la

**Les avancées en matière
d'égalité professionnelle
peuvent être fragilisées
par d'autres réformes récentes.**

réorganisation des organigrammes de direction, opérée au détriment des femmes : le nombre de directeurs généraux des services est passé de 27 à 13, dont une seule femme. Dans la fonction publique hospitalière, la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) entraîne *de facto* une réduction du nombre de chefferies ou la contrainte de nouveaux déplacements sur le territoire, ce qui peut désavantager à nouveau les femmes. Le rapport insiste donc sur la nécessité d'être particulièrement attentif à toute réduction d'effectifs dans une structure et de s'assurer qu'elle prend bien en compte la place des femmes aux postes d'encadrement et de responsabilité. La mise en œuvre du régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel (RIFSEEP) et celle du protocole Parcours professionnels, carrières et rémunérations (PPCR) devront aussi faire l'objet d'une vigilance accrue en matière d'égalité professionnelle et de rémunération dans les mois à venir. Enfin, les réformes ne peuvent aboutir que s'il existe une réelle gouvernance et une coordination dans le pilotage de la politique d'égalité entre les femmes et les hommes dans la fonction publique. Pour cela, le rapport recommande de renforcer le rôle de la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) et d'améliorer la coordination des actions grâce à la nomination de hauts fonctionnaires en charge de l'égalité des droits (HFED) dans les ministères, dotés de moyens suffisants.

Écart de rémunération de 6,6 % à 22,7 %

En dépit des mesures déjà prises, les inégalités persistent dans la fonction publique, même si elles restent toujours difficiles à

établir en raison de la diversité des emplois occupés, des temps de travail, des traitements de base difficilement séparables des primes, ou encore des avantages non monétaires, comme l'accès au mode de garde des enfants ou la prise en charge des frais de complémentaire santé. À même ancienneté, même emploi et même temps de travail, il existe en effet

Le plafond de verre n'a pas disparu malgré la loi Sauvadet.

un écart de rémunération selon le sexe, allant de 6,6 % dans la FPH à 22,7 % dans la fonction publique d'État. Cet écart croît avec l'âge et la catégorie professionnelle et s'observe aussi pour les pensions de retraite. Ainsi, à 50 ans, une femme en catégorie C gagne en moyenne 4 000 € de moins par an qu'un homme, 5 400 € en catégorie B et 11 400 € en catégorie A, en salaire moyen par catégorie. Ces inégalités de rémunération s'expliquent principalement par l'effet « temps de travail » (moindre possibilité des femmes d'effectuer des heures supplémentaires en raison de la conciliation de la vie familiale avec la vie professionnelle), par la ségrégation professionnelle (les femmes n'occupent pas les mêmes postes que les hommes), par la différence d'âge ou encore par la localisation des postes.

Les inégalités de carrière persistent aussi. Le plafond de verre, c'est-à-dire le fait que les femmes accèdent moins aux emplois supérieurs, n'a pas disparu malgré les dispositions de la loi Sauvadet qui visaient à aider les femmes à prendre une place méritée dans des postes à responsabilité. Aujourd'hui, toutes fonctions publiques confondues, seuls 22 % des emplois d'encadrement et de direction sont occupés par des femmes, alors même qu'elles sont 59 % des cadres A.

Au sein même de la FPH, si les femmes représentent 44,5 % des DH, à partir de 50 ans, les hommes sont majoritaires : 57,3 % des directeurs entre 50 et 59 ans et 72,5 % des 60-64 ans. De la même manière, 74,8 % des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont des hommes.

On observe par ailleurs une surreprésentation des hommes dans les instances professionnelles. Pour y remédier, la loi du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires prévoit, en son article 47, pour le prochain renouvellement des instances de représentation du personnel, que les listes des candidats soient composées d'un nombre de femmes et d'hommes correspondant à la part de femmes et d'hommes représentés au sein de l'instance concernée – le décret d'application de cette mesure n'était pas encore publié à la date de remise du rapport Descamps-Crosnier.

L'ancienneté désavantage les femmes

Dans le but de lutter contre ces inégalités, le rapport recommande ainsi d'effectuer régulièrement des études de

Le rapport prône aussi le recours à une plus grande transparence dans les critères d'évaluation des agents et dans l'accès à l'information.

cohorte pour des fonctionnaires d'un même corps ou cadre d'emploi, recrutés à la même date, dans des fonctions similaires, et de justifier systématiquement la non-production de données de genre. Il incite aussi à revaloriser financièrement en priorité les métiers et spécialités féminisés sous-valorisés, à niveau de missions et contraintes égales. Pour les filières techniques et ouvrières plus masculinisées, il s'agit de porter l'effort sur l'amélioration des perspectives de carrières : accès à la formation continue, passerelles entre métiers, etc.

Bien que plus diplômées, les femmes n'intègrent pas en effet les filières les plus rémunératrices. Dans la fonction publique, le fait que l'avancement soit lié à l'ancienneté désavantage les femmes qui interrompent leur carrière pour un congé maternité et sont donc promues plus tard. On observe aussi des méthodes de travail et des modes de management qui peuvent être particulièrement discriminants envers les femmes, comme :

- le présentisme, ou culture d'une présence excessive au travail, qui peut accélérer la carrière grâce à une plus grande proximité avec la hiérarchie ;
- la mobilité, fonctionnelle ou géographique ;
- l'effet « réseaux » : le temps passé à les entretenir est souvent pris hors des horaires professionnels. Or, les femmes consacrent davantage de temps à leur vie personnelle et familiale, même si de plus en plus de réseaux féminins tendent à se développer, comme « Femmes de l'intérieur », « Femmes de justice », etc. ;
- l'opacité des appréciations et des évaluations dans les nominations à des postes de responsabilité dans la haute fonction publique.

La circulaire du 22 décembre 2016 relative à la politique d'égalité profession-

nelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique fixe ainsi l'objectif d'informer trois à six mois à l'avance les agents des mouvements professionnels pour faciliter leur organisation personnelle.

Entretien préalable à la reprise d'activité

Afin de lutter contre ce système de management défavorable aux femmes, le rapport prône aussi le recours à une plus grande transparence dans les critères d'évaluation des agents et dans l'accès à l'information : postes, possibilités de progression de carrière, augmentations de rémunérations, etc. On a observé que la transparence augmentait de manière générale la productivité et l'implication des salariés.

La parentalité continue d'affecter négativement la carrière des femmes – et pas seulement dans la fonction publique. C'est pourquoi, le développement de places en crèche et en accueil de loisirs doit être poursuivi, ainsi que la promotion du télétravail. Lors du retour de congé maternité, le rapport recommande de mettre systématiquement en place une procédure d'accompagnement et de prévoir un entretien préalable à la reprise d'activité professionnelle.

Enfin, insiste le rapport, il convient de renforcer la formation relative à l'égalité entre les femmes et les hommes pour réduire les comportements sexistes, aussi bien au sein de la fonction publique que dans toute la société française. Le recueil des bonnes pratiques en la matière doit être systématisé.

Ainsi, au-delà des mesures de correction ponctuelles ou structurelles, le rapport met en évidence la nécessité d'inscrire

la promotion de l'égalité professionnelle femmes/hommes dans le temps long et d'adopter une démarche plus systématique pour faire de l'égalité professionnelle un élément constitutif et exemplaire de notre fonction publique.

Trois priorités

Il existe une réelle volonté aujourd'hui de la part des acteurs publics de faire progresser l'égalité professionnelle. Il convient de s'appuyer sur cette volonté. Signalons enfin qu'à l'issue de la remise du rapport, le gouvernement a retenu trois priorités :

- développer une culture de l'égalité dans la fonction publique, avec la mise en place d'études régulières sur les déroulements de carrière, le renforcement de la transparence des procédures de sélection et d'évaluation des agents, et le déploiement de plans d'action pluriannuels dans les trois fonctions publiques ;
 - réduire les inégalités de parcours professionnels avec l'obligation faite aux commissions chargées des promotions d'examiner les situations individuelles au regard de l'objectif d'égalité entre les femmes et les hommes.
- L'affectation du produit des pénalités versées en cas de non-respect des obligations en matière de nominations équilibrées dans l'encadrement supérieur ira au financement d'actions en faveur de l'égalité professionnelle ;
- accroître la mixité des métiers grâce au développement des passerelles entre les trois versants de la fonction publique et les filières, et grâce à la mise en place de répertoires des métiers qui soient neutres vis-à-vis du genre. ■

Laure COUDEL
Institut d'études politiques de Paris

UNE PLATEFORME POUR RÉFLÉCHIR ET AGIR

Le 27 octobre dernier, sept élèves directrices et directeurs d'hôpital de l'EHESP ont organisé une conférence sur le thème de l'égalité professionnelle femmes/hommes à l'hôpital. Le groupe projet a ensuite mis en ligne 21 propositions sur une plateforme dédiée. Ce n'est qu'un début. Car les sept élèves invitent tous les hospitaliers à partager sur la plateforme leurs pratiques et leurs réflexions sur la question.

Persuadés que la communauté hospitalière s'enrichit de la diversité des profils de ses membres, sept élèves directrices et directeurs d'hôpital, avec le soutien de leur promotion Hippocrate, ont voulu sensibiliser les élèves de l'EHESP et les professionnels à la nécessité d'agir pour l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes à l'hôpital. Il revient en effet aux directrices et directeurs d'hôpital d'interroger leurs pratiques et de se mobiliser concrètement en faveur de l'égalité. Lors de la conférence, de nombreux témoignages ont fait apparaître qu'elle ne va pas de soi à l'hôpital et qu'elle demeure une question d'actualité.

Une mixité des métiers limitée

L'hôpital n'est pas le bon élève de la fonction publique. On constate, outre les différences de salaires, que l'accès des femmes aux postes à responsabilités ne reflète pas l'importance du vivier féminin de professionnels. Si le personnel médical est à 43 % féminin, seuls 19 % des professeurs d'université-praticiens hospitaliers (PU-PH) et 27 % des présidents de commission médicale d'établissement sont des femmes¹.

Par ailleurs, la mixité des métiers y est limitée. Nombre d'entre eux sont considérés comme féminins. D'où l'expression « cols

roses » accolée à ces professions, par référence aux « cols bleus », les ouvriers, et aux « cols blancs », les employés de bureau. Les postes y sont traditionnellement attribués aux femmes. Parmi ces

métiers figurent ceux d'aide-soignant et de secrétaire médical, exercés à plus de 90 % par des femmes. La ségrégation témoigne de la persistance de stéréotypes associant celles-ci à la douceur et aux soins. *A contrario*, la filière technique, correspondant à l'image masculine de la force, compte plus de 70 % d'hommes. Pour les médecins, la tendance s'exprime à travers le choix des spécialités.

Ces chiffres montrent que l'égalité femmes/hommes et la mixité des métiers à l'hôpital constituent un enjeu de portée générale : tous les établissements sont concernés et, au sein de ceux-ci, tous les corps de métiers, qu'ils soient médical, soignant, administratif ou technique. Sans compter le regard que porte le patient sur l'hôpital ! Face à ce constat, l'engagement en faveur de l'égalité et de la mixité est avant tout une question de défense des valeurs qui sont celles du manager public.

Renoncer à des talents

Mais cette question ne concerne pas seulement la responsabilité sociale de l'employeur : ne pas s'en saisir, c'est aussi renoncer à des talents et à des sources de créativité. Œuvrer pour l'égalité et la mixité contribue à l'amélioration des conditions de travail des professionnels des deux sexes.

Persuadés de la nécessité d'agir sur ce sujet, les organisateurs de la conférence ont souhaité publier une plateforme de propositions concrètes. Les 21 propositions s'articulent autour de quatre axes :

- la lutte contre les discriminations et les stéréotypes de genre ;
- l'articulation vie professionnelle/vie familiale ;

La filière technique, correspondant à l'image masculine de la force, compte plus de 70% d'hommes

- le recrutement et le développement des talents ;
- l'animation, au quotidien, d'une politique d'égalité femmes/hommes au sein des établissements.

Les propositions ont pour objectif de faire émerger un espace d'échanges et d'expérimentations sur des sujets encore peu discutés à l'hôpital. Il s'agit moins de formuler des propositions définitives que d'inviter tous les hospitaliers qui le souhaitent à partager leurs pratiques et leurs réflexions sur la question.

Dans une démarche collaborative, nous vous invitons à consulter l'intégralité de nos propositions sur notre site Internet – <https://egalitehopital.wordpress.com> – et à réagir en nous contactant par mail (conference.efh@gmail.com). ■

Pour le groupe projet
Estelle LUCAS
EDHI promotion Hippocrate

1. Études Drees (2015), CNG (2015) et ADH (2011).

LES CATÉGORIES

Faire et défaire ? Promouvoir le flux et combattre le reflux

Il est des époques de transition où la parole publique oscille entre engagement inconsidéré et inertie exacerbée.

Force est de constater que la gestion du statut des directeurs est méprisée sinon négligée, et ce dans une période où l'effort de chacun pour réussir la stratégie de groupe est attendu, et où tous contribuent à mettre en œuvre des trésors de diplomatie pour préserver le rôle et la place de chacun.

La reconnaissance du corps n'est plus à l'ordre du jour.

L'art de faire (faire)

Des avancées ont pourtant lieu malgré un contexte peu propice et la résignation qui guette. Les textes attendus depuis trop longtemps sur le décontingement de l'accès à l'échelon spécial des directeurs d'hôpital et sur l'assouplissement des critères d'accès à la classe exceptionnelle ont été étudiés lors du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière du 16 mars 2017. Leur signature et publication après avis du Conseil d'État permettent de donner des perspectives aux acteurs hospitaliers engagés dans de multiples chantiers de restructuration interne et de coopérations territoriales. Ainsi, l'accès au 8^e échelon devrait pouvoir

se faire dès cette année pour les directeurs qui ont quatre ans d'ancienneté au 7^e échelon.

La mise en place de la réforme des GHT a exigé des efforts ; on nous a demandé de faire, de construire, de

mobilité. De l'alignement inespéré ressort un décalage illégitime.

Même si nous avons toujours l'assurance d'être entendus, il reste beaucoup d'attentes relatives à la création d'emplois fonctionnels pour les

**Rien ne sert de faire
si les avancées sont d'autre part
l'occasion de défaire des éléments
de reconnaissance antérieurs.**

coordonner et d'assumer de nouvelles responsabilités. Les attentes sont légitimes et certains signes sont encourageants. La logique du « faire » doit s'appliquer aux pouvoirs publics dans le respect des engagements et des concertations.

Défaire sans phare

Ces avancées visant à aligner le statut des directeurs sur les administrateurs civils cachent pourtant des remises en cause en ce qui concerne l'accès à la « hors-classe », de façon à distendre s'il en était besoin les générations de directeurs. Et ce sans vergogne alors même que les administrateurs civils n'ont pas les mêmes conditions de

adjoints, à la détermination d'une prime d'exercice territorial et enfin à la revalorisation du régime indemnitaire des élèves directeurs.

Rien ne sert de *faire* si les avancées sont d'autre part l'occasion de *défaire* des éléments de reconnaissance, et sans garantie sur l'ensemble des champs de négociations.

Assumer nos responsabilités élargies, assurer la cohésion des équipes hospitalières : le SMPS a toujours porté ces deux besoins, mais l'équilibre se trouve compromis. Il est urgent d'agir pour garantir l'adhésion des acteurs hospitaliers. C'est une évidence. C'est une exigence. ■

Nicolas SALVI

Catégorie Directeurs d'hôpital



Vice-présidente DH
Catherine LATGER
Directrice
CH de Neuilly-
Puteaux-Courbevoie
Tél. : 01 49 04 30 01
CLATGER@ch-rivesdeseine.fr

Protection de l'enfant, loi du 14 mars 2016 : un an après la promulgation

La loi du 14 mars 2016 a été une nouvelle étape dans l'évolution de la protection des enfants sur l'ensemble du territoire. Depuis, l'enfant est au centre des orientations. Associé aux décisions qui le concernent en fonction de sa maturité, il fait l'objet d'une prise en charge autour d'un projet global qui doit être stable, cohérent et coordonné. Un défi se pose aux institutions qui reçoivent ces enfants : revoir leur fonctionnement.

Construite en concertation avec l'ensemble des acteurs – professionnels, élus, enfants et parents concernés –, la loi du 14 mars 2016 vise à compléter celle du 5 mars 2007, qui avait montré des limites. Elle réforme la protection de l'enfance en la recentrant sur la prise en compte des besoins de l'enfant vers plus de protection et de stabilité dans son parcours et dans celui de jeune adulte. Elle rénove aussi le cadre d'exercice des missions dans la protection des enfants les plus vulnérables, par la construction d'un pilotage national destiné à soutenir les départements dans la mise en œuvre de cette politique publique complexe, à la fois décentralisée et interministérielle. Ces avancées se traduisent par l'élaboration d'un projet pour l'enfant, la sécurisation de l'adoption simple, la lutte contre les violences faites aux enfants, l'accompagnement des jeunes vers l'autonomie. Elles se traduisent aussi par une nouvelle vision de la prévention, centrée sur la mobilisation des solidarités de proximité, la valorisation de la prévention spécialisée et le soutien au développement de l'enfant.

Un médecin référent dans chaque PMI

Le texte prévoit les principales dispositions suivantes, pour lesquelles certains décrets d'application ont été publiés depuis sa promulgation :

- création du Conseil national de la protection de l'enfance, instance de pilotage placée auprès du Premier ministre (art. 1) - Décret du 29 septembre 2016 ;
- définition d'un protocole départemental d'actions de prévention en direction

de l'enfant et de sa famille (art. 2) - Décret du 22 septembre 2016 ;

- désignation, dans chaque service départemental de protection maternelle et infantile (PMI), d'un médecin référent pour la protection de l'enfance (art. 7) - Décret du 7 novembre 2016 ;
- rédaction d'un document unique appelé « projet pour l'enfant » (PPE), afin d'en faire un véritable instrument au service de l'intérêt supérieur du mineur (art. 21) - Décret du 28 septembre 2016 relatif au référentiel national du contenu du projet pour l'enfant ;
- possibilité, pour le président du conseil départemental, de confier l'enfant à un tiers, dans le cadre d'un accueil durable et bénévole (art. 13) - Décret du 10 octobre 2016 ;
- ajout dans les missions de l'aide sociale à l'enfance (ASE) de l'obligation de veiller à la stabilité du parcours de l'enfant et à l'adaptation de son statut sur le long terme (art. 12) ;
- transmission sans délai par le président du conseil départemental d'un signalement au procureur de la République « quand le danger est grave et immédiat, notamment dans la situation de maltraitance » (art. 11) ;
- réécriture des dispositions du code civil (art. 350) relatives au délaissement parental, qui peut ouvrir la voie à une déchéance de l'autorité parentale (art. 40) ;
- réforme de l'adoption simple, afin de lever certains freins juridiques au développement de cette forme d'adoption et de la rendre irrévocable durant la minorité de l'adopté, sauf demande du ministère public pour motifs graves (art. 32) ;

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

- accompagnement des jeunes gens vers l'autonomie : préparation d'un projet d'accès à l'autonomie, amélioration des coordinations pour faciliter leur accès aux dispositifs de droit commun (art. 15 et 17) ;
- lorsqu'un enfant est confié à l'aide sociale à l'enfance, versement à la Caisse des dépôts et consignations de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) due à la famille. La Caisse des dépôts en assure la gestion jusqu'à la majorité de l'enfant ou, le cas échéant, jusqu'à son émancipation (art. 19) ;
- modification de la définition de l'inceste et suppression de la notion de mineurs de 15 ans au profit de la notion de mineurs dans le code pénal (art. 44 et 45) ;
- encadrement de l'utilisation de tests osseux servant à déterminer l'âge de jeunes migrants se déclarant être mineurs (art. 43).

Du temps pour faire évoluer les mentalités

Les institutions accueillant et hébergeant des enfants en situation difficile doivent donc adapter leur organisation à ces nouvelles dispositions, qui ont vocation à préserver l'intérêt de chaque enfant tout au long de son parcours et de son projet de vie, en lien ou pas avec le cercle familial. C'est un défi pour les collègues directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il faudra du temps pour faire évoluer les mentalités, les habitudes ainsi que les pratiques professionnelles des personnels exerçant leurs fonctions auprès de ce public vulnérable, en lien avec ces orientations. ■

Christelle GAY

Un corps délaissé : incompréhension, amertume et colère !

Nous avons cru un moment être enfin entendus par les pouvoirs publics. Mais nos espoirs ont été quelque peu anéantis.

Tous les amendements que nous avons proposés aux textes concernant notre corps ont été rejetés en CSFHP. Pourtant, malgré de fortes dégradations de notre environnement de travail, notre engagement et notre professionnalisme restent sans faille. Aussi la reconnaissance de notre corps demeure-t-elle toujours indispensable.

Le temps passe et rien ne va dans le sens exigé ! Il fut un temps, pas très lointain, où nous avons cru aux discours flatteurs tenus à notre égard par les pouvoirs publics. Des paroles fortes, marquant le début tant attendu de notre reconnaissance, furent adressées à la communauté hospitalière dans son ensemble. Enfin, nous entendions dans les propos de tous les responsables, y compris dans ceux de la ministre, que les directeurs des soins comptaient vraiment dans la réussite des nouvelles organisations hospitalières. Notre engagement sans réserve, la qualité de notre investissement et notre rôle étaient enfin soulignés. Nous avons cru que cette reconnaissance pourrait enfin se traduire par des actes concrets dans les domaines statutaire et indiciaire. Nous les espérions tant, nous les avons une fois encore exigés ! On nous a laissé entendre que les choses allaient enfin pouvoir évoluer... Nous avons été intégrés dans le dispositif PPCR qui concerne les professionnels hospitaliers, avec un traitement séparé pour les DH et les D3S.

Un énième enfumage

Nous avons fait part de notre étonnement et nous nous sommes interrogés sur la réelle volonté des pouvoirs publics de nous reconnaître comme membres à part entière des équipes de direction. Nous avons pris acte de ce qu'il n'y avait dans cette disposition aucune volonté de nous exclure des fonctions de direction, mais de ce qu'il fallait y voir une démarche exclusivement technique pour permettre rapidement l'évolution

vent encore comme des infirmiers(ères), etc. En résumé, tout semble une fois encore englué, malgré les soutiens dont nous bénéficions de la part de la DGOS et du CNG, qui continuent à œuvrer et dont l'engagement sans faille semble pouvoir faire bouger les lignes.

Dans ce contexte où colère, incompréhension et amertume ne cessent d'augmenter, nous continuons à nous engager chaque jour dans l'exercice de notre métier, et ce avec des conditions de travail qui se détériorent régulièrement. Nous constatons que nos capacités d'adaptation ne cessent d'être mises à l'épreuve par l'absence de lisibilité et par de fortes dégradations de

Nos capacités d'adaptation ne cessent d'être mises à l'épreuve.

de notre corps. Nous recevons ces explications sans céder naïvement à ce que nous commençons à entrevoir comme de la poudre aux yeux !

Le CSFPH du 9 février 2017 a confirmé nos doutes ! Les textes concernant les directeurs des soins, proposés par les pouvoirs publics, nous ont paru une provocation, voire une insulte faite à nous-mêmes, professionnels impliqués sans réserves. Car les textes que nous avons souhaités ont tous été rejetés et une nouvelle instance s'est tenue le 1^{er} mars 2017. Quel étonnement alors d'y constater que tous nos amendements avaient été rejetés ! La rencontre était fondée sur des textes non modifiés et nous nous sommes entendu dire que les arbitrages interministériels, indispensables à l'avancée de notre dossier, étaient complexes : fin de mandature, méconnaissance de notre corps par les autres ministères concernés qui nous perçoivent

nos environnements de travail, dans un contexte de mutations profondes et précipitées du système de santé. Nous continuons, encore et toujours, à démontrer notre volonté d'occuper notre place car nous sommes persuadés que notre rôle contribue à l'indispensable évolution de notre système de santé, quels que soient nos lieux d'exercice. Nous sommes convaincus de contribuer à l'amélioration d'un système de soins, qui doit être avant tout au service des usagers, par la qualité, l'efficacité et la pertinence de nos engagements.

Nous tenons à rappeler, à l'occasion du 70^e anniversaire de notre syndicat, que notre engagement dans les négociations pour la reconnaissance et la défense de notre corps est absolument indispensable : il y va de l'attractivité et, au-delà, de la pérennisation de notre métier de directeur des soins ! ■

Catégorie **directeurs des soins**

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



Faisons-nous entendre !

Dans un environnement mouvant, les cadres de santé peuvent légitimement (se) poser la question de l'évolution de leur métier et de la mobilité.

Le rythme soutenu des réformes doit être l'occasion de se regrouper pour mieux faire entendre notre voix.

Peu après la publication des premiers textes relatifs au PPCR, et vu la modernisation portée par ce projet, les professionnels de la fonction publique peuvent s'interroger sur les mobilités réalistes. Pour leur part, les cadres de santé sont plus destinés à une mobilité interne au sein de la FPH, ou entre secteur public et secteur privé hospitaliers, qu'entre les différentes fonctions publiques. Cela s'explique par l'ancrage soignant encore très présent dans l'exercice professionnel, en lien avec les statuts de cadre de santé et de cadre supérieur de santé.

Les principaux obstacles à la facilitation de la mobilité

- L'absence d'accompagnement à la mobilité pour ceux qui tiennent des positions particulièrement délicates, parfois de façon prolongée.
- L'absence de remplacement sur le poste laissé vacant.
- L'absence de discrétion relative aux données de la situation antérieure des professionnels en situation de mobilité, transmises d'une direction à une autre.
- L'absence de reconnaissance du grade des professionnels d'une fonction publique à une autre.
- Les limites de mobilité liées à l'âge, d'une manière générale, et à la filière, notamment pour les professionnels des filières médico-techniques.
- Le peu de visibilité des postes à pourvoir dans le cadre d'une mobilité d'une fonction publique à une autre.

Autre sujet d'inquiétude, malgré un ancrage fort dans la FPH : notre place dans les textes relatifs à la mise en place des GHT n'est pas précisée. Les cadres de santé sont absents des débats conduits sur cette question, qui pourtant appelle des transformations majeures de leurs fonctions respectives, alors que leurs conditions d'exer-

cice se sont déjà fortement dégradées à l'occasion des réformes précédentes.

Les contours des GHT ont été définis, les projets médicaux et de soins doivent être élaborés dans un délai maintenant assez bref. Malgré cela, notre catégorie professionnelle reste peu sollicitée pour participer à cette construction qui impactera notre exercice et celui des professionnels que nous encadrons. Sans parler de mobilité entre établissements d'un même GHT, le développement ou la modification de nos activités de soins demanderont une refonte parfois majeure de nos organisations.

Les contours de pôles multisites existent depuis quelque temps et l'exercice multisite des cadres de pôles est déjà une réalité. Force est de constater que, parmi les cadres, ceux de santé sont plus particulièrement mis à mal en termes de charge de travail dans le contexte actuel. Ce dernier point est la préoccupation première des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé, même s'ils attendent aussi très fortement des revalorisations statutaires, compte tenu de l'émergence de nouvelles fonctions aux responsabilités croissantes et élargies, avec la mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance au pilotage médico-administratif.

Les principales attentes concernent :

- une reconnaissance statutaire des fonctions de directeur des soins (« faisant fonction »), de cadre paramédical de pôle, d'adjoint au cadre paramédical de pôle (mission GRH ou mission qualité) ;
- une reconnaissance indemnitaire des fonctions multisites et des gardes administratives ;
- la modernisation du dialogue social qui placerait les cadres de santé comme des interlocuteurs à part entière.

Plus on se rapproche de l'opérationnel, plus les tensions et les contradictions s'imposent, dans un cadre où les moyens

s'avèrent de moins en moins à la hauteur d'ambitions elles-mêmes de plus en plus exigeantes, où les échelons stratégiques sont tellement remaniés, et ne sont pas encore stabilisés, qu'aucune résistance ne s'opère face à l'impossible !

On peut analyser l'absence de débat comme un indicateur de retranchement des cadres de santé dans l'opérationnel – pour ne pas dire qu'ils sont prisonniers de difficultés quotidiennes – alors que, plus que jamais, la situation mériterait que nous développions un positionnement stratégique.

Une question se pose : l'orientation vers un « tout universitaire » de principe pour la formation des cadres de santé, quand il est question de formation au management. On attend avec un grand intérêt la modernisation de la formation initiale et continue des cadres de santé, qui intégrerait formation en université et professionnalisation au service du développement de compétences managériales et pédagogiques.

L'ensemble des managers hospitaliers doit s'inquiéter de la diminution des vocations de cadre de santé mais aussi, à un échelon plus stratégique, de celles de directeur de soins. Et il semble urgent de développer à la faveur de la mise en place des GHT une vision DRH du management des cadres de santé, instituant des collèges de cadres en GHT et, plus largement, un observatoire du management hospitalier les impliquant en région.

Le rythme soutenu des réformes, les groupes de travail et de réflexion qui les accompagnent, ne doivent pas être un prétexte à rester sur le bord de la route, en attendant de sauter dans le train en marche. Au contraire, c'est l'occasion de nous regrouper. Notre proximité avec l'opérationnel devient alors un atout pour plus de pertinence. ■



Vice-présidente
cadres soignants

Laurence-Béatrice CLUZEL

Cadre supérieure pôle sud

Fondation Santé Service

Tél. : 06 78 46 21 97

laurence.cluzel@santeservice.asso.fr

Laurence-Béatrice CLUZEL
et Evelynne BIANCHI

La moitié du corps harmonisé. Le combat continue...

Est présenté ici l'ensemble des évolutions au 1^{er} janvier 2017.

La moitié du corps voit son statut harmonisé avec celui des ingénieurs des deux autres versants de la fonction publique.

C'est une victoire. Mais il faut maintenant travailler à rapprocher les statuts des ingénieurs des trois versants de la fonction publique.

Le SMPS regrette que les modifications du statut soient restées jusqu'au bout contraintes par le seul cadre du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations (PPCR), d'où les blocages de l'administration sur toute évolution pour les deux grades supérieurs et l'emploi fonctionnel. Certes, l'harmonisation complète des deux premiers grades du corps avec celui des ingénieurs des deux autres versants de la fonction publique, obtenue de haute lutte par le SMPS, est importante. Elle représente la moitié du chemin à parcourir. Il était fondamental de la concrétiser.

mettra de meilleures conditions d'intégration des contractuels car c'est sur cet indice qu'est plafonné le maintien du salaire antérieur. L'administration voulait que la mise en place du cadencement unique d'échelon se fasse par une transposition des durées moyennes actuelles en durée fixe. Le SMPS a obtenu, juste malheureusement pour les deux premiers grades, que la durée fixe ne soit pas issue de la durée moyenne mais passe par l'harmonisation des durées fixes avec celles des ingénieurs territoriaux et d'État des grades comparables. Ces durées harmonisées sont plus

Lors du CSFPH du 1^{er} mars 2017, le SMPS et l'UNSA, seules organisations à avoir accepté de siéger, ont réussi à obtenir que la DGOS s'engage à lancer un travail sur le rapprochement des statuts des ingénieurs des trois versants

Plaider pour l'harmonisation des grades supérieurs avec ceux de la fonction publique territoriale.

Mais cela est malheureusement loin d'être suffisant pour restaurer une attractivité à la hauteur des responsabilités et de la haute expertise de ce corps d'encadrement supérieur technique de la fonction publique hospitalière.

Afin que les avancées obtenues dans ce texte ne soient pas perdues par le jeu d'un ultime vote négatif, et prenant en compte l'engagement de la DGOS à lancer de nouveaux travaux sur le corps des ingénieurs hospitaliers, le SMPS, affilié à l'UNSA, s'est abstenu lors du vote du texte.

Harmonisation à 100 %

La principale avancée a été obtenue par le SMPS : l'harmonisation à 100 % des deux premiers grades, ingénieur et ingénieur principal, avec les grilles des ingénieurs des deux autres versants. Le premier échelon de chacun de ces deux grades sera supprimé et un échelon sera ajouté en haut de chacun de ces deux grades. L'augmentation substantielle de l'échelon sommital du premier grade per-

courtes en début et fin de carrière et donc plus favorables.

Vers un rapprochement des trois versants

La promotion au grade d'ingénieur hospitalier principal pour les ingénieurs hospitaliers nécessitera toujours de justifier de six ans de services effectifs, en position d'activité ou de détachement. À cela s'ajoutera la condition d'avoir atteint depuis au moins deux ans le 4^e échelon de leur grade. Cette condition est harmonisée avec le statut des ingénieurs d'État et territoriaux. Toutes les grilles du corps bénéficieront des revalorisations indiciaires du PPCR de 2017 à 2020, notamment par le transfert prime/point qui sera effectué dès 2017 puis en 2018, afin d'améliorer l'indice de calcul du départ à la retraite. Enfin, pour les titulaires d'un doctorat, une bonification d'ancienneté de deux ans pour les ingénieurs recrutés par la voie du concours externe est désormais octroyée.

Echelon	GRILLE 2016		
	Durée moyenne	Indice brut	Indice majoré
10	-	750	619
9	3,5	710	589
8	3,5	668	557
7	3	621	521
6	3	588	496
5	3	540	459
4	3	492	425
3	3	458	401
2	2,5	430	380
1	1	379	349

9		966	783
8	4	916	746
7	3,5	864	706
6	3	811	665
5	2,5	759	626
4	2,5	701	582
3	2,5	641	536
2	2	593	500
1	1,5	541	460

10	-	966	783
9	3,5	901	734
8	3,5	852	696
7	3	772	635
6	2,5	701	582
5	2,5	655	546
4	2	612	514
3	2,5	562	476
2	1,5	513	441
1	1	450	395

7	-	HEB3	1058
		HEB2	1004
		HEB1	963
6	3,5	HEA3	963
		HEA2	916
		HEA1	881
5	3	1015	821
4	2,5	966	783
3	2,5	901	734
2	2	830	680
1	2	750	619

7	-	HEB3	1058
		HEB2	1004
6	3	HEA3	963
		HEA2	916
		HEA1	881
2	3	830	680



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

de la fonction publique, en particulier en ce qui concerne les grades supérieurs et l'emploi fonctionnel. C'est à l'occasion de cette nouvelle série de discussions que nous pourrions plaider pour la poursuite de l'harmonisation

des grades supérieurs avec ceux de la fonction publique territoriale (HEB bis, Graf, emplois fonctionnels, durées fixes, etc.), mais aussi la mise en cohérence avec les GHT, le régime indemnitaire, le quota, etc. ■

Les nouvelles grilles indiciaires

		GRILLE 2017		GRILLE 2018		GRILLE 2019		GRILLE 2020	
	Durée fixe	Indice brut	Indice majoré	Indice brut	Indice majoré	Indice brut	Indice majoré	Indice brut	Indice majoré
GRADE D'INGÉNIEUR									
		810	664	816	669	821	673		
	4	758	625	765	630	774	637		
	4	724	599	731	604	739	610		
	4	679	565	686	570	697	578		
	4	633	530	640	535	646	540		
	3	597	503	604	508	611	513		
	2,5	551	468	558	473	565	478		
	2	505	435	512	440	518	445		
	2	464	406	471	411	584	419		
	1,5	434	383	441	388	444	390		

GRADE D'INGÉNIEUR PRINCIPAL									
	-	-	-	-	-	-	-	1015	821
	3	979	793	985	798	995	806	995	806
	3	929	755	935	760	946	768	946	768
	3	879	717	885	722	896	730	896	730
	3	826	677	833	682	837	685	837	685
	3	778	640	784	645	791	650	791	650
	3	713	591	720	596	721	597	721	597
	2,5	653	545	659	550	665	555	665	555
	2	603	507	610	512	619	519	619	519

GRADE D'INGÉNIEUR EN CHEF DE CLASSE NORMALE									
	-	971	787	977	792				
	3,5	906	738	912	743				
	3,5	857	700	862	705				
	3	777	639	782	644				
	2,5	706	586	713	591				
	2,5	659	550	665	555				
	2	617	518	623	523				
	2,5	567	480	574	485				
	1,5	518	445	525	450				
	1	456	399	461	404				

GRADE D'INGÉNIEUR EN CHEF DE CLASSE EXCEPTIONNELLE									
	-	HEB3	1062	HEB3	1067				
		HEB2	1008	HEB2	1013				
		HEB1	967	HEB1	972				
	3,5	HEA3	967	HEA3	972				
		HEA2	920	HEA2	925				
		HEA1	885	HEA1	890				
	3	1021	825	1027	830				
	2,5	971	787	977	792				
	2,5	906	738	912	743				
	2	835	684	842	689				
	2	755	623	762	628				

EMPLOI FONCTIONNEL D'INGÉNIEUR GÉNÉRAL									
	-	HEB3	1062	HEB3	1067				
		HEB2	1008	HEB2	1013				
	3	HEA3	967	HEA3	972				
		HEA2	920	HEA2	925				
		HEA1	885	HEA1	890				
	3	835	684	842	689				

Reclassements, au 1^{er} janvier 2017, conformément au tableau de correspondance ci-dessous.

Situation dans le grade d'ingénieur	Situation dans le nouveau grade d'ingénieur	Ancienneté conservée dans la limite de la durée d'échelon
GRADE D'INGÉNIEUR		
10 ^e échelon	9 ^e échelon	Ancienneté acquise
9 ^e échelon	8 ^e échelon	8/7 de l'ancienneté acquise
8 ^e échelon	7 ^e échelon	8/7 de l'ancienneté acquise
7 ^e échelon	6 ^e échelon	4/3 de l'ancienneté acquise
6 ^e échelon	5 ^e échelon	Ancienneté acquise
5 ^e échelon	4 ^e échelon	5/6 de l'ancienneté acquise
4 ^e échelon	3 ^e échelon	2/3 de l'ancienneté acquise
3 ^e échelon	2 ^e échelon	2/3 de l'ancienneté acquise
2 ^e échelon	1 ^{er} échelon	3/5 de l'ancienneté acquise
1 ^{er} échelon	1 ^{er} échelon	Sans ancienneté

GRADE D'INGÉNIEUR PRINCIPAL		
9 ^e échelon	9 ^e échelon	Ancienneté acquise
8 ^e échelon	8 ^e échelon	3/4 de l'ancienneté acquise
7 ^e échelon	7 ^e échelon	6/7 de l'ancienneté acquise
6 ^e échelon	6 ^e échelon	Ancienneté acquise
5 ^e échelon	5 ^e échelon	6/5 de l'ancienneté acquise
4 ^e échelon	4 ^e échelon	6/5 de l'ancienneté acquise
3 ^e échelon	3 ^e échelon	Ancienneté acquise
2 ^e échelon	2 ^e échelon	Ancienneté acquise
1 ^{er} échelon	1 ^{er} échelon	Sans ancienneté

GHT : quelle place pour les cadres administratifs ?

Les dernières réformes hospitalières, dont la loi Touraine instaurant les GHT, bouleversent le paysage hospitalier. L'exercice multisite va troubler l'équilibre de certains services supports. Des métiers nouveaux vont apparaître. Il importe donc d'accompagner les cadres administratifs et de leur donner des garanties, en particulier aux AAH, dont la formation initiale et continue doit évoluer. Répondre à leurs aspirations statutaires est indispensable.

La rédaction des projets médicaux de territoire définitifs et la mutualisation des fonctions support conduisent à poser notamment la question du positionnement des cadres administratifs dans une structuration hospitalière territoriale intégrée.

Les cadres administratifs sont d'ores et déjà touchés par les mutualisations obligatoires des fonctions achats et de la formation continue. La nécessaire professionnalisation de ces fonctions, le développement de métiers nouveaux, comme ceux d'acheteur spécialisé sur un segment pour l'ensemble du territoire, de responsable des marchés publics, de coordonnateur de la formation continue et de juriste, requièrent une montée en compétence et en expertise immédiate.

Cabinets d'avocats

Les cadres administratifs seront eux aussi concernés par des mutualisations facultatives. Ceux exerçant dans les domaines RH médicales et non médicales devront savoir innover et convaincre. On peut envisager à terme le développement d'une fonction RH totalement mutualisée sur le modèle de la fonction publique territoriale ou, à défaut, la mise en commun de certaines fonctions – gestion prévisionnelle des métiers et des compé-

tences (GPMC), gestion des concours, qualité de vie au travail (QVT), etc. L'exercice territorial va nécessairement impliquer de repenser les organisations et les modes de gestion. C'est dans ce cadre que la fonction de juriste sera amenée à se développer, non pas tant sur le segment du contentieux, mais avant tout sur des sujets aussi variés que le droit de la coopération, celui des contrats, de la fonction publique et des marchés publics. La fonction de conseil juridique se développera et, à l'instar des entreprises pri-

des responsabilités, le développement de mobilités choisies ou contraintes. Fort de ce constat, un accompagnement et des garanties sont indispensables pour que les cadres administratifs ne soient pas les oubliés de cette réforme. Il paraît indispensable de redéfinir le mode managérial dans le cadre d'un exercice territorial, le périmètre de responsabilités au sein de directions fonctionnelles mutualisées et d'obtenir des clarifications quant aux responsabilités hiérarchiques et fonctionnelles.

Développer les terrains de stage

Concernant les AAH, il paraît indispensable de faire évoluer la formation initiale et continue, et de répondre aux aspirations statutaires exprimées depuis de longue date par ce corps. On peut envisager de renforcer la formation initiale en accentuant la formation à la métho-

La formation continue est un enjeu fort des prochaines années.

vées, le professionnel du droit va investir un champ jusqu'à maintenant occupé par les cabinets d'avocats.

Au-delà de l'émergence de nouveaux métiers ou de l'adaptation à une nouvelle façon d'exercer, le cadre administratif sera confronté à un exercice multisite qui risque de bouleverser l'équilibre, souvent fragile, de certains services support. Plus on se rapproche de l'opérationnel, plus les tensions et les contradictions sont fortes dans un environnement où les moyens sont de moins en moins à la hauteur d'ambitions de plus en plus exigeantes, où les échelons stratégiques sont remaniés mais pas encore stabilisés. L'ambiance, que l'on peut considérer comme morose, et qui touche l'ensemble de la ligne managériale, soulève des inquiétudes légitimes, telles que le risque de concentration des centres de décision, la nécessité de polyvalence accrue au sein des établissements membres des GHT, l'impact au quotidien de la territorialisation, l'accroissement

dologie de projet, en prévoyant un tronc commun et ensuite une formation spécifique aux différents domaines (qualité, achat, formation, finances, RH), en intégrant une option GHT qui se déclinerait dans les domaines spécifiques, en développant les terrains de stage pour acquérir une expertise sur un périmètre GHT. La formation continue est un enjeu fort des prochaines années car elle doit offrir une formation modulaire. Des crédits devront être identifiés au niveau des plans de formation GHT à cet effet. Il est impératif de reconnaître l'investissement et les responsabilités des AAH afin de légitimer leurs nouvelles conditions d'exercice et d'attirer les jeunes générations. La réforme est en cours, mais il n'y aura pas de GHT si l'ensemble de la ligne de management ne dispose pas d'un accompagnement actif et adapté. ■

*Carine GRUDET Responsable des affaires juridiques, CH de Versailles
Charles ROESCH Responsable des affaires économiques, logistiques et financières, CH Saint-Charles, Toul*

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

Été meurtrier, année terrible

Attentat de Nice, décès de collègues qui ont fait la fierté de notre communauté : ces derniers mois furent très tristes.

Promenade des Anglais, 14 juillet 2016. Fête nationale. Hymne à la fraternité. Attentat barbare. Mobilisation sans faille des services de secours. Une fois de plus en première ligne, l'hôpital public fait front, accueille, soigne, reconforte, toutes forces confondues, tous métiers rassemblés. Émotion !

Je suis fier d'appartenir encore, d'esprit sinon de fait, à cette communauté tant appréciée de nos concitoyens, quelles que soient leurs idées, leurs croyances ou leur appartenance.

Communauté soudée dans l'urgence et le drame. Disponible aussi au quotidien pour tous ceux qui lui font confiance. Organisation humaine, vivante, en mutation constante, riche de personnalités qui rayonnent et d'anonymes, indispensables les uns et les autres à la réussite du service public hospitalier.

Été meurtrier ! Un de mes proches est décédé en juin, parti « là-bas, dans l'autre image ». Un de ces agents hospitaliers que l'on croise dans les couloirs sans bien connaître leur rôle mais dont la contribution est, au quotidien, tant appréciée des patients. Christophe travaillait dans une grande maternité parisienne.

Empathique, il savait avec tact suggérer aux heureux parents la nouvelle conjugaison de la famille. Enjoué, il assurait avec calme la logistique indispensable à l'équipe de première ligne. Homme de l'ombre certes. Mais homme de confiance !

Confiance ! Maître mot des relations internes. Valeur cardinale de notre management. Je dis « notre », car bien qu'ayant rendu mes habilitations depuis plus d'un an, je reste imprégné de cet esprit d'engagement qui façonne notre univers professionnel.

1983. Assistant à l'Hôtel-Dieu de Paris, je découvre une nouvelle dimension de l'hôpital public au sein duquel je travaille depuis plusieurs années. Regroupement en septembre de la promotion à l'EHESP. Plaisir de se retrouver après ces premiers pas en responsabilité. Échanges sur nos impressions hospitalières, les directeurs, le métier, les perspectives... Des carrières

se projettent déjà ! Longues discussions sur le film de l'année et son interprète féminine incandescente ! « L'été meurtrier ». C'est à cela que j'ai pensé quand j'ai appris fin août le décès de Claude-Guy Charlotte. C'est dans l'antichambre du directeur de la forteresse insulaire parisienne d'un SNCH au sommet que, cette année-là, j'ai rencontré Claude-Guy pour la première fois. Il avait passé la main peu de temps auparavant à un jeune président plein d'avenir. Au premier regard, au premier échange, à la première poignée de main, j'ai su combien l'homme était grand et profonde son empreinte.

Instants privilégiés. Sous la houlette bienveillante de Patrice Barberousse et

mie si volatile, doit sans cesse s'affirmer. Benoît Leclercq est parti à la renverse de l'été. Qu'il me soit permis de saluer le premier directeur d'hôpital ayant accédé aux responsabilités de directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris auprès de qui j'ai eu plaisir à travailler.

J'ai une pensée aussi pour tous ceux, cadres et directeurs, qui nous ont quit-

La confiance, cette alchimie si volatile, doit sans cesse s'affirmer.

le regard critique de Gérard Vincent, j'apprenais le métier. Transporté par l'enthousiasme ambiant, je pris conscience, auprès de ces faiseurs d'hommes – d'âmes –, pionniers de l'hôpital moderne, Claude-Guy Charlotte, Henri Dechaine, Alain Halbout, du devoir d'action : mettre nos pas dans ces « traces du futur ». Merci Claude-Guy de m'avoir mis en confiance !

Confiance ! C'est vers un séminaire consacré à cet indispensable du management organisé avec Guy Vallet à Paris en mars 2011 pour le groupe de recherches et d'applications hospitalières (Graph), héritier de l'esprit frontière des années 70, que mes pensées se sont envolées quand, en septembre, Alain Hériaud a tiré sa révérence. Président de la Conférence des directeurs généraux de CHU, Alain était intervenu ce jour-là au sein d'un panel éclectique : sociologue, théologien, militaire de haut rang, professeur des universités, chef d'entreprise, homme politique, haut fonctionnaire... Il avait, non sans humour, mis en exergue nos valeurs managériales, au rang desquelles la confiance, cette alchi-

tés sans bruit, cette terrible année 2016. Je pense bien sûr à Jean-Paul Michelangeli, fidèle parmi les fidèles, et à Dominique Beneteau, avec qui j'ai partagé tant de moments privilégiés lorsque je présidais aux destinées du SNCH à l'AP-HP.

Été meurtrier ! Certains seraient portés à croire que la création, au 1^{er} juillet 2016, des 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT) signe l'arrêt de mort de l'hôpital public. Nous ne le croyons pas. Elle ouvre une nouvelle péripétie. Changement ? Les pionniers, les anciens, ont fait l'hôpital d'hier. Les forces vives du SMPS façonnent l'organisation hospitalière de demain,

« *Ni tout à fait la même, ni tout à fait une autre.* » Nous sommes redevables aux uns et aux autres, dans une communauté de destin, comme l'a dit Jérémie Sécher, lors de la journée d'échanges du 16 septembre 2016. Nous étions tous, actifs et retraités, fiers d'être hospitaliers dans la douleur de l'été meurtrier. Nous sommes tous fiers d'être engagés pour le bien commun dans les incertitudes d'un printemps tourmenté. ■

Délégué retraités
Jean-Rémi BITAUD
Représentant des cadres
retraités au niveau national
jrbitaud@orange.fr



Revue de presse

Le management vu de l'étranger

Comment se tenir informé des avancées de la recherche sur le management des hôpitaux lorsqu'on occupe des fonctions managériales ? Pas facile ! Le temps manque ! C'est d'autant plus vrai en ce qui concerne les publications en langue anglaise, difficilement accessibles. Notre revue du management présente donc une sélection d'articles issus de la recherche internationale, synthétisés et contextualisés pour le public français. Elle est réalisée par Émilie Lebé, directrice d'hôpital, spécialisée dans la comparaison internationale des systèmes de santé.

Pratiques managériales et admissions hospitalières

"Modern Management Practices and Hospital Admissions", K. John McConnell, Richard C. Lindrooth, Douglas R. Wholey, Thomas M. Maddox and Nick Bloom, *Health Economics* 25: 470-485 (2016).

Les hôpitaux américains sont très intéressés par les nouvelles techniques de management comme le *lean* management – système d'organisation du travail qui, selon ses promoteurs, vise à éliminer les gaspillages qui réduisent l'efficacité et la performance d'une entreprise, *lean* signifiant « maigre », « sans gras ». Le management est de plus en plus considéré comme un avantage stratégique dans la compétition qui oppose les établissements. Les hôpitaux investissent dans de nouvelles pratiques managériales pour accroître leur efficacité, pour augmenter leurs revenus et leurs profits et pour améliorer la qualité des soins. Objectif de l'article : mettre en lumière la relation entre des pratiques de mana-

gement « modernes », les admissions réalisées par un hôpital et la performance des indicateurs qualité.

Un management fondé sur les faits

Le focus de l'article publié dans la revue *Health Economics* publiée à l'automne 2016 porte sur le concept d'*evidence-based management*, un management qui s'appuie sur les faits. Il repose sur l'idée que la délivrance de soins est tout autant un enjeu managérial que clinique. L'*evidence-based management* identifie les stratégies organisationnelles et les pratiques managériales qui permettent aux acteurs de santé de prodiguer les soins de la meilleure qualité et les plus efficaces aux patients.

L'article définit le management « moderne » autour de quatre types d'actions :

- les opérations *lean*, qui visent à la standardisation des activités et à l'amélioration de l'efficacité de l'organisation. La méthode *lean*, développée par Toyota dans les années 30, est définie comme un ensemble d'outils dont l'utilisation permet, on l'a vu, la réduction des gaspillages ;
- le monitoring de la performance, qui vise à mesurer l'activité en interne et à utiliser ces données pour mener et évaluer le changement ;
- les cibles, qui doivent être formalisées et intégrer les différentes dimensions de l'activité pour s'assurer que les efforts sont coordonnés et concourent à atteindre les objectifs institutionnels ;
- l'intéressement des employés, ou management des talents, qui consiste en une politique RH proactive : accent sur les recrutements, promotion au mérite, développement des compétences, compensation, etc. Son objectif : motiver et fidéliser les employés.

Modéliser l'équation management/admissions

L'étude considère que les patients choisissent un hôpital en fonction d'une



équation mathématique mesurant l'utilité de leur admission, c'est-à-dire la satisfaction liée à la consommation d'un service. Dans cette recherche, l'utilité est mesurée à partir d'un score intégrant : l'évaluation des pratiques managériales dans ses quatre dimensions, la performance de l'établissement du point de vue de ses indicateurs qualité publiés par le gouvernement fédéral, les caractéristiques exogènes de l'hôpital et celles du patient – notamment la distance entre son domicile et l'hôpital.

L'hypothèse veut que les pratiques managériales déterminent la performance de l'hôpital, exprimée via les indicateurs qualité publics, et qu'elles déterminent indirectement le choix des patients et le nombre d'admissions.

Données

Le périmètre de l'étude porte sur les admissions de patients souffrant d'un infarctus aigu du myocarde. Les données relatives au management sont issues d'un questionnaire établi spécifiquement et portant sur dix-huit pratiques managériales. Celles relatives aux patients et aux caractéristiques des hôpitaux sont issues des bases de données de Medicare, la principale assurance publique aux États-Unis, destinée principalement aux personnes âgées de plus de 65 ans et aux personnes handicapées.

Résultats

L'étude, publiée à l'automne 2016, présente plusieurs apports originaux sur les relations entre les pratiques managériales, les indicateurs qualité et les admissions. Elle apporte des preuves que l'impact du management sur les choix des patients est modeste, notamment parce que ces pratiques ne sont

pas visibles par les patients et sont retraduites via les indicateurs qualité. En revanche, elle démontre que les choix des patients sont sensibles aux mesures qualitatives publiques, par exemple le taux de satisfaction exprimé par les autres patients, le taux de mortalité ou le taux de réadmission.

Certaines pratiques managériales démontrent néanmoins un lien plus fort avec les admissions. C'est le cas en particulier de la politique RH. *A contrario*, le *lean* management a un impact faible sur le choix des patients. Ce résultat ne correspond pas aux résultats des études évaluant l'impact qualitatif du *lean* management. En effet, une recherche menée précédemment par les auteurs montrait que les établissements utilisant les méthodes *lean* avaient un taux de mortalité plus faible. Les chercheurs expliquent ce résultat contrasté par le fait que les patients peuvent percevoir directement la plus-value d'un personnel motivé et formé, alors que la qualité des processus est – et doit être – transparente pour eux.

Les sept questions à se poser avant de mener un changement

**“Questions to Ask Before Leading Change”,
Dan Cable, *London Business Review*, mars 2016.**

Avant d'engager une démarche de changement, Dan Cable, professeur de comportement organisationnel à la London Business School, conseille de prendre le temps de se poser sept questions.

Quelle est l'ampleur du changement ?

In fine, tout changement, même un changement organisationnel de grande



Émilie Lebée - Son blog : www.hopital-trotter.com

Selon les chercheurs, comme les pratiques managériales sont corrélées aux indicateurs qualité, une amélioration d'un point en matière de management entraîne une augmentation de plus de 8 % des admissions.

Malgré ses limitations méthodologiques, en particulier liées au fait que les patients souffrant de crise cardiaque sont souvent orientés en urgence, l'étude met en lumière l'intérêt pour les hôpitaux et pour les patients de généraliser les pratiques managériales « modernes ». ■

ampleur, repose sur la modification de pratique de tous les professionnels individuellement.

Quelle sera la réaction du personnel ?

Les employés d'aujourd'hui sont attachés à l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle et veulent que leur travail ait un sens.

Pourquoi la T2A n'est-elle pas performante du point de vue des patients ?

- Elle récompense les mauvaises pratiques : les hôpitaux qui ont un fort volume de séjours sont favorisés même s'il s'agit de séjours liés à des dysfonctionnements comme des complications ou des réadmissions.
- Elle décourage la coordination : tous les acteurs ont intérêt à réaliser de l'activité, même en double.
- Elle est déconnectée de la réalité : la T2A repose sur des tarifs historiques, ajustés de manière arbitraire, et pas sur des coûts réels.

Comment créer une dynamique de changement partagée ?

Il faut faire converger les perspectives présentes au sein de l'établissement pour les agréer en un changement durable.

Comment mener le changement ?

La méthode descendante traditionnelle trouve ses limites, d'autant plus que le rythme du changement s'est accéléré. Réussir à valoriser, animer et guider les changements émanant des professionnels est un enjeu.

Comment l'encadrer ?

Les équipes ont vécu tellement de changements que le mot est devenu péjoratif. La direction doit coacher les personnels et les encourager à persis-

ter dans le changement, même s'il apparaît inconfortable dans un premier temps.

Comment raconter le changement ?

Il revient à la direction de donner du sens au changement et de créer un récit collectif expliquant en quoi les efforts consentis par chacun permettront d'améliorer la situation de l'établissement à l'avenir.

Les professionnels jouent-ils un rôle central dans le changement ?

Une approche psychologique permet de construire une organisation prête au changement, adaptable et résiliente. Il faut donc inspirer au collectif de travail la confiance dans l'avenir et la volonté de changer. ■

Quel mode de financement pour l'offre de soins ?

"How to Pay for Health Care", Michael E. Porter and Robert S. Kaplan, *Harvard Business Review*, juillet-août 2016.

Les États-Unis ont des difficultés à financer leurs dépenses de santé, qui, selon le gouvernement fédéral, représentaient 17,8 % du PIB en 2015, soit 3,2 trillions de dollars – en augmentation de 5,8 % par rapport à 2014. La *fee-for-service*, équivalent de notre tarification à l'activité (T2A), est le modèle dominant dans ce pays comme dans de nombreux autres. Or, la T2A est désormais considérée comme le plus grand obstacle à l'amélioration de la performance de la délivrance des soins. Son alternative la plus répandue, la dotation globale, ne donne pas plus de satisfaction puisqu'elle déconnecte le budget du coût réel des soins.

Aussi Michael E. Porter et Robert S. Kaplan plaident-ils pour que les États-Unis adoptent un mode de financement récompensant les services qui dispensent les soins les plus performants aux patients, en atteignant les meilleurs résultats cliniques à un prix moindre.

Paielement à la performance : deux méthodes

La capitation : un opérateur de santé support, la plupart du temps un groupe de santé comprenant un hôpital, des centres de soins primaires, des structures d'aval, etc., reçoit un paiement fixe annuel pour prendre en charge l'ensemble des dépenses de santé d'une population qui lui est attribuée.

Le paiement au parcours de soins, ou *bundle payment* : l'opérateur de santé support perçoit un financement forfaitaire pour un type de cycle de soins donné, par exemple l'ensemble des services, opérations, examens, médicaments, rééducation, etc., liés à la pose d'une prothèse de hanche.

Aux États-Unis, la bataille fait rage entre ces deux modèles expérimentés dans de nombreux États à l'initiative de Medicare. Pour les auteurs, l'option la plus prometteuse réside dans le financement des parcours de soins, qui oblige

le système à se restructurer et à réellement mettre le patient au cœur du système de santé.

Pour les auteurs, opter pour la capitation ne représenterait qu'une faible amélioration dans l'organisation du système de santé américain. Dans ce modèle, l'enveloppe annuelle reçue par l'organisation support doit couvrir l'ensemble des soins prodigués à la population qui lui est attri-



buée, que ces soins soient dispensés dans ses services ou dans n'importe quelle structure. L'organisation support rembourse alors le montant des soins réalisés par d'autres services que les siens. Cette approche est positive car elle incite les opérateurs à réduire le coût des soins en améliorant la coordination entre les acteurs de santé et en développant la prévention. Il s'agit par exemple de réduire les taux de réadmission, l'usage de médicaments coûteux ou d'améliorer la gestion de la filière d'aval.

Soins non indispensables ou trop coûteux

La capitation comporte néanmoins un risque de réduction de l'accès aux soins jugés non indispensables ou trop coûteux. Et elle fait porter le risque financier sur les structures supports, qui ne maîtrisent pas l'ensemble de l'offre de soins, et non plus sur les assurances.

Le paiement au parcours constitue une approche plus centrée sur les patients. En effet, le paiement globalise l'ensemble des soins typiquement dispensés pour un épisode médical défini, par exemple un infarctus du myocarde. Pour vraiment améliorer la performance bénéficiant au patient, le paiement au parcours de soins doit répondre aux cinq conditions suivantes :

- intégrer l'exhaustivité des soins nécessaires pour soigner une pathologie donnée pendant tout le cycle de soins, y compris les comorbidités et les éventuelles complications ;
- être lié à des résultats qualitatifs du point de vue du patient, comme le retour à un fonctionnement normal, la prise en compte de la douleur ou l'absence de complications ;
- prendre en compte la variation du coût des soins liée à l'âge et à l'état de santé préexistant du patient ;
- couvrir les frais liés à des soins effectifs et efficaces, et même dégager une marge de bénéfice pour les prestataires répondant aux indicateurs cliniques et qualité ;
- exclure les soins non liés à la pathologie ou les situations catastrophiques.

Un modèle : le paiement au parcours

Les auteurs considèrent que le paiement au parcours est la seule option qui entraîne une réelle restructuration de l'offre de soins. En effet, tous les efforts réalisés ces dernières années pour réduire les dépenses de santé et imposer des pratiques standardisées aux cliniciens ont échoué. Le paiement à la performance implique le changement de trois points principaux :

- il oblige les acteurs de santé à coopérer autour du patient et à réellement coordonner les soins prodigués tout au long de son parcours, pour éviter les doublons et les dépenses inutiles. Dans ce

services et expertises les plus efficaces, pour s'assurer de la fluidité du parcours. Enfin, le paiement à la performance oblige les acteurs à analyser leurs structures de coût et à travailler concrètement à leur réduction. Aucun autre système de financement n'incite aussi directement les cliniciens à mettre en œuvre une démarche de compréhension et de maîtrise de leurs coûts. Le financement à la performance est une approche qui récompense directement les équipes de soins qui mettent en œuvre des pratiques efficaces et se coordonnent autour du parcours du patient. Cela les amène à standardiser les parcours de soins, pour obtenir des dépenses prévi-

Les auteurs considèrent que le paiement au parcours est la seule option qui entraîne une réelle restructuration de l'offre de soins.

système, les équipes cliniques ont la liberté de dépenser le montant forfaitaire alloué, pour les services qui leur semblent les plus opportuns pour les patients ;

- il ouvre la voie à de nombreuses innovations organisationnelles, comme l'implication des praticiens hospitaliers dans la prise en charge du patient à domicile. Ce mode de financement ouvre aussi la voie à la création de structures de soins intégrées. Le Joslin Diabetes Center, à Boston, spécialisé dans le diabète, regroupe ainsi l'ensemble des spécialités et des fonctions support permettant de dispenser des soins de haute qualité à des patients diabétiques. Il concentre la prise en charge d'un nombre élevé de patients, proposant diagnostic et traitement par une équipe aux compétences de pointe ;
- le paiement à la performance rend par ailleurs l'équipe support du parcours de soins responsable des résultats obtenus pour le patient. En effet, le paiement est modulé en fonction de résultats qualitatifs. Les équipes cliniques sont incitées à s'entourer des

sionnelles fiables, à éliminer les thérapies dont les résultats sont insuffisants et à optimiser l'utilisation des ressources, humaines et matérielles.

Le paiement à la performance est certes difficile à mettre en place mais les auteurs le considèrent comme la seule solution pour restructurer en profondeur le système de santé américain à partir des besoins du patient et de l'analyse des professionnels, en améliorant la qualité des soins tout en maîtrisant les coûts. Les enjeux sont complexes : il faut cibler de nombreux parcours de soins, qui ne font pas toujours consensus ; la définition des tarifs cibles fait polémique ; les systèmes d'information ne sont pas au niveau, etc.

Pas question de se décourager pour autant. Certains pays se sont en effet d'ores et déjà lancés dans la démarche. Depuis 2009, la Suède a ainsi mis en place un paiement forfaitaire unique pour les prothèses de la hanche et du genou sur des patients sains générant une réduction de 17 % du coût et de 33 % des complications en deux ans. ■

Publication

L'aménagement sanitaire du territoire Stratégie et coordinations

Aurélien Vautard

Dans son ouvrage *L'Aménagement sanitaire du territoire, stratégie et coordinations*, issu de ses travaux doctoraux, Aurélien Vautard, directeur adjoint du GH de La Rochelle-Ré-Aunis, inscrit le débat sur les GHT dans une perspective historique. Partant, il formule des propositions à long terme. Autant de pistes pour répondre à un enjeu d'organisation majeur pour les acteurs.

Avec la parution du décret tant attendu sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT), le 29 avril 2016, et les précisions apportées progressivement sur les fonctions supports en ce début d'année 2017, l'organisation sanitaire territoriale est au cœur des débats au sein des hôpitaux mais aussi au-delà des établissements. Le décret n'a pas tout résolu mais répond à certaines craintes et constitue une étape supplémentaire et importante dans la mise en place d'une organisation territoriale efficace, pensée et maîtrisée par l'ensemble des acteurs. La couverture de l'ensemble du territoire par des projets médicaux partagés d'ici à ce mois de juillet va également être une avancée majeure, au moins au plan quantitatif.

Replacer la création des GHT dans l'histoire du système de santé français

Comme souvent, l'actualité du débat sur les GHT, avant tout motivée par l'urgence financière, fait oublier que la création des groupements s'inscrit forcément dans un temps long. Rome ne s'est pas faite en un

jour, le système de santé français non plus. Des premières coopérations, qui étaient une mise en commun d'une activité bénéfique au plan financier et organisationnel, aux groupements de territoire, on compte presque cinquante années. Dans l'histoire récente, les communautés hospitalières de territoire (CHT) ont certes été un échec quantitatif mais elles ont été des laboratoires d'expérimentation très riches et utiles pour faire avancer les mentalités et les organisations comme le montrent les différentes réalisations sur les territoires de La Rochelle-Rochefort-Oléron, Saint-Malo-Dinan-Cancalle, Villefranche-sur-Saône-Tarare ou encore Pau-Orthez. Très intelligemment, l'évaluation de ces dispositifs a été faite en région puis détaillée dans le rapport de Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau remis en février 2016 et qui a cadré le débat sur la territorialisation.

Une étape, des tabous

La création du GHT a l'intelligence historique de répondre à l'enjeu premier qui est la mise en place sur tout le territoire français de structures de coopération obligeant les hôpitaux publics à rechercher des complémentarités par la création de filières de soins, qui vont de la consultation avancée au niveau local à l'hyperspécialité du CHU. De la même façon que la – saine – concurrence entre public et privé, cette logique répond à la question majeure posée aujourd'hui : comment rendre le meilleur service de santé à l'ensemble de la population sans oublier la problématique financière ?

Comme la loi Chevènement pour l'intercommunalité, la loi Touraine stabilise et fixe un cadre unique. Cependant, il faut constater que certains sujets de fond n'ont pas été entièrement traités, au regard de la difficulté à le faire pour des enjeux politiques. L'introduction d'une dose de contrainte dans l'organisation de la permanence des soins primaires permettrait par exemple d'éviter l'épuisement des médecins consciencieux et de bonne volonté en répartissant mieux la charge de travail. La fermeture de certaines maternités ou de certains blocs se justifierait au regard de l'activité et de l'impératif de sécurité qui doit être offert à l'ensemble des patients, et à condition de garantir une offre de proximité équivalente, accessible dans un laps de temps raisonnable. Cela permettrait en outre des économies plus importantes et justifiables, plutôt que de fixer arbitrairement des taux d'évolution d'activité aux établissements qui répondent juste aux besoins de santé qui s'imposent. Autre écueil : comment imaginer une véritable réflexion par filières de soins sans mise en commun d'un budget au plan territorial pour les activités devant être pensées à cette échelle ? Il reste donc des enjeux forts qui seront sans doute portés au débat public dans les prochains mois après les élections présidentielles. De nouvelles décisions seront nécessaires. Comme le dit un proverbe de Mongolie : « Si, en construisant la maison, on écoutait les avis de tout le monde, le toit ne serait jamais posé. » Une perspective originale. ■



L'Aménagement sanitaire du territoire, stratégie et coordinations, LEH Editions, septembre 2016.

Bureau national

Président



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

Vice-présidents



Vice-présidente DH
Catherine LATGER
Directrice
CHI de Courbevoie/Neuilly
Tél. : 01 49 04 30 01
CLATGER@ch-rivesdesoise.fr



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
laurence.cluzel@santeservice.asso.fr



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



Délégué détaché 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@smpsante.fr



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

Trésorerie nationale

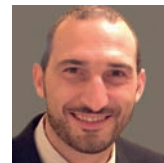


Trésorière nationale
Emeline FLINOIS
Directrice adjointe
GH Nord-Essonne
e.flinois@gh-nord-essonne.fr

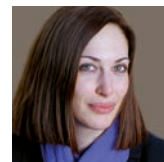


Trésorier national adjoint
Guillaume CHESNEL
Directeur adjoint
GH de St-Denis
guillaume-chesnel@ch-stdenis.fr

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 nationale

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

Secrétariat
adhesion@smpsante.fr
contact@smpsante.fr

Délégué national



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

Secrétaires régionaux

ANTILLES

Roland TOUSSAINT
Tél. : 05 90 52 25 25
roland.toussaint@chsaintmartin.fr

AUVERGNE/RHÔNE-ALPES

Jean-Charles FAIVRE-PERRET
jcfaivre-pierret@ch-st-cyr69.fr

BOURGOGNE/FRANCHE-COMTÉ

Emmanuel LUIGI
luigi.emmanuel@ch-dole.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

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

GRAND-EST

Gilles DUFFOUR
g.duffour@ch-erstein.fr
Jérôme GOEMINNE
jgoeminne@ch-verdun.fr

Frédéric LUTZ
Tél. : 03 25 49 48 03
frederic.lutz@ch-troyes.fr

GUYANE

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

HAUTS-DE-FRANCE

Martin TRELCAT
m.trelcat@ch-calais.fr

ÎLE-DE-FRANCE AP-HP

Pascale MOCAËR
pascale.mocaer@eps-rogerprevot.fr

Jérôme SONTAG
responsable.SMPS@aphp.fr

NORMANDIE

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

NOUVELLE AQUITAINE

Françoise DUPECHER
francoise.dupecher@ch-aubusson.fr

Frédéric PIGNY
Tél. : 05 59 69 70 01
frederic.pigny@ch-orthes.gmail.com

OCCITANIE

Daniel DESBRUN
d.desbrun@hopitalpse.fr

Océan Indien

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

PAYS DE LA LOIRE

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

PROVENCE-ALPES-CÔTE-D'AZUR

Hervé DANY
smps.paca@gmail.com

Représentants CAPN et comité de sélection (CS)

Représentants à la CAPN DH

Titulaires hors classe
Catherine LATGER
clatger@ch-rivesdeseine.fr

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

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

Francis FOURNEREAU
francis.fournereau@sil.fr

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

Elodie CHAPEL
elodie.chapel@ansm.sante.fr

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

Marie HIANCE
marie.hiance@smpsante.fr

Représentants au CS DH

Titulaire
Catherine LATGER
clatger@ch-rivesdeseine.fr

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

Représentants à la CAPN D3S

Titulaire hors classe
Franck BRIDOUX
directeur@ehpad-dronsart.fr

Suppléant hors classe
Christelle GAY
christelle.gay@cdsee.fr

Représentants au CS D3S

Titulaire
Christelle GAY
christelle.gay@cdsee.fr

Suppléant
Franck BRIDOUX
directeur@ehpad-dronsart.fr

Représentants à la CAPN DS

Titulaire hors classe
Rémy CHAPIRON
remycourrier@orange.fr

Suppléant hors classe
Sabine RIGON
sabine.rigon@ars.sante.fr

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

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



À la CASDEN, le collectif est notre moteur !

Comme plus d'1,5 million de Sociétaires,
faites confiance à la CASDEN !



Retrouvez la CASDEN au salon 2017 HOPITAL EXPO, allée S, stand n°25.



L'offre CASDEN est disponible
dans les Délégations Départementales CASDEN
et les agences Banques Populaires.

Rendez-vous également sur casden.fr

Suivez-nous sur    



CASDEN, la banque coopérative de toute la Fonction publique