

# managers de santé



NUMÉRO 106  
MARS 2018 - 6,25 €

le magazine des directeurs, cadres et ingénieurs hospitaliers



## Manager sous la contrainte



**Exploitation  
des données, action!**  
Guillaume Chesnel



**Tout part du terrain**  
Interview  
Dominique Pon



**Colloque D3S**  
Direction demain



# Éditorial

Jérémie SÉCHER  
Président

## Face au malaise, le SMPS souhaite un projet d'avenir autour de l'humain

**L**e 13 février dernier, le Premier ministre a présenté la stratégie nationale de transformation de l'offre de soins. Les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux vivent actuellement une situation à laquelle une réponse doit être apportée : la situation financière est toujours plus complexe, les professionnels expriment des conditions de travail dégradées, pas une semaine ne passe sans que le management des établissements soit remis en cause par voie de presse et les trois quarts des Français pensent qu'à l'avenir la qualité des soins fournis par les établissements de santé va se détériorer.

Dans ce contexte, le 15 mars, le SMPS a choisi d'exprimer sa solidarité avec les Ehpad, dont la situation actuelle est structurellement difficile, accentuée par la réforme de la tarification et de la contractualisation. Cette réforme se traduit par une baisse de moyens très conséquente pour ces établissements, évaluée à une diminution de plus de 200 millions d'euros pour les Ehpad publics, alors même que la prise en charge des résidents est de plus en plus lourde. Au-delà d'un ajustement des financements, c'est une véritable politique qui doit être élaborée pour la prise en charge de la personne âgée. À ce titre, le SMPS a organisé un colloque le 31 janvier afin d'interroger la place et le rôle du secteur social et médico-social de demain\*. Il a par ailleurs été auditionné par la députée Monique Iborra dans le cadre de la mission d'information sur les Ehpad, afin de présenter les positions qu'il défend pour le secteur, ses professionnels et ses usagers.

Le SMPS souhaite également se positionner en force de proposition vis-à-vis des pouvoirs publics pour le secteur sanitaire. Un groupe de réflexion a été initié par le SMPS et la MNH Group afin de dessiner un projet d'avenir pour l'hôpital public. La composition du groupe de réflexion est plurielle, regroupant volontairement professionnels médicaux et soignants, directeurs, hauts fonctionnaires,

avocats et représentants des usagers, bénéficiant tous d'une connaissance complète du système de santé du fait de leur expérience professionnelle ou personnelle et de leur engagement au sein de sociétés savantes, syndicats, fédérations, conférences et autres organisations collectives.

Le groupe de réflexion a pour vocation, au-delà des constats, de formuler des préconisations pour le système de santé, à travers deux thèmes :

- porter une ambition et des perspectives pour les établissements de santé demain, en partant des usagers ;
- développer la qualité de vie et le sens donné au travail des professionnels de santé.

Ce groupe de réflexion a pour ambition de répondre au sentiment actuel du malaise hospitalier perçu tant par les professionnels de santé que par les patients. L'objectif est avant tout d'élaborer une vision prospective pour l'hôpital qui sera portée par des professionnels pour les professionnels comme pour les usagers. Des propositions concrètes viendront alimenter les discussions en cours, tant auprès du grand public que des pouvoirs publics.

La contrainte est désormais une composante de l'environnement dans lequel les managers s'investissent. Certains estiment même que « manager sous la contrainte » est un défi stimulant, que des contraintes fortes naissent l'innovation et les opportunités. Néanmoins, elle ne peut être un projet de long terme pour le système de santé, que ce soit pour les patients et les résidents, dont les attentes sont croissantes et se transforment, ou les professionnels qui interrogent le sens de leurs actions. Ce n'est pas l'identité de l'hôpital et des établissements sociaux et médico-sociaux qui doit être questionnée mais les objectifs qui leur sont assignés. Le SMPS est plus que jamais mobilisé sur ces sujets, au service de ses adhérents et des établissements. ■

\* Voir la synthèse du colloque en page 10 de ce numéro.



## Dossier Manager dans la contrainte

Tout part du terrain ..... 24

Interview Dominique PON

Exploitation  
des données, action! ..... 27

Guillaume CHESNEL

**SMPS**  
MANAGERS PUBLICS DE SANTÉ

ISSN 2101-3527

Directeur de la publication  
Jérémy Sécher

Rédactrice en chef  
Marie Hiance  
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

Groupe Corlet

## Infos en bref

### Concertation avec le ministère

Le SMPS demande la relance des réunions ..... 2

### Comité de suivi GHT - 15 novembre

Il faut une reconnaissance à la hauteur des efforts demandés ..... 2

### Rendez-vous à la présidence de la République

Hôpital et Ehpad publics : il est temps d'agir ..... 2

### CCN - 5 décembre

Gestion des corps de direction : chronique  
d'une déception annoncée ? ..... 3

### CAPN DS - 12 décembre

Quel avenir pour les directeurs des soins ? ..... 4

### Directeurs des soins

Parution des textes relatifs à la NBI et à la PF ..... 4

### CAPN D3S - 14 décembre

Directrices et directeurs méritent respect et considération ..... 5

### Management des Ehpad publics

Le SMPS solidaire des équipes de direction ..... 5

### CSFPH - 20 décembre

De nombreuses avancées mais un recul majeur ..... 6

### Gouvernance du CHU de Grenoble

Soutien du SMPS ..... 6

### Ingénieurs et cadres techniques

Publication des textes  
décalant d'un an l'application du protocole PPCR ..... 7

### Comité de sélection D3S - 17 janvier

Quel avenir pour le secteur social et médico-social ? ..... 7

### Comité de sélection DH - 25 janvier

Quel sens donner à tout cela ? ..... 8

CAPN DH - 30 janvier Il est temps d'agir ..... 8

EHESP Conseil Un regard neuf sur les organisations ..... 9

Calendrier des événements SMPS 2018 ..... 9

## À la loupe

Colloque 31 janvier 2018 - D3S : direction demain ..... 10

Le métier change ..... 10

Pour une politique globale du vieillissement ..... 12

Table ronde : décroisser l'ensemble des secteurs ..... 14

## Côté région

Le management à l'ancienne, voué à l'échec ..... 18

Manager, connais-toi toi même ..... 19

## Publication

Aurélien Vautard - *Aménagement sanitaire du territoire*

*Stratégie et coordinations* ..... 21

## En coulisses

### Comment libérer les managers publics de santé ?

Think tank Nouvel'R - Travailler sous contrainte :  
une opportunité pour manager autrement ? ..... 30

Bureau InterPromotion - Manager sous la contrainte ? ..... 32

Club Jeune Génération - « Parce que la forme est contraignante,  
l'idée jaillit plus intense » ..... 33

## Catégories

directeurs d'hôpital ..... 34

Relever le défi des contraintes par l'engagement collectif

directeurs d'établissements sanitaires,  
sociaux et médico-sociaux ..... 35

Manager dans la contrainte. Jusqu'à la rupture ?

directeurs des soins ..... 36

La contrainte, un éternel recommencement !

cadres de santé ..... 37

Manager dans la contrainte ou sous la contrainte ?

ingénieurs et cadres techniques ..... 38

Le SMPS réunit les ingénieurs territoriaux et hospitaliers

autour de la demande officielle d'un statut commun !

cadres administratifs ..... 40

La contrainte, un nouveau défi ?

cadres détachés ..... 41

Attention aux conditions de fin du détachement

cadres retraités ..... 42

Manager la contrainte. Pour les retraités aussi

Adhésion/cotisation ..... 43

Vos élus et représentants ..... 44

# infos en bref

## Concertation avec le ministère

### Le SMPS demande la relance des réunions

Les enjeux d'accompagnement des directeurs et des cadres, au titre de leur nouvel exercice territorial, justifient la définition d'un calendrier de travail et la réactivation des réunions de concertation entre la DGOS, le CNG et les syndicats de directeurs. Le SMPS a écrit à la DGOS en ce sens, afin que les directeurs, qui œuvrent à la réussite des coopérations

territoriales soient pleinement soutenus et reconnus par les pouvoirs publics.

La lettre adressée le 9 novembre par notre président Jérémie Sécher est à télécharger sur le site du SMPS à l'adresse suivante :

[www.smpsante.fr/actualites/smps/relanceconcertation](http://www.smpsante.fr/actualites/smps/relanceconcertation) ■

## Comité de suivi GHT - 15 novembre

### Il faut une reconnaissance à la hauteur des efforts demandés

Le comité de suivi des GHT s'est tenu le 15 novembre dernier. Le SMPS était représenté par son président, Jérémie Sécher.

Premier point à l'ordre du jour : les modalités de coopération entre acteurs de l'hospitalisation à domicile (HAD) et du GHT, avec la volonté de réaffirmer le nécessaire partenariat entre structures de HAD et établissements parties d'un GHT.

Le second point concernait le plan d'accompagnement à la transformation des métiers et fonctions, proposé par la DGOS et le CNG. Il doit être finalisé au printemps 2018 et concerne l'ensemble de la communauté hospitalière, répartie en trois cibles : les fonctions de pilotage stratégique ; les fonctions mutualisées ;

l'ensemble des métiers hospitaliers et médico-sociaux.

Le plan comprend sept orientations :

- les règles relatives aux responsabilités, compétences et prérogatives ;
- la gestion de la démographie et les modalités de recrutement ;
- la formation ;
- le parcours professionnel ;
- la rémunération ;
- les communautés de pratiques ;
- les conditions d'exercice et de QVT.

Le SMPS considère que la mise en œuvre de cette démarche, à court terme et pour l'ensemble des hospitaliers, traduit la volonté des pouvoirs publics de prendre en compte les enjeux des établissements de santé et médico-sociaux

publics, au sein des GHT, face aux importantes recompositions en cours dans les territoires.

Toutefois, il a insisté pour que les travaux initiés depuis de nombreux mois, concernant les cadres de direction, ingénieurs et attachés d'administration hospitalière, soient suivis d'effets immédiats.

Suspendre la mise en œuvre des engagements de l'État serait contre-productif, à l'heure du déploiement des GHT et de la mise en place des fonctions mutualisées.

Le SMPS répondra à toute démarche de concertation, mais n'acceptera pas que les directeurs et l'encadrement ne soient pas reconnus à la hauteur des efforts demandés. Il en va de la réussite des politiques publiques en matière de santé. ■

## Rendez-vous à la présidence de la République

### Hôpital et Ehpad publics : il est temps d'agir

La situation financière des établissements de santé publics est considérée comme critique. Le SMPS n'ignore pas les raisons, réelles ou supposées, ayant pu conduire à une telle situation. Dans cette période difficile, il réaffirme la nécessité de préserver la confiance des professionnels de santé, sans laquelle rien n'est possible. Mais il estime aussi qu'il convient de proposer rapidement non

seulement une adaptation du modèle de financement, mais une véritable transformation globale du système de santé.

Depuis l'été, le SMPS a multiplié les rencontres pour porter sa vision des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, que ce soit au ministère des Solidarités et de la Santé, à Matignon, ou plus récemment à l'Élysée.

Lors du rendez-vous du 29 novembre à

la présidence de la République, le SMPS a rappelé son attachement à un pilotage du système de santé autour d'une gouvernance resserrée entre décideurs et financeurs, avec des objectifs clairs et transparents, partagés avec les communautés hospitalières, loin des injonctions paradoxales qui se sont multipliées ces dernières années. Le SMPS a notamment souligné la nécessité de maintenir un dia-

logue fort et étroit entre les ARS et les établissements de santé, qu'ils soient supports ou non des GHT, sanitaires ou médico-sociaux, publics ou privés. Le SMPS a insisté sur les nécessaires recompositions en cours à l'échelle des territoires, en particulier les GHT. L'enjeu est clair : la réussite des GHT, basée sur la coopération avec les acteurs médico-sociaux, le secteur privé et la ville. Pour cela, il est essentiel de « déverrouiller » les GHT en levant les blocages, notamment juridiques, qui perdurent sans trouver de réponse.

Autre enjeu : relever le défi du développement de la recherche, de l'innovation

et du numérique à l'échelle des territoires, autour du CHU, mais aussi de l'ensemble des acteurs hospitaliers investis sur ces sujets, qui préparent les prises en charge de demain. Le SMPS incite vivement tous les établissements de santé à s'emparer de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et à porter le maximum d'expérimentations dans les territoires.

Enfin, l'échange a porté sur l'importance de la qualité de vie au travail, dans toutes ses dimensions et pour toutes les composantes professionnelles. Il s'agit de redonner le pouvoir de discuter et

d'agir sur les conditions d'exercice, de favoriser l'engagement des personnes et de dégager des marges de manœuvre dans un contexte où directions comme professionnels ont souvent le sentiment de subir des injonctions venant d'ailleurs. Cela repose sur des mécanismes de responsabilisation, d'autonomie et d'élargissement de l'espace de décision. Cela requiert aussi de valoriser les professionnels de santé, aux côtés des soignants, à hauteur de leur responsabilité, notamment les directeurs et l'encadrement hospitalier, qui construisent aujourd'hui les organisations territoriales innovantes de demain. ■

## CCN - 5 décembre

### Gestion des corps de direction : chronique d'une déception annoncée ?

Le comité consultatif national (CCN) du 5 décembre 2017 était notamment consacré au calibrage des postes pour les concours, ainsi qu'au bilan des mouvements et de la PFR des corps de direction. Peu avant, le Centre national de gestion (CNG) avait publié les résultats d'admission aux concours de DS, DH et D3S. Le SMPS se tiendra aux côtés de ces futurs collègues, tout au long de leur formation et de leur vie professionnelle.

Les élèves débutant leur formation et ceux qui, début janvier, ont pris leur premier poste s'engagent dans un contexte étrange où se mêlent doutes, espoirs et déceptions. Ils se posent des questions car leurs futurs métiers semblent moins attirants que jamais.

Les données présentées au CCN sont inquiétantes. Le nombre de postes ouverts est élevé mais celui des candidats ne cesse de baisser, comme celui des candidats présents aux épreuves. On note une chute de plus de 20 % du nombre de postulants présents au concours DH ! Et cela malgré l'augmentation des postes ouverts, qui donne proportionnellement plus de chances de réussite. *Idem* pour les filières DS et D3S, avec ce constat alarmant : le nombre d'élèves en formation est, chaque année, bien moindre que celui des postes ouverts.

La conséquence est nette : vu les nombreux départs à la retraite, les effectifs

des corps de direction diminuent. Moins 600 DH environ en dix ans. Le nombre de D3S a chuté de 5,2 % sur les trois dernières années. Et l'on comptait 778 DS au 1<sup>er</sup> janvier 2017, contre 860 en 2012.

Le constat est amer, mais il faut en tenir compte. Nos métiers n'attirent plus ou restent méconnus et les réformes successives ont eu un fort impact sur leur évolution. Il faut donc plus communiquer auprès des candidats potentiels.

Les GHT sont une réforme majeure. Après bien des soubresauts, on peut espérer ressentir ses effets positifs. Il aura fallu pour cela composer avec des textes rigides et contradictoires, comme ceux concernant les dispositions sur la mutualisation des achats, l'absence d'abrogation de la loi maîtrise d'ouvrages publics (MOP) par la loi santé, qui maintient la compétence de passation de marchés de travaux à l'établissement partie.

Cette réalité de terrain justifie largement des avancées statutaires, demandées depuis plus d'un an par le SMPS. Les discussions vont enfin reprendre et des premières pistes laissent apparaître aussi bien des satisfactions que des déceptions. Pour les DH, l'alignement des directeurs d'hôpital sur les administrateurs civils, pour ce qui concerne l'échelon spécial de la hors-classe et l'accès à la classe exceptionnelle, est une mesure de justice et d'équité entre les différents versants de la fonction publique hospitalière.

### Refonte totale des statuts

Mais comment ne pas être déçu de voir que la revalorisation de la nouvelle bonification indiciaire, promise aux DS en compensation du peu d'avancées statutaires qu'ils avaient obtenu, semble avoir disparu ? Comment ne pas être déçu en constatant qu'une fois de plus les D3S sont oubliés par les réformes statutaires ? Comment ne pas être déçu en découvrant, au hasard d'un texte soumis à concertation, que l'instauration d'un ratio pour l'accès à la hors-classe des DH est de nouveau présentée ? Alors que les pouvoirs publics reviennent à la charge sur une mesure refusée par tous les syndicats de directeurs, on ne voit aucune avancée sur la prime d'exercice territorial liée aux GHT, ni sur des dispositifs indemnitaires favorables aux coopérations et aux fusions.

Enfin, l'étude des bilans des parts de résultat fait apparaître que, pour les trois corps, de plus en plus de collègues sont sur le point d'atteindre le plafond, voire l'ont déjà atteint. Le constat montre l'essoufflement du dispositif et suggère une refonte globale du mécanisme d'évaluation des directeurs. Il confirme l'analyse du SMPS, qui réclame depuis longtemps une refonte totale des statuts.

Face à ces enjeux, le SMPS demande leur soutien aux pouvoirs publics, pour améliorer les conditions d'exercice et les statuts des directeurs et directrices de la fonction publique hospitalière. ■

## CAPN DS - 12 décembre

### Quel avenir pour les directeurs des soins ?

Lors de la dernière commission administrative paritaire nationale (CAPN) des directeurs des soins, pour 2017, le SMPS a tenu tout d'abord à féliciter aussi bien les lauréates et lauréats au concours de directeurs des soins qui vont débiter leur formation en janvier 2018, que les élèves de la promotion Saint-Exupéry, sur le point d'être titularisés et de prendre leur premier poste de directeur et directrice des soins. À toutes et tous, le SMPS a adressé ses vœux de réussite. Nous nous tiendrons à leurs côtés, tout au long de leur carrière, pour les conseiller, les aider et les accompagner.

Nous aimerions toutefois être optimistes pour ce qui concerne le nombre de candidats au concours. En 2017, seuls 47 élèves ont suivi la formation, pour 60 places ouvertes. Si l'on peut espérer des effectifs plus importants en 2018, ils resteront inférieurs au nombre de places ouvertes. Depuis 2011, on ne compte qu'une année, 2014, où les entrées ont été supérieures aux sorties du corps.

La question de l'avenir du corps se pose et ne trouve guère de réponse satisfaisante. Le constat est très simple.

L'absence de considération des pouvoirs publics, la faiblesse de la reconnaissance statutaire et indemnitaire, la dégradation des conditions de travail, les incertitudes qui s'amplifient : voilà les freins majeurs au projet de devenir directeur des soins. Et cela, quels que soient les lieux d'exercice. Les contextes professionnels se troublent. Le défaut de lisibilité, que certains associent à la période de transition d'aujourd'hui, induit insécurité et démobilité. Les directeurs des soins sont fatigués. Ils ne se sentent ni reconnus ni entendus. Les discours des pouvoirs publics sont empreints de considération mais aucune marque forte de reconnaissance ne suit.

Pourtant, les directeurs des soins sont au rendez-vous. Ils démontrent chaque jour la force de leur implication. Leur professionnalisme ne souffre d'aucune critique. Il arrive même souvent que certains, dans telle instance ou manifestation, reconnaissent ouvertement la qualité de leur engagement.

Quelques améliorations statutaires sont intervenues en septembre et d'autres doivent être étudiées par le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière du 20 décembre 2017 (cf. article « Directeurs des soins », 29 décembre 2017).

Mais ce n'est pas un aboutissement. Il faut clairement acter l'évolution, pour ne pas

dire la révolution, des fonctions des directeurs des soins. C'est indispensable. Le champ des responsabilités doit être redimensionné et valorisé à sa juste mesure. Le SMPS sera toujours attentif aux conditions de travail des directeurs des soins et il jouera en permanence son rôle d'alerte, comme aujourd'hui. Il demande aux pouvoirs publics une considération nouvelle pour les DS et de poursuivre la dynamique de reconnaissance au-delà des discours, en continuant à appliquer les mesures initiées par des effets concrets, à la hauteur des responsabilités exercées, et conformément aux attentes des directeurs des soins. ■

## Directeurs des soins

### Parution des textes relatifs à la NBI et à la PF

Le *Journal officiel* du 29 décembre 2017 publie les deux textes réglementaires relatifs aux directeurs et directrices des soins qui avaient été étudiés lors du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière du 20 décembre 2017 :

- décret n° 2017-1784 du 27 décembre 2017 modifiant certaines dispositions relatives à la nouvelle bonification indiciaire (NBI) de certains personnels de la fonction publique hospitalière ;
- arrêté du 27 décembre 2017 modifiant l'arrêté du 9 mai 2012 fixant les montants de référence de la prime de fonctions (PF) et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

Le décret du 27 décembre 2017 procède à la revalorisation de 10 points de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) pour les DS qui en bénéficient. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, les montants seront donc de 40 points au lieu de 30, et de 55 au lieu de 45. L'arrêté du 27 décembre 2017, pour sa part, procède à la revalorisation progressive du coefficient de la part fonctions des DS ne bénéficiant pas d'une concession de logement pour nécessité absolue de service :

- 4,5 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;
- 5 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 ;
- 5,5 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 ;
- 6 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Cela permettra d'aligner la PF des DS non logés sur celle des D3S et des DH. ■

CAPN D3S - 14 décembre

## Directrices et directeurs méritent respect et considération

Nous aurions voulu établir un bilan positif de l'année écoulée. Nous déplorons au contraire le *statu quo* sur l'ensemble des dossiers, statutaires ou de nature plus structurelle.

Nous attirons l'attention des pouvoirs publics sur l'accélération de la mise en œuvre des GHT et sur les incohérences des textes d'application, et sur l'application du code des marchés publics. Faute de réponse, beaucoup de collègues se verront dans l'obligation de reporter de nouveau la publication de marchés d'étude et ou de travaux, ou devront prendre le risque d'une annulation en cas de recours. La situation est emblématique des conditions de travail des managers de santé, qui doivent faire avec l'empilement de textes incohérents, contradictoires et non sécurisants juridiquement et financièrement. Comment faire porter à son établissement le risque d'une annulation de marché ? Comment un directeur peut-il seul assumer la pression de ces risques tout en maintenant une dynamique de projet auprès de ses équipes ? Celles-ci, mais aussi les résidents et les familles, sont bien souvent en attente de conditions de travail et de vie plus décentes.

Oui, il existe bien des distorsions de concurrence entre les différents secteurs, qu'ils soient public, privé ou associatif. Comment expliquer que la majorité des Ehpad soit pénalisée par un prix de journée inférieur au prix moyen départemental ? Comment justifier nos reprises d'excédent, incompatibles avec une bonne gestion ? Comment justifier des régimes fiscaux pénalisant les établissements et services médico-sociaux (ESMS) publics ? Comment justifier le surcoût, estimé à 30 %, de l'application des marchés publics ?

Comment expliquer le manque d'attrait de nos concours malgré un accueil large fait aux stagiaires en fin de cursus universitaire, autrement que par la décevante, par ces derniers, de conditions d'exercice floues, les poussant vers le secteur concurrentiel ?

Contrairement à ce qu'a laissé entendre la ministre des Solidarités et de la Santé la semaine dernière, il ne s'agit pas de qualité managériale, mais bien de règles juridiques, fiscales, comptables et de conditions de travail... bien souvent mises en œuvre sans réelle étude d'impact.

Oui, certains de nos collègues peuvent utiliser des leviers dans des contextes plus favorables de pyramides des âges, de fonds propres, de subventions, de contexte politique ; mais la totalité œuvre chaque jour au bon fonctionnement des établissements qu'ils gèrent, et de plus en plus souvent même dans la contrainte d'intérim ou de directions communes imposées.

### Évaluation objective

Lors d'une précédente séance, nous étions revenus sur l'instabilité de nos autorités de tutelle. Le pilotage à vue des établissements par les managers de santé implique de leur part une réelle capacité d'analyse, une réelle capacité de réaction, une clairvoyance institutionnelle étayée par le souhait de travailler en réseau, de mutualiser, d'optimiser les organisations. Ne retrouvons-nous pas ici les qualités recherchées d'un bon manager ?

Au regard des enjeux du secteur social et médico-social, tant sur le plan managérial que financier, ou sur celui de l'innovation, le SMPS se positionne comme acteur et porteur de la réflexion autour de l'ingénierie, des évolutions et des conditions d'exercice (cf. article p.10).

Mais dans l'immédiat, face aux pouvoirs publics, nous demandons que les propos de la ministre soient confrontés à une évaluation objective menée par une mission d'expertise. Nous demandons que nos interpellations trouvent un écho auprès des pouvoirs publics. Nous demandons juste le respect des professionnels qui chaque jour accueillent, orientent, accompagnent, réconfortent les plus démunis de nos concitoyens avec le souci de la qualité, de la sécurité et du bien-être. ■



### Management des Ehpad publics Le SMPS solidaire des équipes de direction

Le 5 décembre dernier, lors d'une séance de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, la ministre des Solidarités et de la Santé a notamment déclaré ceci : « Pour avoir visité énormément d'Ehpad et pu constater de l'un à l'autre les différences managériales, il me semble pouvoir affirmer que tout n'est pas qu'une question financière, et nous ferions une erreur en voulant réduire le problème des Ehpad à un problème de tarification. Il y a des directeurs qui managent remarquablement leurs équipes, ce qui se ressent dans la bienveillance qui règne dans leurs établissements ; à l'inverse, dans certaines structures, notamment publiques, le management n'est pas bon, et sans doute est-ce sur ce point que nous devrions agir plutôt que de recourir systématiquement à des budgétisations supplémentaires. »

Les directrices et directeurs d'Ehpad publics n'ont pas compris ces propos. Le SMPS a souhaité relayer le courrier adressé en réponse à la ministre par la Fédération hospitalière de France, les conférences des présidents de CME, la Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier (CNDCH) et la Conférence nationale des directeurs d'établissements pour personnes âgées et handicapées (CNDEPA). Le SMPS est revenu sur ces propos lors de la CAPN du 14 décembre (cf. ci-contre). Dans l'intervalle, il a assuré les directrices et directeurs d'Ehpad publics de son soutien et de sa solidarité. ■

## CSFPH - 20 décembre

### De nombreuses avancées mais un recul majeur

Le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH) du 20 décembre a débattu de nombreuses mesures relatives aux attachés d'administration hospitalière et aux corps de direction.

Voici les principaux points à retenir.

#### **Attachés d'administration hospitalière**

##### **Dispositif PPCR et création du Graf**

Ces deux dispositions étaient attendues de longue date puisqu'elles avaient déjà été approuvées par le CSFPH de décembre 2016. Si le principe de transposition des dispositions PPCR était acquis, il n'en était pas de même pour la création du 3<sup>e</sup> grade, les pouvoirs publics expliquant que toutes les dispositions non publiées au *Journal officiel* avant le changement de gouvernement étaient remises en cause. Le SMPS, qui s'est battu avec l'Unsa tout au long de l'année 2017 pour obtenir la création du Graf, se réjouit de cette issue positive et va maintenant se mobiliser sur les conditions précises d'accès au Graf, qui doivent encore faire l'objet d'un arrêté, non défini à ce jour.

#### **Directeurs des soins**

##### **Hausse de la NBI et relèvement progressif de la part fonctions**

Ces deux mesures avaient été promises de longue date par les pouvoirs publics. Le SMPS salue l'action de la DGOS, qui a permis leur adoption. Il regrette toutefois que la hausse de la NBI soit moindre que ce qui avait été initialement envisagé (10 points de hausse

contre 20 proposés début 2017) et que la hausse de la part fonctions ne soit pas immédiate mais étalée, à raison de 0,5 point par an jusqu'en 2021 où la part fonctions atteindra enfin 6.

Le SMPS souligne que ces mesures, aussi positives soient-elles, ne permettront pas à elles seules de répondre à la crise d'attractivité que connaît le corps des DS.

#### **Corps de direction : mesures d'accompagnement GHT**

##### **Extension du « dispositif coussinet » et des conditions de bénéfice de l'indemnité forfaitaire de résidence**

Le SMPS avait déposé deux amendements : l'un pour supprimer la limitation dans le temps des mesures d'accompagnement (fin du dispositif au 1<sup>er</sup> juillet 2019), l'autre pour permettre aux directeurs s'engageant dans une opération de fusion d'établissements, et perdant de ce fait le bénéfice de la prime de direction commune, d'être inclus dans ces mesures d'accompagnement. Les pouvoirs publics n'ont pas repris ces amendements, ce que le SMPS regrette.

#### **Corps de direction : indemnités de direction commune et d'intérim**

##### **Sécurisation et extension du dispositif aux adjoint(e)s**

Le SMPS salue la présentation des textes réglementaires qui sécurisent juridiquement le dispositif d'indemnité, l'ouvrent aux adjoint(e)s et viennent résoudre le blocage juridique qui empêchait les directeurs dont la part

résultats était au plafond de bénéficier de l'indemnité d'intérim.

#### **Directeurs d'hôpital**

##### **Fin de l'échelon spécial de la hors-classe, assouplissement de l'accès au Graf, mais création d'un contingentement pour l'accès à la hors-classe**

Le décontingement de l'échelon spécial et l'assouplissement des conditions d'accès au Graf sont des mesures attendues de longue date et leur adoption va permettre de résoudre la situation de nombreux collègues dont la carrière était bloquée. Le SMPS s'en réjouit et espère une publication rapide de ces dispositions. Il déplore toutefois l'introduction, par les pouvoirs publics, du ratio promu/promouvables pour l'accès à la hors-classe. C'est une mesure qui va pénaliser les jeunes collègues. Le SMPS a déposé plusieurs amendements pour corriger cette disposition ou en atténuer les effets. Tous ont été rejetés par l'administration, ce que le SMPS regrette vivement. En conséquence, il s'est abstenu lors du vote du texte et va maintenant se battre, aux côtés des jeunes directeurs pour que cette mesure soit la moins pénalisante possible pour eux.

#### **D3S**

##### **Aucune avancée prévue**

S'il apprécie à sa juste mesure la présentation de ces textes en CSFPH, le SMPS regrette qu'aucune mesure n'ait été présentée par les pouvoirs publics pour améliorer le statut et le régime indiciaire et indemnitaire des D3S. ■

## Gouvernance du CHU de Grenoble

### Soutien du SMPS

Suite à l'effervescence médiatique relative à la situation du CHU de Grenoble, le SMPS s'associe aux soutiens apportés à la communauté hospitalière grenobloise, et en particulier à la gouvernance du CHU, à la directrice générale, au président de CME, au doyen de l'université et aux chefs de pôle.

Le SMPS condamne fermement toute forme de pression ou de harcèlement à l'encontre des professionnels hospitaliers. Mais les mots ont un sens et le harcèlement renvoie à des situations très spécifiques autour d'une qualification pénale

des faits concernés. À ce titre, la situation est suffisamment difficile et sensible pour être traitée avec gravité, objectivité et impartialité. Il est urgent de cesser d'alimenter la confusion médiatique. Le SMPS demande aux pouvoirs publics de clarifier la situation, en responsabilité.

L'avenir de l'hôpital public repose sur la cohésion de chaque communauté hospitalière, autour de politiques publiques à réinventer au service d'une véritable transformation du système de santé. ■

## Ingénieurs et cadres techniques

### Publication des textes décalant d'un an l'application du protocole PPCR

Trois décrets et un arrêté repoussant d'un an, au 1<sup>er</sup> janvier 2019, l'application du protocole parcours professionnels, carrières et rémunération (PPCR) pour la fonction publique, dont la fonction publique hospitalière (FPH), ont été publiés.

Le report, destiné à réaliser des économies, concerne tous les fonctionnaires. Il avait été annoncé en octobre et inscrit dans le projet de loi de finances (PLF) pour 2018.

Cela se traduit pour les ingénieurs hospitaliers par :

- un report du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 1<sup>er</sup> janvier 2019 de la seconde étape du « transfert primes/points » : versement de cinq points d'indice majoré avec la transformation de 222,20 € de primes annuelles en points d'indice ;
- un report du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 1<sup>er</sup> janvier 2020 de la seconde revalorisation des grilles des deux premiers grades ;
- un report du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 1<sup>er</sup> janvier

2021 de l'ajout d'un échelon à l'indice brut 1015 au sommet de la grille d'ingénieur principal.

Le SMPS reste mobilisé pour obtenir la revalorisation des deux grades d'ingénieurs en chef et de l'emploi fonctionnel, comme l'administration s'y était engagée, ainsi que la prise en compte statutaire et indemnitaire de l'exercice territorial.

Vous pouvez télécharger depuis notre site le guide PPCR *Ingénieurs du SMPS*. ■

## Comité de sélection D3S - 17 janvier

### Quel avenir pour le secteur social et médico-social ?

Lors du premier comité de sélection D3S de 2018, le SMPS a réitéré ses vœux pour une qualité de travail, d'écoute et d'échanges instituée avec la volonté partagée de co-construire, dans l'intérêt des secteurs sanitaire, social et médico-social, et de toute la ligne managériale. Le SMPS a aussi souhaité qu'un projet fort soit porté pour ces secteurs, au profit des populations les plus vulnérables.

Le SMPS a mis l'accent sur les défis à relever, en matière de réformes, vu le contexte sociétal. Il a aussi pointé les contraintes et les exigences pesant sur les directeurs, qui pourraient influencer sur la qualité de vie et la prise en charge des usagers de nos établissements.

Le SMPS attend une annonce rapide des chantiers à venir et fera des propositions concrètes au regard des enjeux, de l'urgence et des attentes fortes dans ce secteur, et notamment sur :

- les GHT et le secteur social et médico-social ;
- les directions communes ;
- la réforme de la tarification des Ehpad ;
- le point GIR ;
- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- les disparités régionales.

Dans ce cadre, le SMPS a organisé une journée de débats le 31 janvier dernier, à destination de tous les professionnels exerçant dans les champs social et médico-

social (*cf. article p.10*). Pour ce qui concerne les perspectives d'articulation entre l'offre médico-sociale et les GHT, le SMPS a rappelé ses précédentes propositions :

- confier les filières de prise en charge des personnes vulnérables aux établissements médico-sociaux et à leurs directeurs ;
- s'appuyer sur l'expertise et le retour d'expérience des acteurs de terrain pour favoriser la qualité de prise en charge tant en amont qu'en aval des établissements sanitaires, et mettre en valeur l'expertise et le retour d'expérience ;
- définir le parcours de l'usager dans l'ensemble des champs et des secteurs d'intervention ;
- définir la place et le rôle des établissements médico-sociaux selon le type de partenariat envisagé ;
- cloisonner l'utilisation des financements entre le médico-social et le sanitaire.

#### Absence de pilotage national

Le SMPS a par ailleurs rappelé l'absence de visibilité autour des GHT et des directions communes, et s'est enquis du rôle qui sera donné aux Ehpad autonomes et aux établissements accueillant des adultes ou des enfants handicapés, mais aussi aux directeurs adjoints au sein des futures recompositions. Il s'est interrogé sur la gouvernance qui sera instituée, tout comme sur la ligne managériale qui sera adoptée. De nouveau, le SMPS a porté un regard critique sur le pilotage local différencié

mené par les ARS, voire par des conseils départementaux, en l'absence de pilotage national cadrant, alors même que de véritables enjeux découlent de ces orientations :

- nombre de postes au concours ;
- intérim ;
- postes non couverts/non attractifs ;
- anticipation des départs en retraite.

Le SMPS réaffirme la nécessité de favoriser la stabilité des établissements, d'avoir une réelle équité de traitement des collègues candidats, d'objectiver un accompagnement adapté en fonction des situations particulières avérées et contrôlées. Le SMPS s'est positionné dans ce cadre pour ce qui concerne les critères du comité de sélection et il a aussi insisté sur le respect de la procédure liée aux affectations, ainsi que sur le rôle des tutelles et des présidents de conseil d'administration ou de surveillance.

Le SMPS défend la spécificité du secteur social et médico-social. Il plaide pour que celle-ci soit reconnue, pour que le rôle des D3S soit réaffirmé, et cela d'ailleurs encore dans le contexte des recompositions hospitalières.

Il souhaite qu'une attention particulière soit portée à ces éléments afin d'élaborer une véritable stratégie, mais aussi un accompagnement des directeurs, au regard des besoins à pourvoir, et des changements de condition d'exercice à venir. ■

## Comité de sélection DH - 25 janvier

### Quel sens donner à tout cela ?

Les dernières semaines ont été particulièrement éprouvantes pour les directeurs et directrices d'hôpital. Ce qui les affecte : être devenus les boucs émissaires de tous les problèmes de l'hôpital public, sans aucune considération pour tout ce qu'ils lui ont apporté et lui apporteront, en responsabilité et en engagement indéfectible.

On ne s'attardera pas sur les *hashtags* vengeurs qui veulent focaliser l'attention sur les mauvaises histoires du quotidien d'un monde complexe, comme l'est un hôpital, plutôt que de retenir qu'il reste le service public préféré des Français.

Tout en respectant profondément les souffrances rencontrées, il faut pouvoir dépasser les clivages derrière lesquels certains espèrent continuer à s'abriter pour ne pas affronter les problèmes systémiques. Et pour cela il faut trouver des outils de dialogue entre les différentes composantes de l'hôpital. Du pacte de confiance, qui s'est insidieusement transformé en acte de défiance vis-à-vis des directeurs, à la mise en place d'une mission de médiation très sectorisée, la précédente mandature n'avait pas épargné les directeurs d'hôpital.

Aujourd'hui, le SMPS demande que la co-construction remplace la méfiance et l'opprobre. Il appelle les pouvoirs publics à redonner du sens à la gestion du corps. Quel corps, en effet, subit le même traitement que celui des directeurs d'hôpital ? Pour rappel, ce corps :

- a porté vingt ans de réformes au prix de sacrifices considérables en termes d'effectifs ;
- doit s'organiser pour intégrer les changements incessants liés au développement de l'intelligence artificielle (IA), pour faire école avec des praticiens et être à la hauteur d'enjeux très forts en la matière ;
- continue d'endosser toutes les formes de responsabilité.

Suivant l'ordre du jour du comité, le SMPS a souligné que la concentration des postes due à la mise en place des GHT complique durablement la stratégie des collègues qui espèrent faire aboutir leur projet professionnel. Ce mouvement va s'accélérer : nous approchons du moment fatidique des non-renouvellements sur emploi fonctionnel, avec à la clé tellement de questions sur l'avenir d'un corps déjà largement éprouvé. Le SMPS réitère donc la nécessité de travailler avec les différentes composantes de l'État à une vraie gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, et à de véritables perspectives pour les directeurs. Cela réclame une remise à plat des métiers, des compétences, de la formation : en un mot, une réécriture du statut.

Ce sont des mesures techniques, simples, faciles à mettre en œuvre, qui pourraient ramener un peu de sérénité au cœur des équipes de direction, ne serait-ce que par l'aspect symbolique lié à la reconnaissance qu'elles engagent.

Parions que nous saurons nous mobiliser sur l'ensemble de ces sujets en 2018 et que l'État aura entendu ce qui n'est pas une plainte, mais l'attente de la reconnaissance plus que méritée, au titre des responsabilités exercées par celles et ceux qui sont au carrefour des contradictions de notre système. ■

## CAPN DH - 30 janvier

### Il est temps d'agir

En cette première CAPN de 2018 des directeurs d'hôpital, le SMPS a rappelé que si l'année 2017 s'est terminée sur de nombreuses perspectives statutaires et indemnitaires pour les directeurs et directrices d'hôpital, l'année 2018 commence sans la moindre information sur leur prochaine parution, ni sans la moindre discussion avec les pouvoirs publics relative à leurs modalités d'application.

Dans le même temps, les mises en cause plus ou moins sérieuses fleurissent sur les réseaux sociaux et mettent à mal la collectivité hospitalière, que les inspirateurs de cette démarche pensent pourtant défendre. Les médias diffusent en continu des reportages plus ou moins éloquentes sur le « malaise dans les hôpitaux » auquel finit par s'habituer la population, qui, pourtant, désigne l'hôpital comme son « service public préféré ». Face au manque d'attractivité de nos métiers, comme en témoigne la baisse du nombre de candidats au concours de directeur d'hôpital, les conditions d'exercice suscitent tantôt le désarroi, tantôt la lassitude.

En ce début d'année, il est fondamental que les représentants des directeurs puissent recevoir des réponses aux questions statutaires en suspens.

Dans un contexte de raréfaction des postes, n'y a-t-il pas urgence à fournir de nouvelles perspectives aux plus jeunes d'entre nous, en abandonnant le projet injuste du quota d'accès à la hors-classe ? Pourquoi se précipiter à préparer un tableau d'avancement à l'échelon spécial de la hors-classe, et de promotion à la classe exceptionnelle, quand les règles relatives à cet avancement et à cette promotion doivent changer, défaisant ce qui aura été institué ? Il serait bien plus logique d'attendre la parution des textes approuvés lors du dernier Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, afin que le plus grand nombre possible de collègues bénéficient des dispositions plus avantageuses.

### À quand une prime d'exercice territorial ?

Comment justifier l'absence de discussion sur l'actualisation du classement et de la pyramide des emplois fonctionnels ? Pourquoi continuer à attendre la mise en œuvre du désormais célèbre « dispositif coussinet », qui n'a pas de doux que le nom, quand il désigne des pertes d'emplois ou des situations difficiles ? Et pourquoi limiter l'inscription dans ce dispositif au 1<sup>er</sup> juillet 2019 ?

Combien de temps l'État attendra-t-il pour relancer l'examen de l'exercice territorial ? Le bénéfice d'une prime d'exercice territorial dans le cadre des GHT avait été promis en janvier 2017 ; à ce jour, il n'y a aucune discussion sur le sujet, alors que la question est réglée depuis longtemps pour les praticiens hospitaliers. Les pouvoirs publics demandent aux directeurs d'appliquer à d'autres une prime à laquelle eux-mêmes n'ont pas droit, alors que leur investissement territorial n'est pas moins grand !

Quelles évolutions pour la prime de fonctions et de résultats, alors que de plus en plus de collègues arrivent au plafond de la part résultats ?

Quand reprendront les discussions sur le délicat exercice en outre-mer, alors qu'une nouvelle administration provisoire s'est ouverte, qui plus est dans un centre hospitalo-universitaire ? Pourquoi le débat sur la parité dans l'accès aux chefferies se résume-t-il à des aventures individuelles plutôt qu'à une politique réfléchie et audacieuse ?

Face à la dégradation majeure des conditions d'exercice, où chaque jour davantage le directeur d'hôpital et son équipe sont rendus coupables de tout, les directeurs attendent des signes tangibles. En ce début d'année encore plein de promesses, faire aboutir favorablement ces questions statutaires serait une première preuve de reconnaissance de leur engagement. ■

## EHESP Conseil

# Un regard neuf sur les organisations

Depuis plus de trente ans, l'association à but non lucratif EHESP Conseil, animée par des professionnels en formation à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), propose à tous les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, des prestations variées en matière de consulting : études financières, audits organisationnels, conseils juridiques ou mise en œuvre d'une opération de communication.

Le 5 février 2018, l'association a élu un nouveau bureau, conçu pour rassembler des élèves fonctionnaires issus de filières distinctes et dotés de compétences complémentaires dans l'administration, le soin et le conseil. Ce nouveau bureau se rassemble autour d'un secrétariat et de cinq pôles pour répondre au mieux aux besoins des différentes parties prenantes :  
**Président** Habib Bekhti, élève directeur d'hôpital (EDH), promotion 2018-2019  
**Secrétaire général** Romain Gérard (EDH)

**Vice-présidentes** Alixia Boulanger (élève directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social - EDESSMS), Joséphine Delval (EDH) et Céline Dogna (élève directrice des soins - EDS)

**Trésoriers** Estelle di Silvestro (élève attachée d'administration hospitalière - EAAH) et David Hanin (EDS)

**Pôle recrutement** Nathalie Eugène (EDS) et Aïcha Hajji (EDH)

**Pôle formation** Nadéjda Lalbin-Wander (élève inspectrice de l'action sanitaire et sociale - EIASS) et Rémi Martinez-Moreno (EAAH)

**Pôle suivi des missions** Candice Berland (EDH) et Yann Delpuech (EDH)

**Pôle établissements** Manon Durousset (EIASS) et Renan Targhetta (EDH)

**Pôle communication et événements** Delphine Lamouret (EDESSMS) et Florence Sinquin (EDH).

Cette organisation permet d'agir sur différents points clés définis par l'association, notamment :

- la diversification des types de structures d'accueil des élèves fonctionnaires participant à une mission EHESP Conseil ;
- l'accompagnement des consultants par l'intermédiaire de formations, outils et un soutien méthodologique adaptés à leurs besoins ;
- la garantie d'un égal traitement des candidatures aux missions EHESP Conseil afin de favoriser un panel de consultants diversifié ;
- le renforcement des retours d'expérience des élèves consultants pour que ceux-ci s'inscrivent dans une démarche pédagogique à travers des rencontres thématiques dédiées.

EHESP Conseil souhaite élargir et diversifier ses missions tout en portant un regard neuf sur les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. ■

### Renseignements

- Site : [www.ehespconseil.fr](http://www.ehespconseil.fr)
- Mail : [bureau@ehespconseil.fr](mailto:bureau@ehespconseil.fr)
- LinkedIn : EHESP Conseil
- Twitter : @EHESPConseil
- Facebook : EHESP Conseil

## Calendrier des événements SMPS 2018

### 5 avril

#### Réunion régionale Bretagne

Centre hospitalier Guillaume-Régner de Rennes  
 Inscription : 02 97 82 29 01  
 ou [direction@hopitalportlouis.com](mailto:direction@hopitalportlouis.com)

### 29-31 mai

#### Salon Paris HealthCare Week

Retrouvez le SMPS au stand B6, face au stand FHF et entre les stands GMF et ADH

### 4 juillet

#### Réunion régionale Normandie

Établissement public de santé mentale de Caen

### 13-14 septembre

#### Congrès national

Cité des sciences et de l'industrie - Paris

### 26-28 septembre

#### Congrès de l'association des manageurs hospitaliers

Cascais, Portugal

### 28 septembre

#### Réunion régionale Grand Est

Centre hospitalier universitaire de Nancy

### 6 décembre

#### Élections professionnelles

27<sup>th</sup> EAHM CONGRESS  
 EUROPEAN ASSOCIATION OF HOSPITAL MANAGERS  
 26 - 28 SEPT 2018  
 CASCAIS - PORTUGAL

Redefining the Role of Hospitals  
 Innovating in Population Health

- People centredness
- Integration of care
- Innovative provision models
- Financial sustainability
- Management matters

CASCAIS - PORTUGAL

[www.eahm-cascais2018.com](http://www.eahm-cascais2018.com)

Save the Date

EUROPEAN ASSOCIATION OF HOSPITAL MANAGERS

APAH  
 PORTUGUESE ASSOCIATION OF HOSPITAL MANAGERS



## COLLOQUE

# D3S : direction demain

Le 31 janvier dernier, à Paris, le SMPS a organisé une journée dédiée au secteur social et médico-social. Le forum était d'actualité : il s'est tenu au lendemain d'une grève nationale des Ehpad ! Le métier de D3S change, d'autant que doit s'amorcer le grand « virage inclusif », qui vise à mieux intégrer personnes âgées et personnes en situation de handicap dans la vie sociale ordinaire. Le maintien à domicile, la relation aux familles, les réseaux et les filières, l'ouverture de plus en plus grande : tout bouge, y compris dans les secteurs de l'enfance et de la psychiatrie. Autre actualité : le besoin de trouver un équilibre entre regroupement d'établissements et proximité. Ce 31 janvier, il fut aussi question, bien sûr, de la réforme du mode de tarification.

## Les intervenants

Emmanuel Vigneron

Géographe de la santé

Danielle Toupillier Directrice générale du Centre national de gestion (CNG)

Fernand Le Deun Responsable de la formation des D3S à l'École des hautes études en santé publique (EHESP)

Monique Iborra Députée, co-rapporteuse de la mission d'information parlementaire relative aux Ehpad

Zaynab Riet Déléguée générale de la Fédération hospitalière de France (FHF).

L'après-midi a été consacré à un débat entre sept collègues, dont les échanges viendront alimenter la réflexion du groupe sur l'avenir du secteur social et médico-social, et sur celui du métier de D3S, piloté par Christelle Gay et Frédéric Cecchin.

## Session 1

# Le métier change

« *Il faut bien prendre la mesure du malheur qui nous frappe. Il n'est pas mince.* » C'est Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, qui le dit. Quel malheur ? Celui des grandes inégalités d'accès aux soins, en France. Avec, pour effet, la grande inégalité devant la mort. La carte de la mortalité prématurée, celle d'avant 65 ans, est frappante. On y voit des zones de surmortalité et d'autres de sous-mortalité, malgré l'allongement de la durée de vie. Le risque de mortalité précoce en Aveyron ou

dans les Ardennes est bien plus haut qu'en Gironde ou dans les Alpes-Maritimes. « *Et rien d'aléatoire ici, s'insurge Emmanuel Vigneron. Depuis la Révolution française, tout effort dans le système de santé vise à réduire ces inégalités. Nous en sommes loin. Pire : la situation s'aggrave.* »

En seize ans, de 1991 à 2007, la situation s'est dégradée dans 61% des cantons français. L'écart s'est creusé : la surmortalité s'est accrue dans ceux qui en pâtissaient déjà, et la sous-mortalité

augmente dans ceux qui en bénéficiaient. Une autre étude d'Emmanuel Vigneron pointe l'inégalité devant la mort, le long du RER B, en Île-de-France, 80 km, selon qu'on habite dans une commune riche ou pauvre. « *Le contraste est brutal. Il n'est pas bien différent de celui observé en 1955 à Alger, entre les quartiers européens et la casbah.* » Les chiffres sont profondément contraires au projet républicain, dont les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont un pilier.

# à la loupe

Que faire ? Le géographe propose un système hospitalier gradué complet et la municipalisation des hôpitaux, qui fut décidée au mois de thermidor, an V (juillet 1797). Il faut aussi agir pour trouver un équilibre entre les distances d'accès aux soins et le nombre d'habitants desservis. Mais « trop de GHT ne respectent pas les territoires », s'alarme Emmanuel Vigneron.

Quel avenir pour le métier de directrice et directeur du champ social et médico-social ? Ce fut l'objet du débat entre Danielle Toupillier, directrice générale du centre national de gestion (CNG) et Fernand Le Deun, responsable de la formation des D3S à l'École des hautes études en santé publique (EHESP). D'emblée, Danielle Toupillier l'a rappelé : ces directrices et directeurs ont un rôle clé dans les territoires.

## Maintenir la direction de proximité

Le métier change ! « *Nous ne sommes plus seulement des responsables d'établissement. Nous avons la charge d'établissements et de services impliqués dans des instances territoriales et de coordination, et sur tous les dispositifs de la relation entre le sanitaire, le social, le parcours* », insiste Fernand Le Deun. Aujourd'hui, en ce qui concerne l'accueil des personnes âgées et handicapées, les réponses sont territoriales, graduées, coordonnées. On amorce un grand virage inclusif. Et il va falloir trouver un équilibre entre le regroupement des établissements et la notion de proximité. « *On ne gère plus aujourd'hui un établis-*

finances, au management des ressources humaines, à la gestion des ressources matérielles, etc. Or, un directeur d'établissement ne peut pas maîtriser l'intégralité de ces nouvelles dimensions. « *C'est utopique.* »

Directions communes, fusions, adhésion à des groupements sont autant de réponses à la mutualisation. Mais regrouper n'impose pas de perdre le contact. Maintenir la direction de proximité est crucial. Toutes les lois récentes portant sur l'adaptation de la société au vieillissement, sur la protection de l'enfance et sur les droits des personnes handicapées visent l'inclusion, le respect des droits et

**Regrouper n'impose pas de perdre le contact. Maintenir la direction de proximité est crucial.**

sement médico-social en bon père de famille comme il y a vingt ou trente ans », pointe Fernand Le Deun. Mutualiser impose d'augmenter et de développer les compétences. On voit bien, aujourd'hui, tous les dispositifs nécessaires en matière de pilotage, de gestion de projets, de développement du droit des usagers. Et toutes les évolutions liées aux

un projet global pour toutes les personnes accompagnées ou accueillies. Respecter la liberté d'aller et venir et le droit à la sécurité des personnes : l'injonction semble paradoxale. « *Mais c'est en étant présent sur le terrain, conscient des situations, et capable d'individualiser les décisions, qu'on va pouvoir le faire* », selon Fernand Le Deun.

## Le rôle du secteur social et médico-social : le point de vue de la FHF

**D**ans une logique de vivre ensemble, la FHF se veut dans une dynamique qui doit être lucide, réaliste et prospective :

- lucide sur les conséquences négatives et totalement incompréhensibles et inadéquates de la réforme de tarification sur les Ehpad publics ;
- réaliste sur les conditions de travail des équipes et parcours de vie/soins des personnes âgées ;
- prospective : pour accompagner et faire évoluer l'accompagnement des plus fragiles vers une société inclusive de la personne âgée en grande perte d'autonomie et à ce titre définir une politique « Grand Âge » et les dispositifs et organisations à adapter.

L'heure des établissements isolés est révolue : ce mode d'exercice n'est plus tenable. Il faut développer les coopérations et mutualiser. Il faut partager l'ingénierie au service de tous autour d'une stratégie de groupe. Il faut une stratégie de groupe sociale et médico-sociale qui permette en outre de représenter une force vis-à-vis des partenaires (ARS, conseils départementaux) et de tous les acteurs du parcours de santé (établissements de court séjour, CHU, etc.).

Et cela d'autant qu'en termes d'accessibilité, de maillage territorial et de qualité des dirigeants, le secteur social et médico-social a une expertise et une plus-value dans la territorialisation de la santé. Vous, D3S, devez faire jouer cette plus-value.

Les territoires doivent raisonner en parcours de santé. Hôpitaux et établissements et services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) doivent échanger sur leurs difficultés.

Le projet régional de santé 2 (PRS2) (2018-2022) doit intégrer le volet social et médico-social. Il convient de fluidifier les relations entre les décideurs et les autorités de tarification. Et de simplifier les procédures.

La règle doit être : accueillir, accompagner tout le monde dignement sur le territoire.

La place que nous faisons aux personnes les plus fragiles, et notamment aux personnes âgées et handicapées, est l'image de notre démocratie. ■

Zaynab RIET  
Déléguée générale

**Inclure, c'est aussi s'adapter aux habitudes de vie des résidents. Cela suppose des petites unités, avec une forme de sectorisation, et aussi une stabilité du personnel. Halte aux rotations permanentes !**

Inclure, c'est aussi s'adapter aux habitudes de vie des résidents. Cela suppose des petites unités, avec une forme de sectorisation, et aussi une stabilité du personnel. Halte aux rotations permanentes ! La directrice, ou le directeur, doit avoir les leviers de l'accompagnement global : architecture des lieux, DRH, finances, etc. Il convient aussi de tra-

vailler sur la qualité de vie au travail. Pour tout cela, « *il faut être aux manettes* ». A-t-on les moyens de créer des directions fonctionnelles pléthoriques dans chaque établissement ? Non ! On peut donc imaginer un directeur de site médico-social qui soit en même temps le DRH d'une direction commune ou d'un GHT.

## Un secteur qui se diversifie

« *En 2050, une personne sur trois, en France, aura plus de 60 ans* », souligne Danielle Toupillier. La population vieillit, et le cortège des maladies chroniques s'allonge. Dans ce contexte, « *les D3S ont une place très particulière, qui ne peut qu'être valorisée et valorisante. Grâce au large spectre de leurs compétences* ». Leur nou-

veau rôle symbolise l'ouverture du service public vers la population. Les demandes de prise en charge augmentent. Elles viennent souvent de jeunes D3S, dont des chefs d'établissement, perdus dans un milieu sans cesse plus complexe, aux exigences croissantes. Résultat : ils se sentent isolés, ça leur pèse, et ils le

font savoir au CNG. D'où l'idée de se regrouper en équipe, dans des directions communes, par exemple. Notons que le CNG propose du coaching, des groupes de réflexion et du co-développement.

La réflexion sur l'avenir des D3S va s'engager très vite, sur six thèmes : responsabilités, compétences et prérogatives ; gestion de la démographie et modalités de recrutement ; formation ; parcours professionnel et rémunération ; partage des pratiques ; conditions d'exercice et qualité de vie au travail. Il faut reprendre le travail amorcé en 2010 sur le référentiel métier ; ses grands chapitres sont bien définis et riches.

Le secteur sanitaire n'a pas le monopole du neuf. On innove aussi dans le secteur social et médico-social. Par exemple en créant des plateformes de service. La connaissance et les compétences évoluent. Le secteur se diversifie. Et les attentes sont de plus en plus fortes, et diverses elles aussi. Le maintien à domicile, la relation aux familles, les réseaux et les filières, l'ouverture de plus en plus grande : tout bouge.

Et qu'on se le dise, l'avenir des D3S se jouera aussi sur leur expérience, un atout particulièrement fort pour ce corps de directeurs. Selon Danielle Toupillier, « *les directeurs qui réussissent sont ceux qui ont pris des responsabilités dans les établissements et qui ont diversifié leur parcours, leurs connaissances, sur les champs fonctionnels, mais au-delà de cela, sur la capacité à piloter de manière stratégique des projets* ». Dont acte. ■

## Session 2

# Pour une politique globale du vieillissement

**D**éputée La République en marche, 6<sup>e</sup> circonscription de Haute-Garonne, Monique Iborra est co-rapporteuse de la mission d'information parlementaire relative aux Ehpad, qui a remis son rapport le 14 mars (après le bouclage de ce numéro de *Managers de santé*) à la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale. Les Ehpad accueillent aujourd'hui 728 000 résidents, dont un tiers a plus de 90 ans. Dès le 13 septembre 2017, Monique Iborra avait remis un premier rapport, à la suite

d'une mission dite « flash », menée en quinze jours, auprès de nombreux acteurs du secteur, tant l'urgence d'un diagnostic généraliste s'imposait.

Les constats de la mission « flash » sont les suivants :

- la population accueillie évolue. Aujourd'hui, les personnes entrant dans les Ehpad ont en moyenne plus de 85 ans et présentent des pathologies multiples ;
- les sous-effectifs en personnel et les conditions de travail difficiles sont un-

niment reconnus. L'organisation du travail est en tension – dans certains Ehpad, on parle de « maltraitance institutionnelle ». La médicalisation des établissements, nécessaire, reste insuffisante et les recrutements difficiles à opérer ;

- la tarification est kafkaïenne. Les équations tarifaires définies par le décret du 21 décembre 2016 sont très complexes et accentuent les inégalités territoriales d'un département à l'autre ;
- le reste à charge est important pour certaines catégories de la population.



On doit faire en sorte que l'Ehpad soit « un lieu de vie dans lequel on soigne » et non « un lieu de soin dans lequel on vit », ce qu'il devient aujourd'hui. La question sur le financement, très importante, a obéré toutes les autres. Il faut une politique transversale qui prenne en compte le vieillissement dans son ensemble et non pas la seule dépendance, or le jeu-

nisme prévaut. La loi du 29 décembre 2015 est axée sur le domicile mais ne prend en compte ni les établissements ni la globalité du problème. Jusqu'ici, aucun gouvernement n'a osé proposer de piste, non pas sur la dépendance mais sur la vieillesse dans son ensemble. La majorité va le faire, en tenant compte de toutes les réalités.

**« Il faut une politique transversale qui prenne en compte le vieillissement dans son ensemble et non pas la seule dépendance, or le jeunisme prévaut. »**

## Définir un projet et évaluer la nouvelle tarification

Pour ce qui concerne les Ehpad, plusieurs pistes se dégagent :

- travailler avec les personnels sur l'adéquation des ressources humaines avec les profils des résidents, pour parvenir à publier des normes minimales de personnel, soignant notamment, par établissements, publics comme privés ;
- inventer un modèle qui rapproche le sanitaire du médico-social, en définissant le rôle du médecin coordinateur et du médecin généraliste ;
- publier des indicateurs de qualité, qui n'existent pas : on s'en est tenu jusqu'ici aux indicateurs de quantité. Or s'il faut libérer, il importe aussi de protéger. Nous

devons réussir à travailler avec les personnels des Ehpad sur cette question ;

- revoir la coordination de l'offre et des moyens, confuse, voire inexistante, en raison de notre organisation administrative. Il faut décloisonner les services, entre l'État et les départements, plutôt que de penser à une nouvelle offre de soins ;
- trouver une solution pour le reste à charge.

Le décret d'application du 21 décembre 2016, portant sur nouvelle tarification pose problème : il crée une inégalité de traitement entre les établissements. Il faut aller plus loin sur l'évaluation de cette réforme.

## Quel Ehpad pour demain ?

Il faut d'abord modifier l'image de l'Ehpad. Et s'intéresser sur les expérimentations actuelles faites sur les « Ehpad à domicile ». L'Ehpad pourrait évoluer vers une plateforme de services et de soins à domicile, combinant prise en charge à domicile, courts séjours transitoires, permettant le répit des aidants et rompant avec la logique du « tout

établissement » et du « tout domicile ». Il convient aussi de développer la télé-médecine et la domotique, pour contribuer à revaloriser le personnel soignant. La télémédecine n'est pas juste destinée aux déserts médicaux, elle est passée dans le droit commun, et le service public doit en profiter, pour être à la pointe dans ce domaine. ■

## Fonction publique hospitalière Les D3S en chiffres

**1 777 D3S** en activité au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

On en comptait 1 621 en 2007. Mais si le nombre a crû jusqu'en 2011, il a stagné ensuite jusqu'en 2014, pour diminuer depuis.

Plus de **1 000 D3S** exercent sur un seul établissement, tandis que 458 travaillent sur au moins deux établissements.

**63 %** des D3S sont des femmes.

**1 493** exercent en établissement (83 %).

**217** sont détachés, dont 55 % en DH.

**30 %** exercent en GHT

**Lieu d'exercice**

**47 %** en Ehpad

**20 %** en établissement public de santé

**13 %** dans le secteur du handicap

**8 %** dans le secteur de l'enfance et de la famille

**10 %** dans des directions communes mixtes

## Table ronde

# Décloisonner l'ensemble des secteurs

L'évolution des établissements sociaux et médico-sociaux, et ses impacts sur les conditions d'exercice, tel était le thème de la table ronde de l'après-midi, animée par François-Xavier Lejeune, directeur de la résidence Gandrille, à Saint-Sauveur-en-Puisaye (Yonne).

## À quel moment le métier de D3S a-t-il commencé à changer ?

**Jacky Sarrazin** Le virage a été pris il y a une quinzaine d'années via les textes de 1999 et 2002. La technocratie s'est imposée ! Et, comme pour les établissements sanitaires quelques années auparavant, on nous a demandé des compétences techniques de plus en plus précises, dans tous les domaines, telles la certification qualité ou la sécurité incendie.

**Gérard Brami** Ne jetons pas la pierre aux autorités. La notion de vieillissement est difficile à définir. Et le maintien à domicile est une part de la réponse, comme la prise en charge en institution.

**Annie Lelièvre** Mais aujourd'hui, vu la baisse des moyens, nous sommes arrivés à un seuil : celui du virage inclusif.

**Gérard Brami** Le contexte a changé peu à peu. Le vieillissement et la dépendance ne sont pas les mêmes aujourd'hui. Les usagers et leurs familles ont des exigences plus fortes.

**Christelle Gay** Les résidents qui arrivent aujourd'hui en Ehpad n'ont pas eu les mêmes habitudes de vie que les générations précédentes. Nous devons nous adapter à ces changements.

## Comment avez-vous vécu l'avalanche de réformes ?

**Hélène Bulle** Nous nous familiarisons avec les règles fixées par les tutelles et attendons les réévaluations promises de la charge en soins et du niveau de dépendance. Nous nous contentons parfois d'avenants, en attendant le renouvellement de la convention tripartite. Et puis nous apprenons que les conventions tripartites et les modes de calcul de la tarification vont être modifiés, alors même que nous commençons à les maîtriser... En Ehpad, nous avons le sentiment que les réformes succes-

## Les intervenants de la table ronde

**Gérard Brami** Directeur, Ehpad de Vence et Cagnes-sur-Mer (Alpes-Maritimes, PACA)

**Jacky Sarrazin** Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social retraité

**Angèle Sauget** ED3S, EHESP, promotion Thomas-Coville, en stage long à l'établissement public départemental Blanche de Fontarce, Châteauroux (Indre, Centre-Val de Loire)

**Hélène Bulle** Directrice Ehpad Les Magnolias, Wintzenheim (Haut-Rhin, Grand Est)

**Annie Lelièvre** Responsable du secteur médico-social, FHF

**Christelle Gay** Directrice adjointe, CDSEE Pennes-Mirabeau (Bouches-du-Rhône, PACA)

sives servent à réajuster les calculs liés à la tarification en fonction de ce qui arrange les politiques gouvernementales, sans que cela ne s'inscrive forcément dans la cohérence ou la continuité des projets antérieurs.

**Annie Lelièvre** En 2015, j'ai participé à un groupe de travail organisé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), sur les normes et les moyens. L'état des lieux montrait que les établissements appliquent globalement bien toutes les normes qui s'imposent à eux, mais aussi que les gestionnaires peinent parfois à accéder à la formulation actualisée de la norme ou manquent d'un accompagnement pour la mettre en œuvre. Voilà pour les normes. La seconde partie des travaux visait à étudier les moyens mis ou à mettre pour répondre à ces normes et obligations. Elle n'a jamais

**Il faut sortir des acronymes, des murs, du cadre et inventer l'accompagnement diversifié de demain, sans modèle unique.**

débuté ! Cela révèle l'effet cumulatif de normes dans ce secteur, conjugaison des exigences sociétales accrues dans tous les domaines : hygiène, sécurité, accessibilité, incendie, traçabilité qualité, etc. Mais cela montre aussi la difficulté de compter les effets en termes de moyens de nos exigences. Celles-ci sont certes légitimes, mais font parfois perdre le sens des normes.

**Gérard Brami** Pour ce qui concerne la maltraitance, nous nous sommes sa-

sis des recommandations et avons mis en œuvre les bonnes pratiques. Rappelons quand même que 80 % de la maltraitance a lieu au domicile des personnes âgées. Il faudrait aussi évoquer celle subie par nos personnels, dont on ne parle quasiment jamais.

**Christelle Gay** Les réformes successives ne sont pas allées au même rythme pour l'ensemble des secteurs d'intervention : personnes âgées, personnes handicapées et enfants. Et elles n'ont pas eu le même impact sur

les établissements et la prise en charge des usagers. Les collègues qui, comme moi, ont travaillé dans l'ensemble de ces secteurs, ont dû prendre à chaque fois la mesure du contenu des réformes et œuvrer pour leur mise en place.

## Comment voyez-vous l'Ehpad de demain ?

**Hélène Bulle** Avec les politiques publiques favorisant le maintien à domicile, des sommes importantes sont dépensées pour gagner six mois supplémentaires à domicile. Or, ces six mois sont parfois aussi perdus en termes de maintien de l'autonomie. Résultat : les personnes vivent mal leur admission en Ehpad, car elles arrivent quand elles « n'ont plus le choix », tandis que la charge en soins est de plus en plus lourde et que l'effectif en Ehpad reste constant. Il faudra prendre en compte ce déséquilibre dans la conception de l'Ehpad de demain. Il faudra aussi casser l'image de « mouvoir » qu'aiment montrer les médias et qui ne correspond pas à la réalité.

La télémédecine peut jouer un rôle essentiel demain, si le projet est soutenu financièrement et en concertation avec les pouvoirs publics. L'investissement personnel des médecins sera aussi déterminant.

**Annie Lelièvre** Il faut sortir des acronymes, des murs, du cadre et inventer l'accompagnement diversifié de demain, sans modèle unique.

**Jacky Sarrazin** Je souhaiterais qu'on écoute enfin les professionnels de terrain pour amorcer une co-construction de prise en charge, créer des plateformes de service et favoriser des parcours de vie sans rupture. Chaque territoire a ses idées propres pour cela.

**Angèle Sauget** En ce qui concerne l'enfance, il a fallu adapter les normes mais

il faudra le faire davantage, notamment dans la prise en charge des enfants liée aux comportements en mutation. Nous devons aussi prendre en compte les nouvelles générations de professionnels, qui ne répondent plus à l'autorité verticale. Cela demandera la construction de nouveaux modes de management.

**Christelle Gay** Je suis d'accord pour questionner les modes de management. Mon expérience tant dans le secteur sanitaire que dans le social ou le médico-social me fait dire qu'on ne dirige pas une équipe d'éducateurs, d'aides-soignants ou celle d'un service technique de la même façon. En ce qui concerne le modèle d'établissement de demain, il faut avoir la même réflexion pour les personnels en charge des personnes handicapées et des enfants ? On pourrait développer les expériences, les mutualisations et les partenariats entre ces deux secteurs, sans oublier le secteur psychiatrique.

**Angèle Sauget** Le contexte est compliqué. Les éducateurs ont perdu le sens de leur travail car ils ne savent plus comment prendre en charge les crises des enfants, plus violentes qu'avant. Dans le jargon de la protection de l'enfance, on parle d'« incasables » : des enfants qui cumulent des problématiques sociales, de handicap et psychiatriques.

**Annie Lelièvre** L'établissement va s'ouvrir. L'exercice de direction ne peut plus se faire seul. On va vers le partage, le

rapprochement, le *bench market*. Et on peut imaginer bien des formes de coopération y compris avec le privé et l'associatif.

**Hélène Bulle** Pour exemple, dans le Haut-Rhin, en Alsace, mon établissement s'est associé à d'autres établissements privés pour fonder le réseau Alsa'Seniors, un réseau de gérontologie à but non lucratif. Un numéro unique est mis à disposition pour répondre aux questions des professionnels de santé ou des proches des personnes âgées, afin de faciliter le parcours de celles-ci ou de les orienter vers les structures appropriées. Nous avons organisé notre première conférence, qui portait sur la « silver économie », ce qui nous permet d'entretenir des liens avec les entreprises spécialisées en la matière.

## Les mots pour le dire

Juste avant le débat, Gérard Brami a rappelé les mots utilisés pour désigner les établissements pour personnes âgées. La terminologie officielle les désignait jadis sous le terme « hospices », des établissements qu'on a très vite assimilés à des mouvoirs. En 1975, on les nomma « maisons de retraite », médicalisées ou non. Avec le décret du 26 avril 1999, on les baptisa « Ehpad ». Mais personne n'osait écrire « établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », ça semblait une hérésie ! La terminologie officielle parle de « résidences », mot influencé par le privé. Les terminologies souhaitées sont : « hôpitaux locaux », « soins palliatifs médico-sociaux », « lieux de soins ».

## Quelle place pour les résidents ?

D'autres partenariats pourront être envisagés, avec la section départementale de l'association France Alzheimer par exemple. Chaque établissement partenaire du réseau propose un temps de mutualisation des ressources humaines à mettre à disposition : médecin, infirmière, secrétaire etc. La mutualisation et les partenariats publics/privés fonctionnent, à condition de savoir les adapter aux besoins spécifiques de chaque territoire.

**Gérard Brami** Repensons-la. Les résidents avaient une vie avant d'arriver dans nos établissements, ils faisaient plein de choses. Or, soudain, on fait tout à leur place. Il faut s'appuyer sur le concept de parcours. Trois catégories souffrent de la situation actuelle : les résidents, leurs familles et les personnels. On doit développer les formations et les bornes interactives pour expliquer ce que l'on fait, et partager nos savoirs. Et les familles aussi peuvent intervenir.

**Hélène Bulle** Dans mon Ehpad, nous laissons une grande marge de manœuvre aux familles et aux proches qui souhaitent s'im-

**Christelle Gay** C'est aussi mon avis : nous avons besoin de partenariat entre les secteurs de l'enfance, du handicap et de la psychiatrie, en lien avec le parcours de vie de chaque usager. Mon expérience me montre les difficultés d'obtenir un lieu de gestion de crise de l'adolescent, difficile à gérer dans un établissement d'hébergement. Et que va-t-on proposer comme accompagnement à ces enfants à leur majorité ? La situation s'aggrave, on compte de plus en plus de familles et d'usagers en difficulté. Il y a des risques de délinquance des mineurs et de radicalisation religieuse.

**Angèle Sauget** Nous devons décloisonner l'ensemble des secteurs, créer de l'interdisciplinarité sur les territoires, avec l'aide des ARS ou des départements. Et il serait intéressant de voir quelles suites donner au niveau national.

**Gérard Brami** Appuyons-nous sur le concept de parcours. Trois catégories souffrent : résidents, familles, personnels. Il faut développer les formations, et les bornes interactives aussi, pour expliquer ce que l'on fait et partager les savoirs. Mais comment faire des projets de vie individualisés sans moyens ?

Les Ehpad sont des maisons de vie. On nous annonce pour demain des résidents de plus en plus dépendants avec des troubles cognitifs. Sommes-nous prêts à prendre en compte la globalité de ce changement ?

La problématique, c'est l'offre et la demande. Les autorités qui décident de la tarification sont-elles à la hauteur des constats au niveau national ? L'État construit des petits modèles, pas des grands. Ce qui réussit à un petit échelon doit être appliqué à grande échelle.

Dans la salle, **Laurence-Béatrice Cluzel**, cadre soignante au pôle sud de la fondation Santé Service : « On additionne des expérimentations mais on ne peut pas aller plus loin. Quand pourra-t-on les étendre au niveau national ? »

**Jacky Sarrazin** Se pose aussi le problème de la coordination sur un territoire. Il n'y a personne. Et il faut un lien entre le niveau local et le niveau national. ■

**On nous annonce pour demain des résidents de plus en plus dépendants avec des troubles cognitifs. Sommes-nous prêts à prendre en compte la globalité de ce changement ?**

### Un groupe de réflexion pour aller plus loin...

**C**ristelle Gay et Frédéric Cecchin coordonnent un groupe de réflexion qui fera des propositions dans le champ du médico-social et du social. Elles seront l'objet d'une plateforme et seront portées par le SMPS dans le cadre des différents échanges avec le ministère et les services déconcentrés (ARS et départements) et lors des élections professionnelles de cette fin d'année.

La réflexion s'articulera autour des thèmes suivants :

- Quel devenir pour les secteurs des personnes âgées, du handicap, de l'enfance et du social ?
- Quelles prises en charge innovantes pour les usagers ? Quel lien entre institution et domicile ?
- Quelle place pour les ESSMS et leurs directeurs dans les GHT ? Et pour les D3S directeurs de filières ?
- Vers des « GHT médico-sociaux », en appui avec des GCSMS ou d'autres formes de coopération, pour partager des compétences ou des professionnalisations (ingénieur qualité, centre de formation, blanchisserie, restauration, informatique, sécurité, travaux, marchés publics, finances, contrôle de gestion, psychologues, diététiciennes, ergothérapeutes ou ergonomes, médecine préventive, mandataire judiciaire, etc.) ?
- Quelles collaborations : public, associatif, privé ?
- Quelles contractualisations ? Quel mode de financement ?
- Quelle adéquation entre les besoins des usagers et les moyens alloués ?
- Quels modes de management ? Quelles formations pour les équipes ?

plier dans la vie de l'institution et dans celle de la personne qu'elles accompagnent. L'Ehpad n'est pas une maison de retraite mais une maison de vie. Nous essayons de mettre en valeur les particularités de chaque résident. Mais en contrepartie, il est aussi important pour le résident de voir que ce qu'il fait suscite l'intérêt de son entourage.

Dans la salle, **Carine Grudet** : « Je suis responsable du service juridique au centre hospitalier de Versailles, et je vois des patients hospitalisés sans leur consentement. Des adolescents qui font des tentatives de suicide sont hébergés en psychiatrie par manque de service de pédopsychiatrie. Il faudrait pouvoir créer une ligne téléphonique, à l'image du réseau décrit par Hélène Bulle, pour organiser des partenariats face aux situations critiques. Sanitaire et médico-social, chacun a son savoir, qu'il faudrait mettre en commun. À l'hôpital, nous avons besoin de l'expertise des collègues qui gèrent les établissements pour enfants et adolescents. »

#### À NOTER

**Le 30 mars prochain, l'EHESP organise à Rennes un colloque sur le thème : « Être D3S aujourd'hui et demain ».**



# NOUS SOMMES POUR CEUX QUI RENDENT LA SOCIÉTÉ PLUS HUMAINE ET CEUX QUI EN ONT FAIT LEUR VOCATION.

PLUS DE 3 MILLIONS DE SOCIÉTAIRES NOUS FONT DÉJÀ CONFIANCE.

---

**GMF 1<sup>ER</sup> ASSUREUR  
DES AGENTS DU SERVICE PUBLIC**

---



ASSURÉMENT HUMAIN

Appelez le 0 970 809 809 (numéro non surtaxé, du lundi au samedi de 8h à 20h)  
Connectez-vous sur [www.gmf.fr](http://www.gmf.fr)

GMF 1<sup>er</sup> assureur des agents du service public : selon une étude Kantar TNS de mars 2017.

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



## Le management à l'ancienne, voué à l'échec

**« Entreprise libérée », « management libéré », « management 4.0 » : ces mots traduisent la remise en question du mode de management dans de plus en plus d'entreprises. Joseph Parrilla, cofondateur de la société de conseil et de formation JFA & Interfaces, a présenté cette révolution managériale en marche lors du Forum des managers publics de santé du Grand Est le 29 septembre dernier.**

### *JFA & Interfaces est-elle une « entreprise libérée » ?*

Oui, dans la mesure où, comme cabinet de conseil en management, nous nous appliquons ce que nous conseillons à nos clients. Mais je me permets une réserve : le terme « entreprise libérée » pourrait laisser entendre qu'il s'agit d'une énième mode managériale, appuyée sur une méthode éprouvée et qui produirait un modèle de libération monolithique. Or, ce courant recoupe des réalités multiples. Chez JFA & Interfaces, nous sommes très prudents dans l'usage de cette expression.

### *Quel terme utilisez-vous ?*

Nous préférons parler de « management libéré » ou de « management 4.0 ». Nous sommes moins radicaux dans le propos, car il serait dommage de faire peur aux

managers, dirigeants et actionnaires, alors que toutes les entreprises et organisations (associations, collectivités, etc.) ont intérêt à faire évoluer leurs pratiques en s'inspirant de ce courant. Rappelons juste que, avec ce discours, on évoque simplement l'évolution des pratiques qui permettent de créer l'environnement le plus favorable possible à la libération des énergies individuelles et collectives.

### *C'est un courant dont les racines ne sont pas nouvelles...*

C'est vrai. Dès les années 1930 ou 1940, les sciences sociales comme la psychosociologie ou la psychologie humaniste ont mis en lumière les conditions nécessaires à une collaboration dans les groupes de travail, qui allierait efficacité dans la création de valeur et épanouissement des individus. Et ces recherches se sont enrichies

depuis plus de soixante ans. Mais l'entreprise y a prêté peu d'attention, préférant le modèle « militaire », qui a prévalu dans le management et l'organisation.

### *Ce n'est plus le cas ?*

On ne peut pas généraliser mais l'entreprise traditionnelle tient peu compte des modes de fonctionnement naturels des groupes humains, et encore moins de l'aspiration de chaque être humain à travailler et à s'épanouir dans un écosystème répondant à certaines conditions matérielles et psychologiques. Les modèles anciens de management, encore très inspirés de l'organisation du travail du début du XX<sup>e</sup> siècle, sont donc aujourd'hui sérieusement remis en cause.

### *Pour évoluer vers un « management libéré », il convient de tout changer d'un coup. C'est tout ou rien ?*

Différentes écoles coexistent. Je pense que le changement peut s'opérer progressivement. Nos études ont permis d'identifier douze critères convergents dans les expériences de libération managériale réussies à travers le monde. On n'est pas obligé de pousser tous les curseurs à fond tout de suite. Nous préférons nous appuyer sur l'environnement de l'entreprise pour définir avec l'équipe dirigeante un chemin réaliste qui permettra de mettre en place un modèle de management 4.0 adapté. Progressivité et adaptation sont des facteurs de réussite. Cela dit, des entreprises ont choisi de basculer d'un coup, avec succès.

**L'entreprise qui fonctionne selon l'ancien modèle ne séduit plus les jeunes – ni souvent les moins jeunes. Or, ces entreprises ne peuvent guère se passer de ces talents.**

**Avez-vous une idée de l'ampleur du phénomène de « libéralisation » des entreprises en France ?**

On évoque souvent 300 entreprises en cours de « libération », tous secteurs d'activité confondus – privées ou publiques, petites ou grandes. Le nombre correspond aux entreprises médiatisées engagées dans cette voie. Mais elles sont des milliers à se poser des questions aujourd'hui. Surtout celles qui recrutent des jeunes collaborateurs aux attentes différentes par rapport au travail.

On en revient à l'évolution de la société. L'entreprise qui fonctionne selon l'ancien modèle ne séduit plus les jeunes – ni souvent les moins jeunes. Or, ces entreprises ne peuvent guère se passer de ces talents. Même s'il ne faut pas considérer ce courant de libération comme une solution magique pour tous les problèmes de management, il est certain que le management à l'ancienne est voué à l'échec. ■

Propos recueillis par  
Marie HIANCE  
Déléguée nationale

## Manager, connais-toi toi-même...

**Pour le consultant et coach Marc Fonfreide, d'Effisens, « connais-toi toi-même » est la pierre de touche du management, Se connaître pour mieux travailler soi-même et mieux travailler avec ses équipes, formées de collaborateurs, autant d'individus différents de leur manager et de leurs collègues. Ce faisant, le manager fait appel à son intelligence émotionnelle que son éducation, la plupart du temps, ne lui a pas appris à développer !**

**M**arc Fonfreide est intervenu le 6 décembre dernier lors d'une rencontre régionale du SMPS à La Réunion. Il avait été appelé auparavant par Laurent Bien, le directeur du pôle sanitaire Ouest de La Réunion, qui regroupe l'établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR) et le centre hospitalier Gabriel-Martin, pour une collaboration plus étroite. Marc Fonfreide a œuvré au rapprochement du directoire et des directions de pôle des deux établissements.

**Quel premier conseil donneriez-vous à un manager ?**

Celui d'apprendre à se connaître. C'est le *Connais-toi toi-même* de Socrate. Et cet apprentissage de soi concerne bien des aspects. Le manager doit chercher à connaître ses compétences, ses qualités, ses zones de confort, ses besoins et ses motivations. Il est bon aussi qu'il devienne plus conscient de ses difficultés, de ses freins, de ses zones de stress. Il pourra ainsi mieux les accepter chez les autres et mieux identifier ses zones

d'inconfort relationnel dans sa vie professionnelle, et le cas échéant dans sa vie personnelle. Identifier les peurs et les croyances qui le brident, et qu'il craint consciemment ou non d'approcher, lui donnera aussi une meilleure connaissance de lui. Le manager qui se perçoit avec plus d'acuité s'adapte bien mieux aux autres et assouplit son management.

leurs conditionnements, etc. ? On pourrait aussi faire abstraction de leur contexte de travail, de la nature et de la culture d'entreprise dans laquelle ils évoluent ? Il existerait des protocoles infaillibles pour gérer son temps, pour gérer les conflits, ou encore pour être un parfait orateur ou un leader, qui ne tiennent aucun compte de tous ces paramètres ? Un directeur d'entreprise privée soumis à la dure obligation de rentabilité financière et un chef de pôle dans le service public hospitalier pourraient appliquer avec efficacité les mêmes règles managériales ? Non.

**Donc autant de managements que de managers ?**

Oui. Le management est basé sur l'humain et ne détient aucune vérité préétablie, ni empiriquement ni scientifiquement.

**Le manager qui se perçoit avec plus d'acuité s'adapte bien mieux aux autres et assouplit son management.**

**Y a-t-il quelques règles universelles de management ?**

Pour moi, non. Un management répondant à des lois universelles, parfaitement applicables à chaque individu et en toute situation n'existe pas. Les mêmes outils, ou protocoles, s'appliqueraient donc à tous les managers, indépendamment de leur personnalité, leur sexe, leur éducation, leur culture, leurs singularités, leurs limites, leurs croyances, leurs modèles, leurs valeurs,

Aucun modèle ni outil miracle, aucun « protocole en six ou sept étapes » ne saurait donc s'appliquer de façon universelle avec efficacité. Manager est bien plus subtil.

**La personne compte-t-elle plus que la fonction ?**

Bien sûr. C'est la femme ou l'homme qui entraîne ses équipes dans une direction, plus que le manager. D'où l'importance d'apprendre à mieux se connaître.

### **Par exemple ?**

Il sera toujours plus constructif pour le manager d'avouer ne pas se sentir à l'aise dans la gestion des conflits, ou avec sa propre colère le cas échéant – et ce, sans se faire une mauvaise opinion de lui-même, ni avoir honte. Il devra alors gérer au mieux la situation plutôt que de l'éviter, ce qui cristalliserait le problème et aurait une répercussion néfaste sur le fonctionnement de l'entreprise.

### **Pas de « super héros du management » ?**

Il n'existe pas de dirigeant irréprochable en toute situation. Nul ne peut être tout à fait à l'aise à la fois dans la prise de parole en public, dans l'animation et la conduite d'une réunion d'équipe, dans

### **Il faut en finir avec le management militaire, dites-vous...**

Oui. Le manager doit être conscient que si le jeune collaborateur face à lui est différent, lui-même est vu comme différent par ce jeune. La prise de conscience se fait dans les deux sens. N-2 a autant de légitimité à trouver n+2 différent de lui que l'inverse. On l'oublie très souvent !

### **Mais le manager a beaucoup à transmettre à ce jeune collaborateur...**

Oui, mais il peut recevoir beaucoup de lui. La force du manager, sa compétence, se fonde sur son expérience. Or, si sa mémoire a enregistré vingt ans d'expérience, elle a souvent un peu émoussé

logique, au détriment du quotient émotionnel. Un bon manager va par exemple faire en sorte que, chacun, dans l'équipe qu'il dirige, trouve du sens à son travail. Les nouvelles générations demandent d'ailleurs, voire exigent, de trouver un sens non seulement à leur travail en général, mais à chacune des actions qu'elles y entreprennent. Un bon manager va montrer discrètement à ses adjoints, souvent de façon plus inconsciente que consciente, et plus par son comportement que par des ordres, comment on gère une réunion, comment on travaille avec des gens difficiles, comment on bâtit une stratégie. Un bon manager est un mentor.

### **Comment fait-il pour diriger une équipe, composée par nature de gens différents, qui vont comprendre les choses différemment ?**

D'abord, comme on l'a vu plus haut, il doit être vraiment conscient à chaque instant que les autres sont différents de lui. Le manager doit adapter sa communication et ses décisions à ses collaborateurs, en plus de les adapter aux situations qu'il doit gérer et à son environnement. Il fera ses interventions devant toute son équipe, plutôt que de transmettre une information en individuel. Puis il s'assurera que chacun a compris le projet en demandant un retour à son équipe à la fin de son intervention. Il vérifiera aussi le niveau de motivation et d'engagement sur le projet, ou sur telle décision de la direction.

### **Et comment fait-on pour que des collaborateurs avancent ensemble sur un même projet ?**

En ayant recours au management participatif quand c'est possible, en favorisant un large dialogue, en ouvrant la communication. Dans les moments importants, les collaborateurs doivent sentir qu'ils participent à la décision, d'autant plus lorsqu'elle les concerne directement et qu'elle aura un impact direct sur le quotidien de l'équipe. Un adulte ne peut réellement s'engager dans un projet que s'il y met du sens, en fonction de ses propres représentations et de ses intérêts. ■

Propos recueillis par  
Marie HIANCE  
Déléguée nationale

## **La base de la relation, c'est : comment puis-je me débrouiller avec mon ego pour qu'il laisse sa place à la personne en face de moi ? Que faire pour que mon ego cesse de croire que chacun doit me ressembler ?**

un entretien de recadrage, dans l'écoute d'un collaborateur démotivé et dans la gestion d'un conflit.

### **La personnalité du manager compte, mais aussi celle des personnes qu'il dirige. Comment diriger des personnalités différentes de soi ?**

La base de la relation, c'est : comment puis-je me débrouiller avec mon ego pour qu'il laisse sa place à la personne en face de moi ? Que faire pour que mon ego cesse de croire que chacun doit me ressembler ? Cela demande une réelle ouverture d'esprit. Il ne faut rien projeter sur l'autre et partir à sa découverte. Surtout, pas d'antipathie immédiate pour cette différence.

### **Et que proposez-vous ?**

Lorsqu'une nouvelle recrue arrive, le manager doit prendre le temps de l'accueillir le jour même. Autour d'un café, par exemple. Et lui poser des questions sur ses motivations, sur ce qui est important pour elle dans son travail, sur ce qui lui cause du stress. Attention ! Ce n'est pas le grand manager qui s'adresse à un enfant. Ni le sachant face à celui qui ne sait rien. Deux personnes se font face, qui connaissent des choses différentes.

sa créativité. La jeune femme ou le jeune homme qui arrivent sans expérience iront davantage aller vers la créativité, ils ne seront pas bridés par la logique acquise en vingt ans d'expérience.

### **Les nouvelles générations ont une conception différente du travail. Comment le manager doit-il en tenir compte ?**

En évitant de se projeter ! Un manager qui a fait preuve d'ambition toute sa vie ne doit pas considérer que son jeune collaborateur a une ambition identique à celle qu'il avait à 20 ans. Sinon, imaginez-le recevoir un postulant auquel il demande ce qui est le plus important pour lui au travail, et que celui-ci lui réponde : « L'équilibre entre ma vie professionnelle et ma vie privée. » Le manager va penser qu'il a un glandeur en face de lui ! Ce qui est faux bien souvent.

### **Vous mettez en avant l'intelligence émotionnelle...**

Elle est indispensable à un bon management. Or, notre éducation et le monde du travail, en France du moins, ont donné une place démesurée au quotient intellectuel, basé sur la



# Publication

## Aménagement sanitaire du territoire Stratégie et coordinations

**Dans son ouvrage *L'Aménagement sanitaire du territoire : stratégie et coordinations*, Aurélien Vautard, directeur des ressources humaines du groupement hospitalier La Rochelle Ré-Aunis, inscrit le débat sur les GHT dans une perspective historique et formule des propositions à long terme. Guy Delalande, professeur émérite d'économie de la santé à l'université de Montpellier, nous livre son compte-rendu de l'ouvrage.**

**D**ans l'abondante littérature actuellement disponible autour de la thématique générale des relations entre territoire et santé, l'ouvrage particulièrement dense d'Aurélien Vautard est appelé à tenir une place de premier plan que plusieurs raisons majeures vont justifier.

Tout d'abord, la personnalité de son auteur : d'une part, docteur en science politique – dont la thèse est à l'origine du livre – de l'IEP de Bordeaux et diplômé de l'EHESP de Rennes ; d'autre part, praticien de terrain ayant exercé diverses fonctions éminentes – dont celle de secrétaire général de la communauté hospitalière de territoire (CHT) Atlantique 17 – avant de devenir directeur d'hôpital. Une double compétence qui garantit la promesse de la richesse et de la pertinence des développements proposés, principalement centrés sur le secteur hospitalier public.

En second lieu, une approche exhaustive – pour autant qu'elle soit possible – de la question de l'aménagement sanitaire du territoire ; question complexe s'il en est en raison de l'intrication de ses multiples dimensions politique, économique, géographique, culturelle et sociologique souvent peu conver-

tif pour tous les acteurs – et principalement les professionnels de santé – qui ont eu à participer à des opérations de restructuration territoriale et qui ont maintenant l'obligation, avec les GHT imposés par la loi Touraine, de mettre en œuvre la recomposition de l'offre publique de soins.

**De par les fonctions hospitalières successivement assumées par l'auteur, ce livre constitue une contribution à caractère prescriptif pour tous les acteurs qui ont eu à participer à des opérations de restructuration territoriale.**

gentes par rapport aux deux fonctions essentielles de l'aménagement : la planification et la coopération.

Troisième raison : de par les fonctions hospitalières successivement assumées par l'auteur, son livre constitue une contribution à caractère prescrip-

Dans cette perspective, on notera tout l'intérêt des documents présentés en annexe, en particulier le projet médico-soignant – pierre angulaire des regroupements – de la CHT Atlantique 17 ainsi que le bilan détaillé des coopérations médicales

engagées sous son égide. À partir de cet exemple illustratif, on se reportera alors à la conclusion générale de l'ouvrage qui détaille un ensemble de propositions à visée opérationnelle regroupées en deux paragraphes aux titres explicites : « Petit traité de stratégie territoriale à destination des acteurs sanitaires locaux » et « Propositions en vue de poursuivre la territorialisation équilibrée du système de santé français ».

santé qui expliquent la complexité des processus d'aménagement sanitaire territorial en cours.

On retiendra notamment l'extrême diversité des acteurs et des établissements hospitaliers, les réticences spontanées à la coopération sur un hypothétique territoire sanitaire, les évolutions rapides des modalités de prise en charge des patients, l'affirmation, souvent mal acceptée, d'un rôle pivot de l'hôpital public dans l'organisation sanitaire générale, les obstacles à la mise en cohérence des outils et des politiques d'aménagement face à la variété de problématiques sanitaires concrètes, la nécessité de rénovation de l'offre de soins primaires pour enrayer l'accroissement des inégalités territoriales de santé, la difficulté à cerner les contours du territoire de santé pertinent au regard des impératifs de maintien de la qualité et de l'équité dans l'accès aux soins, le risque de dévoiement des efforts locaux de

créé à la santé – qui s'exerce maintenant sur le système de santé et dont il avait été longtemps exonéré ; ce qui avait entraîné de nombreuses dérives, notamment un surdimensionnement hospitalier toujours difficile à gérer sinon à réduire.

Face à des déficits récurrents – de l'assurance maladie en général et des hôpitaux publics en particulier – qui s'accumulent au niveau d'une dette sociale proche de 150 milliards d'euros, les pouvoirs publics – à travers les lois de santé de 2009 et 2016 – ont vu dans la territorialisation sanitaire une réponse susceptible de favoriser à la fois des économies d'échelle par la coopération public/public et la rationalisation de l'offre de soins par la coopération public/privé.

Mais l'auteur rappelle les vicissitudes et parfois les incohérences procédurales dans la mise en œuvre des politiques successives de recomposition puis de restructuration hospitalière. Certes, la création des ARS s'est traduite par un renforcement des tutelles sur les établissements et leurs éventuelles articulations, mais on peut regretter que ces nouvelles structures que sont les ARS souffrent d'une conception originelle en termes de déconcentration – c'est-à-dire de courroie de transmission d'impulsions nationales – et non de décentralisation, ce qui leur aurait permis de mener, dans un cadre authentiquement et pleinement régional, une action de restructuration pérenne et adaptée à des réalités locales très diversifiées.

Autre élément particulièrement pénalisant : l'incohérence économique introduite par la coexistence entre un objectif global prédéterminé de dépenses hospitalières et un système inflationniste de tarification à l'activité, incohérence qui ne peut se résoudre que par un mouvement continu de baisse des tarifs. Soumis à ces incitations contradictoires, les établissements sont poussés à pro-

**Soumis à ces incitations contradictoires, les établissements sont poussés à promouvoir un développement compensatoire et autocentré de leur activité, situation peu favorable aux coopérations et à l'émergence de parcours et de filières de soins territoriaux, par ailleurs souhaités.**

En se fondant sur l'idée que l'aménagement sanitaire du territoire constitue à la fois une nécessité et une opportunité, les développements vont s'organiser logiquement en trois chapitres qui mettent successivement en exergue les caractères complexe, contraint et inachevé de cet aménagement.

#### **Incohérences procédurales**

Le premier chapitre permet à l'auteur de dresser un vaste panorama des multiples facteurs spécifiques à la

démocratie sanitaire en raison de leur monopolisation par les associations d'usagers spécialisées : autant d'éléments abondamment analysés qui n'échapperont pas à la sagacité de tout connaisseur avisé du système de santé français.

Le deuxième chapitre, essentiellement polarisé sur l'enjeu financier, expose une analyse détaillée de l'impact sur le processus d'aménagement territorial des multiples expressions de la contrainte économique – toute relative avec plus de 11 % du PIB consac-

mouvoir un développement compensatoire et autocentré de leur activité, situation peu favorable aux coopérations et à l'émergence de parcours et de filières de soins territoriaux, par ailleurs souhaités.

### Incomplétude des outils de coopération

On comprend aisément que, confronté à une complexité difficilement réductible et soumis à une contrainte financière faiblement contournable, l'aménagement sanitaire du territoire apparaisse en voie d'inachèvement dans le cadre du 3<sup>e</sup> chapitre. L'auteur pointe ainsi tout d'abord l'insuffisance, malgré leur pléthore, des outils de planification dont l'efficacité serait sûrement accrue par l'introduction d'une dose de coercition et la réduction des incohérences des modalités de financement ; puis l'incomplétude des outils de coopération, principalement des groupements de coopération sanitaire issus des ordonnances de 1996 et 2003 puis reformatés en 2009 sous forme de GCS établissements de santé. L'étape suivante est dominée par la création, par la loi HPST de 2009, des communautés hospitalières de territoire (CHT) facultatives et donc peu opérantes, puis en 2016 de groupements hospitaliers de territoire (GHT) rendus obligatoires pour structurer les organisations territoriales de l'hôpital et les coopérations public/public à travers la mise en œuvre d'un projet médical, logistique et de gestion commune. Cependant la mise en place – excessivement chronophage et déjà génératrice de phénomènes de passager clandestin – et le devenir des GHT sont entachés de nombreuses incertitudes qui devront être levées, notamment en matière de gouvernance – trop complexe – et de statut juridique – absence de personnalité morale du GHT.

*In fine*, les propositions de l'auteur pour promouvoir une « territorialisa-

tion harmonieuse » – qui sont plus largement détaillées en conclusion – peuvent être synthétisées en trois points : s'appuyer sur un principe de solidarité entre tous les acteurs – quelle que soit leur taille – institutionnels publics des territoires sanitaires ; susciter un modèle type d'aménagement territorial assurant la cohérence de l'aménagement sanitaire au niveau national ; déterminer dans chaque territoire le rôle des différents sites, ce qui interroge sur le devenir des centres hospitaliers universitaires pour lesquels les exigences accrues d'efficacité financière doivent conduire à leur recentrage sur leurs fonctions spécifiques de référence et de recours sanitaires.

### Une grande facilité d'écriture

On ne saurait terminer cette recension sans mentionner deux particularités formelles. La première a trait à la longueur un peu inhabituelle de l'introduction (cinquante pages), laquelle se transforme de ce fait en une sorte de présynthèse très détaillée de l'ouvrage ; situation qui pourrait dissuader le lecteur potentiel – toujours pressé – de poursuivre la lecture du corps de l'ouvrage, hypothèse très dommageable.

La seconde concerne la construction des chapitres selon des développements linéaires (neuf paragraphes par chapitre) un peu à l'anglo-saxonne. Ce qui, malgré – ou à cause de – la très grande facilité d'écriture de l'auteur rend la lecture parfois un peu malaisée en raison des digressions, voire des redondances, qu'aurait sans doute évitées une structuration interne plus affirmée. Heureusement, chaque chapitre se termine par un cartouche intitulé « Essentiel » qui permet au lecteur de retrouver, si nécessaire, les lignes directrices de l'argumentation développée. ■

Guy DELALANDE  
Professeur émérite d'économie de la santé  
à l'université de Montpellier



*L'Aménagement sanitaire du territoire : stratégie et coordinations*  
LEH Édition,  
collection « Décideur Santé », 2016

# Manager dans la contrainte ?

## Tout part du terrain

Son enthousiasme détonne. Dominique Pon, 49 ans, dirige la clinique Pasteur, à Toulouse, premier établissement de santé privé français par son chiffre d'affaires, 110 millions d'euros en 2017. La clinique est leader national en cardiologie et considérée comme une référence en cancérologie. Son directeur n'ignore rien des contraintes budgétaires, que Pasteur, comme les autres, subit depuis des années. Mais son choix est clair : placer l'humain au centre de la vie professionnelle. Et travailler en confiance avec les équipes.

### **La clinique Pasteur a une culture d'entreprise particulière...**

Oui. Depuis son ouverture, en 1957, ses médecins actionnaires, 167 aujourd'hui, refusent de toucher le moindre dividende. Les bénéficiaires sont réinvestis dans notre outil de travail. Et nous avons initié depuis peu des regroupements régionaux et nationaux de cliniques privées, pour qu'elles puissent conserver leur indépendance. Je pense qu'il faudrait créer un fonds d'investissement français pour investir dans la santé ici, en France, à long terme, sur dix ou quinze ans. L'argent de nos cotisations sociales doit servir à mieux nous soigner et uniquement à ça.

### **Depuis quand dirigez-vous Pasteur ?**

Depuis 2011. J'y suis arrivé en 2001, comme informaticien. Avant, mes études d'ingénieur m'ont conduit à travailler sur des systèmes informatiques dans le cadre de la lutte antiterroriste, à Paris, en Allemagne et en Californie, dans une société qui concevait des systèmes de

traitement d'imagerie X pour la détection d'explosifs dans les bagages. À 32 ans, j'ai quitté un poste de directeur, pour repartir de la base, à Pasteur. Je souhaitais donner un maximum de sens à ma vie professionnelle. Comme directeur, j'ai essayé de décliner les valeurs historiques de la clinique, l'excellence, l'innovation et l'éthique, mais de façon moderne, dans le monde d'aujourd'hui.

### **Selon vous, les conditions de travail dans les établissements de santé se sont-elles dégradées ces dernières années ou est-ce un ressenti ?**

Elles se sont clairement dégradées. Les contraintes budgétaires et réglemen-

taires sont passées bien au-delà du raisonnable. On nous impose avec dix ans de retard des modèles déjà obsolètes de l'industrie, des modèles désincarnés, qui ignorent les dimensions émotives, affectives, c'est-à-dire ce qui fait l'être humain, dans une folle logique d'indicateurs et de processus. Il nous faut essayer de résister, car la santé est un secteur où des êtres humains prennent soin d'autres êtres humains. Alors si nous, dans notre secteur, nous ne sommes pas humanistes, qui va l'être ? À Pasteur, nous essayons, même si c'est difficile, et contre vents et marées, de fonder notre fonctionnement sur la confiance dans les gens.

### **Et comment la construisez-vous ?**

En l'accordant *a priori* et dès le départ à tous. Nous tentons le pari de l'humain. Or, habituellement, le monde du travail se méfie de l'humain, il cherche à le brider, à le contrôler. Pour moi, la confiance ne se bâtit pas sur des indicateurs. C'est tout le contraire : c'est parce que vous permettez à chacun de s'impliquer dans son travail, en tenant compte de ses propositions, de ses désirs, que vous bâtissez une relation solide et que les gens s'engagent dans un projet. Il faut croire en l'humain, y compris dans sa dimension irrationnelle. Même et surtout quand les temps sont durs.

**Nous tentons le pari de l'humain.  
Or, habituellement, le monde du travail  
se méfie de l'humain,  
il cherche à le brider, à le contrôler.**

# Dossier



**Le sens et la confiance créent l'énergie, favorisent l'innovation et sont le terreau de la performance, y compris économique.**

### **Comment voyez-vous votre rôle de directeur ?**

Je n'ai jamais cru au patron visionnaire qui porte à lui seul un projet pour son entreprise. Je crois en l'intelligence collective. J'ai plein de défauts, de failles, de manques, mais je me reconnais un talent : celui de savoir influencer les gens et de me laisser influencer par eux. À Pasteur, notre modèle de fonctionnement est avant tout montant : le rôle de la direction est d'essayer d'aider au mieux les gens à mettre en œuvre leurs propres idées. Les cadres et moi sommes là pour ça. Chaque fois que l'on travaille dans la confiance, c'est du terrain que vient l'innovation. Tout part du terrain.

### **Vous-même, vous rendez-vous souvent sur le terrain ?**

Oui. J'organise environ soixante-quinze réunions par an avec les salariés et

les médecins, le plus souvent possible dans leurs services. Je fais moi-même des immersions. J'ai appris à passer la mono brosse avec des hôtelières, à transporter les malades avec des brancardiers, à reconstituer des chimiothérapies, à faire des toilettes de malades au lit, etc.

Tous ces professionnels de santé sont franchement admirables. Ce sont mes héros. Je les admire et les aime profondément. Ils me donnent de l'énergie pour porter des projets collectifs, pour eux, pour nous, pour nos patients. Et j'espère que cette énergie atténue un petit peu les effets des contraintes qui pèsent sur notre établissement comme sur tous les autres...

### **Atténuer seulement les effets des contraintes ?**

Oui, parce que, malgré le travail d'alerte de nos syndicats, les baisses tarifaires

drastiques et répétitives fragilisent énormément nos établissements. En attendant, il faut quand même essayer de sortir de cette atmosphère catastrophiste et anxiogène, et se concentrer sur ce que nous parvenons à réaliser de positif dans notre secteur. C'est comme pour les banlieues : même s'il y a des difficultés, montrons ce qui est bien, montrons ce qui est beau. C'est la seule façon de redonner confiance et de réimpulser une dynamique positive.

### **Quelles initiatives de terrain avez-vous concrétisées ?**

Il y en a tous les jours. Ce matin, par exemple, lors d'une réunion sur le circuit patient, des soignants ont eu l'idée d'une salle d'attente tampon, pour faire face à l'augmentation des cadences. Banco, nous allons l'ouvrir d'ici à un mois ! Un autre exemple récent : des

salariés ont souhaité ouvrir une salle de sport à Pasteur, gratuite pour les salariés et les patients.

Nous avons aussi créé des jardins potagers sur les toits de la clinique, animés par ses retraités – j'ai appris depuis qu'une école y a installé un hôtel à insectes et un abri pour les chauves-souris ! Une autre fois, Martine, une aide-soignante de nuit, est venue me proposer un partenariat avec une régie de quartier pour la réinsertion de gens issus de l'immigration. Depuis, grâce à Martine, trois emplois ont été créés ! Mais les salariés peuvent aussi proposer des idées pour faire des économies, en triant mieux les déchets et en valorisant certaines filières, comme celle des embouts en platine de sondes de rythmologie !

### **Là, justement, vous gagnez de l'argent !**

Oui, mais si vous ne raisonnez qu'en termes financiers avant de lancer un projet, vous pouvez passer complètement à côté d'une dynamique possible. Et c'est la dynamique qui crée la valeur dans une organisation de travail, pas l'inverse. Un jour, le personnel de la restauration m'a proposé de planter nos propres légumes sur un terrain exploité par un Esat et d'embaucher en contrepartie des adultes handicapés en cuisine. Le sens et la confiance créent



## **Aider l'innovation nous apporte une part de rêve, et le rêve a une valeur immatérielle inestimable dans une entreprise !**

l'énergie, favorisent l'innovation et sont le terreau de la performance, y compris économique.

### ***Vous avez aussi créé un accélérateur de start-up, le Hi-Lab ?***

Oui, pour favoriser l'innovation numérique au service du patient. Là encore, les idées viennent souvent du terrain. Comme celle de contrôler l'administration des poches de chimiothérapie, les prélèvements sanguins ou la gestion des brancardages via des IPod. Le personnel est fier de participer à la conception de ces innovations.

L'une des dix start-up avec lesquelles nous collaborons développe une plateforme de télésanté. Cela permet, dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD), de connecter le patient avec son médecin traitant, la clinique Pasteur et les soignants à domicile. Une autre vend dans le monde entier des systèmes de retransmission vidéo pour les salles de bloc, une autre est en train d'être créée pour développer des services numériques aux patients hospitalisés.

### ***Quels accords concluez-vous avec les start-up ?***

Des gens viennent nous voir avec une nouvelle technologie. Si nous y trouvons un usage, nous leur disons : « *Vous le développez avec nous et nous le finançons.* » Nous entrons alors dans le capital et sommes très vigilants à toujours rester en dessous de la minorité de blocage, afin de laisser l'entrepreneur diriger en toute liberté. Nous ne leur demandons ni dividendes ni sortie ou plus-value. Aider l'innovation nous apporte une part de rêve, et le rêve a une valeur immatérielle inestimable dans une entreprise !

### ***Le domaine de la santé utilise-t-il encore trop peu le numérique ?***

C'est évident. On avance encore trop lentement. Comment se fait-il par exemple qu'il y ait encore si peu de services numériques pour les patients (préadmissions, accès à son dossier médical, éducation thérapeutique, paiement en ligne, etc.) alors que tous les autres secteurs d'activité (hôtellerie, restauration, transport, etc.) proposent déjà ce genre de services depuis bien longtemps ?

### ***Mais vous connaissez bien des échecs ?***

Bien sûr. Tous les jours, on se plante ! Mettre en œuvre un système basé sur la confiance et les initiatives est plus complexe que de mettre en œuvre un modèle basé sur la méfiance et les processus. Un régime dictatorial est plus simple à gérer qu'une démocratie, mais je préfère vivre en démocratie !

### ***Votre philosophie peut-elle être aussi mise en œuvre dans le secteur public ?***

J'en suis convaincu car il y a des gens fantastiques dans les hôpitaux. Toutes ces valeurs humanistes sont celles des gens qui se sont engagés dans le service public. L'hôpital porte des valeurs auxquelles je suis très attaché et qui constituent un socle formidable pour la société française. Il faut absolument redonner confiance à tous, retrouver du sens et sauver notre système de financement basé sur la solidarité. ■

Propos recueillis par  
Marie HIANCE  
Déléguée nationale

# Exploitation des données, action !

L'exploitation des données de masse des établissements de santé et des politiques publiques est en marche. Une révolution qui permet un meilleur pilotage des établissements au profit des patients. La preuve ici en trois études de cas.

**A**cteurs clés du monde de la santé, les établissements hospitaliers n'échappent pas à la révolution du *big data*, la collecte et l'exploitation de données de masse. Que ces données soient produites directement par eux ou soient publiques, leur exploitation et leur maîtrise représentent à la fois un défi clé et une opportunité majeure pour le manager hospitalier. La *data*, ce nouvel atout alimenté chaque jour par la consolidation mécanique du flux permanent des données qui traversent l'hôpital, doit permettre à son manager de com-

sur la voie de la concrétisation opérationnelle des préconisations et des constats dégagés par l'analyse statistique.

Cet article propose d'illustrer les apports de la révolution data au sein de l'hôpital à travers trois exemples, où la *data* a permis aux hôpitaux de renouveler en profondeur leur compréhension des enjeux propres à leur organisation et à leur environnement, pour prendre au final les décisions à même d'améliorer structurellement et de façon pérenne leur fonctionnement général (expertise *data* fournie par le cabinet Veltys).

## Étude 1: objectiver et mesurer la précarité des établissements de santé

Multidimensionnelle, protéiforme et souvent difficile à appréhender, la précarité est souvent perçue au sein de l'hôpital comme le premier facteur des difficultés d'organisation des établissements, dont les effets négatifs sont mal valorisés par les modèles de financement actuels.

Le cabinet Veltys utilise une approche data innovante qui croise les données de l'établissement hospitalier au niveau le plus fin avec des données publiques fournies par l'Insee. Grâce à cela, il a développé une méthodologie statistique et économétrique permettant de cartographier, d'objectiver et de quantifier subtilement la préca-

**La force probante de l'objectivation apportée par la *data* permet le plus souvent de réconcilier des points de vue et des sensibilités variés.**

prendre son environnement encore plus finement. Ce nouvel éclairage lui offre de nouveaux moyens d'action, les pistes objectivées de la réinvention des parcours, des usages et des pratiques. Mais pour cela, le manager doit exploiter les analyses, les mettre en perspective, en faisant attention aux travers qui menacent ce type de démarche et à condition d'accepter surtout, au quotidien, de faire parler l'existant autrement, en guidant le traditionnel dialogue de gestion vers un partage d'informations *data driven*, c'est-à-dire orienté par les données. À cet instant, la force probante de l'objectivation apportée par la *data* permet le plus souvent de réconcilier des points de vue et des sensibilités variés, pour emmener un collectif



rité d'origine des patients au sein des établissements, et d'en mesurer l'impact pur sur les performances des EPS (recouvrement, DMS sociale, etc.). D'où la capacité, pour le manager hospitalier, d'agir structurellement sur l'organisation de son établissement, en redéfinissant le parcours patient pour tenir compte des spécificités de sa patientèle. En objectivant les ressentis des personnels hospitaliers, la *data* lui offre aussi les clés d'un meilleur dialogue de gestion. Sur la base de ce dialogue, le manager pourra déployer des actions qui permettent d'améliorer globalement la prise en charge des patients tout en assurant la cohésion et la montée en compétence des équipes.

**Adopter une approche *data* [...] offre des perspectives considérables dans l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'organisation générale et la gestion des hôpitaux.**

### À l'échelle nationale

Outre les bénéfices apportés aux établissements, l'approche *data* de la précarité offre aussi aux tutelles et aux décideurs de nouveaux outils pour améliorer le pilotage des établissements et optimiser l'organisation de l'offre de soins à une échelle nationale. En effet, cette approche, totalement reproductible et industrialisable, a l'avantage de pouvoir s'appli-

quer à tous les établissements et de pouvoir les comparer, pour une compréhension globale des enjeux liés à la précarité. Le projet d'optimisation du recouvrement de la chaîne de facturation (Orfeh) illustre cette volonté. Il a déjà mis en place cette méthodologie dans seize établissements franciliens et témoigne du souhait des décideurs de déployer la *data* à grande échelle.

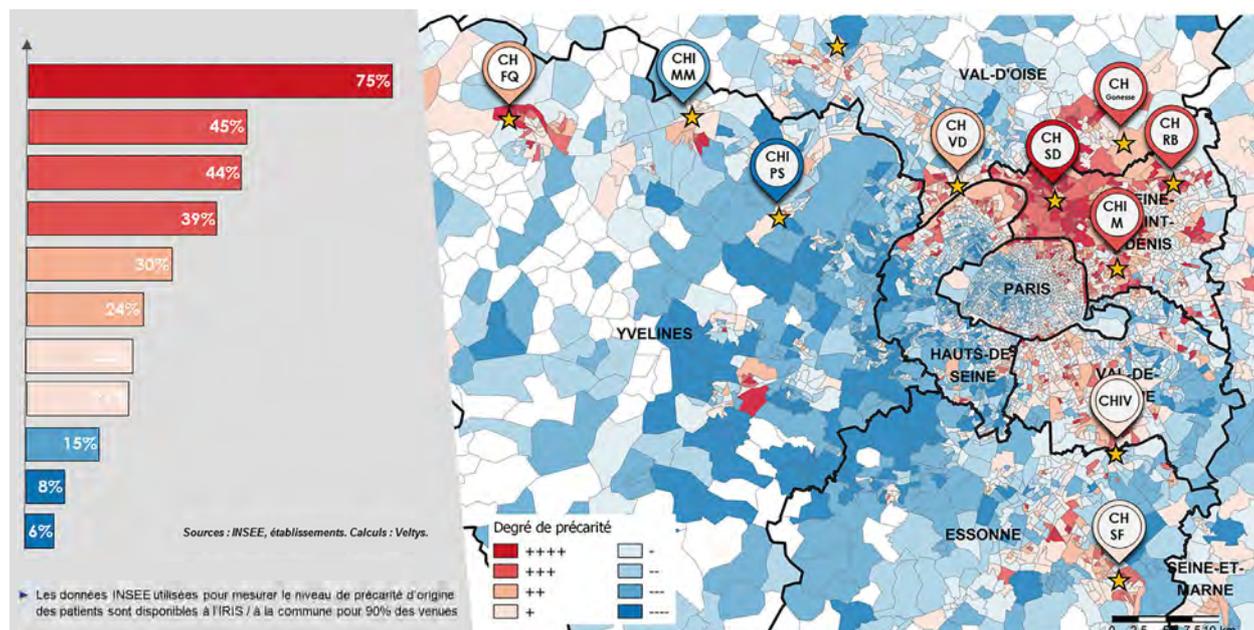
## Étude 2 - Comprendre et organiser le recours aux urgences dans les centres hospitaliers généralistes

Autre avantage de la *data* : elle permet aux établissements de détecter, d'anticiper et d'améliorer les parcours patient atypiques qui pèsent sur leur organisation. À ce titre, le recours aux urgences générales constitue un défi récurrent

pour tous les établissements généraux. C'est un défi que la *data* permet d'objectiver et d'optimiser pour assurer la meilleure prise en charge des patients, tout en limitant le poids de ce parcours sur le fonctionnement de l'établissement.

À partir d'une étude réalisée sur onze centres hospitaliers généraux, le cabinet Veltys a analysé le recours aux urgences générales. Cela a permis d'objectiver les déterminants de ce recours et d'aider les établissements, et leurs tutelles, à com-

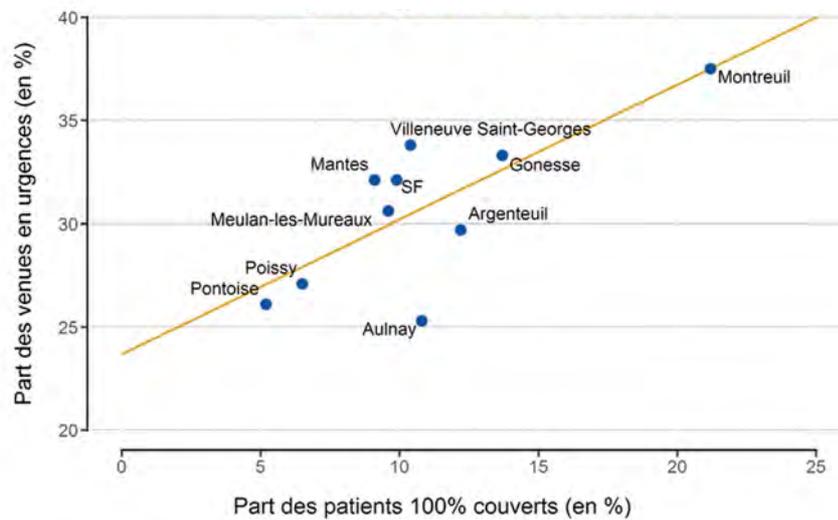
### Part de patients précaires par établissement



prendre et à mieux anticiper les venues en urgence, et leur impact sur l'organisation générale de l'hôpital (programmation, facturation, recouvrement, etc.). Il en ressort qu'un bon prédicteur du niveau de recours aux urgences est la proportion de patients couverts à 100 % pris en charge par l'hôpital, loin devant la précarité d'origine ou encore l'âge du patient (*figure ci-contre*).

Grâce à l'analyse des données portant sur les venues aux urgences externes de ces centres hospitaliers, il a été possible de montrer que la part des venues augmente largement avec celle des patients couverts à 100 %. Le résultat est largement contre-intuitif dans la mesure où ces patients surconsommateurs d'urgences mais couverts à 100 % peuvent bénéficier d'une prise en charge classique dans des parcours programmés. Il faut donc les informer davantage sur les droits dont ils bénéficient, ce qui allégera

**La part de venues aux urgences augmente avec la part de patients 100 % couverts**



le poids des urgences dans l'organisation de l'hôpital.

Plus largement, cette étude démontre encore une fois la pertinence d'une approche *data*, seule à même d'objectiver des résultats que les intuitions terrain ne

permettaient pas d'envisager. En outre, elle invite à s'interroger sur l'impact que pourrait avoir la densité médicale sur le recours aux urgences externes. Et cela donne aux décideurs les clés d'une compréhension fine de l'organisation de l'offre de soins.

### Étude 3 - Réinventer le parcours de soins des patients souffrant de cancer métastatique

#### Un parcours de soins totalement optimisé

Parce que l'approche *data* est applicable de la même manière à tous les types de problématiques, il est possible de l'utiliser pour traiter des questions aussi complexes et spécifiques que la prise en charge des patients souffrant de cancer métastatique. Cela permettrait d'identifier les leviers et les stratégies à disposition des centres de lutte contre le cancer (CLCC) pour améliorer leurs traitements et, plus largement, pour imaginer un parcours de soins totalement optimisé.

Cette problématique est au cœur du projet d'établissement de Gustave-Roussy, premier centre européen de lutte contre le cancer, qui fait de la *data* l'un des fers de lance de sa stratégie et de son pilotage. À partir d'un travail réalisé avec le cabinet Veltys sur la base des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de l'établissement, l'approche *data* a permis, en

lien avec la littérature scientifique la plus poussée, de démontrer et de mesurer l'effet positif des soins palliatifs sur la diminution du recours aux urgences des patients dont l'état de santé est le plus grave. Et ce d'autant plus que l'entrée en phase palliative se fait de façon précoce. Nourri de ces conclusions, Gustave-Roussy mène une réflexion d'envergure sur la possibilité d'inventer un nouveau parcours de soins qui pourrait permettre d'anticiper beaucoup plus en amont la nécessité de prodiguer des soins palliatifs aux patients souffrant de cancer métastatique, grâce au développement d'outils prédictifs. Plus largement, ces travaux ouvrent la voie à une prise en charge optimisée. Celle-ci combine de façon plus efficace le curatif et le palliatif. Elle permet aussi d'envisager un renforcement de la collaboration entre les CLCC et les unités de soins palliatifs dans une logique de soins centrée sur le patient complètement réinventée.

#### Conclusion

À La lumière de ces trois exemples, on voit qu'adopter une approche *data* pour comprendre et agir sur les problématiques qui incombent aux établissements de santé offre des perspectives considérables dans l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'organisation générale et la gestion des hôpitaux. Les établissements sont des acteurs clés dans le parcours patient et ils doivent jouer un rôle majeur dans lequel la *data* et ses outils peuvent largement les aider. Cette approche est impérative pour faire parler leurs données et améliorer leur stratégie et leur organisation. ■

Guillaume CHESNEL  
Directeur adjoint  
Institut Gustave-Roussy  
Pour le think tank Nouvel'R



# Comment libérer les managers

THINK TANK NOUVEL'R

## Travailler sous contrainte : une opportunité pour manager autrement ?

**La contrainte peut nous aider à inventer des méthodes de management où chacun devient plus créatif. Comme celle des « hôpitaux magnétiques », où il fait aussi bon travailler que se faire soigner. C'est l'occasion de moderniser le fonctionnement des établissements. Il doit s'adapter au progrès de la médecine actuelle et rompre avec les vieux systèmes.**

### **La contrainte nous limite-t-elle ou peut-elle se transformer en multiples tremplins ?**

Affirmer que diriger des établissements sanitaires et médico-sociaux se fait de plus en plus sous la contrainte est devenu un lieu commun. Si ce contexte complique la tâche du manager, cela nous pousse à réfléchir à la meilleure manière d'intégrer des libertés et des désordres qui puissent apporter créativité et adaptabilité... et, finalement, une plus grande latitude d'action, pour agir ensemble. L'absence de visibilité est un obstacle pour le manager qui veut réaliser les missions qui lui sont confiées. Mais elle peut être l'occasion d'innover. Cela demande d'envisager des stratégies d'ajustement et de chausser les bonnes paires de lunettes pour ne pas aller dans le mur. Il faut responsabiliser et déléguer, résister et s'adapter, renoncer ici pour gagner ailleurs, inventer des méthodes managériales qui permettent aux équipes d'adopter des attitudes à la fois volontaires et créatives.

Le manager qui saura faire preuve de sagacité pourra transformer l'essai. Dans un milieu en mutation, nous devons élaborer une vision partagée de nos structures de santé de demain, ouvrir des espaces de coconstruction et créer les conditions d'une émancipation individuelle.

### **Une autre voie peut surgir**

La voie des « hôpitaux magnétiques », ceux où il fait aussi bon travailler que se faire soigner, et de l'innovation « disruptive » qui rompt avec le vieux système est-elle une piste ?

Né aux États-Unis dans les années 1980, après une pénurie de personnel dans les

hôpitaux publics, le concept d'« hôpital magnétique » a produit une littérature très fournie<sup>1</sup>. L'attractivité de ces hôpitaux vient tout droit de leur capacité à tendre vers un modèle dont la dimension de transformation managériale, au sens large, est le premier facteur de développement<sup>2</sup>. Il ne s'agit pas de réduire le choix entre d'une part l'hôpital idéal, sans autre structure managériale que classique et pyramidale, et d'autre part l'hôpital « entreprise », souvent mal perçu, où chaque pôle d'activité serait indépendant des autres, et sans vision institutionnelle. Une autre voie, constructive et pertinente, peut surgir, où les pôles d'activité ont une existence fonctionnelle et non fictive.

L'organisation du centre hospitalier de Valenciennes (*encadré ci-contre*) tend vers l'innovation « disruptive » décrite par Clayton Christensen<sup>3</sup> et appliquée au champ de la santé, en particulier aux hôpitaux publics. Ses piliers, intégrés au fonctionnement de l'établissement, sont les suivants : technologies sophistiquées,

**L'attractivité hospitalière doit suivre les exigences de la médecine actuelle qui, à travers ses progrès constants et rapides, requiert une structure hospitalière moderne, en rupture avec les systèmes plus classiques.**

# en coulisses

## publics de santé ?

innovantes, qui simplifient le quotidien ; modèle économique innovant et *low cost* ; écosystème (système de valeurs) cohérent du point de vue économique ; régulation qui n'entrave pas le changement mais le facilite.

Il semble donc capital de poser la question du management sous contrainte des établissements sanitaires et sociaux dans le cadre de réformes plus audacieuses. L'attractivité hospitalière doit suivre les exigences de la médecine actuelle qui, à travers ses progrès constants et rapides, requiert une structure moderne, en rupture avec les systèmes plus classiques. C'est à ce prix que la performance sera intégrée à nos pratiques, à travers un système de soins attractif et de haute qualité pour tous les professionnels, avec, comme bénéficiaires, les patients. ■

Julie ZIMMERMANN  
Directrice de la stratégie  
CH de Valenciennes  
Pour le think tank Nouvel'R

1. Y. Brunelle. « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et organisation des soins*, 2009/1 (vol. 40). DOI : 10.3917/pos.401.0039

2. A. Colin, Q. Demanet, E. Paul, « *Magnet hospitals* et attractivité hospitalière, quelle articulation ? », *Gestions hospitalières*, n° 544, mars 2015.

3. J. Dyer, H. Gregersen, C. Christensen, "The innovator's DNA: mastering the five skills of disruptive innovators", *Harvard Business Review Press*, 2011.

### Centre hospitalier de Valenciennes

**Quand la délégation de pôle et la gestion médicalisée d'un établissement de santé sont sources d'attractivité médicale.**

**A**u centre hospitalier de Valenciennes, la délégation confiée aux chefs de pôle médecins, et aux trinômes de pôle qu'ils forment avec un cadre gestionnaire et un cadre supérieur de santé, s'étend sur un large spectre. Le périmètre est suffisant pour qu'ils aient de quoi intervenir ensemble :

- ressources humaines non médicales : propositions de recrutement, évaluations, gestion du temps de travail, formations, gestion administrative ;
- ressources humaines médicales et recherche clinique : propositions de recrutement et suivi des contrats, permanence de soins, temps de travail, suivi des conventions, gestion des budgets de recherche clinique générés par les services ;
- gestion du budget (près de 90 % du budget polaire est délégué) : personnel médical et non médical, dépenses à caractère médical, dépenses hôtelières et générales, amortissement, préparation et suivi de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Sur ce point précis, une comptabilité analytique fine et des indicateurs sont construits selon les spécificités des différents services des pôles, avec la volonté non pas de contrôler, mais de piloter en harmonie et avec responsabilité.

#### Gestion proactive des projets

Au-delà de ce fort niveau de délégation polaire, c'est bien la gestion de l'établissement dans son ensemble qui s'avère hautement médicalisée. À travers la description synthétique de notre fonctionnement se dégagent les axes d'attractivité pour les médecins :

- gouvernance et prise de décision fortement médicalisées qui permettent de se positionner au plus près des réalités voulues par la médecine actuelle. Cette vision intègre et promeut aussi la nécessaire qualité de vie au travail pour les médecins et un environnement de travail interdisciplinaire de qualité ;
- responsabilisation réelle des médecins managers, à la fois dans la gestion du périmètre de leurs activités et dans le recrutement des praticiens ; vision personnalisée des carrières ; appréhension d'enjeux stratégiques de développement d'activités ; gestion des statuts. Les investissements institutionnels font l'objet d'une rémunération complémentaire - validée en toute transparence en CME et par le directoire - qui favorisent l'investissement des praticiens dans leurs fonctions polaires et/ou transversales, comme celles de président de CME, de membres du directoire, de chefs de pôle, et dans les commissions transversales ;
- plus grande adaptabilité malgré les lourdeurs inhérentes au statut de praticien hospitalier. Elle laisse aux médecins une part de créativité et la possibilité d'un investissement durable et cohérent au sein de leurs spécialités ;
- gestion proactive des projets, dans toutes leurs dimensions. Le médecin peut s'appuyer sur un outil performant au service du soin et de la qualité de prise en charge des patients. Les circuits longs sont bannis et ce modèle s'inscrit en rupture avec les fonctionnements hospitaliers plus classiques. ■

## BUREAU INTERPROMOTION

# Manager sous la contrainte ?

**La contrainte, certes plus forte aujourd'hui, fait l'essence même de nos métiers. Non subie, elle peut être un moteur pour améliorer la qualité de nos établissements. Mais pour qu'elle devienne une réelle opportunité, il faut se tourner vers l'innovation. À ce titre, l'EHESP devrait enrichir son cursus d'options tournées davantage vers la nouveauté.**

**É**lève directeur d'hôpital et responsable du bureau interpromotions de l'EHESP, je me suis interrogé sur la façon dont l'école prépare les futurs managers de la fonction publique hospitalière à faire face à la contrainte qui pèse sur nos établissements aujourd'hui. Je suis convaincu que l'ensemble de ma promotion a choisi sa profession en ayant conscience des pressions qui pèsent sur le métier. « Manager sous la contrainte » est même un défi stimulant pour beaucoup d'entre nous. Le métier

La formation de l'EHESP répond déjà en partie à ces défis managériaux. Les élèves ont des enseignements fondamentaux communs qui leur permettent de bénéficier d'un socle technique en gestion. Il s'agit entre autres de cours de finances, de contrôle de gestion, de gestion des ressources humaines ou encore de procédures d'achat. Pour les rendre plus concrets, des études de cas et des mises en situation réelles sont régulièrement proposées. Des professionnels interviennent auprès des élèves et font

peut être un moteur. Piloter la performance par la qualité est un créneau gagnant, dans la mesure où améliorer la qualité aide à l'efficacité économique de nos établissements. En ce sens, les stages à l'étranger proposés par l'EHESP aux élèves directeurs stimulent leur ouverture d'esprit, ce qui les aidera à innover ensuite, en France. À titre d'exemple, et comme j'ai pu le constater en stage au Canada, l'implication du patient partenaire dans les établissements de santé est un gage d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mais aide aussi à optimiser les organisations. Pendant leur formation, les futurs managers hospitaliers doivent encore être plus sensibilisés à l'importance des innovations technologiques. Celles-ci ne se résument pas à une charge financière supplémentaire à court terme : à moyen et long terme, elles rendront la médecine plus efficace et moins coûteuse pour la société. Les futurs directeurs d'hôpital doivent par exemple être parfaitement formés à l'extension du virage ambulatoire et à ses impacts sur les structures de soins. Le 30 novembre 2017, les élèves directeurs d'hôpital de la promotion Camille-Claudiel ont organisé un colloque sur les innovations au bloc opératoire et leur potentiel.

La contrainte fait l'essence même de nos métiers. Elle est certes plus forte aujourd'hui mais elle peut motiver davantage les équipes à se réinventer et à trouver les solutions de demain. Préparons nos futurs collègues à ce défi stimulant. ■

Nabil JANAH  
EDH, en stage aux hôpitaux universitaires  
Paris Seine-Saint-Denis (AP-HP)  
Président du Bureau InterPromotion (BIP)

**Piloter la performance par la qualité est un créneau gagnant, dans la mesure où améliorer la qualité aide à l'efficacité économique de nos établissements.**

de directeur, et plus largement celui d'encadrant, exige de pouvoir gérer des situations avec une marge de manœuvre réduite. Or, d'une part, la FHF a rappelé que le déficit des établissements publics de santé atteignait 1,5 milliard d'euros fin 2017, soit trois fois plus qu'en 2016. D'autre part, l'hôpital est un milieu complexe, soumis plus que d'autres structures à un cadre législatif et réglementaire évolutif, qui conduit les équipes à s'adapter sans cesse. Enfin, les établissements s'inscrivent dans un territoire dont les limites potentielles, bien qu'extérieures à l'établissement, doivent être prises en compte dans la stratégie d'ensemble de tout manager hospitalier. Manager sous la contrainte renvoie donc à une réalité plurielle.

part de leur expérience quotidienne. Outre les enseignements fondamentaux, chaque filière de formation prévoit un stage de professionnalisation pour confronter les élèves au terrain et les sensibiliser au management des équipes.

### **L'importance des innovations technologiques**

Toutefois, la formation proposée à l'EHESP gagnerait à s'enrichir d'options tournées davantage vers l'innovation et le progrès, pour faire de cette contrainte une opportunité. En effet, la pression économique pousse nos établissements et leurs cadres à imaginer de nouveaux modes de gestion, qui préservent la qualité des soins et des prises en charge tout en améliorant l'efficacité de nos structures. La contrainte, si elle n'est pas subie,

## CLUB JEUNE GÉNÉRATION

# « Parce que la forme est contraignante, l'idée jaillit plus intense »

(Baudelaire)



**Comment libérer les managers de santé de la contrainte ? Et s'il s'agissait moins de s'en libérer que d'y faire face avec sérénité parce qu'on a su se réserver des marges de manœuvre, qu'on a su communiquer avec ses équipes et stimuler leur créativité...**

Le système de santé est soumis à des tensions fortes : progression du recours aux soins, maîtrise rigoureuse des finances allouées aux soins prodigués, multiplication des normes, augmentation des réorganisations, etc. Les managers de santé perçoivent une contrainte de plus en plus pesante dans tous les domaines : financier, réglementaire, politique, etc. Elle rend le management plus difficile, au point qu'ils la ressentent comme une réduction de leurs marges de manœuvre. Dès lors, faut-il combattre la contrainte pour sauver le management en santé ?

À première vue, la question semble paradoxale : manager, c'est gérer la contrainte. Et celle-ci est d'abord le terrain d'exercice du manager. C'est l'exigence qu'il doit porter. Et elle stimule l'imagination, source d'opportunités nouvelles. Au-delà des contraintes de court terme, le manager doit exercer son action dans une perspective de long terme.

Pour autant, l'absence de choix politiques, l'insécurité juridique, l'incertitude financière, l'accélération du temps, la quête de résultats sont des obstacles qui compliquent son rôle. Au fur et à mesure qu'augmente la contrainte, le manager court le risque que les changements qu'il porte apparaissent de plus en plus irréalistes aux yeux des personnes qu'il dirige. Pouvoir anticiper les effets des politiques publiques lui permettrait d'être plus crédible.

Pour le manager, il s'agit donc moins de se libérer de toute contrainte que d'en

tenir compte en étant crédible, serein, et en anticipant. Renoncer à certains projets, choisir ses ambitions, modérer le poids de certaines contraintes, sont autant de leviers managériaux.

L'attitude face à la contrainte se construit tout d'abord dans la communication managériale. Un travail de pédagogie auprès de ses équipes qui font face à une contrainte réelle, mais parfois ressentie comme écrasante, est alors primordial pour retrouver le sens de l'action. Mettre son énergie à rappeler l'objectif partagé de la collectivité et à donner du sens au changement induit par une nouvelle contrainte peut constituer une forme de libération.

## Conservé la confiance

En cela, le manager mesure aussi ses marges de manœuvre et détermine les possibles aménagements du changement, dans sa forme ou dans son calendrier. Trop d'exemples de réformes récentes montrent que des changements imposés à marche forcée n'ont pu aboutir à une mise en œuvre satisfaisante, faute de temps pour mobiliser sereinement les acteurs de terrain. Il est alors de la responsabilité et du rôle direct des managers de santé de rendre crédibles des changements contraignants.

Pour se libérer de la contrainte, le manager de santé doit savoir réinvestir son espace d'autonomie, et favoriser l'innovation et la créativité des acteurs de terrain. Pour composer avec les contraintes,

son aptitude à mobiliser une communauté et à y faire émerger des propositions pragmatiques, par exemple sous la forme d'expérimentations, sera déterminante. La capacité du manager à s'appuyer sur les différents professionnels de son organisation pour remettre en question les fonctionnements en place est essentielle. En somme, internaliser la contrainte, sans se laisser étouffer par elle.

Libérer les managers de santé de la contrainte dépend donc de notre aptitude à garder une approche managériale en toutes circonstances, quel que soit le niveau de contrainte. Si l'exercice peut parfois sembler difficile, il repose d'abord sur notre capacité à conserver la confiance des acteurs de terrain et à leur donner des marges de manœuvre pour innover sous contrainte. Il est parfois reproché au ministère de la Santé ou aux ARS d'opérer des actions de recentralisation à mesure que s'intensifie la contrainte financière. Il est de la responsabilité des managers de santé de procéder différemment vis-à-vis de la communauté hospitalière alors même que l'hôpital est confronté à des contraintes de plus en plus fortes : éviter la mise en place d'un « management d'exception » centralisateur, mais gérer les contraintes en respectant le principe de subsidiarité. ■

Conrad BREUER  
Directeur adjoint, CH du Mans  
Yoann LAGORCE  
Directeur adjoint, CH de Roubaix  
Antoine LOUBRIEU  
Directeur adjoint, CH du Mans  
Pour le Club Jeune Génération

# CATÉGORIES

## Relever le défi des contraintes par l'engagement collectif

**Le directeur d'hôpital doit relever le défi de nombreuses contraintes. Il ne pourra continuer à trouver des solutions pour y répondre sans l'engagement collectif.**

**M**ais quelle idée ! Imaginer que la contrainte puisse illustrer la pratique des directeurs d'hôpital ! Directeur d'hôpital, un métier sous contrainte ? Vous plaisantez, Madame ! Le directeur d'hôpital ne subit pas la contrainte, il est la contrainte. Particulièrement au cours des derniers mois, où ont fleuri articles et hashtags à charge, on a décrit les directeurs d'hôpital comme des empêcheurs d'hospitaliser en rond. Comme d'affreux comptables au cœur froid. Ou encore de piètres logisticiens.

Trêve de caricature, il est utile de passer outre le clivage autonomie/contrainte qui caractérise aussi bien nos établissements que nos conditions d'exercice.

Car longtemps l'hôpital a été considéré comme un terrain de liberté managériale, au contraire de l'administration de l'État, souvent considérée comme ultra-hiérarchisée, ou même des collectivités territoriales, liées pour le manager au fait politique. Le directeur d'hôpital, ordonnateur, recruteur, la plupart du temps évaluateur, organisateur, responsable – notamment de l'admission des malades – et adjudicateur des marchés ne connaîtrait donc pas son bonheur par rapport à ses homologues des deux autres fonctions publiques.

De fait, avec la mise en place des GHT, une part de ces attributions est remise en cause,

au moins pour certains collègues. Et on peut s'interroger, ici, sur l'avenir de nos fonctions, à titre individuel, ou du métier, à titre collectif. Certains de nos collègues se demandent si l'intérêt évident de nos fonctions, dans leur diversité et dans leur autonomie, perdurera.

L'autre difficulté pour les directeurs : accepter la nouvelle batterie de contraintes dans un milieu qui, lui-même, n'a sans doute jamais été aussi enserré dans un carcan, qu'il soit budgétaire, concurrentiel, technique, juridique ou sociétal.

Regardons les faits par type de contrainte, et les conséquences de chacune d'entre elles, sur l'équilibre du management.

*Quid* de la contrainte budgétaire ?

Elle est la plus visible car la plus décriée par les professionnels et même, c'est un peu inédit, par les pouvoirs publics eux-mêmes. Elle est source de crispation aiguë et porte des accusations de maltraitance managériale. Pourtant, notre responsabilité de hauts fonctionnaires, est de tenir les objectifs de maîtrise de dépenses publiques. Les directeurs font de ce principe leur exercice quotidien mais, aujourd'hui, ils sont comme tous les hospitaliers : à la limite de leur inventivité, avec un modèle de financement dépassé.

Là, surgissent la contrainte organisationnelle et les nécessaires recompositions qui feront parfois – ou sans doute, c'est à voir – se réconcilier offre de soins et rationalité économique. C'est l'objet même de la stratégie de groupe public : à plusieurs on est plus fort face à la concurrence et... dans un contexte de raréfaction des ressources. C'est vrai, pourvu que l'État joue son rôle dans la définition conjointe des solutions de recomposition dans les territoires. À ce jour, les situations sont contrastées, donc plus ou moins bien ressenties par les collègues.

## Une équation difficile à résoudre

Pour les contraintes juridiques, on peut dire qu'elles sont très bien comprises, dans un pays attaché au droit écrit. Mais elles sont rejetées quand elles deviennent inflationnistes ou contradictoires. Souvenons-nous, par exemple, du décret sur l'exclusion du bénéfice de la prime d'exercice territorial (PET) en dessous des 20 km en zone francilienne ou très urbanisée, ou de l'imbroglie juridique engendré par la mutualisation de la fonction achat dans les GHT. Ce sujet, ancré par sa nature même dans l'action publique, il revient aux hospitaliers et à leurs directeurs d'être force de proposition, pour que le droit soit l'allié de l'action sur le terrain et non un poids qui annihilerait leur créativité.

La contrainte sociétale, quant à elle, consiste pour l'hôpital public à résoudre l'équation de l'accès aux soins pour tous et de la participation à l'innovation permanente. Et elle est sans doute celle pour laquelle toutes les communautés se mobiliseront le plus facilement, car elle fait sens avec l'ensemble des missions du service public hospitalier.

Mais ne nous y trompons pas, l'équation ne se résout pas d'elle-même. Chaque hiver, à qui reproche-t-on de ne pas disposer de lits suffisants pour accueillir tous les patients en période épidémique ? Et tout au long de l'année combien d'arbitrages à rendre sur le développement d'activités qui ne peuvent remplir tous les objectifs à la fois ?

C'est entendu, voilà encore un sujet que le directeur d'hôpital et son équipe portent et porteront sur leurs épaules. Une fois de plus, le challenge de la contrainte sera accepté, mais à condition que tous les partenaires prêtent enfin une oreille attentive à tout ce qui pèse sur la décision à l'hôpital.

Dernier souhait des directeurs d'hôpital : que chacun contribue à sortir du malaise suscité par la recherche tous azimuts d'un bouc émissaire aux situations dont tout le monde s'accorde à rejeter les souffrances qu'elles engendrent.

Le collectif comme outil de préservation de l'innovation à l'hôpital et de limitation des contraintes : beau programme ! ■

### 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

# Manager dans la contrainte Jusqu'à la rupture ?

**La contrainte budgétaire s'impose, de plus en plus dure. Mais il y a aussi toutes les autres : les familles de plus en plus exigeantes, les injonctions paradoxales, le temps qui manque et nous oblige à effectuer deux journées en une, les mouvements sociaux à contenir... Tout cela jusqu'à quand ?**

**J**e fais, tu fais, il fait, nous faisons tous un beau métier, mélange de grands moments, de joie, de partage, de projets et de rencontres. Nous prenons plaisir à ce que nous réalisons, pour les personnes âgées, pour les personnes handicapées, pour les enfants et les adolescents que nous accueillons et suivons au quotidien. Mais combien d'obstacles devons-nous contourner, combien de contraintes devons-nous tenter d'éviter, ou subir, pour y arriver et faire en sorte que chaque jour se passe bien, pour la satisfaction de nos usagers !

En tout premier lieu se pose la question de la contrainte budgétaire. Comment faire toujours plus et toujours mieux avec des moyens qui se réduisent ou qui stagnent ? La dernière réforme de la tarification ajoute de nouvelles difficultés à celles que nous connaissons déjà et nous amène à des choix souvent douloureux. Comment faire face à une dépendance, à un handicap, à une pathologie qui va en s'aggravant, comment prendre en charge des résidents de moins en moins valides et autonomes avec des effectifs constants depuis plus de dix ans et des règles de calcul des dotations qui se réduisent chaque année ? Vient ensuite la question du taux d'occupation de nos établissements. Les recettes d'hébergement font les possibilités de dépenses. Une journée sans facturation est une journée sans recette. Nous devons aussi être des gestionnaires efficaces et intransigeants tout en restant humains, en comprenant et en

accompagnant les résidents, les usagers et leurs proches dans la souffrance, la douleur et la détresse. Cette contrainte est importante.

## Des voitures transformées en deuxième bureau

S'ajoute à cela l'exigence de plus en plus forte des familles quant à la prise en charge des leurs. Elles demandent et exigent toujours plus et toujours mieux. Nous voyons se développer des comportements désagréables, voire agressifs, des familles envers le personnel ou envers la chaîne de management des établissements.

Nous, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, devons aussi faire face aux injonctions paradoxales et aux normes de plus en plus complexes et contraignantes, que ce soit en matière de soins et de prise en charge, de blanchisserie, de cuisine, de travaux, de commandes publiques, etc. Par exemple, comment concilier la liberté d'aller et venir avec le plan Vigipirate et la sécurité incendie, ou face aux intrusions ? Comment permettre au résident de fumer dans sa chambre, lieu privé, mais pas dans son lit ? Comment concilier le système d'analyse des dangers - points critiques pour leur maîtrise, Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP) - et le plaisir de cuisiner pour un résident ou un enfant ? À ces difficultés s'ajoutent les nombreuses enquêtes qui s'empilent, sans que nous en soit fournie l'exploitation.



Vice-président D3S  
**Frédéric CECCHIN**  
Directeur adjoint  
Ehpad de Villefranche-sur-Mer  
Tél. : 04 93 01 17 00  
f.cecchin@ehpadvillef.com

En matière de gestion, nous devons appliquer toutes les contraintes réglementaires : au niveau de la commande publique, avec la lourdeur des marchés publics ; au niveau de la gestion du personnel, avec un statut particulier et astreignant, notamment dans les phases de recrutement où nous n'avons pas de marge de manœuvre face à la concurrence des établissements privés en matière de rémunération ; au niveau budgétaire puisque, comme établissements publics habilités à l'aide sociale, nous ne sommes pas maîtres de l'évolution de nos prix de journée ; au niveau des taxes et impôts que nous payons au prix fort (TVA, taxes transports, etc.) sans pouvoir bénéficier du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE).

Nous sommes aussi contraints par le temps, car les journées de 24 heures sont trop courtes, comme les semaines de 7 jours. Lorsque nous avons géré le quotidien, il nous faut embrayer sur une seconde journée, pour entrer, si l'on est encore vaillant, dans les dossiers et les projets. Sans compter les temps de transport, notamment pour les collègues de plus en plus nombreux qui gèrent plusieurs sites ou plusieurs établissements. Leur voiture devient en quelque sorte leur deuxième bureau. Enfin, si les autorités de tarification exercent une pression pour que nous fassions davantage d'économies tout en préservant la qualité de prise en charge des résidents, enfants ou personnes handicapées, en satisfaisant leurs familles et leurs proches, elles veulent aussi éviter les mouvements sociaux, dans un contexte de moyens, au mieux constants voire en diminution.

Nous avons le sentiment d'être des équilibristes, avec le risque que la corde, déjà bien tendue, s'use définitivement pour rompre. Malgré cela, nous avons de l'espoir et de l'optimisme, et surtout de l'imagination pour continuer à avancer et faire notre travail. ■

**Comment concilier la liberté d'aller et venir avec le plan Vigipirate et la sécurité incendie, ou face aux intrusions ? Comment permettre au résident de fumer dans sa chambre, lieu privé, mais pas dans son lit ?**

## La contrainte, un éternel recommencement !

**Notre constat est amer : engagement total et constant de notre part, aucune considération de la part des pouvoirs publics. Il ne faut pas s'étonner, dans ces conditions, d'une désaffection des futurs cadres de santé pour notre corps.**

**L**e temps passe, rien ne s'efface et tout recommence, sans que de réelles évaluations de l'existant soient initiées... À l'aube d'une nouvelle (petite ou grande!) réforme hospitalière, induite par un mouvement de société qui se fait entendre et voir, l'hôpital public est en pleine tourmente médiatique.

L'ensemble de ses manageurs avait de longue date alerté les pouvoirs publics des tensions et de la dégradation manifeste des conditions de travail, pour chacun de ses acteurs. L'approche exclusivement médico-économique de ces dernières années, sous-tendue par une logique drastique de maîtrise des dépenses de santé, en est l'unique responsable. Les contraintes induites par des règles de plus en plus dures appellent des modes de management – adaptation aux contextes, aux environnements, etc. – qui semblent devoir être exclus.

Les directeurs des soins et l'ensemble des corps de direction œuvrent chaque jour à accompagner des mesures de plus en plus contraignantes et inflationnistes. Nous sommes les témoins, parfois les victimes, des pressions initiées par des responsables politiques qui prennent des décisions en demeurant trop sou-

vent éloignés des particularités territoriales. Dans tous les espaces que nous occupons, nous avons tenu notre rôle d'alerte sans être vraiment entendus et crus. Malgré cela nous continuons :

- à accompagner les changements avec professionnalisme et sens aigu des responsabilités ;
- à tenter de communiquer sur le bien-fondé des nouvelles mesures d'organisation indispensables ;
- à accompagner les professionnels par un management humain dont les effets paraissent de plus en plus inaudibles.

jours là malgré le peu de considération accordée. Certains ne manqueront pas de nous rappeler que nous, directeurs des soins, avons bénéficié de quelques avancées. Or celles-ci demeurent bien en deçà du minimum espéré – et pourquoi pas exigé ? ! – pour que la communauté des directeurs des soins y voie un signe d'encouragement. Les évolutions statutaires et indemnitaires qui s'imposent doivent être négociées au plus vite. Il est très clair que la désaffection pour le corps des directeurs des soins n'est

**Parfois, nous sommes forcés de bafouer nos propres valeurs professionnelles, celles qui nous ont amenés à vouloir ardemment participer au service public dans l'unique but de servir avec efficacité les usagers...**

### En deçà du minimum espéré

Nous accompagnons le cortège de contraintes vers celles et ceux, les soignants, qui demeurent chaque jour au plus près des usagers et qui doivent subir frontalement les effets de ces contraintes. Parfois, nous sommes forcés de bafouer nos propres valeurs professionnelles, celles qui nous ont amenés à vouloir ardemment participer au service public dans l'unique but de servir avec efficacité les usagers dont nous ne pouvons pas, personnellement, nous sentir écartés.

Aujourd'hui les lignes semblent devoir bouger. Nous serons encore et tou-

pas que la conséquence de nos conditions de travail tendues. Elle est aussi la réponse nette de celles et ceux qui ont, un jour, envisagé ce métier. L'absence de considération de notre corps par les pouvoirs publics a découragé leur ambition. Notre constat est certes grave et sévère mais il ne peut être qu'amer : nombreux sont ceux qui reconnaissent notre place indispensable et notre rôle fondamental dans l'accompagnement des réformes, et ce malgré le manque évident de reconnaissance de la part des pouvoirs publics qui, si elle se concrétisait, devrait aller bien au-delà de simples discours d'intention. ■



**Catégorie  
directeurs des soins**

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

# Manager dans la contrainte ou sous la contrainte ?

**Notre métier a des contraintes inhérentes à son exercice. Nous les acceptons. Comme nous acceptons les contraintes issues de réformes nécessaires. Mais nous ne voulons pas travailler sous la contrainte, dans une absence de dialogue.**

Les conditions de travail des hospitaliers se sont dégradées au rythme des réformes. Et notre catégorie est particulièrement touchée. Les vocations de cadre de santé n'ont jamais été pléthoriques, mais la situation s'est encore un peu plus tendue. Le nouveau statut n'a pas généré de vocations et n'empêche pas non plus certains professionnels de vouloir faire marche arrière. A-t-on une idée du nombre de « faisant fonction » cadres de santé en France ? Ils sont décriés par certains, mais d'autres jugent leur statut très pratique. Le manque de statistiques est révélateur.

Hors de tout contexte politique, les pressions font partie du quotidien du soignant. Et cela s'explique par l'objet même de notre travail : la prise en charge des patients.

Celle-ci, par l'investissement qu'elle implique, génère déjà des contraintes fortes. Relation avec les usagers dans les moments les plus difficiles de leur vie, adaptation quotidienne à de nouvelles situations et histoires de vie, renouvellement des connaissances indispensables à la réalisation de soins, démarche qualité, s'ajoutent aux horaires de travail, au respect des règles de sécurité, au travail en équipe pluriprofessionnelle... La liste est longue ! Mais ces éléments sont vécus comme des contraintes nécessaires, liées à la profession.

En ce qui concerne le cadre paramédical, s'ajoute une dimension : souvent ancien soignant, parfois issu du même établissement, voire de la même équipe que ceux qu'il encadre, il doit trouver sa place.

Nous sommes habitués à travailler avec des contraintes qui s'accumulent, mais elles sont acceptées, car perçues comme nécessaires. Elles gardent du sens parce que le cadre reste acteur. Il les anticipe, met son énergie et ses compétences au

service d'un objectif concret, visible.

Il y a du sens à prendre du temps, y compris en allongeant ses horaires de travail, pour organiser une prise en charge, ou répondre à une famille, ou accompagner des professionnels dans leur quotidien. Les cadres paramédicaux développent parfois des trésors d'imagination et d'intelligence pour répondre aux défis du quotidien : avoir le bon soignant au bon moment pour le bon soin.

Ils s'appuient sur une bonne connaissance des enjeux, sur une relation de confiance entre partenaires hospitaliers, supérieurs hiérarchiques ou non.

## Un vrai dialogue continu

Mais de plus en plus souvent, les situations ne sont pas vécues de façon aussi facile. Le climat se dégrade dans les établissements, probablement sous la pression des réformes successives, et d'exigences nouvelles de nos tutelles, pas toujours cohérentes voire applicables. Beaucoup de collègues peinent à trouver du sens à certaines demandes, jugées injustes :

- intérim sur plusieurs services, voire plusieurs sites, sans échéance ni moyen matériel ;
- exercice multisite qui génère un coût de déplacement sans indemnisation pour l'encadrement ;
- suppression de postes réalisée dans l'urgence sans prendre en compte les avis et propositions de l'encadrement ;
- organisation des astreintes sans concertation avec ceux qui vont les effectuer et sur des schémas qui ne respectent pas toujours la réglementation.



Vice-présidente  
cadres soignants

**Laurence-Béatrice CLUZEL**

Cadre supérieure pôle sud

Fondation Santé Service

Tél. : 01 64 54 31 06

laurence.cluzel@santeservice.asso.fr

Mes derniers échanges avec nos adhérents font remonter des exemples tristement similaires.

Ce n'est pas le changement qui fait peur, comme nous l'avons souvent entendu. Le bien-fondé de certaines réformes est compris. Mais la façon dont on les applique génère de nouvelles contraintes vécues comme injustes et inadaptées.

Le dialogue dans les établissements prend plus souvent la forme d'une information descendante que d'un réel échange. Plusieurs groupes de cadres m'informent de leurs difficultés à rencontrer leurs équipes de direction pour faire entendre leurs propositions.

À l'ère du dialogue social, prime le sentiment qu'une partie des professionnels, la nôtre, reste à part et que nous sommes priés d'appliquer les réformes sans commentaires, alors qu'on nous demande de faire preuve de pédagogie dans l'accompagnement de nos équipes. Un peu comme les météorologistes parlent de température réelle et de température ressentie, ce n'est pas tant les contraintes auxquelles nous sommes habitués que la sensation d'être contraints qui pèse sur les cadres paramédicaux.

Subir les contraintes rend celles-ci absurdes. Il faut un vrai dialogue continu dans nos établissements. Ce dialogue demandé légitimement par nos directeurs à nos tutelles doit évidemment exister au sein de nos lieux d'exercice. Construire ensemble sera la garantie d'implication de tous dans un même but. Et pourquoi pas, même, rêver de transformer les contraintes en réussites partagées... ■

**Ce n'est pas tant les contraintes auxquelles nous sommes habitués que la sensation d'être contraints qui pèse sur les cadres paramédicaux.**

# Le SMPS réunit les ingénieurs territoriaux et hospitaliers autour de la demande officielle d'un statut commun !

**Poursuivant ses échanges avec les associations professionnelles d'ingénieurs hospitaliers et territoriaux, le SMPS leur a proposé de s'unir pour une démarche inédite dans toute la fonction publique : obtenir un statut commun pour les ingénieurs des deux versants, territorial et hospitalier. Elles ont accepté.**

**S**ur proposition du SMPS, plusieurs associations professionnelles d'ingénieurs hospitaliers et territoriaux<sup>1</sup> ont décidé de demander que les ingénieurs territoriaux et hospitaliers bénéficient de l'ordonnance n° 2017-543 du 13 avril 2017 portant diverses mesures relatives à la mobilité dans la fonction publique.

Cette ordonnance, prise sur le fondement de l'article 83 de la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016, relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, supprime plusieurs obstacles à la mobilité des fonctionnaires et des contractuels au sein de la fonction publique. Elle prévoit notamment la possibilité de régir par des dispositions statutaires communes des corps et cadres d'emplois de la même catégorie, et appartenant à au moins deux fonctions publiques, pour fluidifier la mobilité entre ces corps et cadres d'emplois.

Nous pensons effectivement que la mobilité est un levier essentiel de modernisation de la fonction publique. Nos implications respectives à la mise en œuvre des réformes territoriales dans nos versants nécessitent de déverrouiller les freins à la mobilité existants. Ainsi, les mobilités seront permises, choisies et enrichissantes, tant pour les agents que pour les établissements, avec plus d'opportunités dans une même zone géographique et avec, à la clé, de vrais parcours professionnels variés et gages d'attractivité.

Cette définition statutaire commune est adaptée à la spécificité de nos fonctions techniques. Nous partageons généralement les mêmes formations et des expertises souvent communes.

La comparabilité des statuts des ingénieurs hospitaliers et territoriaux est historique. Le décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 portant statut particulier des ingénieurs de la fonction publique hospitalière a été créé sur la base du décret n° 90-126 du 9 février 1990 portant statut particulier du cadre d'emplois des ingénieurs territoriaux. Ils ont, depuis, suivi les mêmes évolutions, avec parfois un délai de transposition des évolutions aux ingénieurs hospitaliers générateur d'iniquité et de freins à la mobilité, et avec des nuances toujours au détriment des hospitaliers.

Jusqu'à ce jour, les évolutions du statut n'ont toujours été obtenues que dans le cadre de protocoles interfonctions publiques. Le PPCR aurait dû être l'oc-

**Comme le préconise le rapport du CNFPT, « Revaloriser la catégorie A de la fonction publique territoriale » du 20 décembre 2017 :  
« Il doit y avoir parité totale entre les trois versants de la fonction publique, ce qui n'est pas toujours le cas. »**

1. La liste des associations professionnelles signataires du courrier commun n'est pas définitive à la date de rédaction de cet article.



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

casation de transposer les avancées statutaires de mars 2016 des ingénieurs territoriaux aux ingénieurs hospitaliers.

### Bâtir de vrais ponts professionnels

Face à une administration qui n'avait pas pris la mesure de ce travail et qui ne proposait qu'un *statu quo*, le SMPS a tout de même obtenu l'harmonisation des deux premiers grades, ainsi que l'engagement d'harmoniser, dans un second temps, les grades supérieurs et l'emploi fonctionnel.

Cela ne suffit pas. Comme le préconise le rapport du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), « Revaloriser la catégorie A de la fonction publique territoriale », daté du 20 décembre 2017, « *il doit y avoir parité totale entre les trois versants de la fonction publique, ce qui n'est pas toujours le cas* ».

Partant du constat que les avancées statutaires des ingénieurs territoriaux demandent toujours plus de temps pour être transposées aux ingénieurs hospitaliers, cette ordonnance est une opportunité qui permettra de mettre en commun ce qui devrait l'être (grades et grades à accès fonctionnels, grilles indiciaires, durées d'échelon, modalités de promotion), tout en gardant ce qui est spécifique à chaque versant (spécialités, seuils d'emplois fonctionnels...).

Cette structuration statutaire en deux décrets aura la même logique, par exemple, que celle des techniciens supérieurs hospitaliers (TSH) qui ont des dispositions communes à toutes les catégories B (décret n° 2011-661) et un décret spécifique au TSH (décret n° 2011-744).

En outre, mettre en œuvre un décret statutaire commun permettra de transposer en même temps la dernière réforme des cadres d'emploi des ingénieurs territoriaux de mars 2016 aux ingénieurs hospitaliers et aux ingénieurs de l'AP-HP (*encadré*).

Cette nouvelle coopération des ingénieurs hospitaliers et territoriaux n'a évidemment pas vocation à n'être que statutaire, elle va surtout permettre de tisser de vrais ponts professionnels, en structurant des rencontres régulières afin d'échanger sur des problématiques professionnelles communes. ■

### Vers un statut commun...

La réforme majeure du cadre d'emploi des ingénieurs territoriaux de mars 2016 a abouti à deux cadres d'emplois distincts. Cette logique est en cours de généralisation dans tous les corps de catégories A et A+, dont les divers corps d'ingénieurs d'État :

A : deux grades et un grade à accès fonctionnel culminant à HEA,  
A+ : deux grades et un grade à accès fonctionnel culminant à HED.

Cette structuration en trois grades devient la norme, même dans la fonction publique hospitalière.

Concrètement, cette harmonisation complète via un statut commun permettra aux ingénieurs hospitaliers :

- la création d'un grade à accès fonctionnel accessible aux ingénieurs principaux et culminant à HEA ;
- la réduction de toutes les durées d'échelon des ingénieurs en chef ;
- l'ajout d'un échelon sommital 1015 au grade d'ingénieur en chef de classe normale ;
- l'ajout d'un échelon sommital HEB bis au grade d'ingénieur en chef de classe exceptionnelle ;
- la création d'un grade à accès fonctionnel accessible aux ingénieurs en chefs et culminant à HED ;
- la revalorisation de l'emploi fonctionnel d'ingénieur général ;
- une meilleure accessibilité par la promotion des techniciens supérieurs au corps des ingénieurs.

## La contrainte, un nouveau défi ?

**Nous sommes aujourd'hui à un tournant, sans doute une révolution, où il faudra relever un nouveau défi : le management dans la contrainte. Mais la contrainte n'est acceptable qu'accompagnée de reconnaissance. Sinon, comment mobiliser le collectif ?**

Les réformes successives qui ont jalonné l'histoire de l'hôpital public ont non seulement bouleversé son organisation mais aussi et surtout bousculé ses managers, notamment pour ce qui concerne l'idée même du management dans ces structures devenues parfois si complexes. La loi Touraine, en organisant l'hôpital public sur un nouveau modèle empreint de stratégie de groupe, illustre une fois de plus ce grand bouleversement.

Force est de constater que le management de santé fait la une, depuis plusieurs mois, tant des réseaux sociaux professionnels, sur Internet, que de la presse écrite. Dernièrement encore, le Pr Rémi Salomon, chef de service de néphrologie de l'hôpital Necker-Enfants malades, à Paris, écrivait dans *Libération* : « Il faut repenser le management dans les hôpitaux. » *La Gazette de l'hôpital* de décembre 2017 titrait : « Faut-il désespérer les directeurs ? » Le management pose question, le manager s'interroge. Les GHT basés sur un nouveau modèle d'organisation inquiètent bien des acteurs de santé, dont nous, attachés d'administration hospi-

talière. Nous sommes aujourd'hui à un tournant, sans doute une révolution, où il faudra relever un nouveau défi : le management dans la contrainte. Et pourtant, la contrainte, on ne la connaît que trop bien, qu'elle soit économique,

confiance qui parfois nous abandonne, tant les contraintes nous semblent insurmontables. Aujourd'hui, la contrainte n'est acceptable que si elle est accompagnée notamment de reconnaissance.

Ces derniers mois ont été particulièrement marqués par des sentiments très contradictoires : à la fois la fierté d'appartenir au service public et de permettre à nos établissements de réussir ce tournant, mais aussi l'inquiétude qui s'est emparée de notre corps.

**Notre défi aujourd'hui, c'est bel et bien notre capacité à mobiliser le collectif alors même que notre système hospitalier s'essouffle.**

financière, juridique, hiérarchique ou administrative. N'est-ce pas notre quotidien à l'hôpital public de nous adapter, et de nous mobiliser autour de ces réformes successives ?

### Cette force qui nous anime

Si le management peut se définir comme la conduite de l'action collective, il appartient au manager de savoir mobiliser l'intelligence collective pour mener à bien les projets, et mettre en œuvre les réformes. Notre défi aujourd'hui, c'est bel et bien notre capacité à mobiliser le collectif alors même que notre système hospitalier s'essouffle et que les contraintes sur nos établissements semblent plus fortes et plus écrasantes que jamais, et qu'elles peuvent nuire à l'efficacité et à la motivation. Mais c'est sans prendre en compte cette force qui nous anime, nous les managers, cette volonté de positiver, de nous renouveler et de redonner notre

La mise en place des fonctions mutualisées dans le cadre des GHT s'est accélérée et les attachés ont d'ores et déjà été touchés dans leur quotidien : nouvelles responsabilités qui s'ajoutent aux précédentes, mobilités imposées, sans que tout cela soit accompagné de quelque manière que ce soit et sans clarification des responsabilités. Et ce dans un contexte hors norme : la parution du décret PPCR se fait attendre. Ce manque de visibilité ne peut qu'engendrer un sentiment d'abandon et de découragement de notre corps, qui malgré tout poursuit son exercice avec professionnalisme et loyauté. La contrainte se fait plus forte et, pourtant, les attachés sont toujours autant motivés. Ils sont prêts à relever les défis et à créer des dynamiques collaboratives afin de préparer le système de santé de demain. À n'en pas douter, nous nous impliquerons dans les cinq chantiers structurants de la stratégie de transformation du système de santé. ■

### Catégorie cadres administratifs



Vice-présidente AAH  
cadres administratifs  
**Carine Grudet**  
Attachée d'administration  
hospitalière  
Responsable  
du service juridique  
CH de Versailles  
cgrudet@ch-versailles.fr

# Attention aux conditions de fin du détachement

**Vous souhaitez obtenir un détachement ? Le SMPS vous informe sur ses conditions d'obtention et sur les risques liés à sa fin. À vous de jouer !**

Le SMPS est favorable à l'enrichissement des parcours individuels par la mobilité, y compris en dehors du corps. La voie du détachement est ainsi celle privilégiée pour plus de 10 % du corps des DH et de celui des D3S. Pourtant, cette voie n'est pas toujours simple, aussi le SMPS intègre-t-il dans sa plateforme un soutien pour nos collègues tentés par cette mobilité, ou qui rencontrent des difficultés particulières, notamment lors de leur prise de fonction ou de leur retour dans le corps. Dans cet esprit, le SMPS anime un collectif des détachés et a été amené à saisir le tribunal administratif dans son combat pour la reconnaissance de la transférabilité interfonction publique des droits relatifs au congé épargne-temps (cf. *Manageur de santé* n°100, mars 2015, p.44).

La fin du détachement peut aussi poser des difficultés.

## Une procédure de détachement strictement encadrée mais simple

Le détachement peut être demandé par le fonctionnaire, généralement dans le cadre d'une mobilité, ou par l'administration. Après saisine de la CAPN, le CNG arrête la décision de détachement. Le fonctionnaire détaché est employé dans les conditions du cadre d'emploi dans lequel il est détaché et, à défaut de cadre d'emploi, dans des conditions contractuelles librement établies.

## Les conditions du détachement

L'agent ne peut être placé en détachement que dans les cas suivants :

- auprès d'une administration ou d'un

établissement public de l'État, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public, relevant, pour participer à une mission de coopération, d'un groupement d'intérêt public ;

- auprès d'une entreprise ou d'un organisme privé d'intérêt général ou de caractère associatif assurant des missions d'intérêt général ;

- pour dispenser un enseignement à l'étranger, remplir une mission d'intérêt public à l'étranger ou auprès d'une organisation internationale intergouvernementale ;

- pour effectuer une mission d'intérêt public de coopération internationale, auprès d'organismes d'intérêt général à caractère international ;

- pour exercer un mandat syndical.

Le décret 2008-928 du 12 septembre 2008 a ouvert les possibilités de demander un détachement au sein d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), social ou médico-social, ou dans le cadre d'une entreprise associée à un établissement public par un contrat soumis au code des marchés publics.

Le seul motif du refus du détachement est la nécessité de service, et le refus du détachement n'a pas à être motivé au sens de la loi 79-587 du 11 juillet 1979.

## Fin du détachement : les risques rappelés par la jurisprudence

Le fonctionnaire demande à son administration d'origine et à son organisme d'accueil, trois mois au moins avant la fin de son détachement, le renouvellement de son détachement ou sa réintégration dans son corps d'origine.

L'organisme fait connaître sa décision de renouvellement ou non, ou sa pro-



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

position d'intégration deux mois au moins avant la fin du détachement.

Si le renouvellement du détachement est refusé, et en l'absence de faute professionnelle, le fonctionnaire est réintégré. En l'absence d'emploi vacant, il est placé en disponibilité d'office jusqu'à sa réintégration.

En l'absence de demande de renouvellement ou de réintégration dans le délai prévu, le fonctionnaire est réintégré. En l'absence d'emploi vacant, il est placé en disponibilité d'office jusqu'à sa réintégration.

Si la demande de renouvellement a été formulée trois mois à l'avance et que la structure d'accueil n'a pas formulé de refus dans le délai imparti, elle continue à rémunérer le fonctionnaire, si son administration d'origine ne peut pas le réintégrer immédiatement, jusqu'à sa réintégration à la première vacance d'emploi dans son corps d'origine. ■

## Que dit le Conseil d'État ?

- **Arrêt n°374772 du 30 janvier 2015\*** : l'administration qui accueille un fonctionnaire en position de détachement peut à tout moment, dans l'intérêt du service, remettre ce fonctionnaire à la disposition de son corps d'origine en disposant, à cet égard, d'un large pouvoir d'appréciation. Il n'appartient au juge de l'excès de pouvoir de censurer l'appréciation ainsi portée par l'autorité administrative qu'en cas d'erreur manifeste.
- **Arrêt n°380433 du 21 octobre 2016\*\*** : si la demande de fin de détachement émane de l'agent concerné et non de l'administration d'accueil, l'agent cesse d'être rémunéré et est placé en position de disponibilité jusqu'à ce qu'intervienne sa réintégration à l'une des trois premières vacances dans son grade.

\* Référence ECLI:FR:CESSR:2015:374772.20150130

\*\* Référence ECLI:FR:CECHR:2016:380433.20161021

# Manager la contrainte. Pour les retraités aussi

**Nous n'avons plus à manager la contrainte professionnelle. Nous nous rêvions libres, mais nous devons faire face à d'autres contraintes, dont celle qu'engendre le regard porté sur nous par la société.**

**M**anager dans la contrainte est une préoccupation tangible pour nos collègues en charge de responsabilités dans un environnement professionnel marqué, plus que jamais, par de fortes tensions organisationnelles, financières et humaines. À nous, retraité(e)s, que nous inspire cette conjonction ?

Du management nous n'avons plus la contrainte. Délice de la vie nouvelle ! Car il y a une vie après le service public, la gestion, la représentation, l'incarnation du projet, les incertitudes de la décision, l'âpreté de la conduite opérationnelle, la solitude du décideur aussi... Oui, il y a une vie après ce puzzle d'attitudes qui dessine, sans la définir, l'alchimie subtile de la confiance, huile essentielle du management. La certitude du bien-

Trouver la clé, c'est affirmer l'autorité qui crédibilise l'action. N'est-ce pas l'art du management ?

Prendre les clés, celles qui ouvraient les portes des locaux de l'hôpital lors de leur première affectation, aura été, pour nos grands anciens, le premier acte fondateur du management hospitalier. Bien qu'investis en droit d'une responsabilité de décision, ils étaient, dans les faits, dépourvus de moyen d'action tant qu'ils n'avaient pas marqué leur territoire face à l'autorité antérieure : la mère supérieure. Manager dans la contrainte, avez-vous dit ?

Dans le même ordre d'idée, pour celles devenues plus tard les cadres infirmiers, ouvrir les réserves des services lorsqu'elles remplaçaient leurs surveillantes-

jamais en crise de sens. Redonner sens est sans aucun doute la clé du management d'aujourd'hui.

Nous ne sommes finalement pas mécontents d'avoir pris nos distances avec la gestion hospitalière. À l'exception, bien sûr, de nos collègues managériaux dépendants qui, la retraite venue, ont embrassé une carrière nouvelle de consultants !

## Mauvaise pioche

Le management de la contrainte est notre quotidien. Libérés du stress des managers, nous aurions pu vivre heureux. C'était sans compter le regard porté par la société, la contribution sans précédent demandée aux retraité(e)s au nom de la solidarité intergénérationnelle. Chacun d'entre nous a pu mesurer, dès janvier, sur son versement de pension et, le cas échéant, de sa retraite complémentaire, les effets à la baisse de l'augmentation de la contribution sociale généralisée. Cette baisse de ressources, loin d'être négligeable, oblige certains à faire des choix de vie, à réduire leurs élans de générosité par exemple.

Elle sera, nous dit-on, compensée avec effet retard, par la suppression de la taxe d'habitation, sauf pour les 2,5 millions de retraité(e)s les plus aisés. Nous avons fait métier de gérer des flux. Nous savons bien qu'une ressource tarie déséquilibre le bilan et compromet l'action. Autrement dit, la suppression du revenu de la taxe d'habitation, ressource majeure de collectivités territoriales rendues exsangues par le recul des dotations de l'État, devra être compensée par une nouvelle recette. Qui paiera ? Au nom de quel principe ?

Au titre des contraintes, comment ne pas citer les difficultés induites pour les plus anciens par le tout Internet, s'agissant notamment de l'accès aux services administratifs et aux documents qu'ils délivrent, nécessaires à la vie courante. Si nous n'y prenons garde, une fracture technologique va se créer. L'aide de plus jeunes, actifs ou en passe de le devenir, serait profitable aux plus isolés. Une forme tangible de solidarité intergénérationnelle en quelque sorte !

*Baby-boomers* assumés, nous avons fantasmé notre retraite sans contrainte, tant que le corps et l'esprit nous en laisseraient le loisir. Mauvaise pioche ! ■

**L'hôpital est toujours désenchanté et les hospitaliers plus que jamais en crise de sens. Redonner sens est sans aucun doute la clé du management d'aujourd'hui.**

fondé de notre action nous a guidés durant notre exercice professionnel, et nous ne doutions pas que nous trouverions les clés pour agir et porter l'hôpital vers la modernité.

chefs a été un fait marquant de la gestion des équipes, profitable à tous. Cet acte transgressif, au bénéfice de leurs collaborateurs et sans mettre à mal l'économie générale des budgets hospitaliers, permettait d'améliorer ce que l'on ne qualifiait pas encore de « qualité de vie au travail ». À l'hôpital aussi, les portes du changement s'ouvrent de l'intérieur.

Avons-nous en définitive managé sans contrainte ? La multiplication des normes, l'empilage des règlements de sécurité, la doxa de la performance, les réformes incessantes ont mis à mal la vie au travail. L'hôpital est toujours désenchanté et les hospitaliers plus que

## Catégorie cadres retraités



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



## 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-rivesdeseseine.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  
Ehpad de Villefranche-sur-Mer  
Tél. : 04 93 01 17 03  
f.cecchin@ehpadvillef.com



**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**  
**Carine GRUDET**  
Attachée d'administration  
hospitalière  
CH de Versailles  
cgrudet@ch-versailles.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@silpc.fr



**Club Jeune Génération**  
**Antoine LOUBRIEU**  
Directeur adjoint  
CH Le Mans  
Tél. : 02 43 43 43 07  
aloubrieu@ch-lemans.fr



**Bureau InterPromotion (BIP)**  
**EHESP**  
**Nabil JANAH**  
nabil.janah@eleve.ehesp.fr

### Trésorerie nationale



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



**Trésorier national adjoint**  
**Guillaume CHESNEL**  
Directeur adjoint  
Institut Gustave-Roussy  
guillaume.chesnel@gustaveroussy.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

### Délégués nationaux



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



**Marie HIANCE**  
marie.hiance@smpsante.fr  
01 40 27 52 92

**Secrétariat**  
adhesion@smpsante.fr  
contact@smpsante.fr

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

## Secrétaires régionaux

### ANTILLES

Contacter la délégation nationale

### AUVERGNE/RHÔNE-ALPES

Jean-Charles FAIVRE-PERRET  
jcfavre-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

Contacter la délégation nationale

### ÎLE-DE-FRANCE AP-HP

Pascale MOCAËR  
pascale.mocaer@eps-rogerprevot.fr

Jérôme SONTAG  
responsable.SMPS@aphp.fr

### NORMANDIE

Jérôme RIFFLET  
Tél. : 02 32 73 37 11  
jerome.rifflet@ch-havre.fr

### NOUVELLE AQUITAINE

Françoise DUPECHER  
francoise.dupecher@ch-aubusson.fr

Frédéric PIGNY  
Tél. : 05 59 69 70 01  
frederic.pigny@ch-orthez.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.f  
**Francis FOURNEREAU**  
francis.fournereau@silpc.fr  
Titulaires classe normale  
**Ronan SANQUER**  
ronan.sanquer@chu-brest.fr  
**Élodie 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**  
fbridoux@chsa.fr  
Suppléant hors classe  
**Christelle GAY**  
christelle.gay@cdsee.fr

### Représentants au CS D3S

Titulaire  
**Christelle GAY**  
christelle.gay@cdsee.fr  
Suppléant  
**Franck BRIDOUX**  
fbridoux@chsa.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**  
bordierm@ch-blois.fr  
Suppléant classe normale  
**Hervé QUINART**  
hquinart@chu-reims.fr

# À la CASDEN, le collectif est notre moteur !

Banque coopérative créée par des enseignants, la CASDEN repose sur un système alternatif et solidaire : la mise en commun de l'épargne de tous pour financer les projets de chacun.

**Comme plus d'un million de Sociétaires, faites confiance à la CASDEN !**



Retrouvez la CASDEN à la Paris Healthcare Week - Hôpital Expo  
29-31 mai 2018 - Allée D, stand n°25



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

Rendez-vous également sur [casden.fr](http://casden.fr)

Suivez-nous sur [f](#) [t](#) [in](#) [v](#)

**casden**



BANQUE POPULAIRE

CASDEN, la banque coopérative de toute la Fonction publique