

managers de santé



NUMÉRO 107
MAI 2018 - 6,25 €

le magazine des directeurs, cadres et ingénieurs hospitaliers

Un projet pour l'hôpital public



Dossier
Un projet
pour l'hôpital public



À la loupe
Réseau Parité: What Health?
Égalité homme-femme à l'hôpital



Think tank
Sécuriser l'avenir
par la RSE



Éditorial

Jérémie SÉCHER
Président

Le système de santé français est financé par des prélèvements obligatoires fondés sur la solidarité. Il est donc indispensable de maintenir cette valeur fondamentale au cœur du système de santé. Or, l'hôpital public fait l'objet d'un malaise prégnant qui concerne tous les professionnels de santé, de l'ASH au directeur, tendant à poser la question de la persistance de cette solidarité et de la place de l'humain dans son fonctionnement actuel. Il n'est pas un jour sans que l'hôpital ne fasse l'objet de vives critiques, tant sur les défaillances répétées d'une gouvernance que sur une maltraitance organisée de son personnel. Si le modèle sanitaire français semble à bout de souffle, les attentes et les besoins restent forts. Le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, la prise en charge de populations socialement et économiquement vulnérables, la prévention sont des enjeux pour lesquels l'hôpital public doit répondre présent.

Par ailleurs, les Français restent attachés à l'hôpital public. Un sondage récent révélait que la majorité des Français considèrent leur pays comme étant celui qui, en Europe, disposerait des meilleurs soins et du meilleur accès à l'hôpital public. Ils sont également près des trois quarts à avoir une bonne image des établissements de santé publics.

Il est donc urgent de transformer un système dans lequel les Français croient et de s'assurer qu'il réponde à long terme aux enjeux de santé publique comme aux critères de satisfaction et d'épanouissement des agents qui s'y engagent au quotidien.

C'est dans ce cadre que le SMPS a lancé en février une initiative aux côtés du Dr Philippe Denormandie, visant à formuler rapidement des propositions à destination des pouvoirs publics. L'objectif était de répondre au besoin de transformation rapide du système, sans pour autant engager une énième réforme ou produire de nouvelles normes. Le groupe de réflexion s'est attaché à énoncer plusieurs orientations, dont le traitement par les responsables politiques permettrait de dégager des solutions curatives pour l'hôpital public.

Renforcer la représentation des médecins, des soignants et des usagers dans la gouvernance interne des établissements Le pilotage stratégique ne peut plus s'affranchir de l'opinion des professionnels comme de celle des patients. Les évolutions de la société et des modalités de représentation autour de nombreux collectifs, les technologies de l'information et de la communication remettent plus que jamais l'utilisateur au cœur du système, en lui conférant la capacité d'être informé, de choisir, d'évaluer sa prise en charge voire de formuler une véritable expertise. Par ailleurs, si les réunions d'information se sont multipliées à l'hôpital public, les lieux de communication et d'échanges entre professionnels ont disparu.

Définir une gouvernance territoriale de l'offre de soins souple et stratégique La réforme des GHT a profondément modifié le fonctionnement territorial de l'offre de soins publique. Néanmoins, le GHT ne doit pas être le « maître d'œuvre » de la territorialisation. La logique territoriale doit être prolongée, afin que toutes les composantes de l'offre de soins trouvent leur expression dans un pilotage territorial.

Revoir le maillage de la prévention et de l'offre de soins ambulatoire L'hôpital public est au cœur du système de santé et cristallise l'ensemble des dysfonctionnements de l'offre de soins. À ce titre, la réorganisation d'une part du système de prévention, d'autre part de l'offre de soins ambulatoires permettrait de limiter l'afflux de patients à l'hôpital dont la situation pourrait être traitée en amont.

Unifier le pilotage national en santé L'administration de la santé est complexe et composée d'acteurs multiples. Définir une politique et une stratégie nationale de santé ne suffit pas à coordonner l'action de l'ensemble de ces intervenants et à piloter avec réactivité et efficacité le système de santé. Le pilotage du système de santé doit être simplifié et rendu plus fluide par l'élaboration d'un fonctionnement pyramidal intégrant l'ensemble des acteurs.

Revoir l'organisation de la recherche et de la formation L'hôpital public forme, encore pour longtemps, les professionnels de santé. Il assure, pour une large part, les missions de recherche et d'innovation irriguant l'ensemble du système. Néanmoins, l'environnement hospitalier doit être adapté, afin de poursuivre cette mission d'enseignement et de mener une recherche de pointe, reconnue au niveau international.

Restaurer la confiance entre les professionnels Le malaise hospitalier actuel s'explique en partie par un sentiment partagé par l'ensemble des professionnels d'une dégradation des conditions de travail. Un dispositif complet d'observation, d'analyse, de détection, de conciliation et de médiation doit être mis en place aux niveaux local et territorial, afin d'organiser une véritable réflexion autour de l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels.

Réinventer les relations entre professionnels L'excès de réglementation et la rigidité des organisations ont généré plus de défiance que de confiance entre les professionnels. Il est dès lors indispensable de redonner de la flexibilité au système et de la fluidité dans les relations. Il s'agit de promouvoir une gouvernance plus participative, moins verticale. Il s'agit également de recréer de la collégialité dans l'élaboration des décisions, dans un contexte où les instances officielles de l'hôpital sont considérées comme des lieux d'information. Elles doivent devenir des lieux d'échanges, de débats et de concertations multidisciplinaires.

Redonner du temps aux professionnels Les professionnels de santé partagent le sentiment d'un manque de temps consacré à la prise en charge des patients. La multiplication des normes et des réglementations a accru les tâches administratives réalisées par les soignants, au détriment du temps passé auprès des patients et des familles. L'objectif principal est de favoriser la simplification des conditions d'exercice.

Positionner l'hôpital comme créateur de valeur et d'innovation L'hôpital est l'un des acteurs importants de santé publique. Cependant, il est aussi un acteur majeur de la vie économique de son territoire, au-delà de sa position d'employeur. Télémédecine, *big data*, intelligence artificielle, robotique ou génomique transforment profondément la médecine et les modes de prise en charge. La recherche de l'excellence de l'hôpital public impose de favoriser un accès permanent à l'innovation thérapeutique et organisationnelle.

Pour chacune de ces orientations, le groupe de réflexion a formulé des propositions concrètes. Elles ont été présentées mi-mai aux pouvoirs publics. Le SMPS souhaite qu'elles constituent les bases de travail des prochains mois, notamment dans le cadre des chantiers de la stratégie de transformation de l'offre de soins mise en œuvre par le gouvernement, afin que l'hôpital public réponde de nouveau aux attentes élevées du patient qui remet sa santé entre ses mains, comme à celles du professionnel qui s'y investit. ■



Dossier

Un projet pour l'hôpital public

Enrayer la souffrance due à la structure même de l'hôpital 32

Philippe Denormandie

L'hospitalo-centrisme doit cesser 33

Rachel Bocher

L'expertise du patient va impliquer de réorganiser l'hôpital 35

Thomas Sannié

La recherche en santé doit être coordonnée par une véritable stratégie de site 36

Jean Sibilia

Les patients méritent des hospitaliers en bonne santé 39

Nathalie Depoire

Infos en bref

Rendez-vous avec la ministre - 5 février

Ingénieurs hospitaliers: trois demandes transmises 2

AAH: qu'en est-il du décret PPCR et du Graf? 2

Les attentes des directeurs 3

CAPN D3S - 1^{er} mars

Pour une vision pragmatique, efficace et engagée 3

CAPN DH - 6 mars

Le SMPS alerte les pouvoirs publics sur le risque d'asphyxie 4

Mission d'information sur les Ehpad

Le SMPS salue le rapport et les propositions et appelle à les mettre en œuvre 5

Communiqué - 9 mars

Le SMPS en soutien des Ehpads publics 5

Décret relatif au statut AAH Enfin la publication ? 6

Un statut commun pour les ingénieurs

Le SMPS réunit les ingénieurs territoriaux et hospitaliers 6

CAPN des directeurs des soins - 29 mars

Les bonnes intentions ne suffisent pas 7

Hôpital public: il faut rétablir la vérité

Les discours ne résistent pas à l'analyse des faits 7

CAPN D3S - 5 avril Pour un dialogue réellement

«transparent, équilibré, sincère et constructif» 8

Indemnisation des périodes d'intérim et indemnité de direction commune

Aller au-delà des mesures perlées 8

Le SMPS condamne des violences contre des directeurs

Les managers doivent être soutenus par les pouvoirs publics 9

Calendrier

Les événements SMPS 2018 10

Côté région

Bourgogne-Franche-Comté

Travail en équipe et sécurité du patient: quels enjeux pour les managers? ... 11

Bretagne

Une approche singulière de l'exercice d'autorité 13

À la loupe

Égalité homme-femme à l'hôpital: il y a du travail! 14

En coulisses

Bureau interpromotion

Le numérique ouvre l'hôpital sur la ville 29

Think tank

Sécuriser l'avenir par la responsabilité sociale de l'entreprise 30

Club Jeune Génération

L'hôpital public défend-il toujours un projet? 31

Publication

Fiabilisation et certification des comptes à l'hôpital 41

Catégories

directeurs d'hôpital 42

Quand les directeurs n'en pourront plus

directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux 43

Évolution ou révolution, le secteur doit bouger

directeurs des soins 44

Le système hospitalier d'aujourd'hui: un hôpital à réinventer

cadres de santé 45

Quelle pratique managériale pour les cadres paramédicaux de demain?

ingénieurs et cadres techniques 46

L'hôpital public doit attirer les nouveaux professionnels du numérique

cadres administratifs 48

Une nouvelle conquête de l'Ouest?

cadres détachés 49

Notre capacité de résilience n'exclut pas notre combativité

cadres retraités 50

Mieux penser les séjours

Adhésion/cotisation 51

Vos élus et représentants 52



MANAGEURS PUBLICS DE SANTÉ

ISSN 2101-3527

Directeur de la publication

Jérémie 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 Cdx

Tél.: 01 45 73 69 20

Fax: 01 46 82 55 15

v.laloue@heral-pub.fr

www.heral-pb.fr

Imprimerie

Groupe Corlet

5 février

Rendez-vous avec la ministre

Le 5 février, Françoise Kalb, secrétaire nationale de la fédération Unsa Santé-Sociaux public et privé, et Jérémie Sécher, président du SMPS, ont rencontré Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, et Yann Bubien, directeur adjoint du cabinet de la ministre.



©REUTERS - stock.adobe.com

Ingénieurs hospitaliers : trois demandes transmises

Le SMPS a tout d'abord demandé la publication dès que possible du décret des ingénieurs de l'AP-HP prenant en compte l'application du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations (PPCR). Puis, dans le respect de l'engagement pris par l'administration lors du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière du 1^{er} mars 2017, il a rappelé la nécessité d'harmoniser les grades général, aujourd'hui limitée aux seuls

supérieurs d'ingénieurs en chef et l'emploi fonctionnel avec les ingénieurs en chef territoriaux : durées d'échelon, échelons sommitaux et grades à accès fonctionnel. Enfin, en lien avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT), l'exercice territorial et la mutualisation des fonctions supports, il a demandé l'élargissement de la condition de création d'emploi fonctionnel d'ingénieur CHU et CHR.

AAH : qu'en est-il du décret PPCR et du Graf ?

Le dossier revêt pour nos deux syndicats une importance particulière : les attachés d'administration hospitalière (AAH) sont la seule catégorie professionnelle de la FPH à ne pas encore avoir bénéficié des dispositions du protocole PPCR et du grade à accès fonctionnel (Graf).

Nous avons demandé l'application du PPCR pour les AAH avec effet au 1^{er} janvier 2017 comme prévu, faute de quoi il y aurait rupture d'équité de traitement pour ces personnels par rapport aux deux autres fonctions publiques. Ont-ils démerité ? Ne sont-ils pas compétents ? Pour rappel, ces personnels sont ceux

le plus souvent mis à disposition dans les GHT du fait de leur fonction.

De plus, nous avons fait des propositions dès septembre 2016 relatives à l'arrêté concernant les missions à exécuter pour accéder au Graf. Or, selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), c'est l'absence de ce même arrêté qui empêche le décret d'être publié !

La ministre a pris en compte ce problème, son directeur adjoint reprend le dossier. Nous serons informés des suites. Reste à savoir qui bloque le dossier : la DGOS ? la Direction générale de l'administration et de la fonction publique

infos en bref

(DGAFP)? Bercy? Et dans quel intérêt? L'aspect financier ne saurait être la raison réelle, son impact n'étant que mineur. Qui a intérêt à ce que ce dossier n'aboutisse pas?

Nous interviendrons continuellement à tous les niveaux des autorités de tutelle, nous ne lâcherons rien et vous tiendrons informés. Vous pouvez compter sur nous.

Les attentes des directeurs

Le SMPS a rappelé l'engagement de l'ensemble de la ligne managériale des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans les réformes du système de santé. À ce titre, plusieurs reconnaissances statutaires justifiées ont été validées par le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière le 20 décembre 2017. Or, plusieurs décrets manquent encore à ce jour.

Pour l'ensemble des corps de direction

Les décrets manquants concernent :

- les mesures d'accompagnement statutaire à la mise en place des GHT, dites « dispositif coussinet », créant ainsi une clause de maintien provisoire de la situation administrative des personnels dont l'emploi est supprimé ;
- la modification des conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des directeurs (frais de déménagement) ;
- l'indemnisation des périodes d'intérim ;
- la modification de l'indemnité de direction commune pour en faire bénéficier les adjoints.

Pour les directeurs d'hôpital

Le décret manquant concerne la fin de l'échelon spécial de la hors-classe et l'assouplissement de l'accès au Graf.

Par ailleurs, le SMPS a rappelé son incompréhension et son désaccord profond face à la décision de contourner

l'accès à la « hors-classe » pour les jeunes directeurs d'hôpital. Cela crée une inégalité profonde avec les corps d'administrateurs civils ne connaissant pas les critères de mobilité permettant d'être éligible.

Pour les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Le SMPS a souligné l'absence intolérable de mesures spécifiques pour ce corps qui connaît aussi de grandes évolutions devant être accompagnées et reconnues.

Pour les directeurs des soins

Le SMPS salue l'augmentation de 10 points de la NBI ainsi que le passage de 4 à 6 de la part fonction. Néanmoins, il regrette que la valorisation ne permette pas de répondre à la crise d'attractivité connue par ce corps.

Le SMPS a aussi rappelé l'engagement du précédent gouvernement à mettre en place la prime d'exercice territoriale pour l'ensemble des corps, annoncée notamment par la ministre Marisol Touraine lors du séminaire des directeurs, en janvier 2017.

Enfin, le SMPS a pris position sur la nécessité d'accompagner les établissements et les territoires, afin de recréer les conditions de cohésion et de sérénité au sein des communautés hospitalières. ■

CAPN D3S - 1^{er} mars

Pour une vision pragmatique, efficace et engagée

Lors de la première commission administrative paritaire nationale (CAPN) D3S de l'année, le SMPS a accueilli favorablement la nomination de l'inspecteur général des affaires sociales Pierre Ricordeau comme médiateur chargé d'expertiser les effets de la réforme du financement des maisons de retraite.

Le SMPS espère que la mission confiée par la ministre pourra amener une réelle réflexion sur le devenir du secteur. Il favorisera au maximum les échanges et demande une transparence dans la démarche engagée.

En effet, le SMPS souhaite s'inscrire dans une vision pragmatique du secteur, efficace et engagée. À ce titre, il a été auditionné par la députée Monique Iborra dans le cadre de la mission d'information sur les Ehpad. Il a rappelé les nombreux défis à relever, relayés par les collègues qui ont interpellé les autorités et exprimé leurs inquiétudes sur les freins mis à leurs actions. Si la mission ne s'inscrit pas dans une démarche globale, étendue à l'ensemble des établissements du secteur social et médico-social, il sera bien difficile d'apporter des réponses concrètes aux nombreux chantiers :

- GHT, directions communes et secteur social et médico-social ;
- réforme de la tarification des Ehpad et point GIR ;
- CPOM ;
- disparités régionales.

Au-delà des Ehpad, le SMPS souhaite une véritable réflexion pour l'ensemble du secteur, qui ne peut se résumer à la seule question de la prise en charge du grand âge.

L'un des premiers éléments est celui de l'attractivité des métiers et des perspectives démographiques pour le secteur. Le SMPS constate une nouvelle fois un manque de postulants : 29 postes proposés à ce jour ne seront pas pourvus par un D3S, faute de candidats, et 18 n'ont attiré qu'un seul candidat. Un poste devra être publié une huitième fois, confirmant l'absence d'une direction stable de trois années – trois années d'intérim pour un collègue. Ainsi, seuls 19 postes proposés ont trouvé grâce aux yeux de nos collègues.

Le SMPS demande une vraie politique de recomposition, pour que les directeurs disposent des moyens nécessaires au changement. Les enjeux impliquent une vision claire de l'avenir et de la spécificité des secteurs social et médico-social. À ce titre, le SMPS alerte les pouvoirs publics sur le manque de places dans le secteur du handicap et de l'enfance, vu les besoins spécifiques de ces populations fragiles.

Enfin, rappelons que le SMPS a une haute idée du métier de D3S. Vu les besoins auxquels pourvoir, et vu les changements de conditions d'exercice à venir, il réclame les avancées statutaires nécessaires à la reconnaissance d'un engagement professionnel quotidien. ■

CAPN DH - 6 mars

Le SMPS alerte les pouvoirs publics sur le risque d'asphyxie

Pour le SMPS, la CAPN des directeurs d'hôpital du 6 mars a été une nouvelle occasion de dire sa préoccupation concernant les tensions qui pèsent sur les hôpitaux et leurs managers. Le contexte requiert un engagement de tous les instants, or ne sont annoncées et développées que des mesures complexes et de moyen terme ; d'où notre grande incompréhension.

L'exercice s'annonce toujours plus exigeant : les tarifs sont en baisse de 1,2% pour les établissements publics alors que le tendanciel des charges reste supérieur à 3%. Cette nouvelle baisse engendrera forcément une nouvelle aggravation

du déficit des établissements, et des tensions accrues sur l'emploi et les organisations de travail. Or, l'année 2018, marquée par des échéances électorales professionnelles, est une période à haut risque pour le climat social.

Il est dès lors facile de rendre le directeur responsable de tous les maux du système. Les directeurs vivent de plus en plus mal cette situation ; ils renoncent et souffrent en silence. Ce n'est pas supportable. Pas une semaine sans qu'un média ne remette en cause le management hospitalier. Le SMPS dénonce ce contexte dont pâtissent les professionnels qui s'engagent et s'investissent pour défendre le service public hospitalier et le faire vivre.

À ce propos, les directeurs observent avec attention le chantier ouvert sur le développement de la médiation à l'hôpital, qui doit constituer une réelle opportunité et non pas une contrainte supplémentaire. La nécessité d'avoir recours à un outil alternatif pour régler des situations difficiles ne fait pas débat : notre syndicat en a déjà utilisé pour aider à résoudre des conflits internes aux équipes. Mais les critères et les modalités doivent être travaillés en concertation, notamment en matière de saisine. Dans ce contexte de suspicion permanente du « mal faire managérial » que porteraient automatiquement les directeurs, le SMPS réitère sa demande de soutien des pouvoirs publics.

Le SMPS est aussi revenu sur le projet de décret étudié par le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière le 20 décembre 2017, qui crée un « ratio promu/promouvable », contingentant l'accès à la « hors-classe », à compter de 2021. Cette mesure pénalisera les jeunes directeurs, ralentissant leur avancement. Le SMPS a déposé plusieurs amendements pour corriger la disposition ou en atténuer les effets. Tous ont été rejetés par l'administration, ce que le SMPS regrette vivement, surtout dans

un contexte où le dialogue social devrait être un levier de mobilisation collective pour transformer le système.

La publication des mesures statutaires, imminente depuis des mois

De même, l'EHESP a un rôle fondamental dans la formation initiale des jeunes directeurs mais aussi dans la formation continue des collègues en exercice. Or, son aura elle-même est en jeu si l'on en croit les récentes auditions de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) concernant les achats hospitaliers, où de hautes personnalités ont cru pouvoir identifier un défaut de formation sur les achats. Le SMPS rappelle que, depuis toujours, l'École est connue pour dispenser des formations de haut niveau et pour former les directeurs, alliant vigilance réglementaire et agilité économique... dans la limite des contraintes imposées aux hôpitaux.

Le corps des directeurs d'hôpital attend aussi la publication, imminente depuis des mois, des mesures statutaires approuvées en CSFPH, comme les nouvelles conditions d'accès au Graf. Ce retard a obligé la CAPN à adopter un tableau d'avancement où le nombre de promus est très inférieur à ce qu'il aurait dû être.

Le système de santé actuel est le résultat de nombreuses réformes, dont il faut aujourd'hui tirer les conséquences et préciser les évolutions. Le SMPS attend les calendriers de consultation annoncés début février. Mais il reste aussi plus que vigilant, afin que les directeurs d'hôpital soient les premiers consultés pour en décrire les contours innovants. Et pour qu'ils soient les premiers accompagnés par les pouvoirs publics dans leur mission, délicate mais essentielle, d'organiser le monde hospitalier. ■



Mission d'information sur les Ehpad Le SMPS salue le rapport et les propositions et appelle à les mettre en œuvre

Le 14 mars, les députées Monique Iborra et Caroline Fiat ont présenté à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale les conclusions de leur mission d'information sur les Ehpad.

La mission a structuré son diagnostic et ses propositions autour de trois axes :

- le constat, largement partagé sur le terrain, d'une prise en charge insatisfaisante malgré d'excellentes initiatives ;
- le modèle même de l'Ehpad repensé à partir des meilleures innovations et expérimentations, en vue d'offrir un service plus qualitatif, centré sur les besoins du résident et des personnels, à la fois sur le plan des soins, sur celui de l'innovation technologique et du développement des alternatives à une surmédicalisation et surmédication ;
- une gouvernance et un financement des Ehpad à réinventer pour s'adapter à ce nouveau modèle.

Forte de ce diagnostic, la mission appelle notamment à suspendre la réforme de la tarification « dépendance » (*proposition n° 24*), ce qui correspond à une demande de longue date du SMPS.

La mission émet en outre 31 propositions, parmi lesquelles :

- rendre opposable une norme minimale d'encadrement en personnel « au chevet », aides-soignants et infirmiers, de 60 équivalents temps plein (ETP) pour 100 résidents, dans un délai de quatre ans maximum, ce qui revient à doubler le taux d'encadrement actuel (*proposition n° 1*) ;
- donner un véritable droit de prescription au médecin coordonnateur tout en augmentant son temps de présence en Ehpad (*proposition n° 5*) ;
- établir un plan de rénovation permettant de mettre en conformité les établissements qui ne répondent pas aux standards de confort minimum (*proposition n° 9*) ;
- réformer la procédure d'évaluation externe des Ehpad, en prévoyant la mise en place d'une véritable certification et la publication d'indicateurs de qualité pour chaque établissement (*proposition n° 11*) ;

- créer un comité de simplification des normes en Ehpad (normes architecturales, hygiène, sécurité, risques climatiques et sanitaires notamment) associant les usagers et les établissements (*proposition n° 12*) ;
- étendre les expérimentations d'« Ehpad hors les murs » en identifiant à cette fin un soutien financier dédié dans le budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (*proposition n° 23*) ;
- établir un véritable droit d'option des établissements entre tarif partiel et tarif global (*proposition n° 25*) ;
- réformer l'aide sociale à l'hébergement en vue de la rendre plus accessible en supprimant la mise en jeu de l'obligation alimentaire et en établissant un plancher de récupération ; et en instaurant un « bouclier » sur les revenus plus généreux (*proposition n° 26*).

Le SMPS, qui avait pu rencontrer Monique Iborra dans le cadre de sa mission, salue un rapport de grande envergure qui prend la mesure des difficultés auxquelles sont confrontés les Ehpad et des enjeux qui les attendent. Il continuera à se mobiliser en faveur des Ehpad, des personnels et des résidents, et appelle les pouvoirs publics à mettre en œuvre les préconisations du rapport. ■

Communiqué - 9 mars Le SMPS en soutien des Ehpad publics

Dans la continuité du colloque organisé le 31 janvier sur la place du secteur social et médico-social, le SMPS se mobilise pour les Ehpad, en lien avec le mouvement social organisé le 15 mars.

Les Ehpad publics connaissent une situation à laquelle une réponse concrète doit être apportée, à travers notamment l'élaboration d'une véritable politique de prise en charge des personnes âgées. Ce projet pour le secteur médico-social doit à la fois concerner la question du financement de ces structures, l'organisation et la place de l'innovation dans la prise en charge via, par exemple, l'installation de plateformes multimodales, conduisant à construire un parcours global au service de la population.

À la veille du mouvement de grève, le SMPS exprime sa solidarité avec les équipes des Ehpad. Soutenant traditionnellement la libre expression du droit de grève, le SMPS est également attaché à la recherche de voies alternatives. Compte tenu de la situation, le SMPS invite les directeurs et les cadres à choisir librement de participer au mouvement du 15 mars, mais surtout à mobiliser les moyens d'action nécessaires au service du secteur médico-social. ■



Décret relatif au statut AAH Enfin la publication ?

Le SMPS, en lien avec l'Unsa, est intervenu auprès des pouvoirs publics pour obtenir l'accélération de la publication du projet de décret relatif aux AAH. D'après les informations que nous avons obtenues, les textes sont partis le 23 mars de la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) vers la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Nous avons donc bon espoir que la publication du décret ne soit plus qu'une question de semaines. Pour mémoire, le projet de décret institue à compter du 1^{er} janvier 2017 un cadencement unique d'avancement d'échelon, dans le cadre d'un processus d'harmonisation des modalités d'avancement d'échelon entre les trois versants

de la fonction publique – application des dispositions du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations (PPCR) et à l'avenir de la fonction publique. Il met en œuvre les dispositions afférentes à la nouvelle structure de carrière instaurée à cette date, et dans le cadre de dispositions transitoires, il mentionne les règles de reclassement des agents concernés dans cette nouvelle structure de carrière.

Le projet de décret instaure, à compter de 2018, un troisième grade à accès fonctionnel (Graf) et en précise les modalités d'accès.

La création du Graf constitue une revendication de longue date du SMPS et de l'Unsa, qui se sont beaucoup mobilisés

pour l'obtenir. Ils ont été les seuls parmi les organisations syndicales à participer à toutes les instances avec les pouvoirs publics relatives au décret AAH, et n'ont cessé de plaider pour que ce décret soit enfin promulgué. Cependant, nous restons attentifs car l'article 1 modifiant le 3-1 du statut particulier des AAH introduit une notion de seuil budgétaire pour que les établissements puissent être éligibles au Graf. Ce seuil sera fixé ultérieurement par voie d'arrêté et vos représentants SMPS s'assureront qu'il le sera au niveau le plus bas possible pour qu'aucun collègue ne soit exclu.

Nous ne manquerons pas de vous informer dès que le décret AAH sera enfin publié. ■

Un statut commun pour les ingénieurs Le SMPS réunit les ingénieurs territoriaux et hospitaliers

À l'initiative du SMPS, plusieurs associations professionnelles d'ingénieurs hospitaliers et territoriaux* se sont réunies pour porter une démarche inédite dans toute la fonction publique: obtenir un statut commun pour les ingénieurs des deux versants. Cette possibilité de régir par des dispositions statutaires communes des corps et cadres d'emplois relevant de la même catégorie et appartenant à au moins deux fonctions publiques est rendue possible par l'ordonnance n° 2017-543 du 13 avril 2017 portant diverses mesures relatives à la mobilité dans la fonction publique.

L'ordonnance est une occasion de construire un socle commun (grades et grades à accès fonctionnel, grilles indiciaires, durées d'échelon, modalités de promotion), tout en gardant ce qui est spécifique à chaque versant: spécialités, seuils d'emplois fonctionnels, etc.

La comparabilité des statuts des ingénieurs hospitaliers et territoriaux est historique. Ils ont suivi les mêmes évolutions, avec parfois un délai de transposition aux ingénieurs hospitaliers, générateur de freins à la mobilité, et avec des nuances qui sont toujours au détriment des hospitaliers. Le protocole PPCR aurait dû être l'occasion de transposer les avancées statutaires de mars 2016 des ingénieurs territoriaux aux ingénieurs hospitaliers. Le SMPS a obtenu l'harmonisation des deux premiers grades, ainsi que l'engagement d'harmoniser dans un second temps les grades supérieurs et l'emploi fonctionnel.

La mise en œuvre d'un décret statutaire commun permettra en outre de transposer simultanément la dernière réforme des cadres d'emploi des ingénieurs territoriaux aux ingénieurs hospitaliers et aux ingénieurs de l'AP-HP.

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

* Association des ingénieurs territoriaux de France (AITF) - Association des ingénieurs hospitaliers de France (IHF) - Association nationale des cadres et experts techniques hospitaliers (H360) - Association française des ingénieurs biomédicaux (Afib) - Association nationale de l'ingénierie en organisation hospitalière (Aniorh) - Syndicat des managers publics de santé (SMPS, affilié à l'Unsa Santé-Sociaux) - Syndicat Unsa Territoriaux

CAPN des directeurs des soins - 29 mars

Les bonnes intentions ne suffisent pas

Lors de la première CAPN des directeurs des soins de 2018, les représentants du SMPS ont regretté que celle-ci s'inscrive dans le même climat que les précédentes.

Or, on note depuis quelque temps une modification considérable de l'environnement dans lequel nous exerçons quotidiennement : l'hôpital public est toujours en pleine tourmente, à la différence près qu'aujourd'hui cette tourmente est particulièrement médiatisée. L'ensemble des managers hospitaliers, dont les directeurs des soins, avait de longue date alerté les pouvoirs publics sur les tensions et la dégradation manifeste des conditions de travail. Les réponses apportées restaient inadaptées et laissaient entrevoir le peu de considération portée à la parole des acteurs, notamment de ceux en charge du management et de l'accompagnement des changements au plus près du terrain.

Les représentants du SMPS ont souhaité alerter sur l'accélération de la dégradation des conditions de travail des managers de l'hôpital public. Les tensions actuelles ont des impacts sur l'ensemble du système. Les directeurs des soins sont directement touchés par les répercussions de cette crispation. À la jonction de tous les secteurs des acteurs hospitaliers, ils sont en première ligne pour conduire les changements et pour appliquer les nouvelles organisations, sans concession et sans aucune marge de discussion, en maintenant une forme de sérénité dans le climat social. Là où le temps, de l'information, de la bienveillance et de l'humanité, devrait s'imposer, il n'y a plus que contraintes, urgences et pressions : celles du faire mieux et plus avec surtout moins !

Les directeurs des soins continuent à accompagner les changements avec professionnalisme et avec un sens aigu

des responsabilités, à tenter d'informer sur le bien-fondé des impacts de nouvelles mesures d'organisation impopulaires mais indispensables, ou encore à accompagner les professionnels par un management « humanisé ».

Mais aujourd'hui, le corps des directeurs des soins se trouve en difficulté. Chahutés et contestés dans leurs missions, de plus en plus de nos collègues sont en grande souffrance. Aucun pourtant n'est démissionnaire. Ils attendent un soutien et un accompagnement qui aillent au-delà des discours et bonnes intentions. Il est urgent de renégocier les évolutions statutaires et indemnitaires. Si elle fait souvent écho à la

dégradation des conditions de travail, la désaffection pour le corps des directeurs des soins traduit aussi l'absence de considération de notre corps par les pouvoirs publics.

Le SMPS sera toujours vigilant sur les conditions de travail des directeurs des soins, tout en étant engagé activement, mais sans complaisance, dans l'évolution du système de santé dans son ensemble. Il attend des pouvoirs publics qu'ils recréent la dynamique de reconnaissance des directeurs des soins, au-delà des discours et des simples intentions : avec des effets concrets, à la hauteur des impératifs liés aux fonctions et aux conditions de travail. ■

Hôpital public : il faut rétablir la vérité

Les discours ne résistent pas à l'analyse des faits

Chaque jour apporte son lot de nouvelles attaques contre l'hôpital public. Un jour, c'est un colloque qui le met en accusation ; un autre jour, c'est un reportage qui prend appui sur un drame pour le critiquer. De multiples articles de presse ou ouvrages expliquent en long et en large, mais sans souci de la nuance, combien l'hôpital est maltraitant. Des fiches d'événements indésirables sont utilisées sans précaution ni même connaissance de leur signification pour mettre en avant de prétendus dysfonctionnements.

Quelles que soient les intentions qui animent ce mouvement, il n'y a qu'un résultat : l'hôpital public en ressort affaibli, avec une image dégradée. Dans le même temps, les Français continuent de lui témoigner massivement leur confiance, en montrant leur attachement au service public hospitalier et aux agents qui y travaillent.

Et les discours ne résistent pas à l'analyse des faits. Edouard Couty, qui a reçu des pouvoirs publics une mission importante de médiation, a

expliqué à diverses reprises les problèmes réels qui peuvent se poser dans les hôpitaux publics. Le journal *Le Monde* rapporte dans son édition du 5 avril que 98 % des situations de médiation relèvent de conflits interpersonnels, et non d'un management malveillant.

Cependant, il ne faut pas ignorer les difficultés des hôpitaux publics. Les réformes sont devenues une fin en soi, au détriment des objectifs qui les ont justifiées. Les hospitaliers expriment une perte de sens et de repères. Le malaise hospitalier est réel et il faut y répondre. Mais cette réponse ne peut se résumer à l'idée simpliste que l'hôpital serait maltraitant.

Ramenons le sujet dans le réel. N'incriminons pas une catégorie de professionnels. N'opposons pas les hospitaliers les uns aux autres. Chaque professionnel de santé est au service du patient autour des valeurs du service public hospitalier. Voilà le message que porte le SMPS. Il aura l'occasion de présenter très prochainement ses propositions pour l'hôpital public. ■

CAPN D3S - 5 avril

Pour un dialogue réellement « transparent, équilibré, sincère et constructif »

Le SMPS a profité de la CAPN D3S pour se féliciter du rapport Iborra-Fiat sur les Ehpad. Il souhaite que ce rapport, contrairement à beaucoup d'autres auparavant, ne tombe pas dans l'oubli. Il regrette toutefois que la démarche entreprise ne concerne que le secteur des personnes âgées et que, comme pour la nomination de Pierre Ricordeau, médiateur chargé de l'expertise de la réforme de la tarification des Ehpad, la ministre des Solidarités et de la Santé semble ne tenir compte que de ce secteur. Ceux de l'enfance et du handicap connaissent eux aussi des enjeux majeurs, malheureusement passés sous silence. Le SMPS réclame un plan global pour l'ensemble du secteur médico-social, co-construit avec les organisations syndicales représentatives des directeurs.

C'est pourquoi le SMPS demande des actions rapides pour l'ensemble des populations accueillies et, au-delà de la personne âgée, une réponse concrète au manque de place dans les secteurs du handicap et de l'enfance, vu les besoins spécifiques de ces populations fragiles. Par ailleurs, le SMPS est revenu sur la CAPN du 1^{er} mars et sur les nombreuses sollicitations de collègues, déçus de n'avoir pu défendre leur candidature auprès des tutelles, de n'avoir pas été classés et de ne pouvoir disposer d'éléments précis concernant leur éviction, ce qui laisse planer une sensation de mépris. C'est d'autant plus regrettable que syndicats de directeurs, CNG et ministère de la Santé ont été unanimes à saluer l'adoption, à l'automne 2017, d'une charte de l'éthique et de la responsabilité des directeurs de la fonction publique hospitalière. Celle-ci promeut « *un dialogue transparent, équilibré, sincère et constructif pour développer des relations de qualité avec la représentation institutionnelle et professionnelle interne et externe* ».

Les candidats se voient souvent opposer des postes ciblés, des directions communes en cours de construction, voire

des intérimaires, non candidats, et pourtant préférés aux candidats. Comment un collègue, après parfois plusieurs candidatures infructueuses, peut-il être sensibilisé au dialogue transparent, alors même qu'il ne dispose pas d'éléments probants sur les raisons l'ayant conduit à ne pas être retenu, faute de retour des recruteurs ?

La charte rappelle dans son préambule la nécessité absolue de « s'assurer du traitement équitable de toutes les personnes accueillies ». Ce principe fort ne peut être opposable qu'au management mais doit être d'application générale et donc bénéficier aussi aux directeurs et directrices.

Le SMPS promeut un management positif remettant au centre l'individu en tant que tel. Le respect des procédures et la connaissance de la fiche des postes, des perspectives de direction commune, d'un professionnel pressenti, seraient facteurs de bienveillance.

Le SMPS porte une haute idée du métier de D3S. Vu les besoins à pourvoir et les changements de conditions d'exercice à venir, il réclame donc les avancées statutaires nécessaires à la reconnaissance d'un engagement professionnel quotidien, et la réponse aux objectifs définis dans un contexte de diminution des moyens et des ressources. ■

Indemnisation des périodes d'intérim et indemnité de direction commune Aller au-delà des mesures perlées

Le *Journal officiel* du 10 avril 2018 fait paraître le décret n° 2018-255 du 9 avril 2018 relatif aux modalités d'indemnisation des périodes d'intérim et à l'indemnité de direction commune pour certains personnels de la fonction publique hospitalière et l'arrêté du 9 avril 2018 fixant les montants de l'indemnisation des périodes d'intérim et de l'indemnité de direction commune pour certains personnels de la fonction publique hospitalière (*textes à télécharger depuis notre site ou sur www.legifrance.fr*).

Ces textes avaient été présentés au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière le 20 décembre 2017.

Le décret définit les modalités d'indemnisation au profit des membres des corps de direction des périodes d'intérim. Le cas échéant, un déplafonnement temporaire de la prime de fonctions et de résultats est autorisé le temps de la période d'intérim, ce qui permet aux directeurs ayant atteint le plafond de la part résultats de bénéficier de l'indemnité d'intérim.

Le décret modifie aussi l'indemnité de direction commune pour en faire bénéficier les adjoints participant à l'équipe de direction d'une direction commune. Le montant de l'indemnité perçue par les membres de l'équipe de direction s'élève à 50 % du montant perçu par le chef d'établissement.

L'arrêté du 9 avril 2018 vient préciser les modalités de calcul et les montants de ces deux indemnités.

Les précédentes dispositions reposaient uniquement sur une simple instruction. La parution de ce décret constitue donc une sécurisation juridique, réclamée depuis longtemps par le SMPS, et il reprend de nombreuses demandes et propositions du SMPS, tout en laissant de côté certains sujets majeurs.

Le déplafonnement temporaire de la prime de fonctions et de résultats pour les directeurs et directrices effectuant des intérim et ayant atteint le plafond de 6 pour la part fonctions est une bonne nouvelle : cette avancée avait elle aussi été réclamée de longue date par

le SMPS. De même, le SMPS se félicite que les adjoints (directeurs d'hôpitaux, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médicaux, et directeurs des soins) puissent enfin bénéficier d'une indemnité de direction commune. C'est une reconnaissance du travail considérable effectué par les adjoints, au quotidien, dans des directions communes toujours plus nombreuses.

Le SMPS regrette toutefois le plafonnement de cette indemnité de direction commune à 50 % du montant perçu par le chef d'établissement.

Surtout, le SMPS regrette que les pouvoirs publics prennent des mesures perlées, sans modification globale du statut des directeurs et des directrices, dont les conditions de travail ont pourtant été considérablement modifiées. Il attend notamment des pouvoirs publics les mesures suivantes :

- reprise des discussions sur la prime d'exercice territorial, promise par Marisol Touraine en janvier 2017. Cette mesure, qui se voulait une réponse au déploiement des GHT a été laissée de côté avec le changement de gouvernement et n'a pas été discutée depuis. Mais les GHT, eux, sont bel et bien là !
- parution du décret linéarisant l'échelon spécial de la « hors-classe » et assouplissant les conditions d'accès à la classe exceptionnelle ;
- prise en compte de la situation des directeurs et directrices en direction commune dont les établissements fusionnent : ils perdent ainsi le droit à l'indemnité, alors même que la mise en place et le suivi de la fusion nécessitent un investissement qui doit être reconnu et valorisé ;
- mesures à destination des chefs d'établissement, au-delà des compensations indemnitaires. Car, dans le cadre des restructurations, ils perdent leur statut de chef et ne se voient pas proposer, par le CNG ou les ARS, des perspectives de carrière satisfaisantes. ■



Le SMPS condamne des violences contre des directeurs

Les managers doivent être soutenus par les pouvoirs publics

En avril dernier, deux directrices ont été prises à partie dans l'exercice de leurs fonctions. Le comité technique d'établissement a été brutalement interrompu par un groupe de personnes se réclamant d'un comité de défense de l'hôpital. Ces personnes ont menacé les directrices présentes de les retenir tant qu'elles n'auraient pas eu toutes les réponses à leurs questions, perturbant gravement une instance représentative du personnel. Il a fallu l'intervention des forces de l'ordre pour que les directrices puissent sortir de la salle de réunion. Dans les jours qui ont suivi, une affiche mettant en cause l'une des directrices de manière injurieuse et diffamatoire a été placardée dans la commune de l'hôpital.

Le Syndicat des managers publics de santé (SMPS) condamne fermement de tels agissements. Ce mode d'action, qualifié par les intéressés de « coup de poing », témoigne de davantage de brutalité dans les rapports sociaux, ce qui expose personnellement les managers hospitaliers, d'une façon injuste et disproportionnée. De telles menaces, bien qu'elles soient répréhensibles, deviennent de plus en plus fréquentes. ■

Le SMPS porte la vision des directeurs et des cadres hospitaliers, fidèle aux valeurs d'un service public de santé tourné vers l'avenir. Il a pour ligne de conduite d'apporter un appui exigeant et attentif aux transformations du système de santé qui lui paraissent justifiées. Il ne peut pour autant admettre que les managers hospitaliers portent seuls, sur le terrain, au prix d'une implication physique et psychique excessive, la responsabilité de ces transformations. Il ne peut non plus tolérer que toutes les menaces et actions agressives de prétendus comités de soutien, malgré les dénégations faussement indignées qui s'ensuivent, restent sans suite.

Le SMPS demande aux pouvoirs publics de rappeler fermement à la règle les personnes à l'initiative de tels actes et de prendre toute décision permettant d'apaiser les tensions sociales croissantes dans les hôpitaux.

Le SMPS souhaite que les managers hospitaliers, pleinement investis dans leur mission, bénéficient de la part des pouvoirs publics, et notamment de la part de l'agence régionale de santé, d'un soutien constant, bienveillant et public. ■



Calendrier des événements SMPS 2018

71^e CONGRÈS
13 et 14 septembre 2018

SMPS
MANAGEURS PUBLICS DE SANTÉ

CITÉ DES SCIENCES ET DE L'INDUSTRIE
PARIS

UBERISATION & BIG DATA

Quel modèle pour nos établissements connectés ?

29-31 mai

Salon Paris HealthCare Week

Retrouvez le SMPS au stand B6,
face au stand FHF

28 juin

**Réunion régionale
Antilles-Guyane**

CHU de Pointe-à-Pitre

7 septembre

Réunion régionale PACA

21 septembre

Réunion régionale Corse

26-28 septembre

**Congrès de l'Association
des managers hospitaliers**

Cascais, Portugal

28 septembre

Réunion régionale Grand Est

CHU de Nancy

4 octobre

Réunion régionale Île-de-France

15 novembre

**Réunion régionale
Bourgogne Franche-Comté**

22 novembre

Réunion régionale Bretagne

26 novembre

Journée-débat

L'égalité femme/homme en santé

Salle de la GMF - Levallois

6 décembre

Élections professionnelles

26 novembre

Lutte contre les violences faites aux femmes

Salle de la GMF - Levallois

Au lendemain de la journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes, le réseau Parité: What Health? du SMPS se mobilise et vous convie le 26 novembre 2018 pour un après-midi d'échanges sur le rôle des hôpitaux dans ce combat. Deux thématiques seront abordées:

Le sexisme à l'hôpital: mythe ou réalité? Le rôle des managers de santé dans la levée du tabou

L'hôpital acteur de la prise en charge des femmes victimes de violences:

- prévention, traitement, coordination, suivi...: retour d'expérience du CHU de Nice
- prise en charge des mutilations gynécologiques: l'action de Gynécologie sans frontières

Intervenants

Caroline Chassin *Coordinatrice du réseau Parité: What Health?*

Anne Gaël Bauchet *Présidente d'Alter-Égaux*

Alizée Porto *Chef de clinique-assistante des universités, AP-HM*

Olivier Le Pennetier *Interne de médecine, AP-HP*

Jérôme Delotte *Chef de pôle femme-mère-enfant, CHU de Nice*

Véronique Paquis *Professeure de génétique, CHU de Nice*

Mathieu Boiffier *Urgentiste, CHU de Nice*

Élodie Biglia *Légiste, CHU de Nice*

Serge Boyer *Secrétaire général, Gynécologie sans frontières*

Et bien d'autres encore!



côté région

BOURGOGNE - FRANCHE-COMTÉ

Travail en équipe et sécurité du patient

Quels enjeux pour les managers ?

Pour réduire le risque des événements indésirables dont peuvent être victimes les patients, la Haute Autorité de santé teste de nouvelles démarches comme celle des « rencontres de sécurité ». Basée sur l'engagement de la direction de l'hôpital, elle fait se rencontrer deux équipes, celle composée de managers et l'équipe médico-soignante, sur le lieu de travail de cette dernière. Un prérequis : la confiance entre les deux parties.

Un sur dix. C'est la proportion de patients hospitalisés qui seraient victimes d'un événement indésirable lors des soins dispensés en établissement de santé. Le dysfonctionnement du travail de l'équipe a été identifié comme la première cause de survenue de ces événements, que ce soit dans la littérature internationale ou dans des études françaises. Dans la plupart des cas (70 %), il est dû à un défaut de communication, entre professionnels ou avec le patient, quelle que soit sa forme, écrite ou orale.

Afin de réduire ce risque, la Haute Autorité de santé (HAS) se mobilise avec les professionnels pour que l'équipe et le patient soient les acteurs clés de la diminution des risques associés aux soins.

Sur la base de ce constat et d'expériences étrangères réussies, la HAS a lancé plusieurs initiatives, dont le programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte). Cette expérimentation a pour but d'aider les

équipes pluriprofessionnelles à travailler sur les facteurs organisationnels et humains : l'écoute, l'entraide, la prise en compte du stress, la communication, l'anticipation, etc.

Deux étapes successives associant des professionnels de santé volontaires ont permis l'élaboration du programme et de sa boîte à outils, permettant aux équipes de réaliser un diagnostic du fonctionnement du collectif, de mettre en œuvre des actions d'amélioration et d'évaluer l'évolution des changements. Le rapport final d'expérimentation a été publié en février sur le site de la HAS et le programme devrait être disponible très prochainement. Il intègre les outils élaborés ou adaptés par la HAS à destination de trois cibles – gouvernance, professionnels de santé et patient – pour mieux travailler ensemble. L'engagement de la direction est un prérequis à la démarche, car les équipes doivent se sentir écoutées et soutenues ; mais l'engagement de la direction va plus loin !

Les rencontres de sécurité en établissement de santé Une discussion ouverte

Les rencontres sécurité du patient en établissement de santé se caractérisent par des échanges d'une heure environ entre deux équipes : l'une composée de managers issus de la gouvernance (direction générale et CME), l'autre, médico-soignante. La rencontre se déroule sur le lieu de travail de l'équipe médico-soignante et les échanges sont centrés sur la sécurité des patients. Il ne s'agit en aucun cas d'une inspection, d'un contrôle ou d'un audit. C'est une discussion ouverte, en confiance et respectueuse, entre les professionnels des deux équipes à propos de la sécurité des patients, afin d'identifier les problèmes rencontrés et de proposer des objectifs d'amélioration. La rencontre est suivie de la mise en œuvre d'un plan d'action partagé pour améliorer la sécurité des patients. ■

Dr Laetitia MAY-MICHELANGELI
Service Évaluation et outils pour la qualité
et la sécurité des soins, Haute Autorité de santé

Établir la confiance avec les équipes de soins est primordial ; s'intéresser à la vie des équipes a démontré les effets bénéfiques sur la prise en charge des patients par les équipes.



Les évènements indésirables associés aux soins (EIAS)

Qu'est-ce qu'un EIAS ?

▶ C'est un évènement qui a entraîné ou aurait pu entraîner un préjudice pour le patient.

1 patient hospitalisé sur 10 subirait un préjudice lors de ses soins.

Quelles sont les causes principales d'un EIAS ?

▶ Si il n'est pas possible à ce jour d'identifier les causes de tous les EIAS, la HAS a pu analyser plus de 47 000 évènements porteurs de risque*.

3 CAUSES MAJEURES LIÉES :

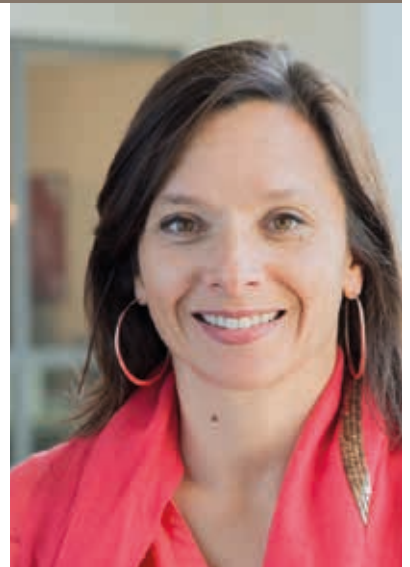
- au travail en équipe : **27%**
- aux tâches à accomplir : **23%**
- au patient : **15%**

*EIAS dont le préjudice a été évité ou pallié par le soignant

Quels leviers pour améliorer le travail en équipe ?

▶ La HAS accompagne les professionnels à chaque étape :

En effet, il est écrit que la culture de sécurité d'une entreprise repose avant tout sur celle des managers. En particulier, la déclaration des évènements indésirables ne peut se faire que dans le cadre d'un climat de confiance avéré. Apprendre de ses erreurs et le reconnaître n'est pas chose aisée. Les managers doivent montrer l'exemple, même si cela peut paraître difficile à certains moments. Établir la confiance avec les équipes de soins est primordial ; s'intéresser à la vie des équipes a démontré les effets bénéfiques sur la prise en charge des patients par les équipes.



Dr Laetitia MAY-MICHELANGELI

C'est pourquoi nous testons actuellement une nouvelle démarche appelée « rencontres de sécurité » (*safety walkrounds, patient safety leadership walkrounds* ou *executive safety walkrounds*).

Se poser les bonnes questions

Les rencontres sécurité sont présentées comme un moyen de démontrer l'engagement des personnels dirigeants et de développer l'adhésion des personnels à une culture de sécurité des patients. Comme pour la plupart des démarches de qualité/sécurité, il ne s'agit pas d'une solution miracle à tous les problèmes liés à la qualité des soins et à la sécurité du patient, mais d'une démarche que nous proposons à chaque établissement et qui ne sera possible à mettre en place que collectivement, si direction et équipe de soins ont envie de progresser.

Comme dans la démarche Pacte, il ne faut pas précipiter les choses. Il convient avant tout de se poser les bonnes questions, et en particulier vérifier que le contexte est favorable à de telles démarches. Parce que croire que s'engager dans de tels projets est une voie pour résoudre les conflits serait une erreur qui mènerait, de fait, à un échec.

Donc, plutôt que de vouloir tout faire évoluer d'un coup, commencer par une équipe volontaire qui a envie de faire bouger les choses, accompagnée par une direction à l'écoute, est certainement un gage de réussite. Je crois à l'effet boule de neige, et mieux vaut se fixer un objectif atteignable, qui une fois atteint fera la satisfaction de tous ceux qui ont contribué au projet, que de se fixer des objectifs trop ambitieux qui finiront par démobiliser tous ceux qui ont participé.

BRETAGNE

Une approche singulière de l'exercice d'autorité

Le 5 avril, à Rennes, la réunion régionale du SMPS Bretagne a invité le capitaine Philippe de Montfleury, de la société Latitude Nord, à partager son expérience de management d'équipe.

Certaines problématiques rencontrées par l'institution militaire sont similaires à celles du système de santé. C'est à ce titre qu'une réflexion a été demandée par la délégation régionale de Bretagne du SMPS. Il s'agissait de partager des expériences qui offrent les clés d'un management éclairé dans un contexte difficile, voire un contexte de crise. De façon générale, des mises en situation de leadership concrètes peuvent compléter ces temps de partage et leur débriefing peut produire des améliorations organisationnelles.

La spécificité du métier des armes induit une approche singulière de l'exercice de l'autorité qui est enseignée aux élèves officiers dès le début de leur scolarité. En effet, dans quelques mois pour les uns ou dans quelques années pour les autres, ces futurs lieutenants assumeront la fonction de chef de section en

à une conférence participative au cours de laquelle un instructeur va les guider dans leur réflexion sur l'exercice de l'autorité. Cette séance, intitulée «Corpus commandement», commence par une mise en situation qui consiste, dans un temps contraint, à se dégager d'une zone de combat avec un blessé sur brancard en terrain escarpé. Elle se poursuit en salle de cours où, par groupes, les élèves vont réfléchir aux questions suivantes: *Commander, est-ce donner des ordres? Sur quoi repose l'autorité? Qu'est-ce qu'un meneur d'hommes?* Chaque groupe restitue ensuite le fruit de ses échanges.

Il faut souvent du temps à l'instructeur, ainsi que l'utilisation d'une méthode interrogative bien guidée, pour recentrer la réflexion de jeunes gens de 18 à 25 ans, car le débriefing qui suit ne leur vient pas naturellement à l'esprit. Entre autres thèmes abordés, la réflexion

porte particulièrement sur le rapport à la mort si spécifique au métier des armes, sur les différences entre le management dans la société civile et le commandement dans les armées, sur les notions de légitimité et de crédibilité qui confèrent l'autorité et sur le rôle social de l'officier. L'objectif, c'est d'aider ces jeunes gens à susciter l'adhésion de leurs hommes à un engagement sans faille, jusqu'au sacrifice suprême si besoin. ■



**Commander, est-ce donner des ordres?
Sur quoi repose l'autorité?
Qu'est-ce qu'un meneur d'hommes?**

opération intérieure et/ou extérieure. Ce jeune chef dans l'action doit donc disposer d'un solide socle de connaissances, de la force de caractère nécessaire, de l'intelligence de situation, de l'ouverture d'esprit et des qualités personnelles qui lui permettront de discerner dans la complexité, de décider dans l'incertitude et d'agir dans l'adversité.

A peine arrivés à Saint-Cyr Coëtquidan (Morbihan), les élèves officiers assistent

Un instructeur aguerri

Philippe de Montfleury est capitaine en retraite et ancien instructeur de formation humaine aux écoles de Saint-Cyr Coëtquidan (Morbihan). En 2001, il a rejoint le Centre national d'entraînement commando dont il est devenu responsable de la formation des instructeurs. Lauréat du concours des majors, il sert comme officier renseignement, puis comme second d'un escadron blindé, au 1^{er} régiment de hussards parachutistes de Tarbes (Hautes-Pyrénées). Il anime des stages de formation professionnelle et fait profiter les entreprises de savoir-être spécifiques à l'exercice du commandement. ■



Égalité homme-femme à l'hôpital :

L'ÉGALITÉ PROFESSIONNELLE

Être un homme ou une dans le monde profes

Le 8 mars dernier, le CHU de Nice a consacré une journée à l'égalité homme-femme. La matinée proposait des ateliers thématiques, l'après-midi des interventions des invités et des tables rondes. C'est le réseau Parité: What Health?, animé par Caroline Chassin, secrétaire générale du CHU, qui organisait cette journée. Parité: What Health? est un réseau de professionnels de santé engagés dans la défense de la place de tous les managers de santé, hommes et femmes.

L'après-midi était construit autour de trois thèmes: l'égalité professionnelle, le sexisme au travail et les acteurs de santé au service de la prise en charge des femmes. Partout, il a été question de coordination, de mise en réseaux. Ensemble, tous services de l'hôpital réunis. Ensemble, avec celles et ceux, nombreux, qui luttent hors de l'hôpital. Ensemble, femmes et hommes.

De multiples causes et une découverte: la falaise de verre

Le modèle français de la fonction publique contribue aux inégalités professionnelles entre les femmes et les hommes fonctionnaires. C'est clair. C'est net. Le rapport de la députée Descamps Crosnier, présenté en mars 2017, l'a montré. Et ces inégalités concernent aussi bien les salaires, les modes de management que les déroulements de carrière. En 2018, le réseau Parité: What Health? du SMPS a souhaité approfondir le sujet et a mené une enquête sur la fonction publique hospitalière (FPH). Elle est, on le sait, la moins bien valorisée des trois. Est-ce un hasard si elle compte plus de 80% de femmes dans ses rangs? L'écart de rémunération entre les hommes et les femmes atteint 6,6%.

Bonne nouvelle: les dernières promotions de hauts dirigeants de la FPH sont parmi les plus paritaires. Mauvaise nouvelle: elles restent touchées par le plafond de verre. Caroline Chassin en profite pour faire part d'une découverte: la falaise de verre. L'expression désigne les postes risqués, ceux dont personne ne veut et que les femmes vont accepter pour tenter d'être promues. Soit elles y remportent un franc succès, soit elles connaissent un échec cuisant et, dans ce cas, on n'oublie pas de le

leur reprocher. L'enquête «Parité: What Health?» confirme que plus on progresse dans la hiérarchie et moins les femmes sont représentées, et que la probabilité d'accéder à de hautes fonctions reste clairement plus faible pour les femmes. Pourquoi cet écart de rémunération à la FPH? Les causes sont multiples et s'ajoutent. D'abord, les métiers restent très marqués par le genre. Et à niveau de responsabilité égal, les grilles de rémunération des emplois occupés en majorité par des hommes (ouvriers, techniciens et ingénieurs) sont mieux valorisées que celles des emplois occupés en majorité par des femmes (ASH, AS, IDE, cadres de santé). S'ajoutent à cela des parcours professionnels moins contraignants dans les filières techniques, qui reposent sur des examens professionnels et des concours, passés souvent au sein même de son établissement. Dans ces filières, toute une myriade de grades permet un déroulement de carrière simple et ambitieux. Or, dans les filières soignantes, les écoles de formation prévalent. Pour y accéder, on est forcé de quitter son travail - on perd alors son salaire - et son lieu de résidence. Ensuite, le déroulement de carrière subit des freins administratifs

à la loupe

il y a du travail !

femme : est-ce si différent
sionnel aujourd'hui ?

répétés, inconnus des ingénieurs. Même les personnes en charge des ressources humaines oublient souvent ces différences.

Quatre-vingts pour cent des femmes interviewées dans l'enquête déclarent pâtir du déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Et cela nuit à leur carrière. Pire : la plupart d'entre elles déclarent qu'il n'existe aucune mesure dans leur établissement pour faciliter un rééquilibrage. L'explication de ce déséquilibre ? Les enfants. Pas étonnant quand on apprend que 32 % des femmes qui en ont eu se sont vu reprocher par leur hiérarchie la prise d'un congé maternité ou parental.

Autre cause d'écart de rémunération : les critères de sélection traditionnels des chefferies. Et l'on pense à la mobilité géographique obligatoire, ou fortement recommandée, à l'expérience significative à l'étranger, à la présence au-delà des horaires classiquement acceptés, etc. Tous ces critères de forte visibilité et d'ultra-disponibilité, conjugués à l'excellence des diplômes et des parcours tout au long de la vie professionnelle, pénalisent les femmes qui ne peuvent souvent plus y répondre lorsqu'elles ont des enfants. L'enfant ne devrait pas paraître! ■

Nous nous mettons des freins à cause
du système dans lequel nous baignons

Début 2017, un groupe de travail traitant de l'égalité professionnelle s'est créé au sein du CHU de Nice. Il comprend des personnels appartenant à des métiers très divers, aussi bien des soignants, des administratifs que des ouvriers et des techniciens. Quatre membres de ce groupe ont témoigné de ce que c'est que d'être une femme à l'hôpital lors d'une première table ronde animée par **Pauline Robineau**, directrice adjointe des ressources humaines, et **Kévin Tortet**, directeur adjoint en charge des opérations : **Yvette Minu**, infirmière, représentante du personnel, **Thierry Denis**, cadre de santé, **Isabelle Bereder**, vice-présidente de la CME et **Karine Jean-Faure**, responsable du programme personnalisé de soins.

*Quelle est votre expérience
de l'égalité au CHU ?*

Yvette Minu Je travaille depuis 37 ans à l'hôpital. J'ai vu les difficultés des femmes médecins à y faire leur place. J'ai vu des internes pleurer parce qu'on leur promettait une place de chef de service à condition qu'elles ne fassent pas de bébé pendant deux ou trois ans. Des problèmes réguliers se posent, auxquels notre groupe trouve des solutions la plupart du temps. Des postes sont parfois refusés à des femmes, comme au reposoir il y a peu. On en trouve certaines

trop menues pour effectuer telle ou telle tâche. Mais utiliser des chariots électroniques, par exemple, facilite le travail de tous, hommes et femmes. Nous gérons aussi les problèmes de vestiaires et de douches, souvent réservés aux hommes. **Thierry Denis**. En mai 2016, j'ai participé à une formation institutionnelle de sensibilisation à l'égalité professionnelle. J'ai pu alors mesurer l'importance des stéréotypes, des traitements différenciés, mais aussi des outils que nous avons à notre disposition, comme le rapport de situation

Isabelle Bereder. On voit de plus en plus de médecins femmes. Dans ma génération, elles représentent la moitié des effectifs, et elles sont plus nombreuses que les hommes pour les jeunes générations. Mais au CHU de Nice, sur treize chefs de pôle, on ne compte que deux femmes. Au niveau national, on dénombre deux femmes présidentes de CME sur trente-deux présidences.

À quoi l'attribuez-vous ?

Isabelle Bereder. En tant que femmes, nous avons aussi notre propre responsabilité. Nous nous confrontons tous les jours à une vision masculine des chefs si bien que nous n'osons pas nous dire que nous pourrions devenir professeure d'université ou cheffe de service d'un hôpital. Nous nous mettons des freins à cause du système dans lequel nous baignons. Les hommes cooptent des hommes. J'ai discuté

avec des collègues professeures ; on leur avait fait comprendre que si elles étaient professeures, c'était parce que leur chef était elle-même une femme, et non pour leurs compétences. Et l'on continue d'entendre aujourd'hui, même chez des gens qui ont l'air ouvert : *Tu es sympa, mais ce n'est pas le moment de faire un enfant, on est en sous-effectif.* Karine Jean-Faure. Je travaille depuis longtemps dans le domaine de la sécurité et de la sûreté. Je n'ai jamais connu le sexisme dans ce milieu, mais je l'ai

Que dit le droit ?

Désormais, un témoin risque plus à se taire qu'à dénoncer

Pour les trois fonctions publiques, les obligations sur l'égalité homme-femme ne datent que de 2014, pour la loi, et de 2015 pour les circulaires d'application ! Or, la loi s'impose depuis 1972 dans le privé. En France, on constate que de 50 à 60% des entreprises privées respectent la loi.

Le cadre légal a été renforcé en 2017. La loi dit que nul ne doit subir de sexisme au travail. L'employeur en est garant et, en cas de plainte, il est tenu pour immédiatement responsable. Il doit alors prouver que les conditions de travail de ses salariés sont garanties dans un univers non sexiste.

Attention ! La loi a évolué en ce qui concerne les témoins. Souvent, ceux-ci se taisent face au sexisme, par crainte de faire des vagues, de paraître lourdauds. Or, le silence crée le sexisme. Vous êtes désormais solidairement responsable si vous ne prenez pas position en cas de sexisme. Et on risque quoi ?

L'employeur est présumé coupable, comme personne morale, le témoin comme personne physique. Désormais, un témoin risque plus à ne rien dire qu'à dire.

Bien des gens ignorent que le sexisme est inscrit aujourd'hui dans un cadre pénal. Mettre une main aux fesses d'une collègue est passible de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. Une insulte à caractère sexiste entraîne jusqu'à 22 500 € d'amende et six mois de prison ferme. Quand on dit « ce n'est pas grave », si, c'est très grave.

Si on ne s'attaque pas au socle de toutes ces inégalités, on n'avancera pas. Or ce socle, c'est le sexisme. En France, il est très bien partagé : dans le monde professionnel, à la maison, à l'école, etc. Ce ciment de la société française est très difficile à dissoudre tant nous sommes, hommes et femmes, construits sur ces différences. ■

Anne-Gaël BAUCHET
Directrice, cabinet conseil Alter Égaux, Nice



Pauline ROBINEAU

rencontré dans des classes sociales dites « plus élevées ». Depuis quatre mois, je suis responsable du programme personnalisé de soins (PPS) du CHU et je dirige une équipe de vingt-neuf hommes et une femme. Quand vous arrivez, on vous jauge. Au début, il y a quatre mois, quand j'ai pris en charge le service, j'ai pris des précautions : pas de rouge à lèvres et trois fois seulement une jupe, longue. En quatre mois ! Le physique est ce que l'on voit en premier.

Ne vous protégez-vous pas ainsi ?

Karine Jean-Faure. Pour moi, il convient d'être neutre. De la même façon qu'un banquier ne s'habille pas en jean, tee-shirt et tongues. Il faut donner le temps aux gens de vous connaître, de connaître

vos compétences. C'est par nos compétences et en travaillant avec des hommes que l'on peut faire changer les choses.

Quelle évolution avez-vous constatée ces dernières années ?

Yvette Minu. La situation a beaucoup changé. J'ai connu un chef de service qui avait le « droit de vie » et, pour certaines, celui de cuissage, sur l'ensemble de son service. Un caractère sexiste et vulgaire subsiste chez certains médecins, surtout dans les blocs opératoires. Mais

celles du soir. Et cela arrange aussi bien les femmes que les hommes, de plus en plus nombreux à s'occuper de leurs enfants. Nous sommes à l'écoute les uns des autres. Avant, celui qui restait le plus tard le soir dans le service était le meilleur. Aujourd'hui, on considère qu'il ne sait pas s'organiser !

Thierry Denis. Nous en sommes à la libération de la parole. Quand on commence à évoquer le sexisme au travail, la première réaction est : *Je ne vois pas de quoi tu parles*. Salaires, indices,

On continue d'entendre aujourd'hui, même chez des gens qui ont l'air ouvert : «Tu es sympa, mais ce n'est pas le moment de faire un enfant, on est en sous-effectif.»

les esprits sont prêts à évoluer. Soyons conscients que nous sommes acteurs du changement.

Isabelle Bereder. Je vois une grande évolution, malgré certains freins – surtout sur des carrières universitaires. On va vers une façon de faire à l'américaine : davantage de projets en commun, de recherche. Nous travaillons en « réunion-sandwichs » le midi, pour éviter

Kévin TORTET



etc., tout semble normal. Et puis, au bout de cinq minutes, il y a une prise de conscience et les gens se souviennent de situations qui les ont marqués.

L'égalité professionnelle se joue-t-elle aussi auprès des patients ?

Isabelle Bereder. Oui. Le patient a plus confiance en un médecin homme. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de recevoir tous les jours la famille d'un patient à laquelle je disais que j'étais le médecin. À la fin du séjour, les personnes allaient voir l'infirmière et lui demandaient de voir un médecin, car elle n'en avait pas vu durant le séjour du malade !

L'égalité professionnelle se joue aussi vis-à-vis des patients, c'est clair. Nous, femmes, sommes moins crédibles à un poste à responsabilités aux yeux d'une énorme part de la population. Quand je suis dans la même pièce qu'un homme, ASH ou aide-soignant, je vois le patient chercher dans son regard si ce que je dis est vrai. C'est déroutant. Cette inégalité-là ne va pas se régler par la loi. Un très gros travail est nécessaire. ■

Les chiffres du sexisme

En France, les femmes représentent **48 %** de la population active.

- Taux d'activité : **67 %**
- Temps partiel : **78 %** sont exercés par les femmes
- Différence de salaire en 2014 : **24 %**, toute situation confondue en France

Dans la FPH, **77 %** des agents sont des femmes.

- Écart de rémunération entre hommes et femmes : **6,6 %**
- Postes à haute responsabilité : **12 %** de femmes
- **50 %** des femmes ayant eu des enfants déclarent que cela a freiné leur progression de carrière (30 % pour les hommes)

Au CHU de Nice, **73 %** des agents sont des femmes.

- Jours de congés pour enfant malade : plus de **90 %** sont pris/posés par des femmes
- Postes à haute responsabilité : **12 %** de femmes seulement

LE SEXISME AU TRAVAIL

#Balancetonporc, #Metoo, etc. Les réseaux sociaux sont-ils les seuls vecteurs de traitement

Enquête « Hey doc, les études de médecine sont-elles sexistes ? »

Sexisme et harcèlement sexuel sont très répandus dans les études médicales en France. C'est le résultat de la première enquête jamais réalisée sur le sujet.

Le résultat choque. 95% des internes femmes qui ont participé à l'enquête « Hey doc, les études de médecine sont-elles sexistes ? » disent avoir été victimes de sexisme. Le résultat est supérieur à tous ceux d'études précédentes effectuées dans d'autres pays. 2946 internes ont répondu à l'étude réalisée à l'automne 2017, dont 75% de femmes – pour rappel, 65% des internes sont aujourd'hui des femmes. C'est Alizée Porto, docteur en médecine, chirurgien cardiaque et cheffe de clinique assistant à l'hôpital de la Timone,

le domaine professionnel. Comment le définir ? Il est basé sur des croyances et s'exprime par des comportements qui tendent à stigmatiser, à délégitimer et inférioriser une personne en raison de son sexe. Il va du sexisme ordinaire – stéréotypes, blagues, remarques – jusqu'aux formes les plus graves : discriminations, violences, harcèlement. Quelles sont les conséquences du sexisme au travail ? Sur la confiance en soi et sur la performance ? Différents rapports ont montré qu'il a un impact sur le bien-être des personnes et cause un

80 % des sondés considèrent que ce sexisme ordinaire n'en est pas vraiment un. Attitudes et propos déplacés sont acceptés sous couvert d'humour.

à Marseille, qui a lancé l'enquête, pour l'InterSyndicale nationale des internes (ISNI). Pourquoi ? Parce que durant ses dix années d'études, elle n'a jamais entendu parler du sujet. Le sexisme ? Inconnu ! Pourtant, qu'on se le dise, il est présent dans tous les milieux, et notamment dans

stress néfaste pour la santé physique et mentale. Or, on sait que les jeunes médecins connaissent beaucoup de stress et que nombre d'entre eux subissent un *burn-out*. Le sexisme a aussi un impact sur l'accès aux postes à haute responsabilité dans les milieux médicaux, par le mécanisme du plafond de verre.

du sexisme ?

Le questionnaire envoyé aux internes portait sur le «sexisme quotidien» et sur le harcèlement. Le premier avait été défini ainsi: il s'exerce sous de nombreuses manières, notamment les blagues ou remarques qui stigmatisent, sur la façon de s'habiller, d'opérer, par questions inappropriées sur sa vie sexuelle. Il touche, on l'a vu, 95% des internes femmes qui ont répondu à l'enquête et 49% des hommes.

Mais la moitié seulement s'en déclare victimes, parmi elles 61% de femmes, contre 7% des hommes. À l'inverse, 38% des sondés pourtant identifiés comme subissant ce type de sexisme ne s'en estiment pas victimes. Ils ont accepté de le vivre au quotidien. C'est une vraie banalisation du sexisme dans le milieu médical qui se confirme.

On ne s'en étonne pas quand on apprend que 80% des sondés considèrent que ce sexisme ordinaire n'en est pas vraiment un. Attitudes et propos déplacés sont acceptés sous couvert d'humour. Voyons-les plutôt comme aidant à détendre l'atmosphère de travail! Un livre, *Omerta à l'hôpital*, du Dr Valérie Auslender confirme ce silence⁽¹⁾.

Où s'exerce-t-il? Majoritairement à l'hôpital: 25% au bloc opératoire, 31% lors d'une visite hospitalière ou au cours d'un staff. Qui l'exerce? La moitié des auteurs sont des chefs de service ou des supérieurs hiérarchiques. Mais confrères sans supériorité hiérarchique et, dans une moindre mesure, aides-soignants et patients ou familles de patients le pratiquent aussi.

Simulations d'actes sexuels

Car l'image du médecin conserve les stéréotypes de genre. Le patient ne parvient pas à considérer 60% des internes femmes comme des médecins, alors que ce chiffre tombe à 7% pour les internes hommes. Souvent la femme médecin est considérée comme une infirmière. Cette perte de crédibilité auprès des patients affecte le cursus et explique en partie le plafond de verre dans les carrières hospitalo-universitaires des femmes. On notera, à ce propos, qu'elles reçoivent moins de propositions de masters 2 que les hommes. Idem pour le post-internat. Quant à la parentalité, et aux congés maternité, ils sont très mal venus pour qui veut entrer dans la carrière hospitalo-universitaire. Attention! Banaliser le sexisme quotidien prédispose au harcèlement; 8,6% des répondants ont déclaré en être ou en avoir été victimes – 11% des femmes et 1,5% des hommes. Dans son enquête, l'ISNI l'a défini ainsi: être exposé de manière fréquente à un contact physique non désiré, comme se faire toucher le cou, les cheveux, les mollets ou se faire masser les épaules. Plus de la moitié des victimes de harcèlement l'ont subi. 15% ont enduré un geste à connotation sexuelle: toucher des seins ou des fesses, baisers dans le cou ou sur la bouche; 14% ont été victimes de demandes insistantes de relation sexuelle, 12% d'un chantage à connotation sexuelle et 9% de simulations d'actes sexuels.

Un tiers des victimes ne verbalisent pas le harcèlement. Et seules deux d'entre elles, soit 0,15%, ont initié une procédure juridique. Pourquoi si peu de dénonciation? Les victimes ont peur des conséquences néfastes que cela pourrait avoir dans leurs relations avec des supérieurs hiérarchiques ou avec des confrères. Et sur leur carrière. Elles sont en outre réticentes à se poser comme des victimes.

Alors, que faire? L'ISNI a envoyé dix propositions cet automne aux ministres concernées. Parmi celles-ci: la mise en place d'enseignements contre toute discrimination durant la scolarité. Et il faut inclure dans les études en santé des enseignements spécifiques – et pas seulement pour les futurs médecins. Ce ne serait pas de trop si l'on s'en réfère à la réception de l'enquête auprès des internes. «*Une partie des étudiantes femmes s'est réjouie qu'on en parle enfin. Mais d'autres, hommes et femmes, ne comprennent pas ce combat*», rapporte Alizée Porto. Et pour elle, quel changement? «*Dans mon service, quand on entend une blague sexiste, on dit: "Attention! Alizée est là!"*» ■

(1) V. Auslender, *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Michalon, 2017.

Ici, on dit directeur, pas directrice

Une deuxième table ronde, animée par **Kévin Tortet**, directeur adjoint en charge des opérations du CHU de Nice, réunissait **Véronique Paquis**, généticienne, professeure à l'université de Nice, adjointe au maire de Nice, chargée de l'environnement, de l'université et de la recherche, **Olivier Le Pennetier**, interne à l'AP-HP, alors président de l'InterSyndicale nationale des internes, **Murielle Licari**, responsable de l'unité de transport sanitaire et logistique du CHU de Nice, et **Odile Capitani-Dollo**, directrice adjointe, DRH, du CH La Palmosa, à Menton.

Les résultats de l'enquête d'Alizée Porto vous surprennent-ils ?

Olivier Le Pennetier. Les hommes doivent commencer à ouvrir les yeux. C'est ensemble qu'on fera disparaître

Véronique Paquis. Je suis désabusée : la situation n'a pas changé depuis trente ans. Je voudrais faire une remarque concernant la grossesse : il y a des jeunes femmes bien plus efficaces en congés maternité que des

Odile Capitani-Dollo. Les campagnes lancées avec l'affaire Weinstein ont changé la donne – légèrement. Le service restauration que je gère comprenait, jusqu'à peu, 100 % d'hommes. Quand j'ai souhaité y intégrer des femmes on m'a dit : *Non, on ne veut pas de femmes, ça va faire des histoires*. Aujourd'hui, on me dit de façon plus politiquement correcte : *Non, les plats sont trop lourds pour les femmes!* Pour moi, la réponse au sexisme est d'abord culturelle. À Menton, nous avons fait un choix : nous féminisons le vocabulaire du livret d'accueil distribué à l'entrée. On m'a suivi dans cette féminisation mais, arrivée au sommet de l'organigramme, on m'a dit : *Directrice se dit dans d'autres milieux, mais pas à l'hôpital. Ici, on dit directeur, pas directrice*. Alors, à plusieurs, nous avons imposé « directrice ».

Au CHU de Nice, on voit des poches d'effectifs très masculins, d'autres très féminins. Comment agir pour bouger les lignes ?

Odile Capitani-Dollo. Je ne pense pas qu'au départ toutes les tâches puissent être faites par tout le monde, en particulier celles de manutention, plus difficiles pour les femmes. Mais aujourd'hui, la technologie de manutention permet de gommer ces difficultés. Il me revient, en tant que DRH, de dire qu'une publication de poste ne doit pas tenir compte d'un genre. Elle est fondée sur un métier et ses compétences.

Véronique Paquis. J'ai listé quatre critères discriminants des carrières des femmes. D'abord, le choix : pour une femme, il faut souvent choisir entre parcours professionnel et vie de famille. Or, on peut vivre les deux. L'ambition : cette qualité, considérée comme normale pour un homme, l'est moins pour une femme. Quand on parle d'une femme ambitieuse, c'est souvent péjoratif. Voilà le plus pénible des critères. Car l'ambition est noble :

La culpabilité résulte, par exemple, des remarques des autres parents ou du personnel de l'école lorsqu'une mère qui a de fortes responsabilités professionnelles arrive en retard pour venir chercher son enfant.

le sexisme. Avant la publication de l'enquête, j'étais dans un système dont je ne voyais absolument pas le sexisme. Les résultats font peur. On se dit : comment étais-je avant ? Et l'on s'aperçoit qu'on a participé à ce sexisme. Tout simplement. Et l'on réalise que des mots, des actions faits pour détendre l'atmosphère ne font en fait que la tendre.

hommes au travail ! Il faut le savoir. Elles préparent leur master pendant que bébé dort.

L'enquête porte sur des médecins. Qu'en est-il des personnels non soignants ?

Murielle Licari. J'ai été responsable d'une unité de cinquante secrétaires médicales pendant sept ans. Puis j'ai dirigé une équipe de transport sanitaire et logistique 100 % masculine, au CHU de Nice. À mon arrivée, j'ai dû en revoir toute l'organisation. Dans les deux cas, je n'ai souffert d'aucun sexisme. La différence s'est faite sur la légitimité, acquise plus vite et définitivement avec les hommes. Ça a été plus difficile avec les femmes : je devais me réimposer à chacun de mes retours de vacances. Si j'avais dû subir des réflexions sexistes, je les aurais fait remonter à la hiérarchie.

Modalités de signalement des attaques sexistes

L'un des trois ateliers proposés le 8 mars en matinée était consacré à ce thème. Le CHU de Nice propose une plateforme intranet de déclaration des événements indésirables. On peut aussi faire remonter soi-même une information par un mail adressé à un encadrant ou à un délégué syndical. Faut-il un circuit dissocié pour le signalement des attaques sexistes ? Il semble préférable de se servir des outils existants pour ne pas multiplier les dispositifs et commissions. ■

c'est tenter de faire le mieux possible, le plus loin, ce qu'on aime vraiment. Autre critère: la culpabilité. Elle résulte, par exemple, des remarques ou des mimiques des autres parents ou du personnel de l'école lorsqu'une mère qui a de fortes responsabilités professionnelles arrive en retard pour venir chercher son enfant. Enfin: l'autocensure. C'est peut-être le critère le plus

discriminant. Intégrer les contraintes de la société conduit à ne pas réaliser ce qu'on a envie de faire parce qu'on est une femme.

Odile Capitani-Dolo. Les enfants ne sont pas toujours un frein à la carrière. Ils peuvent aussi la dynamiser. Ne pas aller les chercher à la sortie de l'école, ne pas participer aux sorties scolaires, tout cela nous donne envie de leur

montrer que ces sacrifices n'ont pas été vains. Et finalement, nous sommes fières d'avoir réussi.

L'esprit carabin peut-il perdurer ?

Alizée Porto. L'esprit carabin doit et va évoluer. L'humour noir peut perdurer, il joue avec la vie et la mort, qui font partie de nos métiers. J'envisage tout à fait qu'il continue, sans le sexisme. ■

LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES

Comment les acteurs de santé jouent un rôle majeur dans la lutte pour l'égalité

Violences, mutilations, agressions, etc., mais aussi éducation et prévention

Un parcours de soins pour les femmes victimes de violences

Cette troisième table ronde réunissait des acteurs engagés au sein du CHU de Nice : **Jérôme Delotte**, chef du pôle femme-mère-enfant du service gynécologie-obstétrique, **Arnaud Claquin**, coordinateur général du réseau de périnatalité Méditerranée, **Matthieu Boiffier**, médecin urgentiste, **Élodie Biglia**, médecin légiste, **Floriane Bouygues** et **Alexandra Bruno**, sages-femmes du service gynécologie-obstétrique. Leur but : se coordonner. En interne, pour un parcours global de prise en charge à l'hôpital. Et avec les réseaux extérieurs.

Que fait-on vraiment pour nos patientes victimes de violence ? La question s'est posée en 2017 dans différents services du CHU de Nice, tous acteurs engagés, mais sans coordination, dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Le service des urgences de Nice avait instauré dès 2000 une collaboration avec le commissariat de la ville et un service d'aide juridique. Mais les soignants

voulaient aller plus loin. Et s'unir. En 2017, ils ont créé un groupe de travail qui réunit des représentants des urgences pédiatriques, gynécologiques, de la médecine légale et de la psychiatrie. Le but ? « *D'abord connaître les spécificités et connaissances des autres services pour coordonner les actions au sein de l'établissement ; ensuite, être visible des différents acteurs de l'extérieur, pour mieux nous intégrer dans un réseau.* »

C'est Matthieu Boiffier qui parle. Responsable de l'unité fonctionnelle des urgences, il est aussi référent du service pour la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof). Aux urgences, un dépistage systématique des violences a été décidé. Comment ? Par la mise en place de fiches réflexes, à commencer par celle destinée à l'infirmière organisatrice de l'accueil. Elles détaillent comment accueillir les victimes, quelles questions leur poser pour les mettre en confiance, vers quel service les adresser ensuite, pour le meilleur parcours de soins, et quels contacts leur fournir à l'extérieur. « *Mon collègue le Dr Tardieu et moi-même sommes les personnes ressources*, poursuit Matthieu Boiffier. *Mais nous avons voulu que nos collègues puissent agir de façon autonome. Ce fut notre première démarche normée.* » Peut-elle s'améliorer ? Un étudiant a choisi pour

Comme pour les problèmes d'addiction, souvent les personnels n'osaient pas poser de questions sur les violences aux patientes... Nous avons encore parfois plus peur de poser la question que la patiente de l'entendre.

objet de sa thèse l'accueil à l'hôpital des femmes victimes de violence. « Cela nous permettra de vérifier notre qualité de dépistage. » À terme, chaque femme qui se présentera dans un service du CHU se verra demander si elle a subi des violences, de façon aussi banale qu'un médecin demande à un patient s'il fume.

Impressionnées par l'ampleur des violences familiales, sensibilisées aux nombreux cas de viols et au besoin de dépistage par Gynécologues dans frontières, les sages-femmes Alexandra Bruno et Floriane Bouygues ont ouvert une consultation dédiée aux femmes victimes de violences, un lundi par mois. « Notre consultation dure 45 minutes. C'est un temps d'écoute important. Nous voyons toutes les patientes, enceintes ou non, victimes de tout type d'agression : physique, dont l'excision, psychologique, obstétricale, administrative, etc. » Les deux collègues ont souhaité sensibiliser leur service. Et, là encore, les professionnels médicaux ont établi des fiches réflexes.

Comme pour les problèmes d'addiction, souvent les personnels n'osaient pas poser aux patientes de questions sur les violences. Car ils ne savaient pas quoi faire une fois la violence repérée. Que dire ? Quel secours apporter ? À qui adresser les victimes ? « Nous avons encore parfois plus peur de poser la question que la patiente de l'entendre », reconnaît

Alexandra Bruno. « La question est souvent bien plus taboue pour celui qui la pose que pour celui qui l'entend », confirme Arnaud Claquin, coordinateur général du réseau de périnatalité Méditerranée. Mais la poser systématiquement, c'est dire : voilà, le corps médical s'intéresse à cette question, et le jour où vous êtes prête, vous pouvez rencontrer des professionnels prêts à vous écouter. Les sages-femmes accompagnent les victimes qui le désirent au service des examens médico-judiciaires, dirigé par Élodie Biglia : « Celles qui ne veulent pas porter plainte tout de suite auront ainsi un certificat le jour où elles voudront le faire. » Car beaucoup ont peur. On compte en moyenne sept allers-retours, durant lesquels une femme quitte le domicile conjugal puis y revient, avant qu'elle se rende enfin au commissariat de police.

Élodie Biglia, qui a pris pour sujet de thèse en 2012 les violences conjugales, a reçu 355 femmes victimes de violences l'an passé, soit 25 % des patients de son service : « Depuis quelque temps, nous allons plus loin que la simple délivrance d'un certificat. Nous dirigeons les femmes vers différents professionnels, comme un généraliste, ou le service de psychiatrie de l'hôpital Pasteur. » Elles ont besoin de soins que le service médico-judiciaire ne peut leur délivrer. Il délivre juste des arrêts de travail.

Un diplôme universitaire

Comment Jérôme Delotte, chef du pôle femme-mère-enfant a-t-il intégré dans son service la lutte contre les violences faites aux femmes ? « Comme nous aurions agi face à une maladie : prévention, action immédiate, c'est-à-dire meilleure coordination de la lutte, action à long terme. On a pris le parti de l'intégrer dans notre projet médical. »

Peu à peu, au sein du CHU, se met en place un parcours global de prise en charge, qui réunit toutes les compétences. Avec un suivi à long terme : des patientes qui ne porteront pas plainte tout de suite, mais suffisamment mises en confiance, peuvent revenir à l'hôpital quand elles en ont besoin pour un soutien.

Et l'étape suivante ? Jérôme Delotte souligne que la dimension du GHT est importante. À terme, un parcours patient pourrait s'envisager, quelles que soient les violences, offrant plusieurs entrées sur le territoire : urgences, gynécologie, médecine légale. Il faudrait alors une coordination. Le protocole d'accueil s'étoffe. Le réseau en ville s'étend. Désormais, lorsqu'une victime de violences est reçue, les sages-femmes tentent de la convaincre d'entrer dans un processus destiné à la protéger. Un réseau de professionnels peut l'accompagner sur le plan social, médical, judiciaire, etc. Et la victime accepte la plupart du temps. « Nous avons un rôle d'information sur les risques encourus à la maison, précise Floriane Bouygues. Et nous devons expliquer aux patientes ce qui est mis en place en ville pour les aider. » Les professionnels se communiquent par oral ou par mail le vécu de chaque patiente, pour éviter à celle-ci de devoir le répéter à chaque nouvel interlocuteur. Mais tous travaillent à

créer pour bientôt des fiches navettes qui suivront le parcours de chaque femme victime de violences.

Quid de la formation ? Les urgences en ont organisé une en interne. Elle va être prolongée. Au pôle femme-mère-enfant, « on a pris le parti de l'intégrer dans notre projet médical, dit Jérôme Delotte. On a défini une politique de prise en charge dans le service de gynécologie-obstétrique. Et nous travaillons à professionnaliser les personnels qui vont prendre ces femmes en charge. Nous lancerons ensuite une formation continue dans le service. »

Reste à s'intégrer au schéma départemental. C'est commencé. Le procureur de la République et le commissaire de police vont venir rencontrer les soignants au CHU. « Un diplôme universitaire portant sur la lutte contre les violences faites aux femmes sera créé au sein de l'université de médecine de Nice », annonce Arnaud Claquin. Cela va renforcer les liens avec différentes écoles du territoire et l'Éducation nationale : pour le valider, les étudiants vont devoir intervenir dans des établissements de santé et auprès des publics jeunes.

« Une telle cause fédère les personnels, souligne Alexandra Bruno. S'en emparer est le rôle d'un service public de santé. » ■

La grossesse accroît les risques de violences subies

« Dans 40% des cas de violence, le premier coup arrive pendant la grossesse, explique la sage-femme Floriane Bouygues. Mais c'est aussi une période particulière pour les femmes : elles vivent une période de "transparence psychique" durant laquelle remontent plein de souvenirs et des violences enfouies. En outre, les femmes victimes de violence ont peur pour leur futur enfant. Elles sont donc plus enclines à parler. Nous avons établi un protocole pour demander à chacune des patientes venant à sa première consultation prénatale si elle est victime de violence conjugale. Certaines rient parce qu'elles ne sont pas concernées. D'autres rient pour masquer la vérité. Au bout d'un certain temps, certaines commencent à parler. Puis se ferment. Puis continuent. Puis nous demandent de ne révéler à personne ce qu'elles viennent de nous confier. »

« La grossesse déclenche souvent la violence de l'homme, comme s'il perdait sa place dans le couple et au foyer, poursuit Serge Boyer, de Gynécologue sans frontières. Nous avons pu établir le portrait de l'homme violent durant la grossesse de sa compagne. Il est trop prévenant, trop poli, trop attentif, trop présent durant les visites prénatales où il répond à la place de la femme, trop respectueux de l'autorité médicale, jusqu'à presque devenir l'assistant du professionnel. » ■

HOSPIMEDIA
L'actualité des territoires de santé

L'information des décideurs du
sanitaire et du médico-social

- Noyé sous l'info ? Lire l'essentiel
- Des journalistes spécialistes de leur secteur
- 50 000 lecteurs quotidiens



→ Testez gratuitement sur
www.hospimedia.fr

Contactez nous au
☎ 03 20 32 99 99

Une femme est bien plus en danger chez elle que dehors, seule, le soir.

Natacha Himelfarb est déléguée départementale chargée de mission aux droits des femmes. Les Alpes-Maritimes ont été pendant des années le département français où décédaient le plus grand nombre de victimes de violences conjugales. Pour stopper ces crimes, un schéma départemental partagé de la lutte contre toutes les violences faites aux femmes a été créé. La structure, née le 8 mars dernier, fédère 200 partenaires. Engagée dans cette lutte depuis longtemps, Natacha Himelfarb nous livre ses réflexions.

Les violences conjugales touchent au minimum 10% des femmes en France. Cela concerne donc souvent non seulement les patientes reçues à l'hôpital mais aussi les soignantes elles-mêmes. Il importe de faire la différence entre le conflit dans un couple, classique, banal, qui n'est pas grave, et la violence, où s'instaure un rapport dominant/dominé. Les violences sont de tout type: physique et toujours précédées de violences psychologiques, sexiste, sexuel, économique – comme lorsqu'on empêche une femme d'utiliser sa carte bleue ou quand on lui prend ses papiers pour l'empêcher de faire certaines démarches. Et n'oublions pas la prostitution.

Neuf victimes de violences sur dix déclarent connaître leur agresseur. C'est la plupart du temps leur compagnon ou leur mari. Une femme est donc bien plus en danger chez elle que dehors, le soir, seule!

C'est encore très difficile d'aller porter plainte pour violences conjugales, d'autant qu'il faut prouver ce qui a eu lieu dans la sphère intime. Il faut sortir du «parole contre parole». Et cela finit donc souvent encore en classement sans suite, en abandon faute de preuves. Le cinquième Plan national de lutte contre les violences faites aux femmes souligne l'impact sur les enfants exposés aux violences conjugales, ou qui en sont victimes, est extrêmement fort. Tous ceux qui assistent à des violences physiques ou psychologiques et à l'attaque de la figure d'attachement principal, la plupart du temps la mère, par l'autre figure

d'attachement, vont avoir des traumatismes psychosomatiques très forts. Il conviendra donc de les prendre en compte. *Quid* du secret professionnel? Le parcours de la victime doit être le plus fluide possible, sans qu'elle ait à répéter son histoire à chaque rendez-vous. Une charte sur le secret professionnel et l'information partagée des membres de ce schéma a été élaborée dans le cadre de notre schéma.

Dès qu'une femme alerte sur les violences qu'elle subit, il faut prendre

en compte sa demande, avec des outils précis.

Le sexisme est le terreau des violences. Banaliser les discriminations de genre, c'est rendre possible à terme la question des violences faites aux femmes.

Faut-il rire des blagues sexistes? C'est aussi surprenant que de se demander aujourd'hui si on peut rire d'une blague raciste.

Bonne nouvelle: le sexisme se désaprend. On peut changer les codes de la société, partout, au quotidien. ■

Les chiffres de la violence

En France

- **150** femmes, **30** hommes et **30** enfants meurent chaque année de violences conjugales. C'est un phénomène de masse: il représente **22%** de la criminalité nationale!
- **86 000** viols par an.
- **230 000** femmes victimes de violences conjugales par an.
- En 2015, on dénombre **60 000** femmes excisées. Elles ne le sont plus en France mais des risques très importants existent pour des jeunes filles lorsqu'elles reviennent au pays d'origine de leurs parents pendant les vacances scolaires.

Dans l'Union européenne

- En 2015, on dénombre **150 000** femmes excisées.

Dans le monde

- On compte **200 millions** de femmes mutilées dans le monde, de vraies amputations dues à l'infibulation ou l'excision. **30 millions** de fillettes et d'adolescentes encourent le risque d'en être victimes dans les dix prochaines années. Pour arrêter l'excision, Gynécologues sans frontières a le projet de reconvertir les exciseuses en agents de santé, voire en sages-femmes.
- Enfin, faute de soins, une femme sur **150 à 200** meurt chaque jour dans le monde lors d'une grossesse. Soit **800** par jour, l'équivalent de deux Boeings.

INTERVIEW

J'essaie d'être plus vigilant sur le sexisme, y compris s'il se veut « bienveillant »

Cadre de santé et ingénieur hospitalier au CHU de Nice, **Thierry Denis** a participé en 2016 à une formation institutionnelle de sensibilisation à l'égalité professionnelle. Depuis 2017, il fait partie du groupe de travail du CHU traitant de l'égalité professionnelle.

Que vous a apporté la formation de 2016 ?

J'ai pu mesurer l'importance des stéréotypes et des traitements différenciés. Et j'ai découvert les chiffres clés qui le pointent.

Comment se déroule le groupe de travail traitant de l'égalité professionnelle ?

Nous tenons compte de toutes les réalités, comme les difficultés matérielles de certains secteurs – absence de vestiaires hommes séparés parfois. Nous prenons aussi en considération la parole libérée : jusqu'où pouvons-nous aller ? Cela va-t-il aboutir ? Etc. Les résultats de nos premiers travaux ont été présentés en février lors du séminaire du CHU, portant sur la qualité de vie au travail. J'ai pu aussi témoigner du partage au quotidien avec mon épouse de la vie de famille dans tous ses aspects, dès le début de notre rencontre. Pour moi, pas de domaines attribués d'emblée à l'un ou l'autre. Cuisine, courses, ménage, comptes, travaux, etc. nous reviennent à tous les deux. C'est ainsi que j'ai eu la joie de tout vivre de nos enfants depuis les premières coliques idiopathiques. Toutes les décisions importantes

sont prises en commun, et particulièrement celles qui ont concerné ma vie professionnelle. Si ma femme s'était opposée à l'une ou l'autre de mes orientations, je n'y aurais pas donné suite.

Quelle est votre définition du sexisme ?

Par définition, le sexisme est une discrimination fondée sur le sexe de la personne. Il peut être hostile, par l'attribution de capacités innées aux



Thierry DENIS

Il faut agir en prévention dans les cercles de socialisation comme la famille, l'école et le travail : enseignement contre le sexisme tout au long de la scolarité, amplification des campagnes de sensibilisation.

hommes ou aux femmes : on parle de « naturalisation des compétences ». Il existe aussi un sexisme ordinaire, celui des stéréotypes, avec des degrés divers qui vont de la blague à des remarques déstabilisantes, qui infériorisent ou délégitiment. Il existe enfin un dernier sexisme dit « bienveillant », fait de petits mots pas forcément désagréables à

qui se veulent flatteurs ou prévenants envers les femmes. Cela peut être aussi un moyen de séduction. Pour moi, la différence avec le sexisme « bienveillant », c'est que la galanterie ne comporte pas d'emblée d'atteinte à l'intégrité de la personne. Là où le sexisme « bienveillant » porte un coup à l'autonomie, la galanterie affiche ses intentions. En un mot, c'est la différence entre influence et manipulation : dans le premier cas, la personne est informée de l'action menée avec elle. Dans le second, le manipulateur ne lui dit rien de son dessein. Cela veut dire aussi que la personne envers laquelle la galanterie

compris s'il se veut « bienveillant ». Et évidemment je commence par moi-même.

Avez-vous constaté des modifications dans les relations hommes/femmes dans votre entourage professionnel depuis les vagues de témoignages féminins dénonçant des comportements abusifs ou de harcèlement ?

J'ai surtout entendu des discussions. Il n'y a pas à transiger avec des comportements intolérables. Rien ne peut justifier une main mal placée ou une parole non appropriée. Le consentement partagé s'impose avant tout. J'ajoute que, pour moi, le respect des femmes est aujourd'hui un enjeu majeur, un marqueur d'évolution de notre société auquel le groupe de travail sur l'égalité professionnelle me permet de contribuer.

La différence avec le sexisme « bienveillant », c'est que la galanterie ne comporte pas d'emblée d'atteinte à l'intégrité de la personne.

entendre, des *Ma petite*, ou au contraire *Ma grande*. Dans ce cas, la différenciation est basée sur l'attribution de qualités positives infantilissantes. Qui ne l'a pas pratiqué et souvent sans mauvaise intention ? C'est d'ailleurs à partir de ce sexisme bienveillant que nous avons proposé le slogan de notre campagne d'affichage à l'hôpital de Nice : *Je suis sexiste, mais je me soigne !*

La galanterie serait pour vous une forme de sexisme « bienveillant » ?

La galanterie peut être considérée comme un comportement particulier qui conduit les hommes à adopter des attitudes, des gestes ou des paroles

s'exprime peut décider en conscience qu'à un moment cela dépasse son seuil de tolérance.

Au cours de votre vie professionnelle, vous avez sûrement été témoin de paroles sexistes. Comment avez-vous réagi ?

Si je vous dis « comme tout le monde », cela ne va pas vous rassurer. Plus sérieusement, si ces paroles étaient blessantes, en principe j'ai dû exprimer mon désaccord. Mais depuis que je participe au groupe de travail sur l'égalité professionnelle, je me considère comme un ambassadeur. J'essaie d'être plus vigilant sur le sexisme, y

Quelles propositions concrètes pourriez-vous faire pour promouvoir l'égalité hommes/femmes en général, et dans la santé en particulier ?

Il faut agir en prévention dans les cercles de socialisation comme la famille, l'école et le travail : enseignement contre le sexisme tout au long de la scolarité, amplification des campagnes de sensibilisation. En un mot, agir sur les quatre freins décrits lors de la table ronde par Véronique Paquis : accompagner les choix, les ambitions, et réduire la culpabilité et l'autocensure. Pour ce qui est de la réparation, l'accompagnement des victimes reste à finaliser : outils de signalement, personne ressource ou espace dédié dans les établissements de santé ? ■

INTERVIEW

La crédibilité du médecin homme se décrète de fait, celle de sa consœur s'acquiert

Le Dr Isabelle Bereder est chef de service de médecine gériatrique au CHU de Nice. Elle nous fait part de son expérience de femme médecin à l'hôpital.

Vous avez eu deux enfants durant votre internat et un troisième pendant votre assistanat.

Quelle a été la réaction de votre chef de service et de vos collègues ?

J'ai eu droit à un « ah ! » qui ne débordait pas d'enthousiasme de la part de mon chef de service ! Et mes collègues femmes n'étaient pas plus joyeuses ! Il faut dire que le *numerus clausus* de la promotion était très bas, qu'on ne peut plus faire de garde au troisième mois de grossesse et qu'on prend trois mois de congés de maternité, et six mois pour le troisième enfant. Autant de travail en plus pour les autres.

Et vous, comment avez-vous vécu cette annonce ?

On sait que c'est une sorte de « catastrophe » pour le service. Donc j'ai surcompensé, comme beaucoup, avec une présence accrue pour montrer que la grossesse n'est pas une maladie. On veut être hyper efficace. À tel point que j'ai dû être hospitalisée pour une menace d'accouchement prématuré. Ne l'oublions pas, notre travail est physique, nous marchons beaucoup, nous montons beaucoup d'escaliers. Aujourd'hui, je suis bienveillante lorsqu'une collègue

m'annonce sa grossesse, car je connais le poids des regards et la solitude intense de ces périodes.

Vous avez atteint de hautes responsabilités au sein de votre institution. La profession médicale est très féminisée. Que pouvez-vous dire des inégalités professionnelles chez les médecins ?

À mes yeux, elles tiennent en partie aux conséquences des congés maternité, qui retardent les prises de certaines fonctions et qui se répercutent donc sur l'avancement. Le fait aussi qu'une femme privilégiera plus souvent sa vie de famille et ses enfants que ses collègues masculins. En ce qui concerne la mobilité demandée lorsqu'on souhaite faire une carrière hospitalo-universitaire, nous sommes souvent dans un schéma où la

femme suit son mari, pour la carrière de celui-ci. L'inverse est beaucoup plus rare; l'homme sacrifiera rarement son avenir professionnel pour gérer l'intendance du foyer.

Pourtant, vous parlez de confrères hommes qui refusent des réunions pour aller chercher leurs enfants à l'école.

Oui, mais c'est le cas de quelques rares trentenaires. Ils se fixent des principes auxquels ils ne dérogent pas et ils préviennent qu'il est hors de question pour eux d'avoir une réunion tel soir s'ils doivent s'occuper de leurs enfants : *Je ne viendrai pas*. J'aurais aimé avoir leur courage. Mais là encore, la réaction des confrères est différente. D'un homme, on va dire : *Quel père formidable !*, d'une femme : *Elle nous enquiquine encore avec ses gamins*. C'est ainsi que les femmes culpabilisent.

J'ai surcompensé, comme beaucoup, avec une présence accrue pour montrer que la grossesse n'est pas une maladie. On veut être hyper efficace. À tel point que j'ai dû être hospitalisée.



Dr Isabelle BEREDER

Des femmes se sentent mal à l'aise de prendre l'ascenseur ou de se trouver seules dans le bureau de leur chef de service de peur d'être importunée.

Au CHU de Nice, un seul des douze pôles est dirigé par une femme. Pourquoi y a-t-il moins de femmes dans la haute hiérarchie hospitalière en France ?

Parce que les hommes se cooptent entre eux. Parce que les femmes s'autocensurent. Et aussi parce qu'elles ne se mettent pas en avant. Les hommes sont très friands de postes qui leur donnent la sensation d'avoir du pouvoir. Nous, femmes, nous n'allons pas nous battre pour cela. Nous souhaitons être reconnues pour nos qualités professionnelles mais nous ne sommes pas forcément prêtes à nous « battre » pour un poste convoité par un collègue masculin.

Quid des postes risqués proposés à des femmes, qu'aucun homme n'a voulu ?

On peut les proposer parce que la parité est devenue à la mode ! Souvent les femmes n'osent pas refuser ces postes, bien qu'elles sachent que ce sont des planches savonnées. Elles craignent d'être considérées comme n'étant pas à la hauteur si elles disent non.

La féminisation de votre profession est-elle bien vécue par vos confrères ?

Oui. Je pense que cela ne leur pose pas de problème. Mais les politiques n'ont pas anticipé la situation du changement de la démographie médicale. Un certain nombre de femmes travaillent à temps partiel, car elles décident de ne pas sacrifier leur vie familiale à une certaine période de leur vie. Ça a été mon cas durant six ans. Or, cela peut créer des pénuries de médecins dans certains secteurs.

Avez-vous déjà été victime ou témoin de sexisme ?

Je ne me suis jamais considérée comme une victime. J'ai eu mon lot de blagues graveleuses, que j'ai prises avec humour, et même de drague appuyée, et je ne me suis pas gênée pour remettre les auteurs à leur place. Mais j'ai une vie de famille stable. Des consœurs de l'internat étaient fragiles, et ont été affectées par cette ambiance. Il faut prendre des mesures car tout le monde n'a pas les mêmes armes. Il est indispensable de mettre des limites, d'autant qu'il se produit des choses intolérables dans les hôpitaux en France. Des femmes se sentent mal à l'aise de prendre l'ascenseur ou de se trouver seules dans le bureau de leur chef de service de peur d'être importunée. Or, quand une infirmière rapporte des comportements déviants, elle peut être mutée si elle le

souhaite dans une autre unité. Mais si de nombreuses internes ne dénoncent pas leur chef de service, c'est qu'elles savent qu'il leur faudra alors abandonner la spécialisation qu'elles avaient choisie, ou partir la poursuivre dans une autre ville, ce qui est très compliqué. Il y a des chantages à la carrière. J'ajoute que certaines femmes ont aussi des attitudes choquantes et que des hommes subissent le harcèlement. Il est bon que les auteurs de comportements déviants se sentent sur la sellette.

Quel regard les patients portent-ils sur une femme médecin ?

Ce matin encore, j'entre dans la chambre d'une patiente ; elle était au téléphone et dit à son interlocuteur : « *Je te laisse, une petite infirmière vient d'entrer dans ma chambre.* » Lorsque je suis en présence d'un infirmier, même plus jeune que moi, ou d'un aide-soignant, les patients s'adressent d'abord à lui. Et souvent sans me regarder. Ce sont certes des personnes âgées, puisque je suis gériatre. Mais mon mari, chirurgien, m'a rapporté que, récemment, une femme d'une quarantaine d'années est venue le voir pour lui dire qu'elle refusait d'être opérée par une chirurgienne. Elle n'accordait pas sa confiance à une femme.

Tout cela change-t-il la relation soignant/soigné ?

Bien sûr. La crédibilité du médecin homme se décrète de fait, tandis que celle de sa consœur s'acquiert. Nous, femmes, devons la prouver au quotidien par nos compétences. Et les patients se permettent des propos envers les médecins femmes qu'ils ne se permettraient jamais envers leurs confrères masculins. J'ai déjà été menacée par des familles : *S'il arrive quoi que ce soit à ma mère, on vous retrouvera, on sait où vous garez votre voiture.* On entend aussi des propos obscènes. ■



en coulisses

BUREAU INTERPROMOTION

Le numérique ouvre l'hôpital sur la ville

Le projet numérique pour l'hôpital public, en cours de déploiement, va permettre de repositionner la place de l'hôpital parmi les acteurs de santé: pivot, mais pas omnipotent. Le parcours patient n'en sera que plus fluide.

Victime d'un contexte médiatique actuel peu favorable, l'hôpital public est souvent critiqué pour son manque de moyens. Pourtant, les équipes hospitalières, dans les CHU, les CH et les hôpitaux de proximité, accomplissent, chaque jour, des prouesses au service des patients. Ces prouesses sont permises grâce à la fédération des équipes autour d'un projet commun et partagé. Au-delà de la simple question des moyens alloués, envisager l'avenir de l'hôpital public ne doit pas faire l'économie d'une réflexion incontournable sur le projet de santé dans lequel les hôpitaux publics s'inscrivent. Dans cette réflexion à mener et qui est actuellement engagée par le ministère de la Santé, la question de la place de l'hôpital public, comme acteur pivot mais non omnipotent du système de santé, parmi les nombreux autres prestataires de soins, semble être fondamentale. Les nouveaux outils numériques facilitent désormais l'intégration de l'hôpital public comme carrefour d'un champ d'acteurs de santé divers et variés. À cet égard, les outils numériques, qui améliorent la relation entre l'hôpital et la ville, concourent à redéfinir un nouveau projet et une nouvelle place à prendre pour l'hôpital public, celle qui à sa juste mesure. À l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) où je réalise mon stage de direction en tant qu'élève directeur d'hôpital, plusieurs projets numériques sont en cours de déploiement et font pleinement partie du nouveau projet du CHU. L'hôpital public doit, tout d'abord, s'ouvrir davantage sur la ville, en facilitant ses

échanges et sa communication avec les acteurs de la médecine de ville. Depuis 2016, l'AP-HP a développé le programme Médecins partenaires en partenariat avec la Caisse nationale d'assurance maladie, l'Asip Santé et la Société française de médecine générale (SFMG). Ce projet consiste à répondre aux attentes exprimées à travers une large enquête conduite auprès de l'ensemble des médecins de ville. Huit hôpitaux de l'AP-HP ont décidé de rendre disponible aux partenaires une liste de numéros dédiés de praticiens hospitaliers seniors dans chaque service de soins. L'objectif est de permettre aux médecins de ville de prendre en ligne des rendez-vous de consultation pour leur patient. Les médecins de ville qui ont répondu à l'enquête lancée par l'AP-HP ont estimé que leurs relations avec le CHU avant, pendant la prise en charge hospitalière du patient et autour de la sortie de ce dernier, doivent être améliorées. Ils estiment notamment que les délais de premier rendez-vous en consultation sont trop importants et que les délais d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation sont aussi trop longs. Ce programme, qui s'adresse à tous les acteurs de la médecine de ville, notamment les médecins traitants et les centres de santé, s'attache donc aussi à résoudre les difficultés rencontrées, en réduisant les délais d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation et d'émission des lettres de sortie des patients chroniques. Il facilite, peu à peu, les relations ville/hôpital en termes d'échanges et de coordination du parcours patient.

Fluidifier le circuit de l'information

Le second volet de cet axe stratégique du projet numérique de l'AP-HP est d'améliorer la fluidité du parcours patient grâce à un échange d'informations médicales plus rapide entre les acteurs territoriaux du système de santé. La dématérialisation du dossier patient, intitulé projet « 0 papier » à l'AP-HP, constitue là encore une illustration de la pertinence des outils numériques en faveur d'un projet hospitalier plus large. Le projet « zéro papier » s'articule autour de trois axes principaux : il s'agit à la fois d'arrêter la création de nouveaux dossiers papier ; de numériser les documents papier actuellement non présents sur le système d'information de l'AP-HP et de réduire les flux de déplacement des dossiers papier entre les sites des groupes hospitaliers. La suppression du papier dans les unités de soins s'inscrit dans un projet plus abouti, celui de fluidifier le circuit de l'information entre les professionnels de santé. En matière de qualité et de sécurité des soins, les médecins au sein d'un hôpital et au sein d'un territoire de santé, partagent une information commune, fiable et rapide sur les patients via des échanges électroniques sécurisés. La mise en œuvre d'une « messagerie sécurisée » pour les médecins hospitaliers et les médecins de ville facilitera là aussi les échanges électroniques de données. Pour continuer à fédérer les énergies et à anticiper l'avenir, l'hôpital public doit se structurer autour de projets forts et innovants. Le projet numérique, qui irrigue l'ensemble des hôpitaux publics en France, est un chantier important mais porteur d'espoir. Les nouveaux outils numériques, en cours de déploiement, doivent permettre de repositionner la place de l'hôpital public au cœur du système de santé, sans préempter celle des autres acteurs de santé. ■

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



THINK TANK

Sécuriser l'avenir par la responsabilité sociale de l'entreprise

L'hôpital fait partie d'un écosystème. Et sa responsabilité sociale, économique et environnementale est engagée. Mieux vaut donc agir selon l'éthique de la responsabilité sociale de l'entreprise. Et ne pas se contenter du court terme dans la prise de décision. Et jouer collectif avec les autres établissements de son territoire. Mais est-ce ce que l'on demande à un directeur ? Pas sûr !

L'hôpital n'est pas isolé, il fait partie d'un écosystème. Cela fait longtemps qu'il est sorti de son hospitalo-centrisme pour s'ouvrir à la ville et dialoguer avec des partenaires de toute nature. Son poids économique, à l'échelle locale, régionale voire nationale, lui confère une responsabilité sociale et environnementale. En matière de gestion des ressources humaines ou matérielles, l'hôpital ne peut se contenter d'une vision à court terme. Or, les contrats de retour à l'équilibre, la pression de l'Ondam et la forte rotation des équipes de direction invitent à agir à court ou moyen terme, rarement à valoriser les actions de long terme. Pourtant, les décisions les plus responsables sur les plans humains et environnementaux sont celles qui produiront leurs effets dans plusieurs années voire décennies. Prenons l'exemple du recrutement et de la prévention des risques professionnels : les actions sont difficilement mesurables. Un processus de recrutement bâclé pour pourvoir un poste au plus vite n'est pas celui qui donnera le plus de satisfaction à long terme. A-t-on bien vérifié les motivations du candidat ? son adéquation au poste ? ses possibilités d'évolution ? la cohérence de son projet professionnel avec l'avenir de l'établissement ? Est-on allé chercher les meilleurs candidats ? A-t-on pratiqué du *sourcing* ? respecté les principes de non-discrimination dans l'accès à l'emploi ? S'est-on assuré que le candidat sera à même de concilier sa vie professionnelle et sa vie personnelle ? Tout simplement, l'emploi

qui est proposé sera-t-il pérenne ou s'est-on assuré que le candidat sera en capacité de se reconverter si la nécessité s'impose ? Est-on en mesure de former le candidat ? De plus, la prise en compte de l'environnement immédiat ou plus lointain de l'établissement de santé est indispensable en cas de plan de réduction des effectifs : les professionnels remerciés pourront-ils retrouver un emploi dans le

bassin ou à proximité ? La rupture d'un contrat de travail à l'hôpital risque-t-elle de placer une famille entière dans la grande précarité ? Assurément, l'hôpital qui agit selon les principes de la responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) assure un rôle d'amortisseur social. Ainsi, en tant qu'employeur public, il permet à ses salariés les plus fragiles, ceux qui ont un faible niveau de qualification, de pouvoir acquérir des compétences clés, voire à un premier niveau de qualification. Pour chaque décision, a-t-on prévu une mesure de l'impact social et environnemental ? En matière de gestion des déchets, de construction, de transports, est-on sensible aux effets de long terme ?

Cesser le dumping salarial entre recruteurs publics

Comme nous y invite la réforme des GHT, il convient de penser collectif au lieu de défendre sa citadelle ! Le dumping, par exemple, en matière de marketing, ne devrait pas avoir cours entre recruteurs publics. Il serait plus efficace pour tous de convenir de niveaux de rémunération au sein d'un territoire plutôt que de proposer des salaires supérieurs pour attirer les compétences dans son établissement, au risque de priver le voisin de ces mêmes compétences et, finalement, d'appauvrir la couverture santé de la population d'un territoire. Un directeur fortement investi dans l'éthique de la RSE sera-t-il bien évalué ? Ce n'est pas certain, car le management selon les principes de la RSE produit de la perfor-

Un directeur fortement investi dans l'éthique de la RSE sera-t-il bien évalué ? Ce n'est pas certain, car le management selon les principes de la RSE produit de la performance... à long terme !

mance... à long terme ! Or, les chefs d'établissement et leurs adjoints sont souvent évalués sur des échéances courtes, trop souvent annuelles, voire moins lorsqu'il s'agit de revenir à l'équilibre budgétaire. Cela conduit à proposer des mesures à court terme ou à des présentations artificielles au détriment de mesures plus souhaitables et durables, mais dont les effets ne se feront sentir qu'à long terme. Un vieux proverbe africain résume ainsi la stratégie : « *Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin.* » ■

Marie-Gabrielle VAISSIÈRE
Directrice des ressources humaines,
chargée de l'hospitalisation
à domicile, AP-HP

Rémi FAUQUEMBERGUE
Directeur des affaires financières
CHU Limoges

CLUB JEUNE GÉNÉRATION

L'hôpital public défend-il toujours un projet ?

Il faut se réjouir de l'attente qui s'exprime vis-à-vis de l'hôpital. C'est en portant un projet spécifique qu'il répondra à l'attente des citoyens. Il revient aux managers de santé d'incarner ce projet et de rappeler que les valeurs du service public n'ont pas disparu. Comment ? En soudant les acteurs de l'hôpital autour d'un objectif partagé. L'hôpital doit apprendre à exister sans se différencier.

A l'heure où l'hôpital public est exposé aux critiques les plus contradictoires, on répète à l'envi que l'hôpital est «à bout de souffle». Pour certains, l'hôpital est omniprésent : la France doit guérir de son hospitalo-centrisme. Pour d'autres, l'hôpital est incapable de se réformer : à quoi bon des hôpitaux publics ? Pour d'autres encore, l'hôpital est devenu un monstre froid en quête perpétuelle de productivité : le lieu de toutes les dérives managériales. À travers ces critiques, on refuse à l'hôpital de porter un projet positif d'avenir.

Ces turbulences révèlent plutôt la difficulté qu'il traverse à partager le sens à son action, à convaincre qu'il poursuit toujours le même cap. Il est éclairant que l'hôpital se trouve assimilé de plus en plus à une entreprise, comme si cette ressemblance venait à dénaturer sa mission et ses modalités de fonctionnement. En perdant sa capacité à se différencier des autres, il perdrait sa capacité à porter un projet au bénéfice du corps social.

Pourtant, la nature de l'activité hospitalière n'exige pas *a priori* que l'hôpital public se différencie d'autres structures de production pour assurer sa mission de service public. Néanmoins, pour de nombreux professionnels hospitaliers et usagers, reconnaître la capacité de l'institution hospitalière à porter un projet transcendant s'apprécie d'abord par sa capacité à défendre un projet spécifique. Ainsi, on peut se réjouir de l'attente qui s'exprime vis-à-vis de l'hôpital public. On peut aussi de la même manière s'alarmer d'un certain hiatus entre le fonctionnement hospitalier et sa perception, au risque d'une remise en question de la capacité de l'hôpital public à justifier sa

place. Dans ces conditions, comment l'hôpital public peut-il encore porter un projet partagé par et pour la société ?

Réenchâter le projet hospitalier

Service public préféré des Français, l'hôpital n'a jamais cessé d'incarner la disponibilité et la bienveillance de notre système de santé. Quel qu'en soit le contexte, la mission de l'égal accès aux soins reste, de façon intangible, celle de l'hôpital public. Dès lors, il est de la responsabilité des managers de santé de rappeler sans cesse que ces

valeurs du service public n'ont pas disparu et qu'elles animent encore le projet hospitalier. Les professionnels hospitaliers contribuent quotidiennement à ce service public à la fois permanent et actuel, qui s'adapte aux enjeux. Si ceux-ci expriment une perte de sens croissante, il faut parvenir à réenchâter le projet hospitalier.

La possibilité de réenchâter le dessein hospitalier passe notamment par la capacité des managers hospitaliers à souder une communauté hospitalière. Valoriser ce qu'apportent les professionnels à l'établissement à travers des actions concrètes permet de donner du sens à leur action dans une perspective collective. En accordant de l'attention aux conditions matérielles de travail des agents hospitaliers, dont ces derniers soulignent fréquemment la faiblesse, et en y répondant concrètement quand cela est



possible, le manager de santé accorde du prix au travail réalisé. Par la modernisation des fonctions supports (informatique, équipement, etc.) autour de la culture de service à l'utilisateur, l'hôpital est en mesure de délivrer un message positif à tous les professionnels. En répondant par des actions concrètes aux besoins qui lui sont exprimés, le manager accroît la perception d'un objectif partagé entre tous les acteurs de l'hôpital.

Dans un contexte national où les évolutions de l'hôpital public s'accroissent, il incombe aux managers hospitaliers de porter et d'incarner ce projet auprès des

Reconnaître la capacité de l'institution hospitalière à porter un projet transcendant s'apprécie d'abord par sa capacité à défendre un projet spécifique.

professionnels. Les outils que sont le projet d'établissement et le projet managérial ne permettent-ils pas, précisément, de concilier les évolutions de l'hôpital public et les attentes légitimes des professionnels hospitaliers ? C'est avant tout localement que se définissent le projet de l'hôpital public, son rôle, ses valeurs, son sens. L'affirmation d'un manager hospitalier, qu'il soit cadre, médecin ou gestionnaire, porteur d'un projet commun auprès de l'ensemble des professionnels, permettra certainement de faire avancer le projet de l'hôpital public en toute cohérence et en toute responsabilité. À nous de trouver les formes adéquates !

Floriane KUNDER
Directrice adjointe de l'hôtellerie,
des achats, de la logistique
et du développement durable
Centre hospitalier du Mans (Sarthe)

Antoine LOUBRIEU
Directeur adjoint, CH du Mans
Pour le Club Jeune Génération

Un projet pour l'hôpital public

POINT DE VUE

Enrayer la souffrance due à la structure même de l'hôpital

La seule augmentation des moyens alloués à l'hôpital, nécessaire, ne réparera la crise. Il faut aussi se pencher sur sa structure même, cause de beaucoup de souffrance. C'est le diagnostic du Dr Philippe Denormandie, directeur des relations santé de MNH Group.

L'hôpital public demeure l'une des rares grandes fiertés nationales, mais son image, toujours bonne, tend à se détériorer ces dernières années. Les derniers sondages réalisés par Odoxa avec la MNH en témoignent. Certes, l'image des soins hospitaliers publics est toujours positive : près des trois quarts des Français, 72 %, disent avoir une bonne image des établissements de santé publics, mais la situation est en voie de détérioration à tous les niveaux. La mauvaise image a progressé de huit points en un an, tant pour les médecins que pour l'hôpital public. Les Français ne sont plus ceux qui, en Europe, accordent le plus de jugements positifs à leurs hôpitaux. Cette détérioration n'est-elle qu'un début ? Les trois quarts des Français

pensent que les soins en France vont se dégrader à l'avenir mais ils estiment à 96 % que la question de l'avenir des établissements de santé constitue un enjeu majeur pour notre pays et, tous, ou presque, 94 %, pensent que la santé doit constituer une priorité de financement et d'investissement ; 92 % de nos concitoyens sont convaincus que l'hôpital du futur sera un acteur clé du dispositif de prévention en santé, et une légère majorité (54 % contre 45 %) pense que l'hospitalisation se fera à l'avenir davantage en ambulatoire qu'à l'hôpital.

En même temps, les personnels hospitaliers sont aussi plus moroses ou stressés au travail. 70 % d'entre eux, toutes catégories confondues, considèrent manquer de temps. L'indicateur de satisfaction au travail des personnels

hospitaliers est certes positif (64 % de satisfaits), mais 36 % sont mécontents. La part de mécontents culmine à 40 % pour le personnel soignant. Ce niveau de satisfaction des personnels hospitaliers se situe quinze points en dessous de la moyenne nationale : 79 % des Français en emploi se déclareraient satisfaits de leur travail lors de notre dernière mesure effectuée en janvier dernier. Par ailleurs, si 76 % des médecins sont convaincus que le digital améliorera leurs compétences, 60 % des personnels hospitaliers soignants ne le pensent pas ; 56 % d'entre eux ne pensent pas non plus que le digital améliorera leur exercice professionnel, ni leurs choix thérapeutiques, pas plus qu'il leur fera gagner du temps. Au contraire, 55 % estiment qu'il leur en fait perdre.

Tous ces résultats témoignent des difficultés actuelles. Dans un ensemble qui continue à rendre de grands services, la souffrance est donc patente, immense et précise. En voici des exemples : des patients qui se sentent non considérés en tant que personnes, des soignants qui se sentent maltraités et qui eux non plus ne se sentent considérés comme des personnes, l'hôpital qui ploie sous la charge de son idéal, la hausse des demandes plus rapides que celle des moyens, et l'hétérogénéité de leur répartition, l'inadéquation des démarches qualité pourtant censées porter la démarche collective, et la crue des problèmes de gestion du système, débordant la digue des réformes.

Notre médecine occidentale a construit son modèle en négligeant trop la relation patient-soignant, mais aussi l'interprofessionnel, alors que les deux sont au cœur du diagnostic et du thérapeutique, et donnent son sens à notre exercice.

Dossier

Repenser la structure et le sens de la médecine

Devant un tel florilège, rien d'étonnant à ce que l'on peine à définir les priorités et à construire les stratégies. Tout ne compte-t-il pas ? Par quoi commencer ? Certes, de nombreuses causes peuvent expliquer cette situation et déterminer les solutions proposées. Mais ne faut-il pas aussi s'interroger sur la part des souffrances liées au fait que notre médecine occidentale a construit son modèle en négligeant trop la relation patient/soignant, mais aussi l'interprofessionnel, alors que les deux sont au cœur du diagnostic et du thérapeutique, et donnent son sens à notre exercice ? Ce défaut de construction explique qu'une part importante de la

souffrance actuelle des acteurs du système de soins, patient et soignant, est structurelle et relationnelle. Elle n'évoluera favorablement que si chacun comprend que c'est bien la structure et le sens de notre médecine qui doivent être repensés. Et ce n'est qu'en prenant cette nécessité à bras-le-corps que les questions de formation, de moyens et d'organisation pourront être traitées. Car on ne règle pas un problème de qualité par une approche juste quantitative. Encore faudrait-il comprendre d'où vient le problème et imaginer des réponses innovantes ! C'est l'objectif du groupe de réflexion sur l'hôpital public. ■



Dr Philippe DENORMANDIE

INTERVIEW

L'hospitalo-centrisme doit cesser

Rien ne sert de vouloir remédier à la crise de l'hôpital sans prendre en compte une transformation globale du système de soins. C'est primordial, assure le **Dr Rachel Bocher**, chef du service de psychiatrie du CHU de Nantes et présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH).

Vous êtes médecin à l'hôpital. Comment expliquez-vous le malaise ambiant ?

Nous sommes à la fin d'un cycle. Sept réformes en vingt ans alors qu'aucune n'a pris en compte les effets – ou l'absence d'effets de la précédente. La situation s'est complexifiée. Il suffisait

de la fluidifier. La tarification à l'acte a entraîné une course effrénée à l'activité, tant et si bien que les soignants n'ont plus de temps disponible nécessaire pour s'occuper du patient. Cette absence de temps entraîne une perte de sens mal vécue par le personnel. Il importe aussi de revoir la

gouvernance initiée par les pouvoirs publics. L'hospitalo-centrisme doit cesser. L'hôpital ne peut plus être la « voiture-balai » du système de santé : il n'a pas vocation à en être le premier recours, ni même seulement le dernier secours. Prenons bien conscience que l'environnement connaît une mutation rapide. Nous vivons plusieurs transitions à la fois : numérique, épidémiologique et ambulatoire. Le développement des maladies de longue durée nous a entraînés du *cure*, le curatif, au *care*, les maladies chroniques qui mobilisent plus de sollicitude. Médecins, infirmiers et aides-soignants donnent une dimension personnelle, affective dans la relation avec le patient. C'est d'autant plus éprouvant.

On parle peu de l'énorme surenchère du savoir qui conduit de nombreux médecins au *burn-out*. D'où la recherche permanente du collectif soignant pluriprofessionnel décloisonné, générant identité et stabilité professionnelle.



Dr Rachel BOCHER

Le manque de temps revient souvent dans les motifs de découragement...

Oui, parce que la médecine, c'est du temps individuel au chevet du patient, mais aussi du temps collectif pour élaborer en commun la prise en charge pluriprofessionnelle. On parle peu de l'énorme surenchère du savoir qui conduit de nombreux médecins au *burn-out*. D'où la recherche permanente du collectif soignant pluriprofessionnel décloisonné, générant ainsi identité et stabilité professionnelle. Associer humanité et médecine de haute technicité apparaît indispensable pour conserver une pratique de soins humanistes conformes au serment d'Hippocrate.

Que proposez-vous pour remédier à la situation ?

Il faut transformer le système de santé dans sa globalité. Commençons par ouvrir l'hôpital sur la ville pour permettre une médecine de parcours ville/hôpital, faute de quoi il n'y aura aucun recentrage possible sur ses missions premières. Un exemple : le virage ambulatoire. Le développer est une bonne idée mais cela ne vaut que si l'on revoit les structures en aval : médico-sociales, aides de vie sociale, médecins traitants – sans compter l'organisation de la nécessaire coordination des réseaux et du secrétariat. Remédier à la crise de l'hôpital, c'est aussi revoir son financement et son mode de gouvernance – une gouvernance médicalisée basée sur des logiques de soins et non sur des impératifs financiers. Oser les partenariats public/privé doit devenir la réalité de demain.

Sur quels soins recentrer l'hôpital ?

Trois plateaux paraissent en premier, mais non exclusifs des autres : les urgences, les consultations avancées et les lits pour les maladies aiguës.

Que faire pour attirer des jeunes médecins à l'hôpital public ?

Tout d'abord leur expliquer ce qu'est l'hôpital public, dans sa réalité, son quotidien, sa place et son rôle. Est-ce suffisamment fait au cours de leurs études ? Je crains que non. Un module de fin d'études en ce sens serait utile. Ils feraient alors davantage connaissance

avec la santé publique, avec la culture hospitalière. Nous irions vers la prévention des déconvenues. Ensuite, comment ne pas traiter l'urgente nécessité de revaloriser leurs conditions d'exercice ? Celles-ci devraient reposer sur des équipes étoffées, la mission universitaire (enseignement et recherche) et surtout la possibilité de lancer des projets innovants. Pour cela, il faut des moyens que les hôpitaux n'ont pas. Pour être attractif, peut-être faut-il aussi améliorer et développer la certaine porosité entre les deux corps, public et privé. Et que dire de l'attractivité financière de l'hôpital public ? Un praticien hospitalier commence à 2500€ environ dans le public, après douze ans d'études et une carrière qui s'échelonne – qui s'épuise – sur vingt ans !

La crise de l'hôpital concerne-t-elle le seul ministère de la Santé ?

Non. On sait qu'il travaille avec celui de la Cohésion des territoires. Il convient d'amplifier ce travail croisé. Après douze ans d'études, un jeune médecin a rarement envie de s'installer dans un endroit isolé.

Les praticiens hospitaliers ont-ils perdu le goût de l'hôpital public ?

Je ne sais pas, mais il faut le redouter. Le constat est alarmant. Faute d'y trouver l'épanouissement et la liberté nécessaires attendus, les jeunes praticiens n'essaient même plus l'exercice public ou le quittent assez vite. L'exercice en secteur libéral est privilégié pour toute une série de raisons. Le nier serait être aveugle à cette réalité qui aggrave l'état des lieux. L'heure est à l'action, aux propositions. Les discours rassurent éventuellement leurs auteurs, sourds aux attentes des praticiens de demain. ■

INTERVIEW

L'expertise du patient va impliquer de réorganiser l'hôpital

L'augmentation du nombre des maladies chroniques change le rapport du patient à la maladie, et au médecin. Pour **Thomas Sannié**, président de l'Association française des hémophiles et expert auprès de la Haute Autorité de santé, l'hôpital va devoir revoir son organisation pour répondre à ce changement. Déjà des coopérations nouvelles voient le jour.

Qu'est-ce qui distingue le patient d'hier de celui de demain ?

Ils n'ont pas les mêmes expériences de l'hôpital. Le nombre de maladies chroniques va continuer à croître. Les patients ont désormais accès à des traitements qui leur permettent de vivre le quotidien avec la maladie. Ils essaient de s'inventer une vie, ils vont et viennent à l'hôpital sur lequel ils ont développé un regard plus critique qu'autrefois : organisation, relations médecins/patients, etc. Ils sont aussi plus documentés sur leur maladie. Ils ont accès à Internet. Les patients souhaitent que leur expertise soit prise en compte. Ils ne veulent plus du paternalisme du médecin, ils demandent davantage d'interdisciplinarité avec la kinésithérapie, la diététique, la sophrologie, etc.

Les médecins en ont-ils conscience ?

Très peu. Ils sont d'autant plus désarçonnés par ces demandes que l'hôpital ne les aide pas à prendre conscience de cette situation. Pour obtenir un suivi thérapeutique de bonne qualité, le temps de la consultation doit être revu. Les professionnels pensent encore qu'il suffit d'établir une ordonnance et que le patient va la suivre. Cette époque est en train de finir. Durant la consultation, il faut s'intéresser à l'adhésion au traitement. Pensez qu'en Europe, l'inobservance thérapeutique est de l'ordre de 50 à 70% ! Le patient adhérera d'autant mieux à son traitement

qu'on lui permettra d'exprimer les effets secondaires qu'il subit, d'évaluer la nécessité de prendre tel ou tel médicament, qu'on lui expliquera clairement comment utiliser certains produits, comme une pommade. Les actions éducatives sont primordiales. Pour l'instant, elles concernent surtout le diabète, les maladies rares ou le VIH. L'intégration des parents et des aidants est un autre enjeu important.

L'expertise du patient va impliquer de réorganiser l'hôpital. Je contribue moi-même à la formation de futurs médecins, à la faculté, et je les aide à percevoir ce que c'est que de vivre avec une maladie chronique.

Enfin, le patient de demain devra participer au directoire de l'hôpital.

Y a-t-il des prérequis pour rendre effective la décision médicale partagée ? Les personnels hospitaliers y sont-ils prêts ?

Les médecins doivent d'abord prendre l'habitude d'un travail multidisciplinaire. Il faudrait aussi faire tout un travail de capitalisation sur les dysfonctionnements et les bonnes pratiques thérapeutiques. Des études ont prouvé que



Thomas SANNIÉ

Les professionnels pensent encore qu'il suffit d'établir une ordonnance et que le patient va la suivre. Cette époque est en train de finir.

lorsqu'on interroge des malades dans leur chambre, ils sont capables d'une analyse juste sur la qualité et la sécurité des soins. Et ils signalent précisément les effets indésirables. Or, ces remarques ne sont jamais notées dans le dossier médical, si bien qu'on n'arrive pas à capter ce qui pourrait améliorer la qualité des soins.

Pensez-vous que les nouvelles technologies et l'intelligence artificielle ont un impact positif pour la prise en charge des patients ?

Il faut déterminer leur valeur d'usage et les économies qu'elles permettent. Pour des maladies longues, elles doivent convenir à plus de 5% des patients. Si

elles évitent des réhospitalisations, c'est bien, mais attention aux gadgets ! Les seuls juges sont les patients et les professionnels. Les hackathons, qui réunissent patients et créateurs de nouvelles technologies pour les développer ou en parfaire l'usage, me semblent un réel progrès pour déterminer les besoins réels des malades.

Quelle est l'implication des associations de patients dans la décision stratégique hospitalière ? Avez-vous des modèles étrangers d'implication forte des patients dans la gouvernance des établissements ?

Chaque pays a son modèle. En Europe, en Amérique ou ailleurs, on vérifie que lorsque des gens se regroupent autour d'un thème de santé, ils réussissent à créer un contre-pouvoir face aux autorités et aux soignants. L'exemple le plus connu est le fameux modèle de Montréal, qui fut l'un des premiers à impliquer les patients dans les décisions de santé. Là-bas, on fait avec le patient. Prendre en compte son avis permet de mieux adapter les soins, évite des pratiques inutiles, assure un meilleur suivi. À Montréal, des groupes mixtes de patients et soignants étudient les effets indésirables de tel médicament, ou travaillent sur la qualité des soins.

Les Canadiens ont aussi inventé le mentorat autour d'un malade de longue durée : celui-ci reçoit à l'hôpital, simultanément, un jeune médecin, un jeune infirmier, un jeune kinésithérapeute, etc., qui viennent lui poser des questions sur le suivi thérapeutique. Les patients travaillent aussi à la rédaction des notices qui accompagnent les médicaments. Ils aident à déterminer le nombre de consultations postopératoires. Les trois acteurs de l'hôpital doivent se rencontrer et coopérer : le patient, le bénéficiaire ; le médecin, celui qui fait, et le manager, le gestionnaire. ■

INTERVIEW

La recherche en santé coordonnée par une

Comment faire rêver les jeunes chercheurs et faire revenir leurs confrères partis à l'étranger ? Jean Sibilia, professeur de rhumatologie au CHU de Strasbourg et président de la Conférence des doyens des facultés de médecine, nous livre ses propositions. Il souhaite une recherche en santé sans cloisonnement entre ses aspects fondamentaux – translationnels et cliniques –, avec une dimension patient organisée sous la forme d'un parcours recherche. Pour être visible à l'international, stratégie de sites, concentration de moyens et pôles d'excellence s'imposent. Il faut aussi un vrai dialogue, entre l'université, les CHU qui doivent être ré-universitarisés, et les organismes comme l'Inserm ou le CNRS. C'est de là que naîtront les innovations de demain.

Pensez-vous qu'un risque de déclassement menace la recherche médicale française ?

Oui. Notre recherche est en danger ! Les indicateurs de production, académique et industrielle, sont à la baisse, quel que soit le domaine, et ce malgré le haut niveau des performances de l'Inserm et le formidable effort de la recherche des CHU. Il y a un manque de synergie entre les acteurs de la recherche : les établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST), l'université et l'hôpital. S'ajoutent des lourdeurs d'organisation et administratives qui réduisent le temps consacré par le chercheur à la recherche. Pour la

recherche industrielle, la complexité de l'organisation et des lois Jardé et européennes est une condition défavorable. Résultat : des pans entiers, notamment la recherche et développement de l'industrie pharmaceutique, et même des firmes françaises, se délocalisent dans d'autres pays.

L'Inserm qui délivre des labels reconnus n'est pas suffisamment impliqué dans l'hôpital public en dehors des centres d'investigation clinique, notamment dans le domaine de la recherche appliquée. Certains partenariats entre l'université et l'Inserm n'impliquent pas l'hôpital, même dans le domaine de la recherche biomédicale.

doit être véritable stratégie de site

Et que proposez-vous ?

Il faut donc engager un vrai travail de fond, avec une stratégie nationale de recherche coopérative, poussant à des contrats de site ambitieux qui mettent en synergie tous les acteurs. Cette recherche en santé, sans cloisonnement entre ses aspects fondamentaux, translationnels et cliniques, doit se faire aujourd'hui avec une dimension patient organisée sous la forme d'un parcours recherche. Cela permet de produire des données « tous azimuts » par de grandes plateformes, mais aussi par une pratique ambulatoire de soins premiers. C'est l'avenir de la recherche médicale !

Comment concevez-vous l'organisation de la recherche et de l'innovation à l'échelle des territoires ? Quels rôles pour les CHU ?

Quand je présidais le Comité national de coordination de la recherche (CNCR), j'ai milité pour la création d'une organisation territoriale de la recherche associant CHU, centres hospitaliers, et tous les partenaires qui peuvent y contribuer. J'ai souhaité que les CHU s'ouvrent sur leur territoire et qu'ils l'animent dans un concept ouvert de « CH et U de recherche », comme cela peut se faire maintenant dans les GHT. Ils doivent devenir le maillon d'une chaîne et ne plus se considérer parfois comme un bastion. Il faut se poser une question simple : où sont les patients ? Dans beaucoup de domaines importants (oncologie, cardiovasculaire, etc.), les patients sont suivis dans des centres hospitaliers ou des maisons de santé

d'un territoire autre que le CHU. Pour aller plus loin, la recherche doit donc se construire comme une recherche en réseau organisée par un « parcours patient ». L'hôpital ne peut pas faire seul, il faut donc coordonner les efforts de chacun en déterminant avec professionnalisme le rôle le plus efficace de chaque partenaire.

Les régions ont saisi l'intérêt

Cette recherche « appliquée au patient » peut-elle être ambitieuse ? Comment l'organiser ?

Oui, elle peut être ambitieuse. On peut créer par exemple une dynamique de recherche en soins premiers ; on pourrait s'appuyer sur les maîtres de stage universitaire (MSU) qui sont nombreux, en s'inspirant des *general practice research database* (GPRD), ces collectes de données médicales anglaises. Les médecins généralistes commencent à s'organiser sous la forme de réseaux collaboratifs qui vont pouvoir répondre à des questions de soins premiers. Il faut soutenir et professionnaliser cette recherche. Pour ce parcours recherche-patient conduit à l'échelle du GHT, il faut un coordinateur, compétent dans le soin et qui doit maîtriser un savoir-faire, car la recherche sur une personne ne s'improvise pas : investigation, promotion, pharmacovigilance, financement sont des métiers. Un CHU dynamique et bien organisé, s'il s'allie avec l'Inserm, le CNRS ou d'autres organismes de recherche pourrait être ce coordinateur de la recherche en santé dans une stratégie gagnante/gagnante.

Pr Jean SIBILIA



Un CHU dynamique et bien organisé, s'il s'allie avec l'Inserm, le CNRS ou d'autres organismes de recherche pourrait être le coordinateur de la recherche en santé dans une stratégie gagnante/gagnante.

Que faites-vous sur un territoire plus grand : la région ?

Les régions ont saisi l'intérêt de la santé, c'est un secteur très actif et producteur d'emplois et de richesses. Il me paraît légitime qu'elles aient des politiques de recherche ou plutôt d'accompagnement de la recherche, surtout dans cette période de reconstruction régionale de notre pays. Je

plaide pour de vraies stratégies de sites, avec des financements d'équipes, de plateformes et d'organisation (cohorte, base de données). Les sites en région peuvent faire des propositions ou répondre à des appels à projet qui doivent être de qualité, l'élément le plus important.

Il ne faut pas de saupoudrage mais des stratégies de concentration de moyens, tout en poussant à des collaborations qui peuvent faire émerger de jeunes équipes prometteuses. Soyons clairs: nous n'avons pas les moyens de la Chine. Dans les projets, la qualité doit primer et il ne faut pas morceler le financement sous prétexte d'égalité de territoire. Les plans d'investissements d'avenir (PIA) et les initiatives d'excellence (Idex) ont d'ailleurs très bien fonctionné, mais ils ne sont pas suffisants car nos écosystèmes de recherche en santé sont très dynamiques.

Comment atteindre la masse critique pour être visible à l'international ?

Pour la recherche fondamentale, il faut développer des pôles d'excellence, comme l'Institut de génétique et de biologie moléculaire et cellulaire (IGBMC)

recherche contre les cancers de l'appareil digestif (Ircad) du Pr Jacques Marescaux, et l'institut hospitalo-universitaire (IHU) qu'il dirige à Strasbourg sont des modèles de reconnaissance internationale combinant des soutiens publics et privés au profit de l'innovation. Il est encore trop tôt pour affirmer la puissance et l'efficacité du modèle IHU. Mais la réussite de modèles privés

« Ré-universitariser » les CHU

La recherche française est-elle reconnue dans le monde ?

Oui. Ne le perdons pas de vue. Il faut donc valoriser le savoir-faire de notre recherche française, en particulier hospitalo-universitaire. La France ne valorise pas suffisamment ses brevets « santé » malgré les formidables efforts de nos sociétés de transfert de technologies (Satt) et d'autres structures de valorisation comme Inserm Transfer. Pourquoi ne pourrait-elle pas vendre son savoir-faire plutôt que de se le faire copier ou racheter ? La créativité de nos chercheurs doit être mieux transformée pour concevoir des entreprises capables de développer et de mettre à disposition l'innovation.

comme l'Ircad explique que cela ait poussé à la création de trois instituts jumeaux, un à Taïwan, deux au Brésil. En attendant celui du Rwanda, prévu pour 2020. Ce modèle particulier d'institut privé n'est pas intégré à notre système académique mais il faut toujours essayer de s'inspirer positivement d'exemples réussis en faisant « briller » ce qu'ils ont de mieux.

doivent être dirigés par des académies hospitalo-universitaires pour la partie formation et recherche. Dans certains sites, le comité de recherches en matière biomédicale et de santé publique (CRBSP) apporte déjà un souffle de gouvernance original, mais il convient aller plus loin ! La dynamique projet des CHU ne doit pas s'essouffler encore plus. Il faut donc transformer notre système, ce que la mission « CHU de demain » va tenter de proposer en 2018.

Vous insistez sur une recherche en santé, plus sociétale...

Je pense, comme notre ministre, qu'il n'existe qu'une recherche en santé. Il ne faut pas segmenter recherche fondamentale, translationnelle et clinique; nous devons enrichir la recherche d'éléments nouveaux exigés par la société et le monde d'aujourd'hui.

Nous n'avons pas les mêmes besoins qu'il y a cinquante ans. À cette époque, nous étions dans l'attente des grandes découvertes de biologie moléculaire et de génétique. Des pas de géant ont été accomplis. Il faut poursuivre cette démarche en répondant aux besoins des patients par une recherche en soins premiers. Un exemple: comment prendre en charge un AVC dans les meilleurs délais avec les outils modernes d'investigation ? L'innovation peut aussi être organisationnelle: comment gérer un service d'urgences sur un territoire donné ? Les soins premiers sont une vraie source de recherche appliquée que l'on doit garder connectée à une recherche plus fondamentale qui produira peut-être les applications de demain.

La recherche doit intégrer une vision sociétale et éthique moderne tout en conservant son esprit créatif.

Il ne faut pas segmenter recherche fondamentale, translationnelle et clinique ; nous devons enrichir la recherche d'éléments nouveaux exigés par la société et le monde d'aujourd'hui.

créé par Pierre Chambon à Strasbourg, qui réunit près de 800 chercheurs de tous horizons. Concentrons des moyens dans un même lieu dont l'écosystème est favorable. Ces moyens ne doivent pas être seulement financiers. Pour une recherche plus appliquée il faut concentrer les moyens sur un site HU afin de permettre un dialogue avec les cliniciens et de faciliter l'accès à des données de patients. Pour être visible à l'international, il faut un vrai dialogue, entre l'Université, les CHU et les organismes comme l'Inserm ou le CNRS. C'est de là que naîtront les innovations de demain.

D'autres exemples d'un type original prouvent l'esprit d'entreprise de nos hospitalo-universitaires: l'Institut de

Quelle gouvernance et quels financements pour la recherche et l'innovation de demain ?

La recherche en santé doit être coordonnée par une véritable stratégie de site, en accord avec des orientations nationales, qui s'appuie sur de grands programmes comme la génomique ou l'intelligence artificielle. Il faut renforcer le financement de la recherche et de l'innovation par la création d'un équivalent de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) en recherche et innovation, en fusionnant les enveloppes de l'hôpital et de l'ambulatoire.

Pour renforcer la gouvernance de la recherche et de l'innovation, il faut « ré-universitariser » les CHU, qui

Faire rêver les jeunes médecins

Comment attirer et fidéliser les talents qui feront l'excellence de la recherche française ?

Il faut redonner du temps et du sens à la recherche dans nos CHU, car beaucoup de praticiens sont absorbés par l'activité de soins, elle-même est indispensable pour un établissement de santé car elle génère ses ressources. C'est un cercle vicieux dont il faut sortir. N'oublions pas que beaucoup de jeunes médecins sont passionnés par la recherche et souhaitent y travailler à l'hôpital. C'est une motivation profonde, plus forte que l'argent pour nombre d'entre eux. Les nouveaux médicaments en oncologie comme les *cart cells*, les cellules T porteuses d'un récepteur chimérique, ou le smartphone qui se transforme en véritable appareil ophtalmologique, voilà ce qui peut faire rêver les jeunes médecins. Et il faut les faire rêver !

Qui dit recherche peu développée dit hôpital peu attractif. Il faut donc sortir du modèle actuel, stupide, qui ne donne aucune capacité d'investissement réel pour dynamiser la recherche d'un CHU et oblige celui-ci à utiliser des ressources limitées calculées sur une compensation de la perte d'activité liée à la recherche et la formation de ses jeunes médecins. Pour stimuler l'activité, il faut construire davantage de partenariats public/privé, adossés à des projets précis sans effet prédateur, comme cela se fait pour les départements hospitalo-universitaires (DHU), les fédérations hospitalo-universitaires (FHU) et instituts hospitalo-universitaires (IHU) dans le cadre des investissements d'avenir. Ces investissements, avec le grand plan d'investissement (GPI), doivent servir à faire venir ou revenir en France de brillants chercheurs qui devront être séduits par les projets proposés.

Qui produit la recherche aujourd'hui ?

Tous ceux qui veulent s'engager, et ils sont nombreux, mais les cadres sont les 45-65 ans. Que feront les prochaines générations ? Je crains que certains, découragés, s'engagent

moins. Revoyons notre modèle. Il faut redonner de la confiance et de l'enthousiasme à nos jeunes et moins jeunes chercheurs et cela pour l'intérêt de nos patients et de nos citoyens. L'intérêt de la recherche doit primer dans un grand pays comme le nôtre.

La Conférence des doyens souhaite s'engager avec conviction dans ses universités pour développer et faire briller la recherche médicale en se positionnant sur les organisations de sites, les collaborations, les recrutements et la formation à la recherche. On avance ensemble. ■

POINT DE VUE

Les patients méritent des hospitaliers en bonne santé

Il est temps de prendre en compte la santé des hospitaliers mise à mal par la dégradation des conditions de travail depuis dix ans pour cause de contrainte financière. Comment ? **Nathalie Depoire**, présidente de la Coordination nationale des infirmières, a quelques pistes. Elle propose de définir le nombre de soignants nécessaires à un service de soins selon une évaluation de la charge de travail, de créer des pools de remplacement adaptés et d'identifier les causes d'absentéisme. Sans oublier de réinstaurer le dialogue entre médecins et paramédicaux.

Issu des mouvements infirmiers de la fin des années 80, le syndicat CNI a, depuis 2014, ouvert sa sphère d'adhérents aux filières de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'aux aides-soignants, auxiliaires de puériculture, agents de service hospitalier et psychologues. Nos travaux et débats

en assemblée générale nationale nous permettent de poser ensemble le constat d'une forte dégradation de nos conditions de travail face aux contraintes financières subies depuis plus de dix ans. À différents degrés, sans doute, néanmoins unanimes, les hospitaliers font part du malaise et

s'inquiètent de voir le nombre de collègues en maladie augmenter pour cause d'addiction, d'épuisement professionnel, de dépression, etc. Les soignants font état du sentiment d'être des pions, ballottés au gré des besoins de remplacement, au mépris de leurs compétences et de leur expérience. Le récit de leur quotidien met en exergue une « perte de sens ». Au-delà du constat, notre organisation souhaite être force de propositions pour permettre un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et garantir ainsi des soins de qualité aux usagers.

Les évolutions hospitalières ont multiplié les mutualisations, il n'est donc plus possible de définir des normes en effectifs soignants comme cela a été, par exemple, mis en place en 2002 pour les services de réanimation. Il est néanmoins impératif, lors de l'attribution des effectifs d'un service, d'évaluer la charge de travail – charge en soins et tâches annexes. La majorité des établissements se base actuellement sur un nombre de lits, ce qui est totalement inadéquat. Il convient en effet de s'intéresser à la typologie de patients accueillis, à sa ou ses pathologies, au volume de soins infirmiers (injections, pansements, etc.) et aux soins aides-soignants (toilette, aide au repas, etc.). Selon la configuration du service et de ses patients, le nombre de soignants nécessaire peut varier. Et n'oublions pas de définir aussi la charge de travail ASH.

Soixante-dix pour cent du budget hospitalier relèvent des dépenses en personnel. Par nécessité économique, le temps soignant a donc été réduit au fil des ans, d'autant plus avec la révision de l'accord RTT et la disparition des réunions de service. Il est essentiel de recréer des espaces de dialogue, de préserver les temps d'échanges et de permettre un minimum de transmissions orales. Les organisations



Nathalie DEPOIRE

Les cadres de santé doivent être accompagnés et formés à la détection des symptômes d'épuisement professionnel.

médicale et paramédicale doivent se définir en synergie dans le respect des compétences de chacun, et non en deux mondes parallèles avec des temps dédiés (staff, réunions de service).

Des équipes de remplacement adaptées

Aujourd'hui, les plannings des agents visent essentiellement à tenter d'obtenir le service minimum quotidien tant les effectifs sont à flux tendus et les marges de remplacement sont absentes. Il est nécessaire de donner à l'encadrement les compétences en nombre suffisant, et pas uniquement sur le papier, pour répondre aux besoins. Il convient donc de mettre en place des équipes de remplacement adaptées.

La plus grande vigilance doit être apportée au respect des temps de repos et au rythme de travail. Non physiologique, le travail de nuit est difficile mais nécessaire à la continuité des soins. Il importe donc de rendre les postes de nuit attractifs

pour supprimer les rythmes de travail anarchiques jour/nuit qui ont de fortes incidences sur la santé et les absences. Identifier les causes d'absentéisme au plus proche du terrain est un axe de travail majeur pour permettre des améliorations concrètes. Les cadres de santé doivent être accompagnés et formés à la détection des symptômes d'épuisement professionnel. Il serait également pertinent d'optimiser l'accompagnement des personnels ayant des restrictions médicales dans l'adaptation de leurs postes de travail et, de manière plus générale, d'accentuer la prévention des risques professionnels. Voici donc quelques pistes parmi nos propositions pour retrouver du sens à notre exercice professionnel et permettre que, demain, nos patients, malgré leur nombre croissant, dû entre autres aux maladies chroniques et au vieillissement, aient des soins de qualité. Un sujet qui nous concerne tous puisque patients, nous le sommes ou le serons tous un jour. ■

Nathalie DEPOIRE
Présidente de la Coordination
nationale des infirmières

publication

Fiabilisation et certification des comptes à l'hôpital

KARIM AMRI

Directeur d'hôpital, Karim Amri, a eu la bonne idée d'aborder dans ce manuel pratique toutes les réformes en cours, dont celle des GHT, et leurs conséquences. Les quatre annexes de l'ouvrage sont bienvenues. Elles contiennent entre autres un exemple de calendrier de clôture et une fiche comptable pour préparer la venue du certificateur. Edouard Couty, le médiateur national sur les conditions de travail des professionnels de santé, a signé la préface du livre, reproduite ici.

La fiabilisation et la certification des comptes relèvent d'une démarche projet pour l'ensemble de l'établissement public de santé. Il s'agit d'un chantier historique de refonte de son fonctionnement administratif.

Le rappel des principes de la certification des comptes via un dispositif législatif est abordé de façon prospective, au regard des enjeux historiques liés à la « bonne gestion des deniers publics ». Les attentes du commissaire aux comptes sont explicitées, afin que les ordonnateurs et les comptables publics puissent mieux comprendre les enjeux de la procédure.

En effet, afin de répondre au manque de connaissance sur la démarche du commissaire aux comptes (CAC), généralement constatée auprès des ordonnateurs et des comptables publics, l'ouvrage en détaille l'approche ainsi que ses enjeux.

La question de la « méthodologie en mode projet » à initier au sein des établissements de santé, y est largement détaillée, notamment par l'utilisation des autodiagnostic à mener par cycles et par centre de responsabilité.

Ainsi, l'ouvrage explicite les axes à aborder pour ce dossier transversal, en lien avec ces centres de responsabilité et cycles de processus, tout en soulignant les points de vigilance tels que les inventaires, les stocks, les recettes ou encore les provisions.

Aussi, la méthodologie consistant à traiter ces principaux points de vigilance prioritaires par cycles et par centres de responsabilité, y est également décrite. En outre, l'organisation du contrôle interne comptable et financier de l'établissement constitue la pierre angulaire de la transformation organisationnelle attendue dans les EPS. Pour y parvenir, toutes les réformes en cours - symphonie, dématérialisation, SIH, GHT, etc. - y sont abordés.

Par conséquent, le système d'information hospitalier (SIH) fait l'objet d'un développement particulier

notamment en ce qui concerne son adaptabilité.

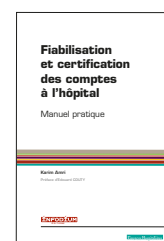
Quant aux réformes « comptables » des hôpitaux, telles que la facturation au fil de l'eau (FIDES) ou la dématérialisation (PES V2), elles y sont décrites dans une logique de mise en perspective dans le cadre des changements de processus à opérer en interne.

Les questions de corrections d'erreurs et de changement de méthode permettent au lecteur de s'y retrouver en matière de repères et de conduite à tenir.

Maîtriser ainsi la procédure de certification des comptes des EPS consiste notamment à s'inscrire préalablement dans une démarche projet de fiabilisation et de certification des comptes. La mise en œuvre de cette démarche est décrite de façon synthétique et opérationnelle dans le manuel.

Résolument pratique, ce manuel apporte une grille de lecture accessible aux professionnels chargés de mettre en œuvre cette transformation organisationnelle, tout en leur permettant de se projeter sur les réformes en cours ainsi que sur leurs conséquences dans l'avenir et notamment... sur la question du fonctionnement des GHT. ■

Edouard COUTY
Médiateur national sur les conditions de travail des professionnels de santé



Fiabilisation et certification des comptes à l'hôpital, Manuel pratique, Infodivum Editions, octobre 2017.

Les attentes du commissaire aux comptes sont explicitées, afin que les ordonnateurs et les comptables publics puissent mieux comprendre les enjeux de la procédure.

CATÉGORIES

Quand les directeurs n'en pourront plus

Les directeurs ne peuvent plus être les boucs émissaires des dysfonctionnements de l'hôpital. Le temps presse : il faut reprendre les discussions autour des enjeux de pilotage des corps de direction.

Porter la chaîne du management hospitalier : c'est l'ADN des directeurs d'hôpital. Jouer les équilibristes pour concilier textes contradictoires ou peu lisibles, rechercher les solutions d'organisation complexes mais équilibrées : rien de plus normal. Surmonter collectivement les efforts de redressement des comptes sociaux : une action depuis longtemps menée avec efficacité. Mais il n'est plus évident de trouver des solutions, car le climat s'est détérioré. La gestion hospitalière est vue avec défiance, et les directeurs sont le bouc émissaire d'un système de financement à bout de souffle. Plusieurs grands journaux ont fait croire à un système organisé de management maltraitant, alors que la conduite des changements est plus que jamais délicate et solitaire – il suffit de voir l'absence de vocation pour les mandats de chef de service et de pôle, et de président de CME. Et n'oublions pas les sujets prétendument cachés de mauvais fonctionnement, comme le vrai-faux « CHU de Toulouse leaks ».

Par ailleurs, les chantiers à l'hôpital ne manquent pas : transformation du système de santé, réforme des autorisations, dispositif de médiation, etc.

Les propositions de changement sont pour l'heure toutes décevantes :

- la réforme de la tarification va prendre du temps, car elle suppose l'introduction d'éléments qualitatifs subjectifs et que le modèle quasi exclusif de la T2A ne peut s'arrêter soudain. Les tarifs continuent donc à diminuer, les investissements à se raréfier, et la demande d'économies est toujours plus forte ;
- l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 promettait d'ouvrir les voies de l'innovation par l'expérimentation. Mais la découverte du décret qui contenait un processus d'évaluation jusqu'à un an a refroidi les plus hardis. Les points liés aux partenariats ville/hôpital et à la médecine de parcours sont très attendus, mais gare aux déceptions, du moins pour le délai ;
- la création d'un dispositif de médiation vise à objectiver des conflits interpersonnels. Mais, à ce stade, les outils proposés ne contribuent pas à apaiser les vives tensions qui concernent le management.

Réflexe pavlovien

Il n'est pas un jour sans que le SMPS ne contribue à être force de proposition. Tout le monde s'accorde à le dire, enfin. Mais pour les directeurs d'hôpital, l'attente est longue, eux qui sont pris en étau entre un message politique d'absence d'économies prévues à l'hôpital, en particulier sur le personnel, et la succession, au niveau local, de plans de retour à l'équilibre, de restructurations, etc., liés aux injonctions annuelles. Ce décalage touche directement les directeurs qui ont le sentiment d'être considérés comme seuls responsables

des dysfonctionnements du système et du mal-être des professionnels. S'en prendre à eux devient un réflexe pavlovien.

Ils sont des boucs émissaires d'autant plus faciles qu'ils ont l'habitude de subir. Ils mettent en œuvre les politiques publiques nationales de santé et tentent de les faire accepter aux professionnels, aux élus et aux patients, quitte à devoir les transformer sur le terrain pour en gommer les contenus parfois difficilement applicables, comme dans le cadre des GHT dont les périmètres ne correspondent pas aux bassins de vie ou dans le cadre de l'imbroglio juridique de la mutualisation des achats.

Ils le font par fidélité aux valeurs du service public hospitalier. Ils continueront à le faire. Mais ils se posent de plus en plus de questions sur le sens de leur action, quand ils se retrouvent sur le banc des accusés, coupables d'avoir voulu se conformer aux injonctions des tutelles, et hélas trop souvent lâchés par ces mêmes tutelles quand les injonctions entraînent des protestations. Nous avons vu, ces derniers mois, des directrices et des directeurs mis en cause, parfois de façon scandaleuse, malmenés, physiquement même. Et les tutelles restaient silencieuses.

Une chose doit changer : la réponse des pouvoirs publics. La ministre des Solidarités et de la Santé s'est élevée contre les attaques systématiques contre les directeurs. Puisse cela déclencher une prise de conscience, relayée sur le terrain par les agences régionales de santé.

Puis, reprenons vite les discussions. Car traiter correctement ses effectifs de haut niveau n'est pas seulement un devoir pour l'État, c'est aussi un pari sur la compétence et l'engagement d'hommes et de femmes qui œuvrent pour l'intérêt général.

Ce serait là un indice de reconnaissance très attendu des directeurs. Nous ne cesserons de réclamer cette reconnaissance parce que aucun des chantiers engagés ne se fera sans les directeurs et que cet investissement doit être reconnu. ■

Catégorie directeurs d'hôpital



Vice-présidente DH
Catherine LATGER
Directrice
CH de Neuilly-
Puteaux-Courbevoie
Tél. : 0149 04 30 01
clatger@ch-rivesdeseine.fr

Évolution ou révolution, le secteur doit bouger

Le secteur social et médico-social doit lui aussi évoluer. Les D3S et les cadres qui les accompagnent, soignants, administratifs et techniques, doivent porter un projet propre aux différents secteurs. Et pourquoi ne pas créer des groupements sur le modèle des GHT ?

La population française vieillit. Les progrès de la médecine, mais aussi les aides au maintien à domicile font que les personnes âgées, voire très âgées, restent plus longtemps chez elles et entrent le plus tard possible en institution, avec des pathologies et une dépendance de plus en plus lourdes et des durées de séjour de plus en plus courtes. Le secteur doit accompagner ce mouvement enclenché depuis près de dix ans.

Les personnes handicapées, pour les mêmes raisons, vivent aussi plus longtemps et atteignent le grand âge, avec la complexité de leur prise en charge. Enfin, le secteur de l'enfance et de l'adolescence évolue lui aussi, avec des familles souvent recomposées, des problématiques de plus en plus lourdes dues au développement des réseaux sociaux, mais aussi au mal-être de ces jeunes qui trouvent de plus en plus difficilement leur place dans la société.

Nos établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux doivent donc porter des projets innovants, qui permettent de faire le lien entre le domicile, le sanitaire et l'institution. Il faut tisser des liens entre tous ces acteurs et avec l'extérieur. Nous devons être suffisamment imaginatifs pour créer des groupements de territoire, semblables aux GHT, où toutes les compétences seront regroupées pour permettre une prise en charge de qualité, orientée vers l'ensemble des personnes d'un territoire à taille humaine. Sur ce même schéma, toutes les compétences pourraient être partagées, avec un établissement pivot ou support et des établissements parties. Dans chaque établissement il pourrait y avoir un directeur aidé d'un encadrement intermédiaire. Les achats, l'informatique, le logistique, les marchés publics, la formation, la gestion des ressources humaines, les

finances pourraient être mutualisés. Les outils sont suffisamment nombreux pour trouver une réponse adéquate dans chacun des regroupements.

Nos établissements devront être suffisamment modulables pour accueillir, dans des espaces intergénérationnels, des personnes âgées, des personnes très âgées, des personnes handicapées, des enfants. Ils devront être aussi à certains endroits des espaces institutionnels, des logements sociaux, permettant la vie comme au domicile, aussi bien pour des personnes handicapées que pour des personnes âgées. Nos établissements devront sortir des murs, avec des équipes mobiles de soins palliatifs et des équipes mobiles gériatrie et handicap. Ce ne sont plus les résidents qui iront vers l'établissement, mais les équipes qui se déplaceront vers des Ehpad hors les murs : infirmière, aide-soignant, aide médico-psychologique, psychologue, kinésithérapeute... viendront vers le résident qui pourra ainsi rester plus longtemps à domicile. Ces établissements devront pouvoir faire le lien avec le secteur de la psychiatrie, en accueillant ceux qui vieillissent, mais avec un suivi, un soutien et un apport de la part des établissements spécialisés. Nos établissements pourront aussi être le support de logement thérapeutique pour ces populations – handicap et psychiatrie.

Mais nos établissements devront aussi, sur leur territoire, être les acteurs privilégiés d'une véritable coordination de la prise en charge des personnes âgées, handicapées, en difficulté sociale, en réunissant toutes les forces du secteur géographique (services à domicile, médecins de ville, assistantes sociales, intervenants libéraux, HAD, etc.), afin de pouvoir trouver la meilleure solution aux cas concrets qui se poseront.



Vice-président D3S
Frédéric Cecchin

Directeur adjoint

Ehpads de Villedard-et-Francis

Tél. : 04 93 0117 00

f.cecchin@ehpadvillefr.com

Tarification binaire

Pour cela, il faut une véritable modification du secteur et de son financement. La tarification de nos établissements ne doit pas rester celle des Ehpads d'aujourd'hui. L'État doit vite réfléchir à un cinquième risque pour la dépendance – personnes âgées et personnes handicapées. Il faut revenir à une tarification binaire pour les Ehpads, comme pour les FAM, avec la prise en charge de la dépendance et du soin, sur une section unique (retour de la cure médicale ?) à la charge de la Sécurité sociale, et celle de l'hébergement par les familles et les départements, avec un reste à charge supportable, notamment pour les revenus les plus faibles.

Ce ne sont plus les résidents qui iront vers l'établissement, mais les équipes qui se déplaceront vers des Ehpads hors les murs.

Enfin, sans aller jusqu'à 1 pour 1, il devient urgent d'augmenter les effectifs, en adéquation avec les besoins de prise en charge, en tenant compte de la spécificité de chaque établissement et du projet. Certains moyens peuvent être mutualisés. La réflexion doit aussi porter sur la médicalisation des établissements, avec un rôle prescripteur dévolu aux médecins coordonnateurs, car les déserts médicaux gagnent aussi nos établissements, qui peinent à trouver des médecins généralistes, encore plus des gériatres.

Cette évolution, pour ne pas dire révolution, devra permettre une évolution des carrières et des rémunérations des personnels, en créant de véritables échelons fonctionnels à la tête de ces groupements, mais aussi en revoyant la rémunération des cadres intermédiaires, tant administratifs, que soignants, logistiques et techniques. ■

Le système hospitalier d'aujourd'hui : un hôpital à réinventer

À l'heure où s'impose l'invention de l'hôpital de demain, il convient d'affirmer ses valeurs de service public. Et de mettre l'accent sur la formation aux métiers de demain. Les managers, quant à eux, doivent saisir les opportunités de cette période de transformation.

Depuis des années, l'hôpital public se transforme. Par la continuité de ses mutations, il répond aux exigences de maîtrise de ses dépenses et oublie d'affirmer et de soutenir les valeurs fondamentales qui définissent le sens de l'action de tous les professionnels de santé engagés dans ce service public. Aujourd'hui, les conséquences des politiques d'évolution de l'hôpital public deviennent tangibles. La parole des usagers et des professionnels du soin, médiatisée et empreinte d'un pro-

En préalable à ce chantier titanesque, il convient d'affirmer des valeurs qui ont trop souvent été ignorées et qui ont laissé la place à une approche marchande du soin. Ces valeurs sont :

- l'accès à l'hôpital public et à une offre de soins, équitable, pour tous les citoyens, quelles que soient leurs conditions sociales ;
- le management éthique et humaniste pour que l'intérêt porté aux autres demeure l'unique centre de nos préoccupations et de nos décisions ;

La redéfinition des espaces traditionnels est l'occasion de repenser les frontières historiques qui existent entre les groupes professionnels dans l'hôpital.

fond mécontentement, voire de colère, plonge l'hôpital dans la tourmente. Les professionnels du management et ceux de l'art clinique ont alerté depuis longtemps les pouvoirs publics que le choix d'une approche exclusivement médico-économique constituerait le terreau du démantèlement du système hospitalier.

Les pressions sociétales, structurelles et citoyennes nous imposent à repenser l'hôpital de demain.

- la participation de tous les acteurs à la construction d'un système de soins efficient et de qualité ;
- le souci permanent du mieux « travailler ensemble », avec la garantie de la qualité des conditions de travail.

Les directeurs des soins, quels que soient leurs lieux d'exercice, sont et resteront des professionnels actifs et engagés de cette évolution pour garantir la pérennité d'un service pour tous les publics. En associant nos compétences managériales et nos expertises cliniques, nous faisons partie des acteurs du déploiement des programmes nationaux et régionaux de santé, qui doivent constituer l'unique socle du sens de nos actions. Répondant aux exigences de l'évolution sociétale, ces programmes ont à intégrer la logique de parcours patient et la fin des logiques hospitalo-centrées, en prévenant le risque d'un clivage de l'offre de soins entre citadins et ruraux.

L'appropriation de ces valeurs et la concrétisation de ces orientations doivent faire l'objet d'axes forts dans les dispositifs de formations initiales des professionnels des métiers du soin (cliniques, administratifs et managériaux). Il est donc indispensable que l'hôpital demeure une des organisations de formation de premier plan.

Formations innovantes à inventer

Les structures de formation des hôpitaux doivent développer des offres de formation professionnelle innovantes. Elles doivent être fondées sur l'expertise en ingénierie pédagogique de cadres de santé formateurs diplômés et compétents, pour qui la perspective de transfert de la formation dans l'espace universitaire risque de ne pas offrir de perspectives de carrières satisfaisantes en termes d'employabilité, de mobilité et de statut. Les champs de formation à investir pour l'hôpital du futur sont nombreux et stratégiques. Ainsi l'hôpital, sous l'égide des directeurs des soins, est-il le mieux placé pour penser, construire et dispenser des formations d'adaptation à l'emploi destinées au personnel qui, au fur et à mesure de la structuration des réorganisations, doivent être redéployées. Les nouveaux métiers de coordination de parcours, les métiers intermédiaires et ceux situés à l'interface avec le territoire, doivent aussi être la cible de ses formations innovantes à inventer.

En matière de management et bien au-delà des équipes de direction, dont font partie intégrante les directeurs des soins, la redéfinition des espaces traditionnels engagés aujourd'hui par la création des GHT est l'occasion de repenser les frontières historiques, parfois les clivages, entre les groupes professionnels dans l'hôpital. Comme principaux artisans et garants des réorganisations les managers (soignants, médicaux, administratifs et techniques) doivent être très engagés : il est essentiel de saisir les opportunités actuelles pour nous proposer des espaces qui structureront notre cohésion, faciliteront nos engagements dans les projets et créeront un sentiment d'appartenance renforcé à un « groupe manager » décloisonné. ■

Catégorie directeurs de soins



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

Quelle pratique managériale pour les cadres paramédicaux de demain ?

L'évolution des prises en charge hospitalières et la création des GHT favorisent l'émergence de nouveaux métiers et de nouvelles fonctions de management. Il va falloir les prendre en compte dans la formation des cadres de santé.

L'hôpital de demain aura certainement toujours besoin de managers. Mais lesquels et avec quels champs d'exercice ? Il semble que le contour des missions de chacun, comme des lieux de travail, soit en pleine évolution. Alors même que les cadres de santé paramédicaux regrettent encore aujourd'hui que leurs missions ne soient pas assez claires pour tous, ils sont confrontés à l'apparition de nouveaux métiers, de nouvelles fonctions, exercés par des professionnels qu'ils encadrent, ou encadreraient hier : infirmières coordinatrices, professionnels en pratiques avancées, professionnels en équipes mobiles.

Le rapport Hénard, rendu en 2010, annonçait cette évolution en se référant notamment à l'article 51 de la loi HPST, qui introduisait les coopérations interprofessionnelles. Mais celles-ci étaient encore pensées, pour la plupart d'entre nous, au sein de nos pôles ou de nos établissements.

Ces dernières années, l'évolution des prises en charge hospitalières, les nouveaux parcours de soins avec incitation aux sorties précoces des patients ont contribué à développer des rapports différents entre partenaires hospitaliers et extrahospitaliers et accentué la nécessité de voir apparaître de nouvelles fonctions. La loi de modernisation de notre système de santé, avec notamment la mise en place des GHT, accélère ce décloisonnement. Le manager étant, selon le dictionnaire, « celui qui organise, gère quelque chose », et pas seulement celui qui « dirige une affaire », il apparaît que parmi les nouveaux métiers, certains ont des fonctions managériales. Ils peuvent avoir dans leurs missions l'organisation des parcours de soins, la coordination de certaines prises en charge, en lien avec des équipes pluridisciplinaires, sans relation directe avec

le cadre de santé auquel il est rattaché, et parfois sur un autre site.

L'évaluation des pratiques professionnelles en est rendue plus complexe. Quelle pratique managériale pour les cadres paramédicaux de demain ?

Entre loi de modernisation et création des GHT, les missions des cadres de santé paramédicaux sont en pleine évolution. Si celle-ci se fait sentir ou est perçue de façon différente suivant l'avancement des créations et projets de GHT, l'organisation de l'offre de soins sur un territoire est déjà bien appréhendée par notre catégorie.

Un exercice décloisonné

La fiche métier « Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales » définit dans nos activités le « Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine - Coordination et suivi de la prise en charge de prestations » en s'appuyant sur des savoir-faire dont « Piloter, animer/communiquer, motiver une ou plusieurs équipes - Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation - Travailler en équipe pluridisciplinaire/en réseau ».

Pour répondre à cet attendu, dans un environnement très différent du cadre simple d'une unité de soins, ou même d'un pôle, une adaptation de nos pratiques managériales est indispensable. Le cadre de santé doit développer des stratégies pour accompagner et suivre des projets, quand bien même il ne serait pas toujours présent physiquement sur tous les lieux où se développent ces projets.

De même pour le cadre de pôle : si la définition de ses missions n'est pas fondamentalement changée, l'approche du management de « l'équipe d'encadrement de proximité » sera à penser



Vice-présidente
cadres soignants

Laurence-Béatrice CLUZEL

Cadre supérieure pôle sud

Fondation Santé Service

Tél. : 0164 54 3106

laurence.cluzel@santeservice.asso.fr

différemment notamment s'il doit « mettre en place une politique de communication dans un objectif de cohérence des organisations et de cohésion des équipes » comme indiqué dans le répertoire des métiers.

Certains de nos collègues ont déjà l'expérience d'un exercice décloisonné, éclaté géographiquement et en collaboration avec des réseaux. C'est le cas de ceux exerçant dans le domaine de la psychiatrie, ainsi qu'en hospitalisation à domicile. Ce mode de management s'appuie sur une connaissance approfondie des métiers, sur le développement de l'autonomie des professionnels à partir d'organisations clairement définies, de protocoles toujours actualisés et de points réguliers sur les projets et les prises en charge. Nos formations initiales actuelles n'intègrent pas ce mode d'exercice dans leur dispositif pédagogique, mais ce n'est pas seulement à ce niveau qu'une nouvelle approche managériale doit être abordée. Les propositions formulées il y a déjà plus de cinq ans pour la rénovation de la formation des cadres de santé sont certainement déjà à reformuler. Quelle que soit la politique managériale définie au sein de nos GHT, il est aussi et surtout nécessaire de développer des dispositifs de formations communes aux différentes professions ayant une fonction managériale ; cadres paramédicaux, médecins, etc. Nous devons apprendre à conduire ensemble les futurs projets de soins partagés, à accompagner ensemble nos professionnels dans un mode d'exercice décloisonné : nous former ensemble comme socle de la réussite. ■

Fiches métiers

Quelques métiers de la famille Coordination en santé, dont les fiches sont en cours d'élaboration dans le chapitre « Management, gestion et aide à la décision » du répertoire des métiers.

- Coordinateur (trice) de prélèvement ou de transplantation d'organe ;
- Infirmier(ère) clinicien(ne)/Paramédical(e) en pratique avancée pour « développer la motivation des services partenaires et concevoir et animer des actions de formation des personnels et d'information du public »
- Coordinateur(trice) de parcours en santé. Définition provisoire : « Établir, organiser et gérer des liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale d'une personne dans un parcours de soins. Coordonner la réalisation d'une démarche pluridisciplinaire selon le projet de soins établi »
- Gestionnaire de lits

L'hôpital public doit attirer les nouveaux professionnels du numérique

Groupements hospitaliers de territoire (GHT), règlement général sur la protection des données (RGPD), plan Hôpital numérique (HOP'EN) : le numérique s'impose à l'hôpital, pour le plus grand bénéfice des patients et des soignants. Mais l'hôpital saura-t-il attirer et fidéliser les nouveaux profils d'ingénieurs et de cadres techniques? Point de vue de Mickaël Taine, directeur des systèmes d'information du groupement hospitalier de Champagne, membre du collège des experts SI GHT de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) et délégué des ingénieurs et cadres techniques du SMPS.

Le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire prévoit « des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels », au plus tard, le 30 décembre 2020.

Véritable atout d'un collectif hospitalier en ce qui concerne le partage de données patients, le système d'information (SI) du GHT permettra à ses membres d'harmoniser leurs outils informatiques, afin de mettre à disposition des professionnels de santé et des patients des technologies modernes au service de l'efficacité de la prise en charge.

Cela doit notamment permettre aux établissements membres d'un même groupement :

- de partager les informations nécessaires à la bonne prise en charge de l'ensemble de leurs patients (comptes-rendus, rendez-vous, historique des pathologies et des

prescriptions, etc.) en y accédant facilement, rapidement et de façon sécurisée ;

- de faciliter des actes de télémédecine, téléconsultation ou téléexpertise ;
- de disposer de bases de données de recherche plus importantes à l'échelle de tout un territoire ;
- d'optimiser les coûts d'exploitation de ces systèmes afin de réinvestir dans des technologies innovantes.

Par ailleurs, à l'instar des orientations qui seront données par le plan Hôpital numérique (HOP'EN), successeur du plan Hôpital numérique, ces systèmes d'information de santé territoriaux permettront d'offrir à nos patients des espaces numériques d'échanges et de partages avec l'hôpital public. Ils leur offriront, par exemple, la possibilité de prendre rendez-vous en ligne, d'alimenter leur dossier avec des informations extérieures : lettre du médecin traitant, examens, etc. Les systèmes d'information leur permettront aussi de disposer d'outils d'éducation thérapeutique adaptés à leur pathologie, de préparer bien en amont leur hospitalisation, notamment en complétant en ligne leurs données administratives, mais aussi de participer à la collecte d'informations postopératoires depuis leur domicile.

Véritable outil pivot pour un territoire de santé, le SI du GHT devra aussi

communiquer avec les établissements alentour et alimenter les e-parcours qui sont, en devenir, les systèmes d'information des plateformes territoriales d'appui et des filières de parcours patients.

S'il est indéniable que cette modernisation de nos SI hospitaliers est indispensable pour les hôpitaux publics, sa mise en œuvre demande, pour l'ensemble des professionnels hospitaliers, une revue des organisations et des métiers. Alors que la loi préconise la production d'un schéma directeur des systèmes d'information du GHT avant le 1^{er} janvier 2018, et qu'une majorité des établissements se sont mis en ordre de marche pour y parvenir, nous commençons à avoir les premiers chiffres clés afférents à la convergence des SI, en termes de coût, de temporalité et de priorité nécessaire, d'hétérogénéité des offres sur le territoire, de besoins RH.

Conséquences pénales

En ce qui concerne ce dernier point, se dégagent d'ores et déjà au sein des DSI des GHT des besoins de profils d'ingénieurs et de techniciens spécifiques :

- chefs de projets,
- urbanistes des systèmes d'information,
- ingénieurs en interopérabilité/intégration,
- ingénieurs ou techniciens d'exploitation du dossier patient informatisé,
- décisionnels.



Catégorie ingénieurs et cadres techniques

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



Si l'on ajoute le renforcement des textes afférents à la sécurité (règlement général sur la protection des données, décret 2018-137 du 26 février 2018 définissant la procédure pour les hébergeurs de données de santé sur support numérique, afin de se doter d'une certification par un organisme accrédité avant le 1^{er} janvier 2019), nous devons aussi capitaliser sur des ressources capables de mettre en œuvre et de maintenir ces niveaux d'exigences réglementaires.

Sans ces compétences, les risques pris par les directions générales seront majeurs pour ce qui concerne l'efficacité et l'agilité du groupement et de chacun des établissements membres, comme pour les aspects sécurité. Et cela pourra avoir des conséquences en termes de notoriété, voire des conséquences pénales – et ce quel que soit le choix qui serait fait entre internalisation et externalisation.

Je vous invite, chers lecteurs, à procéder à un exercice simple : tapez dans votre moteur de recherche Internet préféré les termes « salaire moyen », suivis de chacune des fonctions ci-dessus listées. Par exemple, si l'on renseigne « salaire moyen urbaniste des systèmes d'information », l'association pour l'emploi des cadres indique : « entre 60 et 80 k€ brut par an (et plus selon l'expérience et le secteur) ».

Si l'on considère par ailleurs qu'au regard de la complexité des missions à mener, il conviendrait de tabler sur un profil confirmé, on constate bien vite un écart significatif entre le salaire moyen d'un professionnel du numérique sur le marché actuel de l'emploi et ce que nous sommes en mesure de proposer dans le cadre de nos recrutements ou de la valorisation des personnels (cf. le *Guide des ingénieurs hospitaliers – Synthèse des nouveautés statutaires*, disponible sur le site du SMPS).

Pour conclure, si je suis parfaitement convaincu, comme beaucoup de mes



Véritable outil pivot pour un territoire de santé, le SI du GHT devra aussi communiquer avec les établissements alentour et alimenter les e-parcours...

collègues ingénieurs et techniciens hospitaliers, de la réelle plus-value de la convergence des systèmes d'information et de leur ouverture dans le cadre des GHT, je suis néanmoins inquiet quant à notre capacité actuelle à attirer et à fidéliser, au sein de nos hôpitaux, des talents du numérique. Gageons que l'alignement des grilles des ingénieurs des trois fonctions publiques soit un premier pas vers l'attractivité des métiers du numérique à l'hôpital. ■

Mickaël TAINE

Directeur des systèmes d'information
GH de Champagne

Une nouvelle conquête de l'Ouest ?

L'hôpital de demain est devant un défi de taille : technologique, économique, numérique, écologique... et thérapeutique. Nous allons devoir moderniser les ressources humaines et créer de nouveaux métiers. On ne soignera plus comme avant.

Le Premier ministre a annoncé les cinq grands chantiers visant à transformer le système de santé. Ce système de santé qui « serait menacé si nous demeurons dans un *statu quo* » et qui « bien qu'il regorge d'atouts indéniables, a été insuffisamment préparé à la transformation qu'il vit ». Parallèlement, notre ministre de la Santé déclarait dans *La Croix*, en décembre dernier, qu'une restructuration des hôpitaux « est indispensable [car] nous sommes arrivés au bout d'un système ».

structures. Quel avenir ? Quel projet pour l'hôpital public ? Le SMPS et le MNH Group ont d'ores et déjà mené des réflexions sur le thème et ils s'engagent à fournir le fruit de leur travail pour le mois de mai.

Dans cette attente, on peut tenter d'imaginer l'hôpital du futur, notre hôpital de demain. On peut en dessiner les contours ou simplement envisager les défis qui nous attendent. On parle déjà d'ubérisation, de *data* de santé, d'hôpital connecté. L'hôpital

cellulaire et moléculaire révolutionnent les méthodes de diagnostic et les stratégies thérapeutiques. On ne soignera plus comme avant. L'hôpital de demain va devoir conjuguer tous ces éléments.

Un environnement plus écologique

L'hôpital sera digital. Si on parle beaucoup du virage ambulatoire, il est indéniable que l'hôpital va devoir prendre un virage numérique. Le premier défi est certainement celui-là. L'explosion d'Internet et des réseaux sociaux, la robotisation et la cybertechnologie vont profondément modifier nos organisations et nos façons d'envisager le futur. Nous devons dorénavant intégrer ces nouvelles technologies dans nos projets, architecturaux ou organisationnels. Cela impliquera nécessairement d'anticiper la modernisation de nos ressources humaines et l'émergence de nouveaux métiers.

L'hôpital sera environnemental. Il devra se tourner davantage encore vers l'extérieur. Il devra poursuivre ses efforts pour construire des partenariats avec la ville, avec le secteur privé. Il devra aussi poursuivre ses actions de développement durable, inscrire l'hôpital dans un environnement plus écologique.

L'hôpital de demain sera celui que nous construirons ensemble en relevant les défis qui se présenteront à nous tout en préservant ce système de santé dont nous avons hérité. ■

Soignerons-nous autrement, le patient restant à son domicile et le médecin à son bureau, tous deux connectés via un écran ?

Si nous nous accordons tous sur l'impérieuse nécessité de repenser et d'adapter nos organisations sociales, sanitaires ou médico-sociales, et de construire l'hôpital de demain, il faut savoir comment envisager ces

de demain serait-il comme une nouvelle conquête de l'Ouest ? À n'en pas douter, nous allons faire face à un défi de taille, un défi technologique, économique, numérique. On peut aussi se demander qui seront les patients de demain. Soignerons-nous autrement, le patient restant à son domicile et le médecin à son bureau, tous deux connectés via un écran ? En quelques décennies, notre société a opéré une véritable révolution technologique, et surtout numérique, que l'on peut comparer à la révolution industrielle du XX^e siècle. Parallèlement, les connaissances médicales et les technologies de la santé ont fait un véritable bond en avant. La génétique, les thérapies

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

**Francis FOURNEREAU**

Secrétaire général

SIH Limousin

Poitou-Charentes

Tél. : 05 55 43 99 00

francis.fournereau@silpc.fr

Notre capacité de résilience n'exclut pas notre combativité

Le gouvernement réaffirme la place de l'hôpital public, pour préparer à moyen terme une « rémunération au parcours ». En parallèle, les hospitaliers dans leur ensemble font preuve de résilience, mais ils ne doivent pas pour autant baisser la garde face aux baisses tarifaires.

Il existe des époques de contestation où la parole publique oscille entre défiance généralisée et ignorance masquée. Force est de constater que les directeurs agissent et réagissent aux propositions. Ils le font dans une période où l'effort de chacun pour tenir – et sourire – est attendu, et où tous contribuent à mettre en œuvre des trésors d'ingéniosité pour préserver le cœur de notre mission hospitalière. On note des avancées dans ce contexte pourtant peu propice, où la résignation est proche. La prise en compte attendue depuis trop longtemps de l'évolution nécessaire du modèle de tarification à l'activité fait l'objet d'une réflexion au sommet de l'État. La place de l'hôpital public est affirmée et envisagée dans sa globalité pour préparer à moyen terme une « rémunération au parcours ». En parallèle, la résilience des équipes médicales, soignantes, administratives

et techniques ne fait aucun doute, pour porter les restructurations souvent cohérentes et préserver l'équilibre entre qualité et sécurité des soins, efficacité et qualité de vie au travail.

La mise en place de la « transformation du système de santé » exigera des échanges. Il nous a été demandé de faire, de construire, de participer et d'assumer nos responsabilités. Les attentes sont légitimes et les signes encourageants. La logique de résilience doit s'atténuer, car les pouvoirs publics devront traduire notre volonté dans la mise en place des concertations.

Ces avancées ne doivent pas nous faire oublier la résistance dont nous devons faire preuve pour affronter les baisses tarifaires au sein du secteur public et, *a fortiori*, au sein du secteur privé à but non lucratif. Notre capacité de résilience n'exclut pas notre résistance, et notre combativité, nécessaires pour

faire respecter les engagements et réussir notre mission.

La place des usagers est un levier considérable pour permettre une évolution du système favorable au patient, sans oublier les acteurs qui y contribuent comme les fédérations, les ligues et les associations.

Même si l'on obtient toujours l'assurance d'être entendu, il reste beaucoup d'attentes concernant la souplesse de gestion, l'autonomie des établissements et la stratégie territoriale.

L'équilibre est fragile

Le monde de la santé doit retrouver la confiance des pouvoirs publics à la hauteur de sa souplesse face aux réformes successives.

Assumer nos responsabilités élargies, assurer la cohésion des équipes hospitalières : le SMPS l'a toujours porté. Mais l'équilibre est fragile. L'engagement auprès des hauts potentiels, la démarche en faveur de la mobilité sont notamment des garanties de notre réussite collective. Il est urgent d'agir pour garantir l'adhésion des acteurs hospitaliers, c'est un défi à relever et ce sont des preuves qu'on doit nous donner. ■

Nicolas SALVI

DGA du CLCC de Strasbourg
nsalvi@strasbourg.unicancer.fr

La mise en place de la « transformation du système de santé » exigera des échanges. Il nous a été demandé de faire, de construire, de participer et d'assumer nos responsabilités. Les attentes sont légitimes et les signes encourageants.

Mieux penser les séjours

Oui à l'hôpital fer de lance du service public hospitalier. Quels conseils pour son avenir? Ceux qui pensaient hier l'hôpital avec leurs yeux de managers le vivent aujourd'hui avec leur regard d'usagers. Cette double expertise est bienvenue.

Une nouvelle fois, le SMPS pense l'hôpital du futur. Proposer une vision modernisée de l'hôpital est dans les gènes de notre syndicat. C'est aussi pour cela que nous l'avons choisi. Dans notre vie d'avant, nous avons tous contribué un peu, beaucoup, passionnément à cet exercice. Bien que retirés des affaires, nous ne dérogerons pas à la règle, car nous avons encore à dire sur l'hôpital qui nous conviendrait le mieux. Hier acteurs engagés, nous sommes aujourd'hui, par la force du temps, clients, mais pas

devoirs: le droit de grève, par exemple, mais aussi le service minimum!

À l'heure de l'hôpital *bashing* – violent dénigrement disions-nous avant –, est-il encore utile de rappeler l'attachement de nos concitoyens au service public hospitalier qui accueille sans discontinuer et soigne sans discriminer, grâce notamment à des personnels convaincus, même s'ils doutent parfois, de la noblesse de leurs engagements et de la richesse de leurs compétences? L'hôpital devra demain redonner sens au projet partagé par toutes les com-

Boîte vocale tournant en boucle

La première étape est la prise de contact, une demande de rendez-vous de consultation par exemple. Qui n'a pas trébuché au bout d'un téléphone qui sonne on ne sait où, parfois bien longtemps, ou avec cette boîte vocale tournant en boucle pour nous demander de patienter? Pourquoi ne pas permettre à ceux qui le peuvent d'exprimer leur demande par voie dématérialisée? Cette facilité réduirait le nombre d'appels téléphoniques, limités aux personnes peu familières d'Internet par exemple, et induirait une réponse plus rapide. Le rendez-vous programmé, sa confirmation préalable l'avant-veille ou la veille par SMS serait un mieux. En cas de programmation de séjours itératifs, les contraintes du patient (éloignement, temps de transport, préférence pour certains jours de la semaine, etc.) devraient être mieux prises en compte. Tout comme doit être améliorée l'information relative à la personne de confiance: un échange verbal avec le patient avant la signature du document de recueil permettrait de s'assurer qu'il a bien compris l'importance de cette déclaration. Ce n'est pas toujours le cas aujourd'hui.

Pendant le séjour, un point attire le regard, qui reste professionnel: l'absence d'interlocuteur cadre pour le patient. Nous savons par expérience, pour en avoir formalisé certaines, que les tâches qui incombent aux cadres soignants sont nombreuses, variées et chronophages. Redonnons-leur le temps d'être acteurs dans la relation avec le patient.

Il serait bien, enfin, qu'au terme du séjour, de la consultation ou de l'examen, le patient puisse disposer en propre des éléments marquants de ce contact hospitalier: copie du courrier adressé au médecin traitant ou au spécialiste à l'origine de l'épisode de soins, compte-rendu et numérisation d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle...

Dans l'optique d'un hôpital pour et par le patient, sans doute est-il nécessaire de repenser la manière dont celui-ci, à titre personnel comme sur le plan collectif, est associé au projet de la communauté hospitalière à laquelle il s'en remet. ■

Nous savons par expérience que les tâches qui incombent aux cadres soignants sont nombreuses, variées et chronophages. Redonnons-leur le temps d'être acteurs dans la relation avec le patient.

toujours patients. Notre vision est bien évidemment utilitariste. Elle tient pour une large part à la relation que l'hôpital doit entretenir avec ses usagers avant, pendant et après un séjour.

Mais en ces temps incertains, avant de proposer quelques pistes pour améliorer ces relations, nous réaffirmons notre attachement à un hôpital fer de lance du service public hospitalier, tout autant qu'au secteur sanitaire et social. Et à son corollaire: le maintien pour ses personnels du statut de la fonction publique hospitalière. Le statut, ne l'oublions pas, est un ensemble équilibré de droits et de

posantes de la famille hospitalière. À la condition que la finalité de la réforme ne soit pas la seule réforme mais bien la manière d'atteindre les objectifs déterminés pour améliorer encore le service rendu.

À condition aussi que cessent les coups bas et les viles attaques contre les dirigeants hospitaliers qui s'emploient au quotidien à faire avancer leurs communautés sur la voie de l'excellence. L'hôpital havre d'humanité, ses professionnels aguerris et ses patients confiants en leurs savoir-faire, méritent mieux que ces querelles stériles, initiées par certains qui ont mal compris l'art du management. Apaisé, l'hôpital saura faire les efforts nécessaires pour rendre plus détendu le séjour des patients. Nous pensions hier l'hôpital avec des yeux de managers. Nous le vivons aujourd'hui avec notre regard d'usagers. Avec le sentiment aussi que nos attentes ne sont pas toujours bien prises en compte. Illustrons notre propos dans les trois phases d'un séjour à l'hôpital, quelle qu'en soit la raison.



Catégorie cadres retraités

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

Tarifs 2018 des cotisations

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

	Paiement par prélèvement automatique en 3 fois (-10 %)		Paiement par chèque	
	Montant	Après déduction du crédit d'impôt sur le revenu	Montant	Après déduction du crédit d'impôt sur le revenu
CADRES DE DIRECTION				
DH hors classe sur emploi fonct./Classe except.	315 €	107 €	350 €	119 €
Directeur hôpital hors classe	264 €	90 €	293 €	100 €
Directeur hôpital classe normale	186 €	63 €	208 €	71 €
Élève directeur d'hôpital	90 €	31 €	100 €	34 €
D3S hors classe sur emploi fonct.	264 €	90 €	293 €	100 €
D3S hors classe	207 €	70 €	229 €	78 €
D3S classe normale	180 €	61 €	201 €	68 €
Élève D3S	90 €	31 €	100 €	34 €
DS/coord. maïeut. hors classe sur empl. fonct.	264 €	90 €	293 €	100 €
Directeur des soins, IFSI, IFCS hors classe	171 €	58 €	191 €	65 €
Directeur des soins, IFSI, IFCS classe normale	159 €	54 €	175 €	60 €
Élève directeur des soins	90 €	31 €	100 €	34 €
CADRES TECHNIQUES				
Ingénieur g ^{al} /Emploi fonct. Ingénieur en chef CE	237 €	81 €	261 €	89 €
Ingénieur en chef classe normale/Ingénieur ppal	186 €	63 €	205 €	70 €
Ingénieur	147 €	50 €	163 €	55 €
TSH/Technicien hospitalier	126 €	43 €	138 €	47 €
CADRES PARAMÉDICAUX				
Cadre supérieur de santé paramédical	144 €	49 €	159 €	54 €
Coordinateur en maïeutique (ex-SF cadre sup)	144 €	49 €	159 €	54 €
Cadre supérieur socio-éducatif	144 €	49 €	159 €	54 €
Cadre de santé paramédical	123 €	42 €	134 €	46 €
Coordinateur en maïeutique (ex-SF cadre)	123 €	42 €	134 €	46 €
Cadre socio-éducatif	123 €	42 €	134 €	46 €
CADRES ADMINISTRATIFS				
Attaché d'administration/AAH principal	144 €	49 €	160 €	54 €
Élève attaché d'administration	90 €	31 €	100 €	34 €
Adjoint des cadres hospitaliers	108 €	37 €	121 €	41 €
CADRES RETRAITÉS				
Toute catégorie	42 €	14 €	46 €	16 €
Membre d'honneur	63 €	21 €	70 €	24 €



Adhérez et cotisez au SMPS

Le présent bulletin est à retourner accompagné de votre chèque ou du mandat SEPA à :
Délégation nationale SMPS
Bâtiment de l'IFSI - Cour Mazarin
47 boulevard de l'Hôpital
75651 Paris Cedex 13

Tél. : 01 40 27 52 21
E-mail : adhesion@smpsante.fr
Site : www.smpsante.fr
Fichier et comptabilité
Dominique MARIOLLE

Syndicat des managers publics de santé

Bulletin d'adhésion 2018

Mme, M.
(rayer les mentions inutiles)

Prénom Année de naissance

Grade Classe

Fonctions

Coordonnées professionnelles

(pour les cadres en activité, à compléter obligatoirement)

Établissement

Service

Adresse

CP

Ville Cedex

Tél. fixe/portable :

E-mail :

Coordonnées personnelles

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

Adresse

CP Ville

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

Fait à
Le
Signature

Syndicat des managers publics de santé

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SMPS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SMPS.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

L'ADHÉRENT

Nom et prénom

Adresse

CP Ville

LE DÉBITEUR si différent de l'adhérent

Nom

IBAN

BIC

LE CRÉANCIER

Nom du créancier : **Syndicat des managers publics de santé**

Identifiant créancier SEP : **FR81 ZZZ 275 778**

Adresse : **44 boulevard de l'Hôpital 75651 Paris Cedex 13**

Fait à
Le
Signature

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

À retourner au SMPS accompagné d'un RIB

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



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
jcfaivre-pierret@ch-st-cyr69.fr

BOURGOGNE/FRANCHE-COMTÉ

Emmanuel LUIGI
luigi.emmanuel@ch-dole.fr

BRETAGNE

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

CENTRE

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

CORSE

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

GRAND-EST

Gilles DUFFOUR
g.duffour@ch-erstein.fr
Jérôme GOEMINNE
jgoeminne@ch-verdun.fr
Frédéric LUTZ
Tél. : 03 25 49 48 03
frederic.lutz@ch-troyes.fr

GUYANE

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

HAUTS-DE-FRANCE

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.fr

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
sebastien.treguenard@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-rivesdeseseine.fr

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

Suppléants hors classe

Armelle DREXLER
armelle.drexler@chru-strasbourg.fr

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@strasbourg.unicancer.fr

Marie HIANCE
marie.hiance@smpsante.fr

Représentants au CS DH

Titulaire

Catherine LATGER
clatger@ch-rivesdeseseine.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

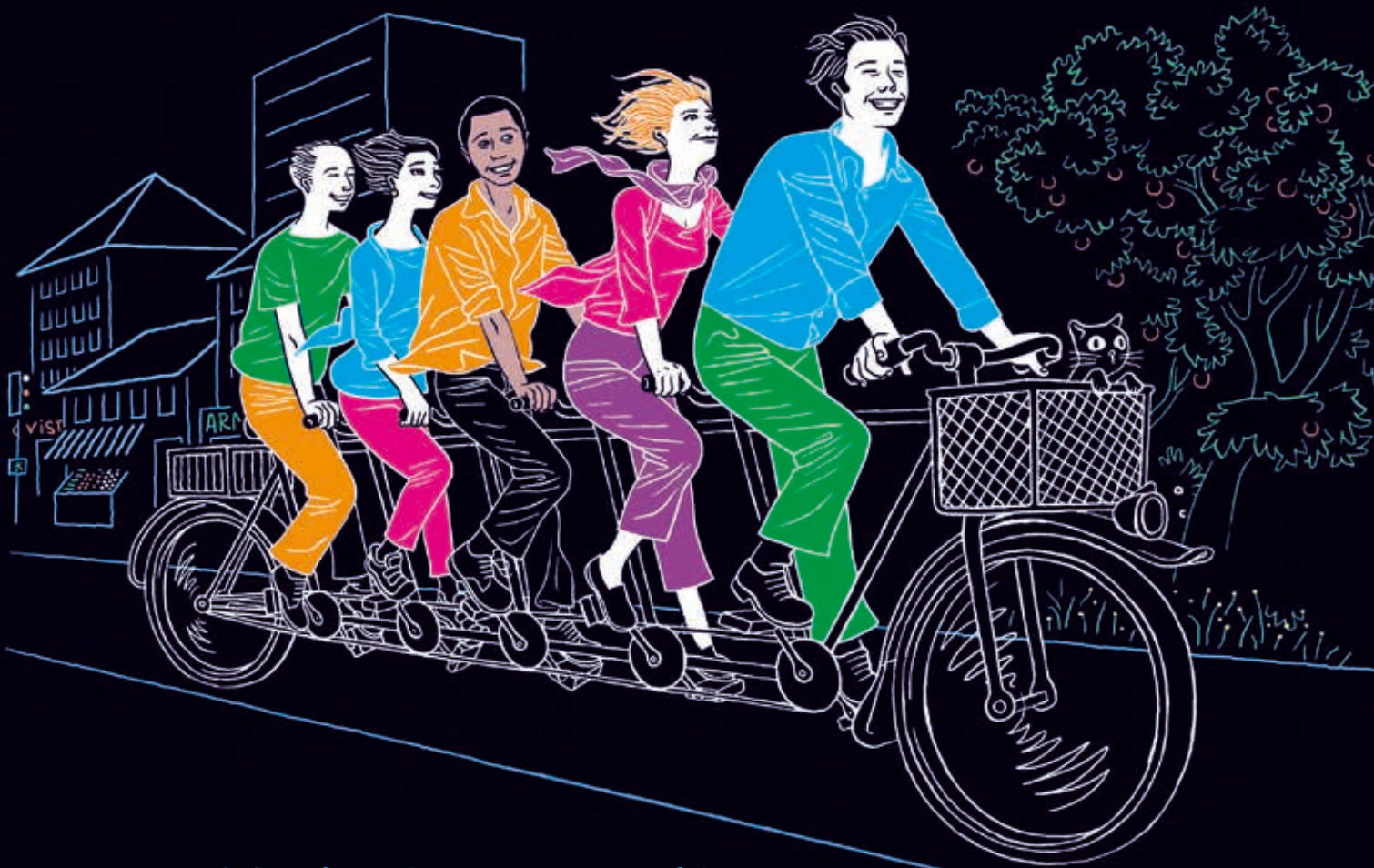
Suppléant classe normale

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

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



CASDEN, la banque coopérative de toute la Fonction publique