

managers de santé



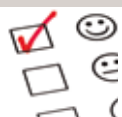
NUMÉRO 108
NOVEMBRE 2018 - 6,25 €

le magazine des directeurs, cadres et ingénieurs hospitaliers



SPÉCIAL ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES

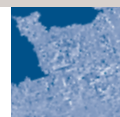
Un nouvel élan pour les managers de santé



Sondage Ifop
La transformation
du système de santé



À la loupe
Retour sur le 71^e congrès
du SMPS



Bureau InterPromotion
Faire du territoire un atout
pour l'offre de santé



Éditorial

Jérémie SÉCHER
Président

Le contexte dans lequel vont se dérouler les élections professionnelles du 6 décembre est plus complexe que jamais et le désarroi des communautés hospitalières toujours plus grand. La situation de nos établissements et des professionnels que nous sommes doit changer.

La réforme à venir du système de santé va constituer un enjeu important pour la pleine reconnaissance de l'engagement des directeurs et des cadres.

Le SMPS est le seul syndicat à représenter exclusivement la ligne managériale des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Nos élus sont des professionnels en poste qui connaissent parfaitement les réalités du terrain.

Fidèle à son ADN, le SMPS a élaboré un programme simple, positif et combatif, guidé par trois mots clés :

- **SENS** Le management est le garant de l'humanité de nos établissements. Il faut sécuriser, soutenir, renforcer, accompagner les managers et leur donner les marges de manœuvre pour agir efficacement en proximité et sur le territoire.
- **RECONNAISSANCE** La complexité croissante de nos fonctions est réelle. Elle doit être reconnue et ne peut justifier une dégradation de nos conditions d'exercice. Par ailleurs, le SMPS porte un message simple pour les directeurs et les cadres : « À responsabilité égale, reconnaissance égale. »
- **CONFIANCE** Le territoire et la mobilité doivent redevenir des synonymes d'opportunités et de perspectives positives pour les parcours professionnels.

Puisque la rénovation du système de santé ne se fera pas sans vous, votez pour le projet qui vous ressemble! ■



Dossier

ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES

Un nouvel élan pour les managers de santé

Les engagements du SMPS 32

Politique générale 33

Simplifier le système et libérer les énergies

Faire du territoire un atout pour l'offre en santé et une opportunité pour les parcours professionnels

Considérer les managers de santé comme créateurs de valeur et acteurs de l'innovation

Redonner du sens et agir sur l'attractivité des parcours

Accompagner les directeurs et les cadres dans leurs missions et tout au long de leur carrière

Accompagnement et mesures statutaires 35

Découvrez vos futurs élus 36

Les listes du SMPS aux élections professionnelles



ISSN 2101-3527

Directeur de la publication
Jérémy Sécher

Rédactrice en chef

Marie Hiance
E-mail : contact@smpsante.fr

Rédacteur

Pascal Marion

SMPS

Bâtiment de l'IFSI
Cour Mazarin
47 boulevard de l'Hôpital
75651 Paris Cedex 13
Tél : 01 40 27 52 21

Conception/Réalisation

Héral

Photo couverture

Tous droits réservés

Régie publicitaire

Héral
44, rue Jules-Ferry
CS 80012
94408 Vitry-sur-Seine 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

Infos en bref

Sondage Ifop

Les directeurs et les cadres sont favorables à la transformation du système de santé, mais elle ne se fera pas sans eux ! 2

Transformation du système de santé

Pour le SMPS, rien n'est joué ! 3

Statut des ingénieurs hospitaliers

Des avancées annoncées 3

Amendement concernant les contractuels

Le Conseil constitutionnel censure la disposition et valide l'analyse du SMPS 4

Comité de sélection DH

Le SMPS attend un signal positif à l'égard de ceux qui mettront en œuvre les promesses de la réforme 4

CAPN des directeurs des soins - 29 septembre 2018

Une fois encore, le compte n'y est pas ! 5

Calendrier des événements SMPS 2018 5

En coulisses

Bureau InterPromotion

Faire du territoire un atout pour l'offre en santé et une opportunité pour les parcours professionnels 6

Think tank Nouvel'R

Le cœur de métier de l'hôpital n'est pas de soigner, c'est de prendre soin 7

Club Jeune Génération

Le territoire, indispensable quatrième dimension de l'hôpital 9

À la loupe

Retour sur le 71^e congrès du SMPS 10

Gouvernance : déverrouillons le système ! 10

Qualité de vie au travail : comment redonner du sens ? 16

Innovation et recherche : comment innover sans se perdre ? 21

Territoire : nos territoires sont-ils en bonne santé ? 26

Publication

Comment réussir le dialogue social ? 38

Catégories

directeurs d'hôpital 39

L'élan doit s'appuyer sur les contextes locaux

directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux 40

2011-2018 : bilan zéro !

directeurs des soins 41

Pour une reconnaissance des spécificités des fonctions de directeurs des soins

ingénieurs et cadres techniques 42

Le SMPS, garant des avancées obtenues et attendues

cadres administratifs 43

Quatre bonnes raisons de voter SMPS

cadres de santé 44

Pour aller plus loin, nous avons besoin de votre participation et de votre soutien

cadres détachés 45

Valorisons les talents en reconnaissant leurs droits

cadres retraités 46

Une échéance majeure pour les directeurs et les cadres

Adhésion/cotisation 47

Vos élus et représentants 48

infos en bref

Sondage Ifop

Les directeurs et les cadres sont favorables à la transformation du système de santé, mais elle ne se fera pas sans eux !

Suite à la présentation du plan « Ma Santé 2022 », le SMPS a mandaté l'Ifop, afin de réaliser un sondage flash et de connaître l'opinion des directeurs et des cadres de la FPH. La réponse est limpide : si la majorité des répondants sont favorables aux évolutions proposées, les attentes sont importantes en termes de calendrier et de réalisation. Les évolutions ne peuvent se faire sans une reconnaissance du management dans toutes ses composantes.



Clarifier et simplifier la gouvernance territoriale pour la rendre plus opérationnelle

83% des répondants sont favorables à la structuration des soins de proximité autour de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Le SMPS accueille favorablement l'objectif fixé d'une coordination des acteurs de proximité. Il prend acte du fait que les CPTS vont devenir le nouvel outil de coopération territoriale, alors que très peu de projets ont été lancés jusque-là. Néanmoins, il faut absolument éviter l'écueil de l'empilement de structures de coopération. Les CPTS s'ajoutent aux GHT, aux GCS et aux GIE... Il est urgent de clarifier le pilotage en définissant une véritable gouvernance territoriale simplifiée, qui permette une animation fluide et organisée autour de parcours en santé. Le SMPS a d'ailleurs fait des propositions au printemps en ce sens.

71% des répondants sont favorables à l'obligation d'installer des commissions médicales de GHT.

Cette mesure conduira inévitablement à réinterroger le périmètre de certains GHT, dans le but de rendre la gouvernance territoriale conforme aux attentes du terrain. Le SMPS se réjouit par ailleurs de voir réapparaître le « droit d'option », qu'il avait porté l'an dernier auprès des pouvoirs publics, permettant ainsi aux GHT qui le souhaitent d'aller plus loin dans l'intégration. La CME de groupement sera à cette seule condition un espace d'échange stratégique et opérationnel.

Nommer les responsables d'équipe et d'établissement sur la base de leurs compétences en management et leurs capacités à mobiliser

56% des répondants sont favorables à l'élargissement des compétences de la commission médicale d'établissement (CME) pour renforcer la participation des médecins au pilotage des hôpitaux.

Le SMPS soutenait cette évolution. Il rappelle toutefois que l'association de la

70% des répondants sont favorables à la restructuration de la carte hospitalière par le reclassement d'environ 300 hôpitaux généraux en hôpitaux de proximité.

Le SMPS appelle les pouvoirs publics à soutenir ceux qui mettront en œuvre cette restructuration, par une réelle reconnaissance et des directives claires et constantes. En effet, la transformation de ces établissements ne pourra pas se faire sans la remise en cause de leurs plateaux techniques.

communauté médicale au processus de décision interne n'est pas nouvelle, que ce soit dans les directoires ou les pôles d'activité.

En complément, il appelle les pouvoirs publics à rechercher cohérence et équilibre dans la représentation des

professionnels, notamment en réservant une place plus grande aux soignants dans la gouvernance stratégique des établissements et des territoires.

93% des répondants sont favorables à la prise en compte des compétences en management dans la nomination des responsables médicaux et non médicaux.

Dès lors, il est fondamental de ne plus corréler le statut managérial au statut de l'expert, ce qui implique une véritable professionnalisation du management de proximité, par la formation initiale et continue.

S'il est légitime de renforcer la fonction de président de CME en lui proposant les moyens adaptés à l'exercice de sa fonction, le SMPS souhaite ouvrir le débat de la création de direction médicale ou de direction de la politique médicale dans les établissements publics de santé pour favoriser une ligne de management professionnelle, cohérente et indépendante.

88% des répondants sont opposés à la nomination de médecins, sans formation spécifique, aux postes de direction.

Le SMPS déplore le choix d'une vision par le statut, concernant les nominations aux postes de direction, qui ne peut être vécue que comme une mise en cause des directrices et des directeurs qui œuvrent au quotidien. Le SMPS rappelle la position d'ouverture qu'il défend, mais souhaite que soit privilégiée la qualité individuelle des managers pour incarner la fonction, en premier lieu leur compétence et leur expérience, au-delà du statut auquel ils appartiennent.

Vu ces résultats, le SMPS appelle à une reprise active du dialogue avec les pouvoirs publics, concernant toutes les composantes du plan Santé et au-delà des comités *ad hoc*, afin que toutes les communautés écrivent ensemble les modalités d'application de cette nouvelle réforme du système de santé. Pour le SMPS, la transformation, même si elle s'inscrit dans la durée, doit se traduire au plus vite par des résultats concrets, qui tiennent compte de la situation actuelle des établissements et des professionnels de santé. ■

Transformation du système de santé Pour le SMPS, rien n'est joué!

Il y avait un petit air d'opéra, le 18 septembre dernier, dans la salle des fêtes de l'Élysée. La musique était plaisante mais les paroles inaudibles!... Le président de la République a proposé de « changer la vie dans le système de santé », le Groupe des 26, copiloté par Jérémie Sécher, avait proposé, plus modestement, de « changer la vie à l'hôpital »! Le président de la République va dans le même sens que le SMPS, qui ne peut que l'encourager, mais l'histoire reste à écrire. Les bonnes intentions sont là. La proximité, le territoire, la notion d'équipe de soins, l'importance du numérique, les exigences de formation comme de nombreuses autres propositions sont présentes dans le plan de transformation, mais tout cela doit se traduire dans les textes, et surtout dans les faits. Le SMPS tient à exprimer son scepticisme quant à la réalité du projet.

Bureaucratisation renforcée

Rien n'est dit sur la gouvernance des territoires, rien n'est évoqué sur l'évolution du statut des établissements, rien n'est engagé sur la simplification des procédures. Pire, le SMPS a le sentiment que la bureaucratisation risque d'être renforcée, notamment en s'appuyant sur les « communautés professionnelles », ce bidule créé par Marisol Touraine, à la main de l'Assurance Maladie. Les ARS semblent renforcées et leurs missions confirmées. Le « big-bang » de la confiance et de la décentralisation n'est pas au rendez-vous.

Certes, les expérimentations sont fortement engagées et le président de la République propose la mise en place d'un comité stratégique pour écrire la

partition de cet opéra. Espérons que cela ne soit pas une farce. Le SMPS y tiendra toute sa place et sera particulièrement exigeant. On ne réforme pas en se méfiant de celles et ceux en charge du management du système hospitalier, qui, bien entendu, doit s'adapter pour aller vers un système de management du territoire. Là aussi, le SMPS et le Groupe des 26 ont fait des propositions concrètes et intéressantes. Reprenez-les, Monsieur le Président de la République ! Le SMPS préfère rester optimiste et avoir tort plutôt que d'être pessimiste et avoir raison. ■

Statut des ingénieurs hospitaliers Des avancées annoncées

La directrice générale de l'offre de soins, Cécile Courrèges, a confirmé l'ouverture prochaine du dossier statutaire pour les ingénieurs hospitaliers, lors du 71^e congrès du SMPS qui s'est tenu les 13 et 14 septembre à Paris. Cette annonce fait suite au courrier de Gérald Darmanin, ministre de l'Action et des Comptes publics, et Olivier Dussopt, secrétaire d'État auprès du ministre, en date du 30 juillet 2018. Ils y affirmaient notamment que, sensibles à la demande des associations et du SMPS, concernant la convergence des carrières, ils ont demandé à leurs services « d'engager des discussions avec ceux de Madame la ministre des Solidarités et de la Santé sur cette question ».

L'annonce va dans le bon sens. Elle reconnaît la justesse de la démarche initiée par le SMPS, et confirme officiellement le lancement des travaux entre les différents ministères concernés, travaux dont le SMPS sera partie prenante. ■

Amendement concernant les contractuels

Le Conseil constitutionnel censure la disposition et valide l'analyse du SMPS

Par sa décision n° 2018-769 DC du 4 septembre 2018, le Conseil constitutionnel a censuré les articles 111, 112 et 113 de la loi « pour la liberté de choisir son avenir professionnel », articles jugés contraires à la Constitution. Ces articles sont ceux ajoutés par amendement gouvernemental lors de l'examen du projet de loi, qui rendaient possible le recrutement généralisé de contractuels dans les corps A+ des trois versants de la fonction publique. Précisément, le Conseil constitutionnel considère que :

« Introduites en première lecture, les dispositions des articles 111, 112 et 113 ne présentent pas de lien, même indirect, avec celles qui figuraient dans le projet de

loi déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. Adoptées selon une procédure contraire à la Constitution, elles lui sont donc contraires. » (paragraphe 71)

Le Conseil constitutionnel ne se prononce donc pas sur le fond, mais sur la forme. Autrement dit, le gouvernement pourra, dans un projet de loi relatif à la fonction publique, réintroduire ces dispositions, ou des dispositions similaires.

Dès l'introduction de ces amendements, le SMPS avait protesté contre la méthode, la précipitation et l'absence totale de concertation. La décision du Conseil constitutionnel vient lui donner raison. Le SMPS le rappelle : il n'est pas contre le principe du recrutement des

contractuels à l'hôpital, s'il est encadré, et si les recrutements répondent, en équité, au même niveau de sélectivité que pour les fonctionnaires. Mais toute discussion à ce sujet ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les raisons pour lesquelles on compte aujourd'hui si peu de candidats contractuels sur les fonctions de direction. Le SMPS appelle les pouvoirs publics à tirer toutes les conséquences de la censure du Conseil constitutionnel. Le SMPS leur demande d'engager une véritable concertation avec les représentants des corps de direction, dans le respect des statuts et des situations, et en incluant une réflexion nécessaire sur l'attractivité des corps de direction. ■

Comité de sélection DH

Le SMPS attend un signal positif à l'égard de ceux qui mettront en œuvre les promesses de la réforme

Le SMPS prend acte des orientations « Ma Santé 2022 ». Il partage les constats déclinés dans le discours du président de la République et se félicite que nombre des préconisations formulées avant l'été par le SMPS aient été reprises. Une ambition forte pour la santé, au sens large du terme, une vision, des propositions qui dépassent le cloisonnement des différents secteurs, la clarification du rôle des hôpitaux par la création d'une gradation d'activité, l'organisation du monde libéral, la correction de blocages comme le *numerus clausus* ou l'adaptation de la T2A, etc. : qui pourrait être contre ce que chacun réclame depuis plusieurs années ? Comment ne pas se réjouir de l'annonce d'un Ondam 2019 porté à 2,5%, qui redonnera un peu d'oxygène aux acteurs de terrain ?

Et pourtant, il flotte comme un sentiment de malaise et d'amertume chez l'ensemble des cadres hospitaliers.

Le SMPS accueille favorablement la restructuration de l'offre de soins et se réjouit de voir réapparaître le « droit d'option » sur les personnalités morales pour les GHT, qu'il avait porté l'an dernier auprès des pouvoirs publics.

Mais comment passe-t-on de moins de 250 hôpitaux de proximité aujourd'hui à 500, voire 600 ? Environ 300 hôpitaux, quel que soit leur statut, vont donc voir leurs missions et leurs autorisations profondément bouleversées : s'attend-on vraiment à ce que cela se fasse sans heurt lorsqu'on annoncera la fin des urgences, des maternités et de la chirurgie de proximité ?

C'est là que se situe le premier malaise : les directions hospitalières vont être soumises à d'intenses pressions, alors qu'elles sont déjà si peu soutenues pour les restructurations engagées. De même pour les communautés professionnelles territoriales de santé

(CPTS), visiblement appelées à devenir l'alpha et l'oméga de la gouvernance territoriale. Il en faut bel et bien 1000. La tâche est pour le moins ambitieuse, alors que depuis leur mise en place, très peu de projets ont bien été lancés. Enfin, sur la possibilité de laisser les praticiens hospitaliers et les PU-PH diriger des hôpitaux, le SMPS accueille avec intérêt un objectif de diversification et d'ouverture pour créer un vivier de profils mixtes. Néanmoins, sans reconnaissance du travail accompli, il s'agit d'une véritable remise en cause de la légitimité des dirigeants en place. Le plan « Ma Santé 2022 » est un plan adapté aux enjeux de notre temps, chargé de promesses. Mais s'il n'est pas accompagné de messages plus positifs envers ceux qui ont toujours été les vecteurs du changement, la montagne risque d'accoucher d'une souris. ■

CAPN des directeurs des soins - 27 septembre 2018

Une fois encore, le compte n'y est pas !

Cette CAPN des directeurs des soins s'est tenue une semaine après la présentation par le président de la République de la stratégie de transformation du système de santé, « Ma Santé 2022 ».

Tout en partageant les constats établis et les préconisations énoncées, le SMPS demeure très vigilant quant à leur mise en œuvre. Il veillera à ce que la réforme annoncée réponde concrètement et efficacement aux besoins de l'hôpital public. Les perspectives voulues par la nouvelle réforme ne pourront être efficacement transcrites sans des preuves durables de la reconnaissance espérée et exigée par tous les acteurs en charge de leur accompagnement au plus près du terrain. Toutefois, à l'occasion de cette CAPN, le SMPS s'est étonné de l'absence de références aux lignes managériales actuellement en place, qui ont agi et qui, aujourd'hui encore, œuvrent quotidiennement à la transposition des réformes successives dans le quotidien de l'hôpital public. Il souhaite rappeler le rôle et les missions qu'occupent l'ensemble des managers, dont les directeurs et directrices des soins, dans l'évolution du système de santé. Leurs compétences et leur sens aigu des responsabilités se démontrent jour après jour dans des environnements de plus en plus dégradés. Ils accompagnent sans faiblesse les transformations et les restructurations imposées par les différentes réformes. Demain, ils seront une fois encore au rendez-vous, alors que leurs moyens d'actions se fragilisent.

À responsabilité égale, reconnaissance égale

Les directeurs et directrices des soins attendent toujours des signes de reconnaissance et de valorisation du travail effectué, dans un contexte où très grande tension des conditions d'exercices se manifeste dans tous les domaines d'exercice :

- dans les établissements de santé, la gouvernance mise en place dans le cadre des GHT précipite les logiques

de réorganisation de l'offre de soins à l'échelle des territoires. Les restructurations de services induisent de l'insécurité. Les compétences managériales des directeurs et directrices des soins sont largement mises à contribution pour accompagner les mutations, tout en maîtrisant les risques induits et en garantissant en permanence la qualité du service rendu ;

- dans les instituts de formation, la perspective du déploiement à grand galop de l'universitarisation sème doutes et confusions. Il ne s'agit en rien de contester cette logique, initiée en 2009, et qui répond aux évolutions indispensables des métiers de santé. Cependant, les incertitudes pesant sur l'avenir des cadres formateurs et des directeurs d'institut restent fortes ;
 - en ARS, il faut renforcer leur rôle d'expert et de conseiller. On doit les placer et les reconnaître avec force comme une plus-value qui accompagne l'évolution du système dans les domaines de la gestion et de la pédagogie.
- Aujourd'hui, le compte n'y est pas.

Il est urgent d'adresser des signaux forts à tous les managers, comme l'ouverture d'espaces de négociations. Les directeurs des soins attendent des perspectives d'évolution statutaire, qui doivent se concrétiser par des mesures indiciaires et indemnitaires. Il faut reconsidérer et aligner les modalités d'application de la PFR, notamment pour ce qui concerne la part liée aux résultats, sur le principe « à responsabilité égale, reconnaissance égale ».

Le SMPS veillera toujours aux conditions de travail des directeurs des soins, tout en s'engageant activement dans l'évolution de tout le système de santé. Il demande aux pouvoirs publics des signes forts de reconnaissance. Il attend des effets concrets. Ces effets et les exigences du SMPS doivent converger. Ils doivent aussi être à la hauteur des responsabilités des directeurs et directrices des soins, et des impératifs liés aux fonctions, aux postes et aux conditions de travail. ■



Calendrier des événements SMPS 2018

6 novembre

Réunion régionale Hauts-de-France
CH d'Arras

8 novembre

Réunion régionale Centre Val-de-Loire
CH de Fleury-les-Aubrais

9 novembre

Réunion régionale Normandie
GH du Havre

14 novembre

Réunion régionale Pays de la Loire
CHU d'Angers

14 novembre

Réunion régionale Corse
CH de Corte

16 novembre

Réunion régionale Auvergne Rhône-Alpes
Hospices civils de Lyon

21 novembre

Réunion régionale Bourgogne Franche-Comté
Dole

20 novembre

Réunion régionale Île-de-France

22 novembre

Réunion régionale Bretagne
CHU de Rennes

6 décembre

Élections professionnelles
(vote électronique à partir du 29 novembre pour les DH, D3S et DS)

en coulisses

BUREAU INTERPROMOTION

Faire du territoire un atout pour l'offre en santé et une opportunité pour les parcours professionnels

Le SMPS s'est toujours inscrit en faveur d'une offre territoriale de santé cohérente. Il est près aujourd'hui à s'engager dans la réorganisation prônée par la réforme « Ma Santé 2022 ». Pour le SMPS, cette évolution peut même constituer une opportunité de carrière pour les managers publics de santé.

En vue des élections professionnelles du 6 décembre 2018, le SMPS a défini une plateforme électorale. Son slogan : « Un nouvel élan pour les managers de santé ». Organisée autour de cinq axes, la plateforme électorale répond aux principales préoccupations des managers publics de santé dans le contexte actuel de recomposition de l'offre de soins sur le territoire et de transformation de notre système de santé. L'un des axes forts de ce programme consiste à « *faire du territoire un atout pour l'offre en santé et une opportunité pour les parcours professionnels* ».

Le SMPS porte la parole des directeurs et cadres qu'il représente au plus près des réalités locales. Il s'est toujours inscrit en faveur d'une offre territoriale de santé cohérente, répondant au plus près aux besoins de santé de la population. Le SMPS a très tôt formulé

des propositions pour que les établissements publics de santé assument sur leur territoire une responsabilité populationnelle qui coordonne mieux l'offre de soins autour des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Cette orientation, qu'il porte dans son programme électoral, se trouve aujourd'hui confortée par les évolutions actuelles et à venir.

En effet, dès la parution du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) du 24 mai 2018, le SMPS a soutenu les propositions de cette instance de réflexion sur la réorganisation territoriale de l'offre de soins en trois niveaux. La responsabilité populationnelle des établissements de santé autour des bassins de vie implique de se demander non pas comment l'offre de soins actuelle, centrée autour de l'hôpital, peut répondre aux besoins de santé de la population, mais plutôt

comment l'hôpital peut organiser les acteurs en réseau pour répondre au mieux à ces besoins de santé, notamment en termes de proximité. Le déficit de prise en charge en premier recours des personnes éloignées des principaux établissements de santé est le défi auquel notre système de santé doit répondre en urgence aujourd'hui.

Gestion territoriale des compétences et des potentiels

Cette prise en charge territoriale plus cohérente pourrait s'articuler autour de trois niveaux, comme l'a annoncé le président de la République lors de son discours du 18 septembre 2018 sur la stratégie nationale de transformation de notre système de santé.

Le premier recours ou recours de proximité pourrait s'organiser autour des communautés professionnelles et territoriales de santé, qui avaient déjà été mises en place par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. L'hôpital public pourrait alors coordonner ces réseaux territoriaux de proximité, sans se substituer aux structures pluriprofessionnelles de soins primaires.

Le deuxième niveau serait celui de la prise en charge hospitalière de premier recours, centrée sur les activités de médecine polyvalente, de gériatrie et de réadaptation. Les hôpitaux de proximité et les établissements de SSR y joueraient alors un rôle majeur.

Le déficit de prise en charge en premier recours des personnes éloignées des principaux établissements de santé est le défi auquel notre système de santé doit répondre en urgence aujourd'hui.

Enfin, le troisième niveau serait celui du recours, autour des spécialités médicales et des soins surspécialisés, assumés par les grands centres hospitaliers et les CHU.

Le SMPS est prêt à s'engager dans cette réorganisation territoriale de l'offre de soins que le président de la République a récemment annoncée, et qui apparaît indispensable pour lutter contre les inégalités territoriales de santé. Les managers publics de santé, et notamment les directeurs,

ont un grand rôle à jouer dans ce chantier. Le SMPS considère même que cette évolution peut constituer une opportunité de carrière pour les managers publics de santé, dans l'évolution de leurs compétences et de leurs parcours professionnels. En ce sens, le syndicat s'engage à assurer une gestion territoriale des compétences et des potentiels afin de donner du sens et des perspectives aux trajectoires professionnelles. ■

Nabil JANAH

THINK TANK NOUVEL'R

Le cœur de métier de l'hôpital n'est pas de soigner, c'est de prendre soin



La dette des hôpitaux publics atteint des niveaux records : 30 milliards d'euros en 2018. Les efforts de productivité demandés à l'hôpital suscitent des réactions et des tensions de plus en plus vives. Le mot est vite lâché : l'hôpital public est en crise. S'agit-il seulement d'une question d'argent ? Certainement pas. La preuve par quatre.

Pour un personnel heureux, il faut d'abord des patients heureux

Les études empiriques liant satisfaction du patient et satisfaction du personnel soignant sont nombreuses et convergentes⁽¹⁾. Plus le personnel soignant est satisfait de l'organisation mise en place, plus il est épanoui dans son travail, et plus les patients considèrent être bien soignés. Et réciproquement : pour un personnel heureux, il faut d'abord des patients heureux.

Toutefois, la satisfaction des patients ne semble pas directement liée à la qualité effective des soins⁽²⁾. C'est d'ailleurs logique : le patient lambda ne dispose pas du bagage de connaissances nécessaires pour juger de la qualité technique d'une prise en charge. En revanche, il est parfaitement conscient de l'attention qui lui est portée, du caractère personnalisé des soins et des explications qui lui sont prodigués.

Dès lors, il n'est pas très difficile d'expliquer une partie des tensions qui

fracturent l'hôpital : la pression croissante sur les budgets incite les hôpitaux à se concentrer sur ce qu'ils perçoivent comme leur cœur de métier, l'acte de soin, au détriment de l'attention portée

se situe pas dans une simple augmentation des moyens.

Pourtant, prendre soin est bien, selon le code de la santé publique⁽³⁾, au cœur des missions de l'hôpital : traiter les malades mais aussi les héberger, participer à la coordination des soins avec la ville et le secteur médico-social, mettre en œuvre une éthique de l'accueil et de la prise en charge, etc. Tout cela oblige l'hôpital, tant sur un plan éthique que pratique. Un véritable choc de méthode est donc

Face à des médecins et des infirmiers surmenés, il faut mobiliser l'intégralité des plus de 200 métiers présents dans nos établissements pour offrir à nos patients une expérience plus agréable, plus personnalisée, et donc plus satisfaisante pour tous.

à chaque malade. Médecins et soignants se distancient de leurs patients, s'en isolent ; soigner vite et bien prend le pas sur le fait de prendre soin.

Un choc de méthode pour mieux prendre soin

Vu nos finances publiques, jamais l'Ondam ne pourra progresser au même rythme que les besoins de santé, exponentiels. La réponse ne

nécessaire et implique une mobilisation nouvelle de toutes les parties prenantes de l'hôpital.

(1) Voir par exemple "Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care", Huey-Ming Tzeng et al., *International Journal of Nursing Studies*, vol. 39, Issue 1, 79-84.

(2) Voir par exemple P.D. Cleary, B.J. McNeil, "Patient satisfaction as an indicator of quality care", *Inquiry*, 1988, 25-36.

(3) Art. L. 6111-1 et L. 6112-2.

Il n'existe aucun obstacle technologique à rassembler les différentes étapes d'un parcours de soins dans une application smartphone. Cela permettrait aux patients de reprendre leur destin en main.

Croire que l'hôpital pourrait se recentrer sur un cœur de métier qui viserait juste à soigner vite et bien, c'est donc aller un peu vite en besogne. L'hôpital doit au contraire se réconcilier avec toutes ces missions parfois perçues comme annexes qui sont pourtant au cœur de la qualité perçue par les patients. Nous devons réinterroger notre cœur de métier.

Face à des médecins et des infirmiers surmenés, il faut certainement emprunter des chemins de traverse et mobiliser l'intégralité des plus de 200 métiers présents dans nos établissements pour offrir à nos patients une expérience plus agréable, plus personnalisée, et donc plus satisfaisante pour tous.

Depuis janvier 2015, un dispositif national de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en établissements de santé est piloté par la Haute Autorité de santé. Les résultats 2017 montrent que les étapes les moins satisfaisantes du point de vue des patients sont l'organisation de la sortie de l'hôpital et les repas. Derrière ces deux exemples concrets se nichent des enjeux majeurs pour l'hôpital: l'organisation des parcours et la performance logistique. Il semble possible de traiter ces deux points sans pour autant dépenser plus. De nombreuses expériences le prouvent.

Des services logistiques aux petits soins

L'hôtellerie et la restauration sont souvent les parents pauvres de l'hôpital,

voués dans l'imaginaire des directeurs à une externalisation inéluctable. Pourtant, faire monter en compétence les personnels logistiques peut améliorer la qualité perçue de ces services. C'est tout l'objet du programme de formation Safitech développé par l'ANFH. Même externalisés, ces services peuvent aussi servir de leviers à une meilleure prise en charge. Voyez l'Institut Gustave-Roussy et son prestataire Elior. Ils ont développé un partenariat avec un grand chef pour servir des plateaux-repas améliorés à des patients atteints de cancer. Et ce à un coût maîtrisé.

On doit aussi réinventer le séjour, pour se rapprocher d'un lieu de vie conçu pour le patient. Pour faciliter leur quotidien et celui des agents, on peut déployer des conciergeries et proposer de nombreux services (aide-ménagère à domicile, services postaux, aide aux démarches administratives, etc.). Le CHU d'Amiens a été le premier CHU à développer un service de conciergerie pour améliorer les conditions de vie des agents. Des start-up comme EasyLife ou Happytal proposent ce type de services dans de très nombreux établissements en France et à l'étranger.

Des parcours plus fluides et mieux maîtrisés

Le financement au parcours est le *buzzword* hospitalier de 2018. En pratique, il s'agirait déjà de permettre au patient de connaître et de suivre

concrètement le parcours qui va lui être réservé. Rien n'est plus angoissant pour un malade que d'ignorer la prochaine étape de son parcours de soins et de rester dans l'incertitude de ce qui va lui arriver.

Les nouvelles technologies sont certainement une partie de la réponse. Révons un peu, mais pas trop: il n'existe aucun obstacle technologique à rassembler les différentes étapes d'un parcours de soins dans une application smartphone. Cela permettrait aux patients de reprendre leur destin en main: quelle va être la prochaine étape de mon parcours de soins? Et quel est l'horaire de mon prochain examen?

Dès aujourd'hui, chaque hôpital devrait d'ailleurs être capable d'offrir en ligne aux patients les trois services qu'ils attendent le plus⁽⁴⁾: prendre et modifier des rendez-vous, renouveler leurs prescriptions et récupérer leurs comptes rendus médicaux. Mieux, le patient pourrait par exemple choisir sa chambre avant d'arriver, individuelle ou partagée, ou le menu de ses repas. Il pourrait aussi payer en ligne en fonction des options choisies.

Ce serait une première étape pour le remettre au centre, sans pour autant abandonner la légitime préoccupation d'efficacité de notre système de santé!

Kathia BARRO

(4) Accenture: *Losing Patience: Why Healthcare Providers Need to Up Their Mobile Game*, 2016.

CLUB JEUNE GÉNÉRATION

Le territoire, indispensable quatrième dimension de l'hôpital

Pour tout passage à l'hôpital, il y a un avant et un après. Et ces deux périodes se jouent désormais dans un cadre territorial. Le territoire s'impose aujourd'hui comme la dimension de tout projet hospitalier... et force le métier de manager à évoluer.

On pourrait tenter de résumer l'hôpital à trois fondamentaux : un soigné, un soignant, un lieu. Pourtant, ces trois dimensions aussi fondamentales que la longueur, la largeur et la hauteur d'un volume ne suffisent plus à bien décrire l'hôpital. On découvre aujourd'hui à celui-ci une quatrième dimension : son territoire. Outre la prise en charge hospitalière, la dimension territoriale s'exprime à travers deux éléments du parcours de soins d'un patient : avant l'hôpital, c'est-à-dire le contexte environnemental, socio-économique ou démographique à l'origine du besoin de santé ; après l'hôpital, c'est-à-dire le réseau d'offre de soins qui permet au patient d'être suivi et soigné après l'épisode hospitalier.

Ainsi, le territoire n'est pas seulement un sujet en soi pour l'hôpital, il est désormais une dimension de tout projet hospitalier : il n'y a pas de sujet à l'hôpital qui ne soit traité dans une dimension territoriale. Pourtant, le territoire est aussi vécu comme un facteur de contrainte dans l'exercice professionnel, vu la multitude de défis que le manager de santé doit relever. Pour autant, comme le rappelle le second message de notre plate-forme électorale, nous sommes appelés à « *faire du territoire un atout pour l'offre de santé et une opportunité pour les parcours professionnels* ».

La mise en œuvre des GHT a permis aux établissements publics de se doter d'une assise territoriale. Mais la dimension territoriale des hôpitaux ne doit pas se limiter à des questions d'organisations

internes, soit administratives, soit de filières de soins strictement hospitalières. Elle nécessite une plus grande interaction entre l'offre de soins publique portée par le GHT, les besoins de santé de la population et le réseau des autres

offreurs de santé, notamment la médecine de premier recours. Le programme gouvernemental « Ma Santé 2022 » traduit complètement cette dimension.

Incarner une responsabilité populationnelle

Dès lors, pour les managers de santé, faire entrer l'hôpital dans la quatrième dimension, c'est aussi faire évoluer son métier dans deux directions :

- investir l'organisation des parcours de soins dans une perspective de gradation de la prise en charge en partenariat avec la médecine de premier recours. En parallèle de la nécessaire restructuration de l'offre de soins au sein des GHT, la collaboration entre hôpitaux de proximité et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) paraît apporter une réponse efficace au relais de la médecine hospitalière de recours ;

- incarner une responsabilité populationnelle de santé publique en lien avec les autres acteurs du territoire. « Ma Santé 2022 » prévoit d'ailleurs de « *rassembler la ville et l'hôpital autour d'un projet de santé de territoire* » pour traiter notamment des questions de prévention. La promotion de la santé publique sera un marqueur de nos métiers de demain. Notre capacité à l'investir sera un indicateur de notre capacité à répondre vraiment aux besoins du territoire. La dyna-

La promotion de la santé publique sera un marqueur de nos métiers de demain. Notre capacité à l'investir sera un indicateur de notre capacité à répondre vraiment aux besoins du territoire.

mique devra nécessairement trouver un relais auprès des autres acteurs sanitaires locaux et des autorités sanitaires régionales, dans une approche pragmatique de gestion conjointe des priorités de santé.

Au-delà de modifier les modalités de l'exercice professionnel à travers des organisations multisite, le territoire permet aussi aux managers de santé de refonder leur métier dans une véritable approche de santé publique. Celle-ci ne s'oppose pas au bon fonctionnement de nos établissements. Mieux, elle donne du sens à notre action ! Alors saisissons-nous de cette opportunité qui nous est offerte. C'est à cette condition que le territoire constituera une opportunité pour les parcours professionnels. ■

Antoine LOUBRIEU
Directeur des opérations, CH Le Mans
Président du Club Jeune Génération



Retour sur le 71^e congrès du SMPS

Près pour l'humain ?

Et l'humain dans tout ça ?

Le patient comme le professionnel de soins. Il aura fallu attendre la transformation du système de santé, le déploiement des GHT, les grands chamboulements causés par la robotisation et le big data, pour remettre l'humain au premier plan. Pas de patient heureux sans professionnel heureux. Pas de professionnel heureux sans patient heureux. Le constat est unanime.

Mais le risque point de voir tous ces changements pilotés par les seuls impératifs gestionnaires. Le 71^e congrès du SMPS a voulu mettre en lumière quatre points clés qui imposent d'inventer un nouveau modèle intégratif : la gouvernance, la qualité de vie au travail, l'innovation et la territorialisation. Nos deux journées furent très riches. Le futur porte de beaux espoirs. Ils deviendront réalité si les acteurs de terrain peuvent travailler, oser, inventer, dans une large autonomie. Qu'on se le dise !

GOVERNANCE

Déverrouillons le système !

Comment déverrouiller un système de soins toujours plus réformé mais toujours plus cadencé ? Comment faire pour que les demandes d'autonomie et d'expérimentations ne se heurtent plus à des refus systématiques ? De l'avis général, si le système ne change pas, tout le monde va dans le mur. Les propositions ne manquent pourtant pas. Le rapport du Groupe des 26, celui du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), le programme Hospi'Talents de la DGOS, le livre de l'Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux (Adrress) et les réseaux encouragés par l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) formulent des propositions fortes, chocs, mais aussi souvent très simples. Et douces. Alors, on déverrouille quand ?

Anne-Marie Brocas, lorsque vous observez le système de santé actuel, vous parlez d'un paradoxe. Pourquoi ?

Anne-Marie Brocas. Le rapport du HCAAM pointe le paradoxe entre les succès obtenus depuis cinquante ans dans le système de santé (technologique, scientifique, organisationnelles) et la crise actuelle. On a gagné en années de vie et en qualité de vie mais on achoppe sur trois points. En premier lieu, le modèle biomédical issu des années 1970 peine à se transformer. Et le Yalta qu'il a institué entre prévention, soins et médico-social est dépassé. Puis une nouvelle

crise territoriale émerge très vivement : des dynamiques se heurtent à un fonctionnement très vertical qui empêche des adaptations locales nécessaires. Enfin, il y a une crise de sens. Pour les patients. Pour les professionnels.

D'où le besoin de réinterroger les valeurs de système de soins et même de changer le paradigme de la gouvernance des missions de soins ?

Anne-Marie Brocas. Notre rapport est parti d'une thématique sur l'innovation en santé, mais on s'est vite rendu compte qu'il n'était pas possible de

à la loupe

Animé par Régis de Closets

parler d'innovations en santé si l'on ne transformait pas les stratégies de santé et les organisations. Cela suppose une rupture pour sortir d'une logique de technicisation, qui entraîne une profonde crise de valeurs, et pour redonner de l'autonomie et de la marge d'initiative aux acteurs.

Il y a pour nous deux axes clés. Le premier : travailler les missions et les organisations en termes de services à rendre, structurés par des acteurs du territoire, et non plus de logique d'offre. Avec des objectifs de santé publique de territoire clairs. Et pour nous, la définition de ces services relève des ARS. Second axe : repenser la responsabilité sociale ultime en inventant une vraie médecine de proximité.

Vous proposez de créer deux structures : les établissements de santé communautaires, qui seront les établissements de proximité,

et les communautés professionnelles de santé (CPTS), pour définir les besoins. En termes de gouvernance, c'est séduisant mais n'est-ce pas gonfler le mille-feuille des acteurs au risque de le cloisonner encore plus ?

Anne-Marie Brocas. Non, car on ne propose pas de créer de nouvelles entités, mais plutôt de nouveaux cadres. Les établissements de santé communautaires correspondent aux hôpitaux de proximité, mais avec des missions mieux définies et des moyens appropriés. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont des structures destinées à organiser l'ensemble des acteurs de soins primaires et spécialisés, avec des objectifs de santé publique partagés – ce qui manque aujourd'hui. Il appartient à l'État de fixer un cap clair, à dix ou quinze ans, en concertation avec les acteurs, et des cadres juridiques et financiers nouveaux qui permettent l'émergence, hors des

Les intervenants

Anne-Marie Brocas

Présidente du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et auteure d'un rapport qui propose de repenser largement l'organisation de l'offre de soins.

Philippe Denormandie

Professeur de médecine, chirurgien, ancien président de CME, co-fondateur du Groupe des 26, qui regroupe des experts indépendants du monde de la santé pour « changer la vie à l'hôpital ».

Inès Gravey

Directrice d'hôpital, pilote au sein de la DGOS un programme innovant pour penser autrement le management : HospiTalents. Elle est l'auteure d'une contribution au sein du Groupe des 26.

Jean-Marie Barbot

Président de l'Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux (Adrhess). L'association a publié un ouvrage proposant de refonder le dialogue social au sein des établissements et de la gouvernance (voir page 38)..

Sophie Martinon

Directrice de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap), qui promeut de nouvelles formes d'accompagnement.

Elsa Noguera

Directrice d'hôpital, passée par les cabinets ministériels, aujourd'hui directrice adjointe de l'ARS Normandie.



Demain, les acteurs de l'ambulatoire doivent être aussi les vecteurs des politiques publiques et des objectifs collectifs qui seront retenus.

expérimentations, de nouvelles organisations pérennes. Mais nous souhaitons que le pilotage de la transformation soit très largement déconcentré, au niveau régional, voire au niveau territorial, en associant les collectivités territoriales.

Quelle place alors pour l'hôpital ?

Anne-Marie Brocas. Cela signifie une évolution pour l'hôpital, par rapport à la conception historique qui en a fait le bras armé de la politique de santé. On ne doit plus lui demander d'être le responsable de toutes les dimensions de l'action. Demain, les acteurs de l'ambulatoire doivent être aussi les vecteurs des politiques publiques et des objectifs collectifs qui seront retenus.

Philippe Denormandie, partagez-vous le constat d'Anne-Marie Brocas ? Pour déverrouiller le système, faut-il réinterroger les valeurs et changer l'approche même des soins ? Les soins doivent-ils répondre aux besoins et moins aux représentations de l'offre existante ?

Philippe Denormandie. Son constat est notre point de départ. C'est le cœur de notre démarche qui allie vingt-six acteurs de santé aussi indépendants que divers : directeurs d'hôpital, praticiens, infirmiers, représentants de patients. Directeurs et médecins auraient hurlé il y a deux ans face à certaines de nos propositions. Mais le constat est aujourd'hui unanime : on va dans le mur si l'on ne s'attaque pas d'abord à la question du sens de nos missions de soins. C'est un paradoxe : le système est performant, mais toutes

les études montrent une défiance des patients comme des professionnels de santé envers lui.

Que faut-il faire ?

Philippe Denormandie. Il faut remettre le système dans le bon sens : penser d'abord aux services et aux patients. Ensuite à l'offre. Il faut repenser la place des patients, depuis la petite unité de soins jusqu'à la gouvernance territoriale. Les patients ne sont plus du tout les mêmes. On n'a plus un sachant, le professionnel, s'imposant à quelqu'un qui n'a aucun avis. Le patient est devenu un sachant, pas au même niveau que le professionnel de soins, certes, mais il faut en tenir compte. Or, ça nous dérouté.



Philippe DENORMANDIE



Anne-Marie BROCAS

Vous donnez une grande place au territoire...

Philippe Denormandie. La moitié des mesures que l'on propose concerne des axes hors gestion financière et technique : qualité de vie, numérique, territorialisation, etc. Le territoire est clé, il inspire confiance et responsabilité. Faisons confiance aux gens, au terrain, et arrêtons de décider d'en haut. Chaque territoire est différent, il n'y a aucun modèle à calquer.

Si vos constats sont proches de ceux du HCAAM, vos solutions le sont moins. Vous aboutissez à une proposition qui donne plus de place à l'hôpital et plus de poids au GHT, via de nouvelles structures dont vous proposez le déploiement : les groupements territoriaux de santé.

Philippe Denormandie. Non, c'est l'inverse ! Le GHT existe sur le territoire, c'est un fait. Mais comme il n'a pas de responsabilité de gouvernance, et donc pas de modèle intégratif, on risque de retomber dans des logiques où les territoires vont être pensés à partir des seuls établissements de santé – les plus puissants !

Les groupements de santé de territoire (GTS), eux, s'inscrivent comme un vrai outil de gouvernance, avec des financements, des autorisations et des droits d'expérimentation. Ils doivent être une organisation innovante, qui apporte des réponses, comme les agences régionales de l'hospitalisation des débuts. Pour cela, ils doivent avoir une entité juridique propre, avec une vraie logique de gestion d'enveloppe de santé.

La réforme de la gouvernance doit avoir lieu à plusieurs niveaux. Comment faire en sorte que la gouvernance des établissements se recentre sur les compétences des professionnels alors que ces modes de désignation et d'organisation ne valorisent pas cela ?

Philippe Denormandie. C'est un axe majeur et le pourquoi nous avons intitulé notre rapport «Changer la vie à l'hôpital»! Là encore, on se trouve sur la même ligne que le HCAAM. La gouvernance par les compétences doit advenir! Aujourd'hui, les pôles et les CME reproduisent le mandarinat, sans l'électorat qui allait avec. Pour préserver les pouvoirs, les nominations de chefs de pôle sont faussées et les pôles restent des outils de gestion sans approche de parcours de patient. Il faut évoluer en profondeur en repartant de la réalité des besoins et des compétences. On doit changer d'approche et pouvoir repérer les gens avec des capacités de pilotage et de management, pour les intégrer à la gouvernance. Cassons la logique de statut et repensons collectivement la compétence. La vraie rupture doit d'abord se faire au niveau des administrations, ARS et ministère. Le système doit faire sa révolution, sinon on va s'épuiser.

Jean-Marie Barbot, la refonte de la gouvernance interne des établissements est au cœur de l'ouvrage publié par l'Adhress. Vous voulez simplifier et ouvrir des instances. Vous dites aussi que la gouvernance a trois défauts : elle est complexe, cloisonnée et déséquilibrée. D'où vient ce constat ?

Jean-Marie Barbot. On a une gouvernance complexe car elle résulte de quatre réformes successives : 2005, 2009, 2016 et 2018. Les seuls GHM apportent cinq nouvelles instances à l'édifice! On a une gouvernance cloisonnée car marquée par une vraie coupure entre instances médicales et instances non médicales. Or, on est de plus en plus confronté à des problématiques transverses sur l'innovation ou la qualité de vie au travail, qui concernent l'ensemble des professionnels. On a une gouvernance déséquilibrée, car pas assez ouverte à la réalité des compétences en interne.



Jean-Marie BARBOT

si le directeur y est présent, ainsi que le directeur des soins, l'assemblée est largement composée de médecins. On voudrait que le directeur puisse s'y faire représenter par deux directeurs de son choix et, pour reprendre une proposition du Groupe des 26, y intégrer un représentant des usagers.

C'est important car, aujourd'hui, nos directions sont reléguées à des fonctions supports alors qu'elles gèrent des dossiers de plus en plus stratégiques. Le personnel de l'établissement n'est plus du tout représenté dans les hautes instances. Nous souhaitons le rétablissement des conseils de pôles, qui ont une vraie dynamique opérationnelle et d'animation.

L'autre jour, j'ai demandé à une consœur de compter les instances du CHU où elle exerce. Elle s'est arrêtée en cours de route, à quarante !

Les directions opérationnelles y sont mal représentées. L'autre jour, j'ai demandé à une consœur de compter les instances du CHU où elle exerce. Elle s'est arrêtée en cours de route, à quarante !

On en compte moins à l'étranger ?

Jean-Marie Barbot. Au Danemark, un établissement de 1000 lits, avec 10 000 agents, a une gouvernance très simple : un comité d'établissement et c'est tout. Plus quelques sous-commissions.

Comment ces instances pourraient-elles être repensées ?

Pour parer le déséquilibre de direction, on souhaite une ouverture du directoire. Ces dernières années, il a largement pris le pas sur le conseil exécutif. Or, c'est le lieu des prises de décision. Mais

Dans ce cadre, vous plaidez pour la création d'une instance unique fusionnant CTE et CHSCT.

Jean-Marie Barbot. J'ai été DRH, puis directeur d'établissement, personne ne sait ce qui distingue ces deux instances. En 2011, le rapport du député Nicolas Perruchot a été interdit à la publication. Il recensait 22 000 instances représentatives du personnel dans la fonction publique! Un hôpital de 1500 agents compte aujourd'hui 18 membres au CHSCT, 9 titulaires et 9 suppléants. Chacun a droit à 240 heures de délégation par an. Soit un total de 4 320 heures! Rien que pour la délégation! Réunions et inspections non comprises. Le système devient fou. L'essentiel du temps à l'hôpital est consacré à la réunionnisme. Ce fléau n'est pas une fatalité.

une autre réponse que la contrainte, qui n'est pas seulement financière mais aussi culturelle. Il faut en finir avec les *Ce n'est pas possible, on n'a jamais fait ça, c'est trop compliqué...* On alimente l'autocensure tant la contrainte verticale est forte.

En quoi cette démarche transforme-t-elle la gouvernance ?

Inès Gravey. Elle induit un principe de co-conception qui n'est pas aujourd'hui dans la démarche de performance des établissements. Et elle suppose de donner plus de place et de visibilité aux talents dans l'établissement, or les structures de gouvernance ne sont pas pensées à partir de ces champs de compétences.

Comment la gouvernance des établissements peut-elle s'adapter à un tel changement d'approche ?

Inès Gravey. Redonnons de l'autonomie à tous les échelons et développons les expérimentations. C'est la clé d'un changement d'approche. Hospi'Talents, initié au sein de la DGOS, en est un bon exemple car ce programme de développement de l'innovation managériale ne s'adresse pas seulement aux managers, il vise autant les managés ! Tout le monde en est l'acteur au même titre. On a d'ailleurs créé une communauté d'acteurs impliqués à qui l'on offre un réseau et une plateforme de ressources. Autre point important : ne pas plaquer de dispositifs mais laisser les idées venir du terrain. Il faut favoriser le faire, reprendre prise sur le travail, être autonome, pouvoir proposer, pouvoir tester. C'est la responsabilité des managers et des régulateurs de favoriser cet écosystème.

Inès Gravey, vous êtes l'auteur, pour le Groupe des 26, d'une contribution intitulée « Investir dans les talents : l'innovation managériale sur le terrain ». Pourriez-vous nous donner des pistes ?

Inès Gravey. La contribution propose de libérer les énergies et de donner plus d'autonomie aux talents au sein des établissements. On pourrait mettre en place des parcours pour les forts potentiels, développer de nouveaux modèles managériaux ou des programmes hors les portes, avec des stages hors des établissements pour se confronter à d'autres réalités.

En quoi cette approche est-elle essentielle pour moderniser l'hôpital ?

Inès Gravey. Nos établissements vont évoluer dans des environnements financiers contraints. Ils devront compter d'autant plus sur leurs talents. Or, libérer les talents en pensant l'innovation managériale, c'est faire de l'innovation frugale par excellence. Il faut valoriser le potentiel des professionnels qui travaillent au sein de l'hôpital. On doit leur offrir

Les GHT sont-ils un risque ou une opportunité pour aller vers une telle gouvernance plus ouverte ?

Inès Gravey. Les deux ! On note dans les GHT une difficulté dans la mise en application des orientations. Les GHT se construisent sur une base d'application descendante et scolaire. Résultat : ils fonctionnent surtout là où existe un historique de coopération. Mais ils offrent aussi l'opportunité de repenser globalement la collaboration, avec des compétences d'animation de territoire qui vont générer de nouveaux profils.



Sophie Martinon, au sein de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap), vous travaillez à refonder la collaboration avec les établissements pour mieux les accompagner dans leurs processus de transformation. Sur quels axes cela se fait-il ?

Sophie Martinon. Nous nous recentrons le plus possible sur les problématiques organisationnelles. C'est la base de la transformation : synchronisation des temps médicaux et paramédicaux, coopération entre fonctions supports, pour lesquelles on a travaillé sur la posture et les conditions de réussite des coopérations, etc. Nous accompagnons aussi la structuration de réseaux avec les autres acteurs du territoire, en valorisant des programmes collaboratifs comme le programme Personnes âgées en risque



de perte d'autonomie (Paerpa) ou des projets numériques. Ils sont pour moi de nouveaux moteurs de performance et de gouvernance.

Vous développez une approche communautaire, avec des réseaux d'acteurs de différents établissements ou services qui se retrouvent sur des problématiques données. En quoi cette approche pose-t-elle finalement les bases d'une nouvelle géographie et d'une nouvelle gouvernance des acteurs d'innovation au sein des établissements ?

Sophie Martinon. L'Anap a dû innover dans son accompagnement en essayant de développer les fonctionnements en réseau ou les dynamiques entre pairs. Nous avons beaucoup développé le travail de pair à pair. Qui est plus convaincant qu'un pair ?

Vous appliquez aussi l'approche communautaire au numérique.

Sophie Martinon. Pour le numérique, nous avons créé un cercle d'ambassadeurs. Une centaine de professionnels en parallèle qui nous accompagnent sur les questions de veille. Nous considérons comme experts des personnes qui ont mené des projets, des gens qui ont fait. Nous avons étendu notre réseau numérique à la ville et au médico-social pour ne pas rester sur l'hôpital. Ce réseau permet d'innover ensemble, il s'y forme des groupes d'entraide thématiques très concrets. Comment mettre en œuvre des pratiques peu connues ? Comment les diffuser ? Comment développer des organisations horizontales ? Comment aider des communautés de professionnels à tester et partager des expériences ? C'est tout cela qui se joue.

Les ARS sont elles aussi des acteurs clés dans ces transformations. Pourtant leur rôle de facilitateur et d'arbitre n'est pas toujours bien perçu. Le récent rapport Viguier propose carrément de les supprimer. Comment peuvent-elles mieux accompagner le changement dans les établissements ?

Elsa Noguera. La clé réside dans l'enjeu managérial. La mission d'autorité et cadrage des ARS est mise en avant, mais nous avons aussi un gros travail



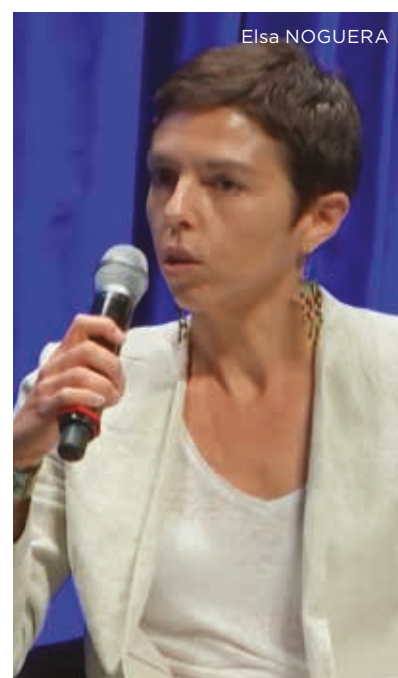
L'Anap a dû innover dans son accompagnement en essayant de développer les fonctionnements en réseau ou les dynamiques entre pairs. Qui est plus convaincant qu'un pair ?

d'absorption des concepts, de digestion et d'animation. Nous devons, comme les directeurs d'hôpital, devenir des super connecteurs, en aidant des communautés de professionnels à se coordonner. Nous sommes prêts à entrer collectivement dans la même réalité. Nous-mêmes avons ce défi managérial avec le regroupement en grandes agences. Nous en profitons pour repenser notre rôle. Si on met le cap sur le service rendu, il va falloir, au niveau régional et, surtout, des territoires de santé, le faire pour de vrai.

Un des rôles clés des ARS est de faciliter la concertation entre acteurs, pour permettre de repenser les missions de chacun au plus près des besoins des territoires. Pourtant, ces dernières années, les instances de concertation se sont multipliées et ont dilué la dynamique de gouvernance concertée. Comment les ARS peuvent-elles promouvoir des cadres et des démarches de concertation plus efficaces à l'échelle de leurs territoires ?

Elsa Noguera. Il y a eu une tendance aux mille-feuilles des instances. Mais nous initiions un mouvement de dynamique concertée. Au-delà des soins et de la technique, c'est tout le champ de la santé que nous devons couvrir.

L'ARS Normandie pousse à l'inclusion des personnes handicapées dans le quotidien. Cela implique de connaître les acteurs de l'académie, de l'inspection, du rectorat, des conseils départementaux, des établissements de santé et médico-sociaux, du monde associatif, etc. Et là, il ne s'agit pas de créer de nouvelles représentations mais d'agir dans le concret, dans le réel. Et maintenant. Que fait-on pour de vrai ? ■



QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Comment redonner du sens ?

Déverrouiller le système passe d'abord par la qualité de vie au travail. Elle a longtemps été absente de la réflexion sur l'organisation et l'orientation des établissements de santé. D'où une grande souffrance des personnels médicaux comme administratifs. Elle traduit une crise de valeurs et de sens des professionnels. Une association d'aide aux victimes de harcèlement vient de se créer, un nouveau plan de médiation est lancé, avec création de postes de médiateurs régionaux. Mais, au fait, que recouvre le concept de « qualité de vie au travail » ? Et si on n'osait pas voir tout ce qu'il implique ? Et si on préférerait en rester à ses aspects périphériques ? Il ne faut pourtant pas désespérer, comme nous le montre l'heureuse expérience du CHU de Nice.

Professeur Granger, qu'a révélé la création de votre structure ? Par quoi avez-vous été le plus surpris dans les faits qui vous sont remontés ?

Bernard Granger. Assez vite, nous nous sommes rendu compte que le phénomène n'était pas isolé et que si nous voulions défendre la mémoire de notre collègue, il fallait agir à grande échelle. Plus de 400 cas nous sont remontés, et nous faisons en sorte de recevoir et d'orienter les gens qui s'adressent à nous. Nous avons découvert l'ampleur de l'omerta sur l'extrême souffrance au travail.

Pourquoi y a-t-il si peu de signalements et de détections malgré les dispositifs mis en place, malgré l'existence des directions d'établissement et des syndicats ?

Bernard Granger. Nous sommes confrontés à plusieurs phénomènes récurrents. D'abord, le pouvoir hospitalier est souvent démuné, donc peu efficace. Ensuite, l'état d'esprit à l'hôpital est rude, aussi bien dans le corps

médical qu'administratif. Il favorise ces comportements graves et en fait une réalité presque culturelle. Et puis, les instances de médiation sont peu présentes, aussi bien la médecine du travail, en sous-effectifs, que les syndicats professionnels qui doivent souvent défendre les deux parties !

Quelles sont vos principales revendications pour favoriser une prévention plus efficace et une répression plus dissuasive ?

Bernard Granger. Pour la prévention, la formation est un enjeu considérable. Quant à la répression, les sanctions disciplinaires sont insuffisantes et mal appliquées. Elles sont aujourd'hui décidées exclusivement par l'administration. Cela doit changer. Nous insistons aussi sur la protection fonctionnelle, qui doit permettre que les frais d'avocat soient pris en charge par l'établissement – aujourd'hui, seul le directeur en décide. Il faut aussi faciliter la mutation, qui permet à la personne en souffrance de partir avec son poste. Nous recommandons souvent cette solution.

Édouard Couty, vous êtes le médiateur national. Pouvez-vous nous expliquer le nouveau plan de médiation ?

Édouard Couty. Avant, je voudrais rappeler que l'affrontement est la



L'état d'esprit à l'hôpital est rude, aussi bien dans le corps médical qu'administratif. Il favorise ces comportements graves et en fait une réalité presque culturelle.



culture fondamentale de l'hôpital, tout particulièrement chez les médecins. L'enjeu fondamental est de changer cela. Et ce sera long.

Il faut travailler à établir des diagnostics précoces. Le nombre de dossiers accumulés depuis des années, difficiles voire impossibles à régler, nous y incite. Le principe : échelonner les recours en laissant le plus de marge possible à la conciliation locale en première intention, souvent via les CME. Quand les cas ne trouvent pas de solution, ils sont montés aux médiateurs régionaux, au nombre de dix environ. Un médiateur national est chargé d'animer le réseau et de traiter les cas les plus complexes, renvoyés par les médiateurs régionaux. Ce plan est destiné aux directeurs, aux cadres, aux soignants, aux contractuels, aux étudiants, etc. À tout le monde.

Qui seront ces médiateurs ?

Édouard Couty. Des professionnels de santé de profils variés mais d'expérience. Leur mission doit répondre à quatre critères clés : indépendance, neutralité, confidentialité, impartialité. Ils auront avec eux une commission de médiation de dix membres, représentant les différents métiers. La commission se réunira tous les mois pour étudier les cas. Nous nous attendons à recevoir de nombreux dossiers : le médiateur de l'Éducation nationale, installé depuis vingt-cinq ans, reçoit environ 15 000 dossiers par an !

Comment seront-ils formés ?

Édouard Couty. Nous avons établi une formation *ad hoc* à l'EHESP. Ils agiront par le biais de médiations contractuelles, avec un suivi pour vérifier que les choses se mettent correctement en place.

Quelle sera leur fonction précise ?

Édouard Couty. Les médiateurs doivent être neutres. Avec une écoute bienveillante. Ce ne sont pas des conciliateurs internes à l'établissement. Ils ne doivent pas conseiller les parties. Ils ne doivent pas leur expliquer ce qu'il convient de faire. L'enjeu : retisser les liens entre les

deux parties, les amener à trouver une solution, matérialisée par un contrat puis un suivi d'un an.

Guérir, c'est bien. Prévenir c'est mieux. Comment le réseau des médiateurs pourra-t-il aussi contribuer à une meilleure prévention des cas ?

Édouard Couty. C'est un enjeu majeur. Chaque année, le médiateur national publiera un rapport, avec les cas mais aussi les statistiques et des recommandations pour améliorer la situation au sein des établissements.



Édouard COUTY

Les intervenants

Pauline Robineau

DRH au CHU de Nice. Ce CHU a mis en place un dispositif très innovant et participatif autour de l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Paula Cristofalo

Sociologue du travail, maître de conférences à l'EHESP, qui conduit les formations en QVT. Paula Cristofalo est aussi membre de l'Observatoire de la qualité de vie au travail, créé en juillet 2018.

Danielle Toupillier

Directrice du Centre national de gestion. Le CNG tente d'intégrer les dimensions de QVT dans la formation et l'accompagnement des managers de santé.

Bernard Granger

Professeur à l'hôpital européen Georges-Pompidou à Paris. Il préside l'association Jean-Louis Mégrien, du nom du cardiologue qui s'est suicidé à l'hôpital Pompidou en 2015. Cette association lutte contre le harcèlement moral et la maltraitance au sein de l'hôpital public.

Édouard Couty

Médiateur national sur les conditions de travail des professionnels de soins, Édouard Couty est chargé de mettre en place un dispositif de médiation dans les organisations de santé.



La détection et la prévention des risques passent par une réflexion élargie sur les réalités du travail dans le monde des soins. Paula Cristofalo, vous assurez la formation en QVT à l'EHESP de Rennes. Dans ce cadre, vous conduisez depuis deux ans une enquête sur la perception de la QVT dans environ 80 établissements, surtout des CHU. Pourquoi la qualité de vie au travail reste-t-elle si difficile à aborder ?

Paula Cristofalo. La qualité de vie au travail est une notion floue, d'où une difficile mise en œuvre. Chaque acteur lui donne un sens différent. Et il n'y a pas de recette de management à lui appliquer, car chaque situation est unique ! En plus, on veut des résultats très rapides. Or, en la matière, on confond très souvent les enjeux et les moyens. On a tendance à chercher et plaquer des recettes sans vraiment questionner les notions et le cadre du travail. On travaille alors beaucoup sur ce qui est autour du travail et peu sur le travail lui-même. Mais c'est incontournable : on ne peut pas faire l'impasse sur la mise en débat de la réalité du travail.

Qu'entendez-vous par « ce qui est autour du travail » ?

Paula Cristofalo. On installe des crèches, on crée du covoiturage. Mais ça ne correspond pas au réel concept de qualité de vie au travail. Cette insistance sur les aspects périphériques donne des résultats contraires à ce qui est attendu. On y consacre des moyens, et du temps. Et ce temps donne une impression de gaspillage, qui décrédibilise une vraie démarche de qualité de travail.

Et pourquoi les dispositifs de détection et de prévention restent-ils souvent si peu opérants ?

Paula Cristofalo. Les indicateurs se multiplient mais, le plus souvent, ils se cantonnent à montrer ce qui marche. Depuis trois ans, les établissements ont de plus en plus de démarches formalisées, dans les projets d'établissement par exemple. Mais il n'y a pas d'action, ou elles sont très peu suivies. On crée des questionnaires qui ne correspondent pas au ressenti



des personnels. On comptabilise les réunions sur le sujet. Et l'on passe ainsi à côté de l'aspect humain du travail. Résultat : les gens ne s'identifient pas à cette notion de qualité de vie au travail.

Autour de quels grands principes peut-on changer concrètement d'approche sur le sujet ?

Paula Cristofalo. Trop souvent la qualité de vie au travail est vue comme un objectif en soi alors qu'elle n'est qu'un moyen d'améliorer la qualité des soins. Être vraiment dans une démarche de qualité de vie au travail, c'est discuter tous ensemble des questions de travail. Cela suppose de penser à son propre travail, mais aussi à celui des autres. Il existe des formations pour cela. Les personnels doivent se mettre dans une logique de soutien d'équipe pour éviter le sentiment de solitude, facteur très aggravant en matière de qualité de vie au travail. Or ils n'ont pas l'habitude de travailler ainsi.

Qui peut soutenir cette démarche ?

Paula Cristofalo. Il faut les chercher à chaque niveau : manager de proximité, DRH, soutien financier et politique des institutions. On ne peut pas faire concrètement du soutien d'équipe

La qualité de vie au travail est une notion floue, d'où une difficile mise en œuvre. Chaque acteur lui donne un sens différent. Et il n'y a pas de recette de management à lui appliquer, chaque situation est unique !

quand on est soi-même prisonnier d'injonctions paradoxales. Les acteurs de la qualité de vie au travail doivent avoir une autonomie. Ils doivent être repérables comme personnes ressources. Leur investissement doit être reconnu, y compris dans le déroulement de leur carrière. Et les managers doivent prendre conscience que la qualité de vie au travail n'est pas une démarche en plus, mais une dimension centrale de leur mission, et de leur établissement.

Passons à l'aspect pratique.

Le CHU de Nice a mis en place une structure dédiée aux problématiques des conditions de travail. La direction générale et la CME participent au comité de pilotage. Pauline Robineau, pouvez-vous nous en dire plus ?

Pauline Robineau. Trois groupes de travail de quinze/vingt personnes se sont réparti trois thèmes choisis par le comité de pilotage : égalité hommes/femmes, télétravail, prévention des risques psychosociaux. S'y croisent des médecins, des cadres de santé, des personnels. L'opération est un succès, aussi bien par l'adhésion qu'elle suscite en interne que par les mesures prises. Nous avons créé deux salles d'allaitement. Nous avons mis en place une charte de télétravail et déployé un dispositif de médiation et de prévention des risques psychosociaux. Et ce n'est qu'un aperçu !

C'est d'autant plus remarquable que le CHU est un hôpital qui a connu des difficultés budgétaires.

Voici une preuve que la qualité de vie au travail ne vaut pas que pour les établissements dits « bien portants » ! Pourquoi le CHU s'est-il engagé dans un tel chantier ?

Pauline Robineau. Dans ce contexte de transformation de l'hôpital, nous voulions accompagner l'enjeu de performance économique d'une vraie démarche de performance sociale autour de la qualité de vie au travail. Il ne s'agissait surtout pas d'une mesure d'accompagnement destinée à faire passer une réforme difficile. Et chaque projet économique mené est doublé d'un projet de performance sociale. Cela a permis une véritable adhésion.

Et ce d'autant que vous êtes partis des initiatives de terrain ?

Pauline Robineau. Oui. Nous avons voulu structurer, valoriser et diffuser ce qui se faisait de façon isolée sur le terrain. Ce qui marche le mieux est ce qui vient de la base. Le but est d'en faire une démarche institutionnelle, en le structurant par la méthode. Les projets sont alors portés par des agents volontaires. C'est d'autant plus important que le CHU emploie de nombreux contractuels, peu valorisés. Nous avons aussi tenu compte de la forte concurrence de cliniques privées sur le secteur. Elle nous imposait de travailler notre attractivité !

Quel écho toutes ces initiatives ont-elles eu ?

Pauline Robineau. Auprès des participants, l'écho a été bon. Beaucoup de candidats ont souhaité prendre part aux groupes de travail. À l'issue, beaucoup sont venus nous dire : « C'est

De telles initiatives ne se heurtent-elles pas à des problématiques de surcharge de travail ou de management vertical, qu'elles n'impactent pas véritablement ?

Pauline Robineau. Il est clair que le changement de travail sur les quinze dernières années a été très violent et peu accompagné. La qualité de vie au travail n'est pas une fin en soi mais une manière d'accompagner le changement. C'est une opportunité de réinterroger et de repenser la notion de travail. La hiérarchisation forcenée de l'hôpital a clairement fait perdre un sens du collectif à l'hôpital. Aborder ces sujets n'apportera pas de bras dans les services

Il ne s'agissait surtout pas d'une mesure d'accompagnement destinée à faire passer une réforme difficile. Et chaque projet économique mené est doublé d'un projet de performance sociale. Cela a permis une véritable adhésion.

la première fois qu'on travaille avec un DRH ou un DAM. » Cela donne du sens et crée du collectif avec des gens qui ne se connaissaient pas. Le succès de la démarche a étonné tout le monde. Et dans l'établissement, l'écho a aussi été très bon, grâce à des mesures très fortes, comme la définition d'un droit au télétravail, fixé à deux jours par mois et qui va faire l'objet d'expérimentation avant d'être étendu à tout l'établissement.

Et les syndicats ?

Pauline Robineau. Cela a été plus compliqué. Deux d'entre eux ont été moteurs des groupes de travail. Le troisième a refusé la démarche et bloque la collaboration avec le CHSCT.

Pauline ROBINEAU



mais cela améliorera le quotidien et remontera le moral. La transformation du management est liée à cette montée en puissance de la qualité de vie au travail, selon moi. C'est un processus long.

Danielle Toupillier, quelles sont les difficultés de vie au travail des managers de santé reçus et accompagnés par le Centre national de gestion ?

Danielle Toupillier. On voit monter un problème de gestion du temps et de la vie professionnelle de plus en plus compliqué. Travailler dans des établissements regroupés au sein de GHT pourrait soulager la charge de travail, mais souvent elle l'augmente en démultipliant les missions et les réunions sans dédoubler les postes. On voit aussi une inquiétude face à l'absence de stratégie partagée, voire à l'absence de stratégie : le manager ne sait pas où il va. La généralisation du numérique oblige à une réactivité permanente, et c'est stressant. Les managers font aussi face à un risque de procédures judiciaires accru. Et il y a un sentiment récurrent d'isolement qui se renforce chez beaucoup dans le fait de taire une partie des décisions

aux équipes pour les protéger. Citons encore la confiance excessive en soi : on croit pouvoir toujours faire face parce que la pudeur empêche de dire qu'on va mal. Le poids des réseaux sociaux et des médias s'impose comme une nouvelle source de stress. Et le conflit de valeurs s'enracine : le travail est réalisé mais il n'est pas conforme à ses propres valeurs. Exécuté dans une urgence imposée, il donne aussi une impression de bâclage.



Travailler dans des établissements regroupés au sein de GHT pourrait soulager la charge de travail, mais souvent elle l'augmente en démultipliant les missions et les réunions sans dédoubler les postes.

Ce mal-être concerne-t-il une catégorie de managers en particulier ?

Danielle Toupillier. Non. C'est une situation que l'on retrouve chez à peu près tous les types de profils et tous les sexes. Les plus expérimentés peuvent se sentir dépassés par l'afflux de technologies, quand les plus jeunes sont usés par les pesanteurs du système.

Vous développez de nombreux modules d'accompagnement individuels et collectifs.

En quoi peuvent-ils aider à améliorer la vie au travail des managers ?

Danielle Toupillier. On travaille beaucoup sur la posture managériale et on a de nombreux ateliers de co-développement. Ces ateliers sont des lieux de liberté pour aider à mieux appréhender les phénomènes de transformation avec un groupe dont le regard bienveillant déculpabilise. Les ateliers aident à donner du sens, à faire confiance, à avoir confiance.

Le CNG développe des dispositifs d'accompagnement. Quels sont les plus pertinents pour répondre au mal-être au travail ?

Danielle Toupillier. Nous proposons des coachings individuels mais aussi des ateliers collectifs. Ceux-ci ont une grande vertu : ils déculpabilisent beaucoup, car le regard du groupe dit que vous avez le droit d'essayer et de vous tromper. Les ateliers collectifs peuvent s'organiser en groupes pairs et mixtes. Nous sommes les synthétiseurs entre le monde administratif et le monde médical. Nous travaillons sur les thèmes suivants, très demandés : donner du sens ; faire confiance, avoir confiance, être en confiance ; faire le pari de l'autonomie, donner des marges de manœuvre et permettre de mobiliser l'intelligence collective ; s'inscrire dans un management éthique et responsable. Nous avons d'ailleurs écrit une charte de l'éthique et de la responsabilité avec les managers. Et nous repérons et développons les potentiels. Et les hauts potentiels. ■



INNOVATION ET RECHERCHE

Comment innover sans se perdre ?

La révolution technologique, du *big data* à la robotisation en passant par la numérisation ou l'intelligence artificielle, va transformer en profondeur le monde des soins, et le périmètre d'action de ses acteurs. L'innovation n'est pas nouvelle à l'hôpital, mais ses applications n'ont jamais été aussi importantes. Du soin aux processus d'organisation. De la relation au patient à celles entre professionnels de soins. De la recherche au territoire. Comment anticiper, accompagner et intégrer au mieux ces innovations ? Quelles politiques publiques et quelles organisations à l'échelle des établissements et des GHT sont-elles nécessaires ? Ces questions sont essentielles pour faire de ces innovations des opportunités. Et non pas pour qu'elles se substituent à notre système de soins.

Le système de santé français s'enrichit sans cesse d'innovations technologiques comme scientifiques majeures. Comment peut-il s'adapter pour en tirer le meilleur ? Comment ces innovations le rencontrent-elles, le bouleversent-elles ? Réponse par deux exemples emblématiques, et très différents, de cette effervescence. D'un côté, l'intelligence artificielle, avec Luc Pierron, du *think tank*

Terra Nova. De l'autre le concours Lépine, avec son lauréat 2018, Samuel Mercier.

Vous êtes infirmier dans la brigade des sapeurs-pompiers de Paris. Pouvez-vous nous parler de ce poste singulier et mal connu du corps médical ?

Samuel Mercier. Les pompiers peuvent porter secours, mais les gestes médicaux ou l'administration de médicaments leur sont interdits : ils sont réservés aux

infirmiers de la brigade. Les infirmiers interviennent donc sur secteur en renfort des forces de pompiers.

En quoi consiste votre innovation ?

Samuel Mercier. Sur les terrains d'intervention, on fonctionne en mode dégradé, qu'il s'agisse d'accrocher les compresses, de gérer les déchets, les perfusions. On

Les intervenants

Solange Ménival

Présidente du *think tank* Stratégie Innovations Santé, ex-vice-présidente de la région Aquitaine sur les questions de santé, auteure d'un rapport sur le futur de notre système de santé face aux innovations et transformations annoncés.

Samuel Mercier

Infirmier dans la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, lauréat du concours Lépine 2018 pour sa création d'un plan de travail portatif, destiné aux infirmiers pompiers.

Jean-Yves Fagon

Professeur de médecine et délégué ministériel à l'innovation en santé depuis 2016.

Laurent Bertolletti

Professeur des universités-praticien hospitalier au CHU de Saint-Étienne, membre du Groupe des 26.

Luc Pierron (vidéoconférence)

Coauteur d'un rapport pour le *think tank* Terra Nova sur les impacts de l'intelligence artificielle en santé.



pose le matériel à même le sol, on s'éclaire comme on peut. J'ai donc conçu un plan de travail mobile et hygiénique, compact et léger, avec accroche à perfusion, plateau d'intubation mobile, tri sélectif des déchets. Sa mise en place, de jour comme de nuit, est rapide.

Votre idée germe en 2012, avec un premier prototype en 2014, suivi par d'autres versions, jusqu'à la quatrième version, en 2018, qui remporte le concours Lépine. Cela a été une aventure longue et solitaire. À quels moments vous êtes-vous senti le plus seul comme inventeur ?

Samuel Mercier. J'ai bénéficié de l'aide d'un fond dédié à l'innovation de la Direction générale de l'armement (DGA) au démarrage puis dans les phases de tests. Mais les moments où l'on se retrouve le plus seul se situent au début et à la fin du processus. Au début car je suis infirmier, pas ingénieur et je ne maîtrisais pas le passage par un bureau d'étude. J'ai développé le plan de travail portatif sur mon temps libre et avec mon argent. J'ai investi 60 000 € dans les premières phases, alors qu'initialement je ne pensais pas mettre plus de 10 000 €.

L'autre point critique, c'est la mise en pratique du projet et sa généralisation. Car même si l'idée est bonne, il faut faire bouger les mentalités. Et cela suppose d'employer tous les canaux possibles pour convaincre les utilisateurs jusqu'à la mise en pratique.

Avec le recul et nourri de cette expérience, comment les politiques publiques et les acteurs de soins pourraient-ils mieux accompagner des inventeurs comme vous ?

Samuel Mercier. On manque d'une structure d'État qui accompagne



Samuel MERCIER

spécifiquement les innovations de rupture. Mais on a aussi besoin d'outils simples, par exemple de pouvoir bénéficier d'un guide d'accompagnement et d'outils comme le listing des bureaux d'étude.

Intéressons-nous maintenant à l'intelligence artificielle. Luc Pierron, vous êtes coauteur avec Antoine Evennou d'un rapport sur les impacts de l'intelligence artificielle.

De quoi parle-t-on ?

Luc Pierron. L'intelligence artificielle correspond à l'ensemble des technologies qui ont pour objet de reproduire les tâches cognitives jusqu'ici dévolues à l'homme comme l'audition, le toucher, etc. Mais elles peuvent aussi capter des ultrasons, des images. Pourquoi l'IA peut-elle pénétrer davantage la santé que d'autres domaines ? Parce qu'il y aura une forte demande si elle permet d'apporter plus de bien-être et d'espérance de vie. Et ce malgré la destruction d'emplois qu'elle pourra entraîner.

Et quel impact sur les établissements ?

Luc Pierron. L'IA pourra entraîner une nouvelle division du travail. Par exemple pour

le médecin. Pourquoi se limiter à l'homme si la machine a des capacités de diagnostic, de prescription, de décision supérieures à l'homme ? Pourquoi ne pas lui déléguer certaines tâches ? Cela concerne de nombreux métiers. La machine va pouvoir diminuer pénibilité du brancardier, elle va l'aider à accompagner le patient. Mais là où deux ou trois brancardiers étaient nécessaires, il n'en faudra plus qu'un seul.

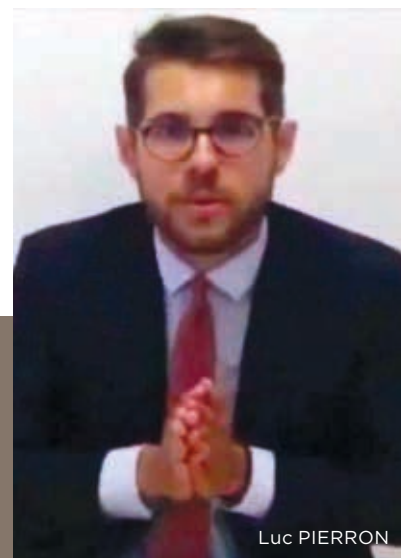
Comment peut-on favoriser l'appropriation de l'IA par les professionnels ?

Luc Pierron. Il faut éviter au maximum la peur. La formation initiale est nécessaire pour les nouveaux personnels de l'hôpital, et nous avons besoin d'une formation continue pour les salariés déjà en poste. L'acculturation et l'appropriation sont nécessaires pour éviter les craintes et les blocages. Car l'invention la plus minime va pouvoir être majeure.

Pour éviter les fantasmes d'univers futuristes vertigineux, les acteurs du système de santé ne doivent pas laisser ces thèmes aux acteurs des systèmes d'information (SI) et des nouvelles technologies. Il faut une interdisciplinarité et une pluridisciplinarité.

Quelles conséquences pour les politiques publiques ?

Luc Pierron. Elles doivent fixer un cadre intelligent et dynamique. On peut vouloir réglementer en fonction de fantasmes, au risque de prendre du retard, alors même qu'on a des atouts. Il faut donner les moyens d'expérimenter, d'innover, en allouant des fonds, même modestes. Encore une fois, les créations les plus



Luc PIERRON

Pourquoi l'IA peut-elle pénétrer davantage la santé que d'autres domaines ? Parce qu'il y aura une forte demande si elle permet d'apporter plus de bien-être et d'espérance de vie.

simples peuvent avoir un impact majeur sur l'organisation des établissements, ou d'un parcours de soins. C'est dans cette optique que chacun a intérêt à s'investir.

Jean-Yves Fagon, vous êtes depuis 2016 délégué ministériel à l'innovation en santé. Et la tâche est lourde, avec pas moins de 5 000 projets en cours rien qu'en e-santé! Votre enjeu majeur, c'est de gérer la profusion.

Dès 2016, vous avez mis en place un guichet ouvert aux porteurs de projets, qui a suivi près de 250 dossiers à ce jour. Le profil de Samuel Mercier correspond-il aux porteurs de projets que vous recevez? Les difficultés semblables à celles qu'il a connues sont-elles fréquentes dans les dossiers que vous traitez?

Jean-Yves Fagon. Le parcours de Samuel Mercier est classique. Nous avons une grande diversité de propositions, de l'individu seul à la grande entreprise. Notez une donnée de base très importante: tous les porteurs de projet doivent intégrer leur mode de développement dans notre système de santé. Des projets intéressants, inscrits à côté du système, ne peuvent pas être soutenus.

Toute la difficulté des politiques publiques, en matière d'innovation, c'est d'inciter tout en régulant. Ce que Luc Pierron exprimait au sujet de l'IA. Aujourd'hui, selon vous, autour de quels axes la réglementation peut-elle mieux inciter et mieux réguler?

Jean-Yves Fagon. La régulation passe beaucoup par l'articulation des actions, pour faire en sorte que les projets, les porteurs et les financeurs se parlent entre eux. On le fait via les guichets. Cela pourrait également être porté par un conseil stratégique des innovations en santé qui permettrait de penser une vraie politique publique.

Le plus difficile concerne les mesures dérogatoires. La France a un système dérogatoire qui apporte de grandes facilités parfois, mais il est difficile à maintenir. Nous regardons ce qui se fait chez nos voisins, en particulier en Allemagne où l'on accompagne un projet de développement sur dix-huit mois, avec diminution drastique du budget à la fin s'il n'y a pas de résultat.



Il faut former tous les professionnels de santé à intégrer des innovations incessantes afin qu'ils anticipent les transformations à venir.

Un enjeu clé est celui de la formation, notamment la formation continue. Comment le prenez-vous en compte?

Jean-Yves Fagon. Il faut former tous les professionnels de santé à intégrer des innovations incessantes afin qu'ils anticipent les transformations à venir. Je me suis rapproché des doyens d'université pour intégrer cela. Nous avançons, avec une volonté encore plus marquée de la part des jeunes générations. Mais, j'insiste, l'approche doit porter sur l'ensemble des professionnels de santé, pas seulement le médical. Le paramédical a aussi un rôle à jouer.

Solange Ménival, vous êtes coauteure d'un rapport sur l'avenir de notre système de santé face à ces vagues d'innovation. Pouvez-vous nous en parler?

Solange Ménival. Nous avons auditionné plus de quarante-cinq experts du secteur. À partir de leurs constats d'un monde de la santé qui va mal et peine à se moderniser, nous avons établi trois scénarios.

Le premier est celui d'un certain *statu quo*, avec un cadre réglementaire qui évolue en douceur, mais toutes les décisions dépendent des autorités publiques.

À l'opposé apparaît le scénario qui fait peur, très perturbant, celui du débordement du système par les GAFA. Les géants du Net prennent les commandes avec implosion des systèmes actuels et marchandisation généralisée de la santé. Entre les deux, le scénario de la transformation nécessaire passe par une adaptation via le rôle accru des mutuelles et la création de plateformes territoriales de e-santé.

Vous avez évalué la probabilité de ces trois scénarios.

Lequel est le plus probable? Et le plus souhaitable?

Solange Ménival. Aujourd'hui, les experts que nous avons auditionnés jugent les trois scénarios crédibles. Amazon vient d'ailleurs de racheter un assureur, Google investit dans la santé et dans le développement d'une médecine prédictive, qui rend les *datas* toujours plus stratégiques. C'est un scénario dangereux, car il échappe aux acteurs de santé. Le plus crédible est le dernier scénario, basé sur des appels à projets lancés sur les territoires. Il redonne de l'autonomie aux acteurs du service public et des hôpitaux, mais aussi aux acteurs libéraux. Les appels à projets

lancés au plan territorial répondraient à des besoins de population. On partirait de la demande, et non plus de l'offre, pour être efficace et innover.

Si l'on s'en tient à ce scénario, quelles seraient les principales transformations concrètes par rapport à aujourd'hui? Quel rôle pour l'État?

Solange Ménival. On pense que, de plus en plus, les patients et les usagers vont se saisir des nouvelles technologies pour répondre à leurs besoins dans un temps instantané. Les consultations en ligne, plutôt que les urgences, devraient monter en puissance dans de nombreux cas. Pour éviter au marché d'organiser la réponse, il va falloir un vrai dialogue entre de nombreux acteurs, dont les mutuelles. Dans cette approche, l'État encadre mais les ARS sont plus autonomes et

on donne toute leur part à de vraies dynamiques d'appels à projets. L'ARS doit encadrer les pratiques, à partir d'un vrai diagnostic territorial et en orientant autour d'objectifs de santé publics partagés.

Et quelle politique d'innovation?

Solange Ménival. Ce scénario suppose deux axes forts : se recentrer sur les innovations les plus nécessaires et répartir des besoins réels, qui sont souvent les besoins fondamentaux et le renforcement du premier recours. Il faudra aussi beaucoup innover en matière de gouvernance et d'organisation. Sinon, l'innovation scientifique et technologique ne pourra pas se déployer.



Solange MÉNIVAL

Il faudra aussi beaucoup innover en matière de gouvernance et d'organisation. Sinon, l'innovation scientifique et technologique ne pourra se déployer.

GRAND TÉMOIN

E-santé? Cap sur l'Estonie

L'Estonie est le pionnier de la citoyenneté numérique. Alar Streimann, son ambassadeur en France, invité du 71^e congrès du SMPS, nous a présenté tous les avantages de l'e-santé. Et le projet Génome de son pays.

98% des Estoniens ont une carte d'identité électronique. Le système ne comporte pas de base de données centrale. Une plateforme permet de communiquer entre bases de données de façon ultra-sécurisée. On utilise sa carte d'e-identité pour avoir accès aux services. En l'introduisant dans son ordinateur, par exemple, un fonctionnaire peut faire une demande de congés auprès de son employeur, qui peut la valider. On peut aussi signer un document officiel, ce qui est très pratique lorsqu'on est en déplacement.

La e-santé, qui facilite les relations patient/médecin, présente de nombreux avantages :

- en cas d'urgence, un médecin peut vite accéder aux informations critiques relatives au patient – hémophile, par exemple. Mais même en dehors des

situations d'urgence, les médecins d'un hôpital peuvent accéder aux données d'un patient d'un autre hôpital lorsqu'ils le traitent ;

- via le portail patients, ceux-ci peuvent accéder à leurs données et à leurs diagnostics ;
- les médecins peuvent vérifier si le patient a acheté les médicaments prescrits ;
- avec l'e-ordonnance, le plus populaire des services, plus besoin de se rendre chez son médecin pour renouveler son ordonnance. On lui téléphone, il envoie l'ordonnance en un clic, puis direction la pharmacie. C'est apprécié par la population plus âgée. ;
- et les médecins reçoivent une alerte s'ils commencent à prescrire un médicament contre-indiqué ;
- transparence de l'information : il est possible de voir qui a consulté mes

données et quand, grâce au système « on going log » ;

- un temps médical récupéré par les médecins, ce qui permet d'assurer de meilleurs traitements ;
- toutes les informations sont gardées, alors que des patients perdaient fréquemment une partie de leur dossier papier.

Le projet Génome

Le projet Génome a été lancé en 2000 pour améliorer la santé publique. La collecte, le génotypage et l'analyse initiale des échantillons des gènes sont gérés par la Fondation génome, qui contient déjà plus de 52 000 échantillons de la population d'Estonie – la loi interdit la collecte auprès des enfants. But de cette année : plus de 100 000 échantillons, avec le projet de les inclure dans les dossiers d'e-santé. Dans le futur, les médecins pourraient prendre en compte les informations génétiques personnelles d'un patient, ce qui aidera à trouver le meilleur remède pour celui-ci. ■

Des pays étrangers présentent-ils des modèles intéressants basés sur un tel scénario ?

Solange Ménival. Le Portugal par exemple, qui a refondu son organisation autour d'agences régionales très autonomes, d'objectifs populationnels clairs et d'outils, comme le dossier patient, qui permettent un vrai dialogue sur le terrain entre acteurs.

Laurent Bertoletti, quel regard portez-vous sur les innovations technologiques de l'IA ? Est-ce une chance ou une menace dans votre exercice de professionnel de santé ? Dans son rapport, Luc Pierron dit que les médecins spécialisés seront les plus menacés par ces transformations.

Laurent Bertoletti. Ces innovations sont à la fois une chance et une menace. À nous d'en faire une opportunité pour mieux soigner les malades, actuels et futurs. L'IA va aider pour les soins, c'est certain. Aussi bien pour le diagnostic que pour la recherche. Mais il y aura des limites car le lien avec le praticien est essentiel ; or, la dématérialisation peut entraîner des pertes de chance de pronostics ou des effets nocebo, déjà documentés.

Et pour la recherche des établissements hospitaliers à laquelle vous êtes très attaché ?

Laurent Bertoletti. C'est une chance pour la recherche car l'intelligence artificielle permet d'appréhender un champ de publications et d'avancées que l'on ne peut plus embrasser seul. Mais c'est aussi un risque, celui d'une dématérialisation accélérée des procédures d'essais cliniques. Elles sont déjà de plus en plus délocalisées, et elles pourraient demain être remplacées par du traitement de données épidémiologiques.

L'enjeu est aussi de faire de ces innovations une opportunité pour développer les activités de recherche dans les établissements de santé, en particulier au sein des GHT. Pas juste donc dans les CHU. Comment fait-on pour décloisonner le système ?

Laurent Bertoletti. J'ai deux mots clés : réseaux et territoire. La France a un atout dans la compétition

internationale : elle a su développer des réseaux de recherche clinique. Mais pour que ceux-ci continuent à marcher, ils doivent couvrir l'immensité du territoire français. Et être capables de répondre aux vrais besoins des malades présents sur tout le territoire, pas seulement aux besoins de ceux accueillis dans les CHU.

Et c'est le second axe de vos préconisations : être au plus près des malades et des pratiques.

Laurent Bertoletti. Nous devons placer les malades au cœur de la recherche. Ils nous sollicitent de plus en plus, par le biais de mails, entre autres, et celui des associations de malades de plus en plus actives. Le cancer se guérit de plus en plus, ou devient une maladie chronique. Quand on reste trop dans nos centres, à la recherche de nouveaux traitements, on oublie d'écouter les malades. Il y a dix ans, à Saint-Étienne, beaucoup d'entre eux nous sollicitaient pour résoudre un problème qui les coupait de leur confort de vie : la thrombose de la chambre implantable, ce petit boîtier placé sous la peau, qui se bouchait

régulièrement. Grâce à nos réseaux, grâce à ce travail opéré sur le territoire, la recherche clinique a pu leur apporter une réponse satisfaisante.

Quels sont les enjeux de la territorialisation ?

Laurent Bertoletti. Tout le monde peut y gagner. Les établissements centres savent qu'ils ne pourront plus garder leur niveau d'excellence sans les patients des autres centres, et les centres associés ont intérêt à exister par de vraies dynamiques de recherche. Nous avons des réseaux qui peuvent se mettre en place sur la base d'un établissement pivot. Les GHT offrent un cadre pour cela. La territorialisation doit se faire aussi plus largement, en rassemblant les universités des métiers de santé.

Que diriez-vous aux managers santé pour les convaincre d'agir pour la recherche à l'hôpital ?

Laurent Bertoletti. Si vous voulez que vivent vos hôpitaux, ils doivent faire de la recherche. Si celle-ci reste concentrée dans quatre ou cinq grands CHU, on continuera à perdre dans la compétition internationale en recherche fondamentale. Les résultats en ce domaine dépendent du maillage territorial. La recherche clinique, c'est aussi la formation des futurs médecins et des futurs personnels. Et il est très motivant de pouvoir proposer à un malade, quel que soit son territoire, de participer à un essai thérapeutique. Managers, devenez investigateurs principaux d'essais cliniques institutionnels! ■



Laurent BERTOLETTI

Il est très motivant de pouvoir proposer à un malade de participer à un essai thérapeutique. Managers, devenez investigateurs principaux d'essais cliniques institutionnels!

TERRITOIRE

Nos territoires sont-ils en bonne santé ?

Dernier défi : la territorialisation des stratégies d'établissement. Comment la mettre en place ? Ce n'est pas simple avec le vieux logiciel d'action publique à la française ! La vision des carrières et des missions du manager, elle, change déjà : l'établissement n'est plus la seule référence. Les médecins, quant à eux, aimeraient bien qu'on ne les oublie pas ! Et quel appui attendre des nouvelles technologies ? La télémédecine reste en rade, malgré les apparences. Et le créateur de Doctolib nous dit que la technologie n'est pas le plus important. Ce qui prime, selon lui, c'est l'expérience de chaque patient sur son territoire. On y revient !

Aurélien Vautard, vous plaidez dans votre livre pour une vraie politique de territorialisation des établissements. L'établissement de santé serait le pivot des politiques de territorialisation. Mais cela a déjà été inscrit, dans la loi HPST ou avec la création des CHT, sans qu'aucune vraie politique de territorialisation se mette en place. Qu'a-t-il manqué jusqu'à présent pour que l'hôpital joue pleinement son rôle d'acteur de territoire ?

Aurélien Vautard. L'hôpital a toujours été un acteur de son territoire, mais jamais, sauf tout récemment, un acteur de l'aménagement et de l'organisation de filières de soins. Pendant les Trente Glorieuses, l'enjeu était de développer une offre de soins sur l'ensemble

des établissements. Les mécanismes budgétaires ne plaident pas pour une réflexion allant au-delà de l'établissement et de ses enjeux.

Mais avec la nouvelle gouvernance puis la tarification à l'activité, on franchit une première étape ?

Aurélien Vautard. Oui. Mais ce n'est pas de la coopération, c'est une mise en concurrence. Depuis les années 1980, on

produisait les données qui permettaient d'analyser l'organisation territoriale. À ce moment, on a fait de l'hôpital un acteur concurrentiel, y compris vis-à-vis des autres hôpitaux publics. L'hôpital s'est intéressé à son territoire, non pas comme un aménageur, mais en concurrence, comme hôpital entreprise, avec les autres hôpitaux. C'est la limite de l'hôpital entreprise ou de la tarification à l'activité : on a poussé l'ensemble des hôpitaux à développer une offre alors que les besoins de santé d'un territoire sont limités. Et ce n'est pas l'offre qui crée la demande en santé. Ce manque a fait voir la nécessité de se réorganiser entre hôpitaux publics.

Deux étapes importantes ont été franchies depuis. D'abord la création des ARS, pour décloisonner et avoir une vision de la régulation territoriale. Puis la création des GHT, absolument nécessaire. L'hôpital est alors considéré comme un aménageur de son territoire en lien avec les autres hôpitaux.

En quoi les GHT aident-ils à faire avancer la territorialisation ? Et que préconisez-vous pour qu'ils puissent pleinement jouer leur mission en la matière ?

Aurélien Vautard. Je ne pense pas qu'on reviendra sur le GHT. Son avantage, c'est qu'il n'est pas optionnel ! Les communautés professionnelles territoriales de santé ont du succès mais leur cadre est trop limité. La loi Touraine impose une étape quantitative nécessaire, c'est son avantage. Aujourd'hui, le GHT est largement insuffisant, il est appelé à se développer. Il n'a pas de personnalité morale mais, pour mémoire, à la création des intercommunalités, les élus ne se sont pas posé la question du besoin de personnalité morale. Il faudra clarifier son rôle dans les établissements : on ne peut pas être sans cesse dans les

On a poussé l'ensemble des hôpitaux à développer une offre alors que les besoins de santé d'un territoire sont limités. Et ce n'est pas l'offre qui crée la demande en santé.



doublons en termes d'instances. Il faudra le doter d'outils juridiques. Il convient aussi d'inscrire les GHT dans un contexte territorial, et donc que la concurrence soit saine avec les établissements privés. Dernier point : veiller à une bonne répartition des autres acteurs libéraux. Les GHT ne pourront pas exister sans un minimum d'offre de premier recours sur leur territoire.

Romain Pasquier, l'action publique s'est longtemps construite sur un principe d'égalitarisme. Elle se heurte aujourd'hui aux fractures et à la diversité des territoires. Autour de quels principes peut-on construire un nouveau récit des missions de service public ?

Romain Pasquier. L'action publique à la française est traversée des passions. Passion de l'égalité. Passion de verticalité. Passion des structures, de l'organisation. Nous héritons d'un vieux logiciel, qui n'est pas adapté à la flexibilité et qui rend difficile le pilotage et l'expérimentation. Or, aujourd'hui, les services publics ne sont plus censés répondre de la même manière partout. Il convient de refonder un nouveau récit sur ces services, qui sorte des cadres traditionnels de l'offre de soins et de la toute-puissance des établissements. On

s'oriente vers une offre de soins graduée et polymorphe. On le voit déjà avec les maisons de santé.

Cette nouvelle approche suppose de penser autrement le déploiement de ces missions...

Romain Pasquier. Oui, on voit se multiplier les acteurs et le besoin d'approche participative. Cela conduit à développer de nouveaux outils comme les appels à projets, les incitations à l'expérimentation, l'innovation solidaire. Surgissent des jurys citoyens, des conférences de consensus, dont l'idée vient d'ailleurs, de Hollande, de Scandinavie. Mais cela reste encore marginal dans l'action publique alors que ça devrait être l'outillage de ses politiques.

La refonte de l'action publique territoriale appelle-t-elle aussi un changement de posture de l'État, et si oui, lequel ?

Romain Pasquier. L'État construit un discours modernisateur qui s'accompagne d'un vieux logiciel, doté d'instruments jacobins, technocratiques et punitifs en totale dissonance avec la nouveauté proclamée. S'imposent encore une gestion très budgétaire et une démultiplication d'instances portée par cette vision à l'ancienne.



Romain PASQUIER

Les intervenants

Aurélien Vautard

Directeur adjoint du centre hospitalier de La Rochelle, auteur de *L'Aménagement sanitaire du territoire, stratégie et coordinations* (LEH Édition).

Antoine Loubrieu

Directeur des opérations au centre hospitalier du Mans et président du Club Jeune Génération du SMPS.

Pierre Espinoza

Pionnier et expert de la télémedecine, auteur d'une contribution sur ce thème pour le Groupe des 26.

Thierry Godeau

Président de la Conférence des présidents de CME de CH, chef de service au centre hospitalier de La Rochelle,

Romain Pasquier

Chercheur au CNRS, spécialiste des politiques territoriales.

Stanislas Niox-Château

Fondateur du site Doctolib, qui a fédéré en trois ans 7,5 millions de patients et 17 000 praticiens. Le site élargit aujourd'hui son activité aux liens entre praticiens et établissements autour des enjeux de réadressage de patients.



Antoine LOUBRIEU



Le manager de santé est devenu un manager territorial. Cette approche nouvelle bouleverse considérablement l'exercice du métier au quotidien.

Comment intégrer cette dimension territoriale au cœur des missions des professionnels de soins et des managers de santé ?

Antoine Loubrieu, vous êtes membre du Club Jeune génération qui réfléchit à l'évolution des pratiques des managers de santé pour les années à venir. En quoi la territorialisation est un enjeu grandissant dans les missions de manager de santé aujourd'hui ?

Antoine Loubrieu. On n'a jamais autant parlé de territoire dans les hôpitaux. Le terme irrigue tous les projets. Globalement, c'est un facteur de l'évolution du métier fondamental. Le manager de santé est devenu un manager territorial. Cette approche nouvelle bouleverse considérablement l'exercice du métier au quotidien. En plus d'avoir à penser la gradation de l'offre de soins différemment. Et même s'il ne se préoccupe pas de territoire, le manager y est confronté : les déserts médicaux organisent différemment le parcours de soins.

En quoi cette dimension territoriale représente-t-elle un défi en termes de management et peut-elle permettre de faire évoluer les pratiques ?

Antoine Loubrieu. C'est clairement un défi car on passe d'un modèle d'hôpital à un modèle territorial. Cela suppose d'apprendre à gérer des équipes qui opèrent sur plusieurs sites, avec des

cultures d'établissements différents à intégrer. La vision des carrières et des missions évolue : l'établissement n'est plus la seule référence. Il faut pouvoir se valoriser sur des démarches de mutualisation et de délégation. Enfin, cela oblige à penser autrement les stratégies d'établissement, en mettant plus en avant les stratégies de santé publique, aujourd'hui encore peu représentées à l'échelle des stratégies d'établissement. Or, elles sont la porte d'entrée des approches de territoire pour les établissements.

Thierry Godeau, vous présidez la Conférence des présidents de CME de CH. Et vous êtes un fervent partisan des GHT. Comment mieux valoriser les projets territoriaux de santé qui demeurent un parent pauvre de la pratique médicale en établissement ?

Thierry Godeau. C'est un enjeu majeur qui reste aujourd'hui à l'écart de l'organisation des soins et des GHT ! Je voudrais dire que je rejoins Emmanuel Vigneron : les GHT doivent correspondre aux besoins d'une population, aux filières, aux parcours (voir l'intervention d'Emmanuel Vigneron p. 31 - Ndlr). L'objectif fixé : avoir des équipes médicales de territoire dans nos établissements. Or, on n'y arrivera pas sur de grands territoires.

Les médecins ne se sont pas encore appropriés les GHT. Les projets médicaux ne peuvent se construire que lorsque les médecins sont réunis et qu'ils partagent des visions communes. Où cela se fait-il ? Il faudrait commencer par instaurer une CME obligatoire dans chaque GHT, chargée de gérer et d'élaborer les projets médicaux des groupements. On oublie trop souvent, au nom des économies et de regroupement de fonctions supports, que les GHT ont été créés pour mutualiser les projets médicaux ! Une CME obligatoire et territoriale est essentielle pour gérer les questions de stratégie médicale, de filière, de qualité des soins. On demande d'ailleurs qu'un représentant de la médecine libérale y soit intégré.

Thierry GODEAU



L'implication des professionnels des soins est aussi un enjeu.

Or les médecins peinent à développer des exercices partagés, ils s'impliquent peu dans les GHT. Comment mieux et plus les mobiliser dans leurs pratiques ?

Thierry Godeau. Les GHT sont pour moi un vrai levier d'attraction médicale. Et de qualité des soins. Les médecins ont une vraie appétence des médecins pour ce type de pratique aujourd'hui. Les jeunes médecins ne veulent plus de l'exercice solitaire ou en petite équipe. Ils souhaitent développer l'excellence de leur spécialité. Ce que la territorialisation permettra en favorisant au niveau des centres hospitaliers, notamment, un regroupement des disciplines, éparpillées sur différents sites. Cela permettra une plus grande expertise des équipes et une meilleure spécialisation des professionnels.

Les chefs de service et les chefs de pôle doivent s'investir sur ces missions. Mais cela passe aussi par une revalorisation du temps médical. Aujourd'hui, on en manque cruellement pour organiser les projets et les services.

Un des axes du développement des pratiques orientées vers le territoire, Antoine Loubrieu l'a dit, c'est de valoriser la médecine de prévention et les actions de santé publique. Or ces missions ne sont pas considérées comme l'excellence en matière de pratique de soins. Comment mieux les valoriser ?

Thierry Godeau. C'est un élément clé, en effet. Les établissements ont une forte responsabilité vis-à-vis des populations dans ces actions de santé publique.

Mais pour mener ces missions, il faut avoir les données épidémiologiques, ce qui n'est pas toujours le cas. Cela suppose aussi de penser au retour sur investissement associé à ces objectifs

de santé publique. Il est indispensable. On en a de beaux modèles, avec par exemple la rémunération pour objectifs de santé publique (Rosp) hospitaliers sur les biosimilaires.

Quid de la place des nouvelles technologies ? L'enjeu est d'en faire des relais et des outils intégrés aux stratégies d'établissements et politiques de soins.

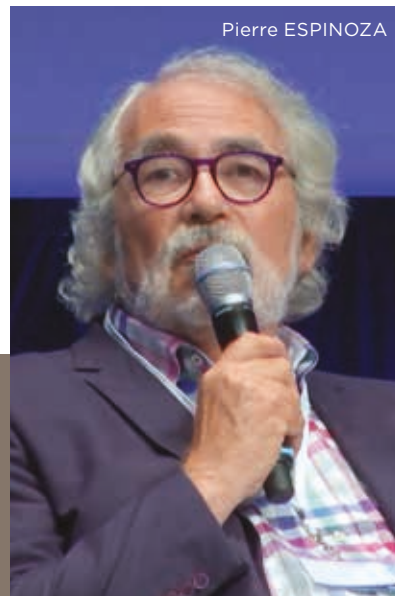
Pierre Espinoza, la télémédecine est votre credo. L'un des grands obstacles à son déploiement a été sa tarification, désormais enfin actée. Mais, selon vous, elle ne résout pas tout. De quoi pâtit le développement de la télémédecine dans les stratégies d'établissements aujourd'hui ?

Pierre Espinoza. La télémédecine ne fonctionne qu'avec une gouvernance d'ensemble. Or, elle manque. Ses projets sont un mille-feuille doublé d'une activité en silo. Résultat : aucune cohérence. Le consensus manque, tant pour les projets industriels que médicaux. Le financement est un flou artistique

Il faudrait commencer par instaurer une CME obligatoire dans chaque GHT [...]. On oublie trop souvent [...] que les GHT ont été créés pour mutualiser les projets médicaux !



Pierre ESPINOZA



La télémédecine ne fonctionne qu'avec une gouvernance d'ensemble. Or, elle manque. Ses projets sont un mille-feuille doublé d'une activité en silo.

et le modèle d'organisation territorial très faible. Comment les GHT centrés sur leurs difficultés vont-ils intégrer les Ehpad ou les soins de service à domicile? Enfin, nous manquons d'un observatoire national des outils de télémédecine.

Quels seraient les deux axes clés d'une stratégie nationale de télémédecine?

Pierre Espinoza. Ma première remarque est forte: la question n'est pas technologique, mais d'organisation du territoire. Il faut s'appuyer sur une coordination territoriale, pensée à partir des professionnels, administratifs, médicaux, infirmiers. On doit aboutir à un travail cohérent où les infirmières ont un rôle essentiel dans l'organisation. À Saint-Brieuc, où j'ai monté une expérience de télémédecine, elles connaissaient bien les Ehpad et les professionnels de l'hôpital. Après, bien sûr, il faut bénéficier d'une messagerie sécurisée, d'un logiciel de prescription électronique et régler le problème de l'interopérabilité pour que le médecin se consacre à son cœur de métier et ne passe pas tout son temps à scanner les papiers.

Stanislas Niox-Château, vous êtes le créateur de Doctolib. Vous avez connu un très grand succès dans la logistique d'organisation de rendez-vous médicaux pour les patients. Puis, début 2018, vous avez réorienté votre modèle de développement vers les établissements de santé pour faire de votre technologie une plateforme

facilitant la mise en relation de professionnels de soins. Le cœur de votre approche est de développer un recensement exhaustif de l'offre permettant de déployer des réseaux de réadressage de patients entre professionnels. Comment vous en est venue l'idée?

Stanislas Niox-Château. Il y a cinq ans, je me suis donné quinze ans pour contribuer à changer le système de santé. Je n'étais pas médecin. Mais avec mon équipe, nous avons réfléchi à trois choses. Comment améliorer le parcours de soins des patients? Comment créer les cabinets du futur? Comment créer les hôpitaux du futur? Très vite, on a vu que l'organisation des soins était le plus important. Et que primait la stratégie autour de l'activité



Stanislas NIOX-CHÂTEAU

de consultation. Qui allait où? Qui va en ville? À l'hôpital? Aux urgences? Et quand? Et pourquoi? On se fiche de la technique. Seul l'usage compte. L'expérience patient doit être la meilleure: information, rendez-vous en ligne, communication avec les soignants, facture en ligne. Et la relation entre la ville et l'hôpital doit aussi être la meilleure. Aujourd'hui, via notre site, 20 millions de consultations sont prises par an auprès de 60 000 praticiens, en 48 heures. On n'a rien fait d'autre que de rendre l'offre lisible. On a mis en relation l'hôpital, les médecins libéraux, le Samu, les sapeurs-pompiers, les Ehpad.

Vous donnez une dimension systémique à cette approche en travaillant avec des ARS pour une vraie logique de maillage et vous travaillez avec le service d'urgence de l'hôpital de Dax. Comment travaillez-vous avec eux? Comment ce principe peut-il fonctionner dans le quotidien d'un service hospitalier?

Stanislas Niox-Château. Très simple. Imaginons que je dirige le service des urgences du CH de Dax et que je souhaite réduire de 20 à 30% les accueils. Je contractualise d'abord avec les professionnels de santé libéraux pour être sûr qu'ils ont du temps pour gérer des urgences. Puis je leur fournis un outil de réadressage et alors, à partir du service d'urgence, je peux adresser les patients en un clic vers vingt-cinq médecins de ville autour de l'hôpital. Encore faut-il qu'il y ait une incitation financière pour les hôpitaux! ■

GRAND TÉMOIN

GHT : examinons le territoire !

Le SMPS a commandé à Emmanuel Vigneron une étude sur les périmètres des GHT et la pertinence de ces périmètres au regard des réalités locales. Emmanuel Vigneron est professeur d'aménagement sanitaire à l'université de Montpellier, et a publié *L'Hôpital et le territoire. De la coordination aux GHT : une histoire pour le temps présent* (SPH Éditions). Son étude est précieuse à l'heure où les 135 regroupements de 826 entités hospitalières présentent des périmètres et des organisations disparates.

La première mission des GHT est l'animation du territoire. Qu'a montré votre étude ?

Nous avons calculé la part des GHT dans l'hospitalisation en fonction du code géographique des patients. Le GHT lozérien, ou le GHT Meuse, Marne, Haute-Marne, par exemple, ne sont pas placés devant les mêmes responsabilités vis-à-vis des populations que celui de l'Est-Hérault et Sud-Aveyron, bâti autour du CHU de Montpellier. Ils exercent un très fort taux d'attraction sur les besoins des patients, contrairement à Montpellier ou en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, qui ont un nombre élevé d'établissements privés sur leur territoire. Là, vu cette offre privée intense, le besoin des patients vis-à-vis du public oscille seulement entre 15 à 20%. Il faut donc donner tous les moyens nécessaires à ces GHT des zones rurales d'assumer leurs missions.

Vous mesurez le temps nécessaire pour atteindre un centre hospitalier.

En quoi est-il essentiel de mesurer ce critère ?

S'il y a cette mission d'animer un territoire, ce qui n'est pas inscrit dans la loi aujourd'hui, il faut prendre en compte la distance dans la définition du territoire à animer. Pour pouvoir être animé, celui-ci ne doit pas excéder une certaine dimension,

sauf dérogation ou situation particulière, comme pour la Guyane, du Mercantour ou de la montagne corse, entre autres. Là, l'hélicoptère et d'autres moyens doivent être développés.

Nous avons pris comme mesure idéale le temps de 45 minutes/1 heure en voiture pour rejoindre un centre hospitalier, car c'est un invariant de déplacement humain constaté dans de nombreux domaines.

À partir de ces enjeux d'animation et d'accessibilité, vous avez calculé le nombre idéal de GHT en fonction de ces aires.

Aujourd'hui, beaucoup d'acteurs considèrent le nombre de 135 comme insuffisant. Il y a deux ans, avec mes collègues, nous avons calculé ce nombre idéal à 157. C'est une cote un peu mal taillée. Il faut offrir de la proximité chaque fois que c'est possible, mais on regarde aussi les capacités financières : on ne va pas créer nouveau parc hospitalier ! Pour animer un GHT, un établissement support ne doit pas faire, selon moi, plus de 1000 résumés de sortie anonyme (RSA) par an. Mais ce centre hospitalier doit avoir une certaine dimension, pour être capable d'offrir une très large palette de soins hospitaliers. Avec 157 GHT, on serait arrivé à une meilleure desserte. On peut trouver des solutions, bien souvent



en corrigeant ces cas à la marge. Cela peut être le rôle d'un syndicat comme le SMPS de se saisir de ce dossier.

À partir de vos données et de vos simulations, comment repenser et redimensionner ces périmètres ?

Il ne faut pas compter sur les pouvoirs publics pour dynamiser les GHT et corriger leurs fragilités. C'est clairement aux acteurs des établissements de s'auto-organiser. Les acteurs hospitaliers ont montré leur volonté d'adhérer à ce projet et ils ont les mains libres aujourd'hui, ce qui ne durera probablement pas car les établissements privés finiront par leur être rattachés. C'est donc le moment d'identifier les problèmes, de mener les expérimentations et de remonter vers les ARS avec des éléments concrets d'évolution. Avec le SMPS, nous proposons pour cela une grille d'évaluation. ■

Un nouvel élan pour les managers de santé

ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES 2018

Les engagements du SMPS

Le SMPS fait de l'accompagnement et l'amélioration des conditions de travail des directeurs et des cadres son chantier prioritaire. Les conditions de travail se sont dégradées et les inquiétudes sur les perspectives sont désormais partagées par l'ensemble de la ligne de management.

Le SMPS est plus que jamais aux côtés des professionnels pour les soutenir et leur redonner confiance en l'avenir de leurs établissements et les aider à construire leur projet professionnel.

Un syndicat qui vous accompagne et vous soutient

- Un réseau de représentants et d'élus partout en France pour vous conseiller, vous accompagner et vous soutenir (changement de poste, évaluation, conflit).
- Des professionnels de terrain à votre écoute qui font de la défense individuelle un engagement au quotidien.
- Une cellule d'écoute et de prévention du harcèlement moral et sexuel ainsi qu'une cellule juridique qui intervient sur toutes les situations complexes.
- Un dispositif de compagnonnage et de coaching.

Un syndicat force de proposition pour l'amélioration des conditions d'exercice

- Un acteur de l'élaboration de la charte « Éthique et responsabilité du management » et de la mise en œuvre d'un dispositif de détection des risques psychosociaux.
- Une représentation dans les instances de la fonction publique et de la fonction publique hospitalière pour alimenter les réflexions autour de la qualité de vie au travail des directeurs et des cadres.
- Des contributions régulières pour agir sur les conditions d'exercice (stratégie nationale de santé, Groupe des 26, etc.). ■



Cinq messages forts

- **Simplifier** le système et libérer les énergies.
- **Faire du territoire un atout** pour l'offre en santé et une opportunité pour les parcours professionnels.
- Considérer les managers de santé comme **créateurs de valeur** et acteurs de l'innovation.
- **Redonner du sens** et agir sur l'attractivité des parcours.
- **Accompagner** les directeurs, ingénieurs, attachés et les cadres dans leurs missions et tout au long de leur carrière. ■

Dossier



Politique générale

Simplifier le système et libérer les énergies

Au gré des réformes et des plans d'économie, le système de santé est devenu complexe et rigide, générant des difficultés voire de la défiance des acteurs de terrain. Redonnons des marges de manœuvre aux directeurs et aux cadres tout en réaffirmant la plus-value du management.

Le SMPS souhaite :

- **permettre** une véritable simplification et une véritable fluidité du système de santé, en limitant le nombre d'instances locales et territoriales mais également en privilégiant un fonctionnement opérationnel, qui intègre l'ensemble des acteurs, sanitaires et médico-sociaux et favorisant leur autonomie au niveau du territoire ;
- **répondre** à l'enjeu de régulation de la dépense publique, sans nouvelle injonction paradoxale et en permettant une véritable mobilisation des ressources en lien avec un projet à dix ans pour

les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux (évolution de la T2A, financement au parcours, intéressement à la prévention et à la pertinence des soins, allocations de ressources en fonction d'indicateurs de résultat populationnel et par pathologie, renforcement des marges de manœuvre financière des ARS en les recentrant sur leur mission de régulation).

Faire du territoire un atout pour l'offre en santé et une opportunité pour les parcours professionnels

Le territoire est devenu l'échelle pertinente d'organisation de l'offre de soins, tout en générant de nombreux questionnements pour les professionnels dans leur exercice quotidien. Regroupons les acteurs de santé autour de bassins de population cohérents et construisons des outils d'accompagnement des parcours professionnels.

- **associer** davantage l'encadrement aux choix stratégiques des établissements ;
- **réaffirmer** la plus-value du management pour restaurer la confiance entre les professionnels ;
- **encourager** la représentation des patients aux lieux de concertation et de décision.

Le SMPS porte les idées suivantes :

- **permettre** aux GHT de devenir un véritable outil stratégique et d'organisation de l'offre en santé, en fonction des réalités locales, et en engageant les ajustements juridiques et territoriaux nécessaires ;
- **donner** un rôle central aux établissements publics de santé dans la



coordination d'une offre de soins de proximité, rassemblant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, recentrés sur des bassins de population cohérents, afin de permettre l'exercice de la responsabilité populationnelle des établissements de santé ;

- **favoriser** la stratégie de groupe dans le secteur social et médico-social, afin de structurer la coopération des acteurs, de lutter contre l'isolement, de bénéficier des effets positifs des mutualisations et de développer les parcours professionnels ;

• **assurer** une gestion des compétences et un accompagnement au niveau territorial, afin de donner du sens et des perspectives aux trajectoires professionnelles, tout en valorisant les talents individuels et collectifs ;

- **engager** des réflexions avec les représentants des communautés médicales et soignantes, afin de formuler des propositions concrètes pour réduire les effets de pénurie ;
- **valoriser** les initiatives collectives pour favoriser l'émergence de projets.

Considérer les managers de santé comme créateurs de valeur et acteurs de l'innovation

Les managers de santé sont créateurs de valeur. Ils doivent être acteur de la recherche et de l'innovation, tout en disposant des outils pour en maîtriser les effets. Ils assurent la garantie de la chaîne de valeur en santé et y contribuent.

Le SMPS demande de :

- **définir** une politique pluriannuelle d'innovation en santé, associant l'ensemble des acteurs concernés, et rechercher un leadership international en santé ;

• **développer** la recherche en réseau dans les territoires, en CHU mais aussi dans les autres établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;

- **favoriser** l'appropriation de la notion de responsabilité sociale des entreprises (RSE) digitale afin d'accompagner les établissements dans l'évaluation et l'anticipation des impacts de l'intelligence artificielle et de la robotisation sur les métiers soignants, administratifs et logistiques, en élaborant des dispositifs RH associant

GPEC, méthodes pédagogiques innovantes et formation continue ;

- **soutenir** l'innovation sans laquelle l'égalité de traitement des usagers du service public de santé ne pourrait être garantie à long terme, eu égard aux capacités d'investissements des établissements ;
- **créer** les conditions d'un écosystème favorable à l'innovation, aussi bien technologique qu'organisationnelle, et tout autant individuelle que collective ;
- **former** les managers de santé au numérique et au digital, afin d'en maîtriser les impacts sur les organisations et d'en tirer le meilleur parti.

Redonner du sens et agir sur l'attractivité des parcours

Les directeurs et les cadres sanitaires, sociaux et médico-sociaux connaissent, au même titre que l'ensemble des communautés de ces secteurs, une perte de sens de leur action et une perte de confiance dans le système. Dans ce contexte difficile, les corps à gestion nationale réaffirment leur attachement au Centre national de gestion. Pour restaurer la confiance, faisons reconnaître la complexité croissante de nos métiers, soutenons les professionnels dans leur action et agissons sur l'attractivité des parcours.

Le SMPS appelle les pouvoirs publics à :

- **agir** pour renforcer l'attractivité des parcours hospitaliers, sociaux et médico-sociaux, en relançant les négociations sur la rémunération et les conditions d'exercice, en renforçant l'accompagnement et

l'individualisation des parcours pour l'ensemble de la ligne managériale, en assouplissant et en clarifiant les critères et les logiques de parcours ;

- **structurer** un véritable dispositif équilibré de détection et de gestion des conflits, rétablissant la confiance dans le management de terrain, autour de formations et outils opérationnels à la conciliation et à la médiation, au niveau local, territorial et national ;

• **conclure** avec les directeurs et cadres un contrat national d'amélioration des conditions d'exercice garantissant un management apaisé et des conditions matérielles à la hauteur des responsabilités ;

- **poursuivre** la modernisation du Centre national de gestion, en le repositionnant pour réaffirmer la gestion paritaire des corps de direction et en rénovant

ses missions (accompagnement professionnel, détection et gestion des potentiels) ;

- **garantir** une politique de nomination dans les emplois à responsabilité, en transparence et équité, privilégiant l'expérience et la légitimité professionnelle par rapport à toute autre considération ;
- **renforcer** les conditions d'accès à la formation continue par un nouveau mode de financement dédié pour les directeurs et cadres en haute responsabilité et en facilitant l'accès aux formations diplômantes de longue durée ;
- **engager** une démarche proactive pour garantir l'égalité dans la construction des parcours professionnels ;
- **mettre en place** un accompagnement pour toutes les modalités d'exercice territorial et un dispositif d'amélioration des conditions d'exercice.

Accompagner les directeurs et les cadres dans leurs missions et tout au long de leur carrière

Le SMPS est favorable aux transformations de la fonction publique et les accompagne. Néanmoins, il fait le constat d'un manque de mise en perspective pour les cadres et les directeurs de la FPH. Les passerelles et mobilités réalisées relèvent plus de démarches individuelles que d'une logique collective. Facilitons les démarches de mobilité et mettons en place des viviers de potentiels au niveau local, territorial et national.

Le SMPS souhaite :

- **garantir** à l'EHESP des ressources adaptées pour assurer une formation de haut niveau ;

- **renforcer** l'association de l'EHESP aux côtés de l'École nationale d'administration (ENA) et de l'Institut national des études territoriales (Inet), en vue d'une réflexion globale sur la formation initiale des hauts fonctionnaires des trois versants de la Fonction publique ;

- **créer** un institut supérieur de management en santé, afin de renforcer la formation continue et de former de nouveaux profils de managers ;

- **construire** un véritable dispositif de détection et de gestion des potentiels pour les trois versants de la Fonction

publique, afin de valoriser les métiers à forte exposition, de véhiculer une image de modernité et d'offrir des perspectives de carrière transparentes, enrichissantes et variées.

Au niveau collectif

- Établir des dispositifs de détection des hauts potentiels à partir de référentiels (performance, potentiel, expérience, motivation).
- Constituer des viviers, gérés et accompagnés au niveau national.

Au niveau individuel

- Densifier les compétences existantes en matière d'accompagnement et le développement de l'expertise par la formation, le coaching et l'accompagnement à la prise de poste. ■

MESURES INTERCATÉGORIELLES

Accompagnement et mesures statutaires

Le SMPS est la seule organisation à représenter, de façon spécifique, l'ensemble de la ligne managériale des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. À ce titre, il revendique :

- **la révision des statuts** des managers en cohérence avec la nouvelle donne territoriale, en veillant à la proximité ;
- **la convergence entre évolution des missions et des responsabilités**, et les évolutions statutaires ;
- **l'assouplissement, l'actualisation et la clarification** des critères et des logiques de parcours, en réaffirmant le principe du paritarisme ;
- **l'évolution favorable des conditions d'exercice** qui sont aujourd'hui un facteur déterminant dans la difficulté des collègues à se former et/ou à évoluer sur d'autres fonctions ;
- **la prise en compte des spécificités** de l'exercice dans les départements et collectivités d'outre-mer ;
- **la lisibilité accrue** sur les possibilités et les modalités de passerelles entre fonctions publiques ;
- **la revalorisation des retraites** des managers de la fonction publique hospitalière ;
- **la structuration d'un service de santé au travail** pour les directeurs ;

- **l'engagement d'une réflexion nationale** autour de la gestion des risques psychosociaux des managers de santé ;

- **l'assurance d'équité et d'avancées sociales** sur le sujet de la protection sociale complémentaire, qui constitue un élément accessoire de rémunération des managers.

S'agissant de la rémunération :

- **obtenir la valorisation statutaire de l'exercice territorial** pour toutes les catégories de managers. Faire que toutes les situations reçoivent une réponse adaptée (fusion d'établissements, exercice partagé, etc.) sur le modèle de ce qui se fait pour les praticiens hospitaliers dans le cadre des GHT. Cette prime ne doit pas être propre à un corps spécifique de la fonction publique hospitalière mais reconnaître l'exercice effectif de missions managériales dans un cadre territorial, quel que soit le corps ;
- **négoier une profonde rénovation de la notation/rémunération** par :
 - une rénovation des montants de la PFR des directeurs non indexés depuis 2012 et dont les plafonds sont atteints ;

- l'ouverture de négociation d'un nouveau mode d'attribution de primes liées aux résultats ;

- cette adaptation devra porter aussi bien sur les éléments indiciaires que sur les primes et indemnités, en particulier en déplaçant la PFR des directeurs et en créant un outil de reconnaissance fort pour les corps à gestion locale, tant dans le secteur sanitaire que social et médico-social ;

- **aligner les montants de référence de la part résultat** de la PFR de tous les adjoints, appartenant aux corps à gestion nationale, selon l'argument à « responsabilité égale, reconnaissance égale », quel que soit leur corps d'origine.
- **rééquilibrer en activité la répartition entre la part indiciaire et la part indemnitaire** du revenu, pour augmenter le niveau des pensions.

S'agissant des départements et collectivités d'outre-mer :

- **construire des parcours individualisés** et des trajectoires professionnelles favorisant et facilitant la mobilité ;
- **agir sur les statuts, les rémunérations** et accompagner la mobilité en métropole pour redonner de l'attractivité à l'exercice ultramarin. ■

DÉCOUVREZ VOS FUTURS ÉLUS

LES LISTES DU SMPS

AUX ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES

La liste **CAPN DH 2018**

CLASSE EXCEPTIONNELLE



Olivier Servaire-Lorenzet
Directeur
CH de Blois



Virginie Valentin
Directrice adjointe
CHU de Montpellier



Francis Fournereau
Secrétaire général
GIP Santé et
Informatique Limousin-
Poitou-Charentes



Danielle Herbelet
Directrice
CH de Châlons-
en-Champagne

HORS CLASSE



Catherine Latger
Directrice
CH Rives de Seine
(Courbevoie-Neuilly-
Puteaux)



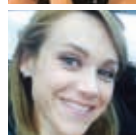
Ronan Sanquer
Directeur adjoint
CHU de Brest



Corinne Séneschal
Directrice adjointe
CH de Boulogne-sur-
Mer



Emmanuel Luigi
Directeur
CH de Dole



Lauren Papet-Rizet
Directrice adjointe
CH d'Aulnay-Sous-Bois



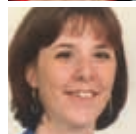
Bastien Ripert
Directeur délégué
CH de Briçon



Caroline Chassin
Directrice adjointe
CHU de Nice



Samuel Rouget
Directeur adjoint
CHU de Tours



Lucie Ligier
Directrice adjointe
CHU de Dijon



Jérôme Goeminne
Directeur
CH de Verdun



Armelle Drexler
Directrice adjointe
CHU de Strasbourg



Jérôme Sontag
Directeur
Hôpital Paul-Doumer
AP-HP

CLASSE NORMALE



Marie Hiance
Déléguée nationale
Syndicat des managers
publics de santé (SMPS)



Nicolas Salvi
Directeur général
adjoint
CLCC de Strasbourg



Pauline Robineau
Directrice adjointe
CHU de Nice



Vincent Tortes Saint-Jammes
Directeur adjoint
CH d'Orthez



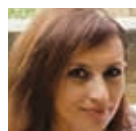
Loriane Ayoub
Directrice adjointe
CH d'Aix-en-Pro-
vence



Antoine Loubrieu
Directeur adjoint
CH du Mans

La liste **CAPN D3S 2018**

HORS CLASSE



Christelle Gay
Directrice adjointe
CDSEE
Les Pennes-Mirabeau



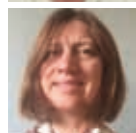
Franck Bridoux
Directeur délégué
Ehpad
Dronsart-Bouchain



Frédéric Cecchin
Directeur adjoint
Ehpad de
Villefranche-sur-Mer



Sylvie Morel
Directrice
Ehpad du Coteau
et du Perreux



Nathalie Patte-Quintelier
Directrice
EPDSAE Lille



Alice Bouriez
Directrice
Ehpad de
Condé-sur-l'Escaut



François-Gilles Colonna
Directeur
Ehpad
CH Dr-Récamier
Belley



Caroline Ruget
Directrice
Ehpad de Mouvaux
et Bondues



Dominique Boucher
Directeur
EMSED d'Isle,
de l'EMSP de St-Junien
et de l'Itep d'Oradour
Saint-Genest



Sylvie Bousselet
Directrice
Ehpad
de Varenne et Clermont
en Argonne

CLASSE NORMALE



Stéphane Guillevin
Directeur délégué
Groupe hospitalier
Bretagne Sud Site
de Port-Louis/
Riantec



Hélène Bulle
Directrice
Ehpad
de Wintzenheim



Guillaume Couterut
Directeur
Centre départemental
de l'enfance Belfort



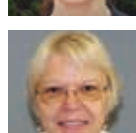
Sylvie Schrub
Directrice
Ehpad
de Fauville-en-Caux
et Grainville-la-
Teinturière



Marie-Cécile Darmois
Directrice adjointe
CH de Crépy-en-Valois
et de l'Ehpad
de Ferté-Milon



Fouad Bellouni
Directeur
Ehpad de Trelon











Annick Bouffet
Directrice
Ehpad
de Nédonchel







Lise Coueffeur
Directrice
Ehpad de Torigny

La liste CAPN DS 2018


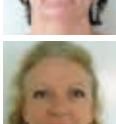

HORS CLASSE

	Rémy Chapiron CH Verdun Saint-Mihiel		Marc Bordier CH de Blois
	Véronique Marin La Meslée Assistance publique Hôpitaux de Paris		Hervé Quinart CHU de Reims
	Chantal Milliet GHI Le Raincy- Montfermeil GH Montreuil CHI d'Aulnay- sous-Bois		Brigitte Lemaire CH de Saint-Dié
	Elisabeth Wisniewski Institut de formation CH de Laxou		Brigitte Sifferlen GIP IFPS Quimper

CLASSE NORMALE

	Céline Laroche CH de Saint-Dizier		Christine Mokritzky CH d'Orthez
	Patrick Javel CH Sèvre-et-Loire		Valérie Corre Institut du vieillissement Lyon

La liste CCN 2018

	Catherine Latger Directrice CH Rives de Seine (Courbevoie- Neuilly-Puteaux)		Christelle Gay Directrice adjointe CDSEE Les Pennes-Mirabeau
	Chantal Milliet Directrice des soins CH d'Aulnay-sous-Bois		Nicolas Savale Directeur adjoint CHU de Clermont-Ferrand
	Stéphane Guillevin Directeur délégué Centre hospitalier Port-Louis/Riantec		Hervé Quinart Directeur des soins CHU de Reims
	Pascale Mocaër Directrice générale adjointe CHU de Saint-Étienne		Frédéric Cecchin Directeur adjoint Ehpad de Villefranche-sur-Mer
	Rémy Chapiron Directeur des soins CH de Verdun		Marine Plantevin Directrice Centre de santé mentale angevin (Cesame)
	Hélène Bulle Directrice Ehpad de Wintzenheim		Céline Laroche Directrice des soins CH de Saint-Dizier
	Corinne Séneschal Directrice adjointe CH de Boulogne-sur-Mer		François-Gilles Colonna Directeur CH de Belley
	Armelle Drexler Directrice adjointe CHU de Strasbourg		Jérôme Trapeaux Directeur CH de Vichy
	Lucie Ligier Directrice adjointe CHU de Dijon		Damien Flourez Directeur adjoint CH d'Aubagne
	Sylvie Schrub Directrice Ehpad de Fauville-en-Caux et Grainville-la-Teinturière		Pierre de Montalembert Délégué national Syndicat des managers publics de santé (SMPS)
	Véronique Marin La Meslée Assistance publique Hôpitaux de Paris		Annick Bouffel Directrice Ehpad de Nédonchel
	Jérôme Rumeau Directeur adjoint CH de Perpignan		Marie Hiance Déléguée nationale Syndicat des managers publics de santé (SMPS)
	Anne-Laure Navarre Directrice adjointe CHU de Toulouse		Caroline Ruget Directrice Ehpad de Mouvoux et Bondues
	Thierry Schmidt Directeur CH Sud Francilien		Alice Bouriez Directrice Ehpad de Condé s/ l'Escaut
	Thierry Gamond Rius Directeur CH de Bretagne Sud		Jérémy Sécher Directeur CH Antibes- Juan-Les-Pins

publication

Comment réussir le dialogue social ?

Quelles sont les recettes pour réussir le nouveau dialogue social dont ont besoin les établissements de la FPH ? Il faudra user de nouveaux outils, donner toute la place qui leur revient aux cadres et faire de la qualité de vie au travail l'axe principal de ce dialogue. Sans oublier de fusionner CTE et CHSCT. Ces idées sont développées dans *Réussir le dialogue social dans la FPH*, paru en septembre dernier.

Pendant longtemps, les fonctionnaires, soumis à l'autorité hiérarchique, ont été privés des droits syndicaux qui ne leur ont été reconnus qu'en 1946. À partir de 1983, le statut a conforté les droits syndicaux des agents des trois versants de la fonction publique et développé un dialogue social se déroulant principalement au sein d'instances paritaires. Plus tard, les accords de Bercy (2008) ont jeté les bases d'une rénovation du dialogue social dans la fonction publique consacrée par la loi de 2010.

S'agissant de la fonction publique hospitalière (FPH), si elle a su être innovante, le modèle traditionnel de dialogue social dans nos établissements est aujourd'hui remis en cause. Quelles propositions pour le réussir au sein des établissements de la FPH ? Il convient de :

- **mobiliser les outils** : projet social, agenda social, baromètre social, règlement intérieur des instances, formation au dialogue social (exercice du droit syndical, techniques de négociations), élaboration des chartes ou protocoles, organisation des alertes sociales et développement du dialogue social informel ;

- **donner aux cadres une place centrale** dans ce dialogue. Parce qu'ils sont souvent absents ou peu présents dans le dialogue social institutionnel, alors qu'ils sont directement concernés, les cadres doivent voir leur place mieux reconnue dans le processus décisionnel. Ils doivent disposer de possibilités d'échanges et de consultation au sein de dispositifs tels que le collège cadres. La communication managériale devra intégrer les aspects liés au dialogue social afin que les cadres soient aussi bien informés que les représentants des personnels sur les projets ;

- **faire de la qualité de vie au travail (QVT) le principal sujet du dialogue social**. Les domaines les plus importants qui, traditionnellement, alimentent celui-ci sont la formation et la gestion du temps de travail ; une place particulière est donnée aux actions d'amélioration de la QVT et à la prévention des risques psychosociaux (RPS). Or, l'accélération des restructurations, consécutive à la création des groupements hospitaliers de territoire ou aux plans de retour à l'équilibre conduit les DRH à

associer étroitement les organisations syndicales à la définition et à la mise en œuvre des dispositifs d'accompagnement social. Il convient par ailleurs de garantir, au sein des pôles, un dialogue de proximité permettant aux équipes hospitalières de s'exprimer sur les questions concernant le fonctionnement des unités et les conditions de travail ;

- **préserver et rétablir la sérénité**. Évaluant entre confiance et défiance, les relations sociales sont aujourd'hui tendues dans les établissements de la FPH. Même si le droit de grève est juridiquement encadré, l'augmentation des conflits, l'instrumentalisation du CHSCT (cf. le danger grave et imminent - DGI) et les contentieux afférents aux expertises sont les symptômes d'un malaise grandissant. La prévention des conflits, le recours à la médiation, voire à la conciliation, peuvent contribuer à maintenir ou à rétablir un climat social apaisé ;

- **fusionner le CTE et le CHSCT et sortir du code du travail**. La rénovation du dialogue social passe par la mise en place d'une instance unique issue de la fusion du CTE et du CHSCT dont les attributions sont largement redondantes. Elle passe aussi par la sortie du code du travail, dont l'application au sein d'un établissement public relève d'une incongruité juridique. La rénovation passe encore par l'instauration d'un véritable dialogue social de territoire au sein d'une instance consultative.

Enfin, le dialogue social doit s'adapter aux nouveaux enjeux de la transformation numérique du travail et prendre les nouvelles formes de parcours et de mobilité des professionnels. ■

Marie-Gabrielle VAISSIERE-BONNET



« *Réussir le dialogue social dans la FPH* », Jean-Marie Barbot, Vanessa Fage-Moreel, Marie-Gabrielle Vaissière-Bonnet LEH Éditions, septembre 2018

Parce qu'ils sont souvent absents ou peu présents dans le dialogue social institutionnel, [...] les cadres doivent voir leur place mieux reconnue dans le processus décisionnel.

CATÉGORIES

L'élan doit s'appuyer sur les contextes locaux

Il faut ajuster le système de santé à l'évolution des besoins des patients. Les orientations de la réforme Ma Santé 2022 répondent partiellement aux enjeux de demain. Reste que la réalité hospitalière est tendue à cause des révisions capacitaires ou des situations déficitaires. La plateforme du SMPS ne l'oublie pas.

À l'heure des annonces sur la transformation du système de santé, le SMPS développe une approche pragmatique des enjeux et des réponses à apporter. Le Groupe des 26 a fait des propositions; les préconisations de Ma Santé 2022 en retiennent certaines, et la plateforme du SMPS en développe de nouvelles, au service de l'ambition renouvelée pour le secteur public hospitalier. Les réformes annoncées récemment n'effraient pas les acteurs hospitaliers mais elles doivent aussi répondre à un malaise perceptible.

Transformer le système sans transfigurer les rôles: prévenir la crise de confiance

Il faut ajuster le système de santé à l'évolution des besoins des patients: décloisonnement des différents secteurs, clarification du rôle des hôpitaux par la création d'une gradation d'activité, organisation du monde libéral, correction des blocages comme le *numerus clausus* ou l'adaptation de la T2A.

Mais ces transformations ne doivent pas se résumer à vouloir changer les figures de la gouvernance en laissant croire que la rupture peut trouver sa réponse dans



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

le statut des dirigeants. À cet égard, 88% des répondants au sondage Ifop sont opposés à la nomination de médecins, sans formation spécifique, aux postes de direction.

Ambition légitime sans dénégation d'une réalité quotidienne: agir pour une prise de conscience

Les annonces sont favorables et répondent partiellement aux enjeux de demain. Elles s'appuient sur des constats établis par l'ensemble des cadres hospitaliers soumis aux pressions des restructurations. Néanmoins, les cadres ne sauraient admettre l'absence de prise de conscience de la réalité hospitalière sous tension à cause des révisions capacitaires ou des situations déficitaires. Le SMPS agit donc dans sa plateforme pour porter l'ambition et l'élan nécessaires à l'appui d'une connaissance des contextes locaux. ■

Élections du 6 décembre 2018

Accompagnement et mesures statutaires pour les directeurs d'hôpital

Le métier de directeur d'hôpital est complexe et de plus en plus exposé. Les restructurations territoriales sont source d'inquiétude, d'interrogation et ont parfois créé des parcours professionnels fractionnés. Elles doivent devenir une opportunité pour tous. Dès lors, le SMPS considère l'accompagnement et la valorisation des directeurs d'hôpital comme des chantiers prioritaires. Le SMPS a obtenu des résultats importants au bénéfice des chefs d'établissement et des directeurs adjoints. Ils restent encore insuffisants au regard des attentes de reconnaissance et des enjeux d'attractivité. Le SMPS demande ainsi de:

Moderniser le statut pour tenir compte des évolutions d'exercice

- **Adapter** la rémunération à l'exercice territorial, quelles que soient les modalités juridiques de la recomposition (GHT, directions communes, fusions).
- **Refondre** les emplois fonctionnels sans quota, fondés sur les budgets gérés au réel, pour reconnaître les effets des restructurations et la croissance des budgets.
- **Augmenter** le nombre d'emplois fonctionnels d'adjoint.
- **Ouvrir** la possibilité de prolonger le mandat sur emploi fonctionnel, en supprimant la limite à huit ans d'exercice.
- **Faciliter** les parcours CHU-CH et valoriser des parcours interfonctions publiques.
- **Pérenniser** le volet d'accompagnement des restructurations après 2019.
- **Adapter** les fonctions éligibles à l'accessibilité du deuxième vivier du Graf pour valoriser les fonctions d'adjoint de haute responsabilité.

- **Ouvrir** des négociations sur les déroulés de carrière, afin de limiter les effets du quota d'accès à la hors-classe et d'organiser un accompagnement pour la seconde partie de carrière.

- **Adapter** les dispositifs de l'exercice ultramarin.

Accompagner les parcours et les responsabilités

- **Réingénierie** de la formation continue et valorisation des parcours qualifiants.
- **Rénovation** des critères de sélection pour les chefferies d'établissement et les directions générales des CHU.
- **Instauration** d'espaces d'échanges réguliers avec le CNG, en vue de permettre à chaque professionnel de s'exprimer sur la construction de son parcours dans la durée.
- **Mettre en place** les outils de gestion de la santé au travail des directeurs.

Dynamiser la gestion des parcours

- **Structurer** un dispositif innovant de validation des parcours en vue de l'exercice de hautes responsabilités (certification des acquis et formations qualifiantes).
- **Faciliter** les parcours de haut niveau en interfonction publique en valorisant l'expérience acquise au retour en établissement.
- **Poursuivre** l'adaptation de la mise en recherche d'affectation par une position «qualifiante» sur l'exercice de missions à la demande de l'État, permettant d'enrichir les parcours. ■

2011-2018 Bilan zéro !

Votez SMPS : depuis 2011, le syndicat majoritaire qui promettait le grand soir, par la fusion des corps, n'a rien obtenu. La démarche du SMPS, plus réaliste, sera aussi bien plus fructueuse.

En cette période préélectorale, l'heure est au bilan pour les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Un bilan sur tous les thèmes, qui tient en quatre ou cinq lettres : RIEN.

En effet, depuis 2011, le syndicat majoritaire qui promettait le grand soir, par la fusion des corps, n'a rien obtenu. Il est utile de rappeler que les trois gouvernements qui se sont succédé se sont positionnés contre la fusion entre le corps des directeurs d'hôpital et celui des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

**À responsabilité égale,
rémunération égale.**

Cette position a par ailleurs été de rappelée récemment par la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) à l'occasion des différentes instances et réunions.

De 2011 à 2018, tous les autres corps de cadres et de directeurs ont obtenu des avancées notables, parfois même très significatives pour les directeurs d'hôpital, directeurs des soins, attachés d'administration hospitalière, ingénieur, cadres de santé, grâce à la pugnacité des représentants du SMPS.

Les D3S sont ainsi laissés pour compte ! Nous devons changer d'optique et arrêter de croire que la fusion serait la meilleure option pour la reconnaissance et la gratification des métiers et des missions des D3S. Cette solution, si elle devait être néanmoins retenue, ce qui n'est certainement pas à l'ordre du jour, risquerait de faire naître une

nouvelle quatrième ou cinquième classe de DH, et conduirait à la disparition des possibilités de chefferie à la sortie d'école.

Cette perspective n'est pas du tout en accord avec la vision du métier portée et défendue par les représentants D3S au sein du SMPS qui militent pour une autre ligne. ■

Élections du 6 décembre 2018

Accompagnement et mesures statutaires pour les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

La pluralité des réalités locales impose de permettre aux acteurs locaux de disposer d'outils variés pour adapter le parcours de l'utilisateur.

Ainsi, le SMPS souhaite :

Mettre en œuvre une stratégie publique ambitieuse de groupes sociaux et médico-sociaux, pour :

- **répondre** aux besoins des populations vulnérables en matière de coordination des différentes réponses (hébergement, psychiatrie, domicile, associatif, etc.) et la fluidité des parcours dans des filières d'accompagnement et de prises en charge identifiées ;
- **créer** des établissements avec une masse critique permettant efficacité, performance et mutualisation de compétences spécifiques dans le cadre de la politique de contractualisation et son optimisation, ainsi que le renforcement du secteur public dans le maillage secteur social et médico-social de chaque territoire ;
- **renforcer** l'attractivité du corps des D3S, en prônant la singularité du corps, en combattant l'isolement et la solitude, tout en conservant les chefferies spécifiques au secteur et en créant des directions adjointes transversales ou spécialisées au sein des groupements sociaux et médico-sociaux, au sein des GHT et des directions communes.

Organiser les synergies avec le secteur sanitaire sur la base :

- **d'un lien de proximité** dans le cadre du

parcours des usagers et des filières de soins, d'accompagnement et de prises en charge identifiées ;

- **d'un lien opérationnel** pour la mutualisation de certaines fonctions supports et/ou de compétences spécifiques.

Accompagner les parcours et les responsabilités

- **Organiser** un dispositif d'accompagnement aux évolutions de nos pratiques et de nos métiers, par la formation continue et l'instauration d'un entretien régulier au CNG.

- **Mettre en place** les outils de gestion de la santé au travail des directeurs.

Le SMPS prône une véritable reconnaissance des spécificités et de l'expertise des D3S qui mettent en œuvre les transformations que connaît le monde social et médico-social. S'agissant de la revalorisation nécessaire et justifiée des D3S, le SMPS demande :

- **la revalorisation** conséquente des grilles indiciaires (raccourcissement des durées d'échelon et création d'un Graf) ;
- **l'alignement** des montants de référence de la part résultat de la PFR des adjoints sur ceux des DH, selon l'argument « à responsabilité égale, reconnaissance égale » ;
- **l'augmentation** du nombre d'emplois fonctionnels, en cohérence avec la stratégie de groupes publics sociaux et médico-sociaux et en abaissant le seuil budgétaire de 50 à 25 millions d'euros. ■



Catégorie D3S

Vice-président D3S
Frédéric Cecchin

Directeur adjoint
Ehpads de Villefranche-sur-Mer
Tél. : 04 93 0117 00
f.cecchin@ehpadvillef.com

Pour une reconnaissance des spécificités des fonctions de directeurs des soins

Pour nous, les élections professionnelles sont l'occasion de valoriser l'action et l'engagement du SMPS dans la défense et l'accompagnement des directeurs des soins, quels que soient leurs lieux d'exercice. Cette échéance, capitale pour la reconnaissance et l'affirmation du rôle fondamental de l'ensemble des managers dans le système de santé public, doit traduire notre volonté et notre force de mobilisation.

Nous sommes membres à part entière des équipes de direction. Le SMPS reconnaît pleinement la qualité et la permanence de notre implication quotidienne, incontournables dans le management des établissements publics de santé, aujourd'hui en pleine mutation.

Mais cette reconnaissance n'est pas partagée au même degré par les pouvoirs publics. Les récentes mesures qui nous ont été proposées, soutenues par le SMPS, demeurent bien en deçà de nos exigences, même si on peut les voir comme un premier pas encourageant. Dans des contextes de travail de plus en plus tendus et agités, l'engagement et l'implication quotidiens des directeurs des soins, exercice délicat et exigeant, demeurent sans faille. Toutefois, notre corps commence à manifester des signes de découragement et parfois de fatigue, dus à l'absence manifeste de considération à notre égard des pouvoirs publics.

La forte tension de nos conditions d'exercices se manifeste dans tous nos domaines :

- pour les directeurs des soins exerçant en établissement de santé, la gouvernance en place dans les GHT précipite les logiques de réorganisation de l'offre de soins à l'échelle des territoires. Les restructurations de services induisent de l'insécurité. Et les compétences

managériales des directeurs des soins sont largement mises à contribution pour accompagner les mutations, en maîtrisant les risques induits et en garantissant en permanence la qualité du service rendu ;

- pour les directeurs des soins exerçant dans les instituts de formation, la perspective du déploiement à grand galop de l'universitarisation sème doutes et confusions. Il ne s'agit pas de contester la logique initiée en 2009 : elle répond aux évolutions indispensables des métiers de santé. Mais les incertitudes sur l'avenir des directeurs d'institut restent fortes. On ne voit aucune perspective nous concernant. Il devient urgent de lancer une étude d'impact sur le volet social du changement, à laquelle nous devons être pleinement associés ;
- pour les directeurs des soins exerçant en ARS, nos rôles d'experts et de conseillers doivent être impérativement confortés. Nous devons être fortement positionnés et reconnus comme une plus-value pour transformer le système dans les domaines de la gestion et de la pédagogie.

Vu tous ces éléments, il est indispensable et urgent que les pouvoirs publics aillent plus loin dans notre reconnaissance. Il est important qu'ils engagent les évolutions statutaires qui doivent se concrétiser par une progression indiciaire et indemnitaire à la hauteur de notre implication. Aussi notre syndicat est-il constant dans ses demandes de revalorisation des grilles indiciaires et de révision de la PFR au nom du principe « à responsabilité égale, rémunération égale ». Il est aussi constant dans sa demande de prise en compte de l'exercice territorial dans nos rémunérations et du réajustement du nombre d'emplois fonctionnels pour les directeurs des soins.



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

Nous ne cessons de rappeler l'urgence pour nos dirigeants de faire preuve de qualité d'écoute à notre rencontre. Nous ne cessons de leur demander d'apporter enfin des réponses adaptées qui contribueront aux fondations indispensables à la réussite des réformes, qui s'accroissent et qu'il nous appartient de mettre en place dans tous nos domaines d'exercice ! ■

Élections du 6 décembre 2018 Accompagnement et mesures statutaires pour les directeurs de soins

Quels que soient les lieux d'exercice, l'implication des directeurs des soins se démontre par la qualité de leurs engagements au quotidien et les valeurs qui les animent. Le SMPS a pour volonté de soutenir le haut potentiel de ce corps insuffisamment connu et insuffisamment reconnu des pouvoirs publics.

La crise d'attractivité que connaît ce corps doit trouver une véritable réponse rapide.

Il est urgent que les directeurs des soins soient enfin reconnus à leur juste valeur. Il faut donc aller plus loin et continuer à s'engager pour les indispensables évolutions statutaires qui doivent se concrétiser par des mesures indiciaires et indemnitaires fortes.

Pour les directeurs des soins, le SMPS appelle les pouvoirs publics à :

- **revaloriser** de façon importante les grilles indiciaires, afin de les adapter aux parcours de carrière des directeurs des soins (raccourcissement des durées d'échelon et création d'un Graf) ;
- **aligner** les montants de référence de la part résultat de la PFR sur ceux des directeurs d'hôpital, selon l'argument « à responsabilité égale, reconnaissance égale » ;
- **prendre** en compte l'exercice territorial dans la rémunération et la définition du nombre d'emplois fonctionnels ;
- **mettre en place** les outils de gestion de la santé au travail des directeurs.

Par ailleurs, le SMPS demande :

- **la maîtrise** des impacts de l'universitarisation sur le corps des directeurs des soins en instituts avec, le cas échéant, une clarification des possibilités et des modalités de passerelles pour les directeurs des soins, directeurs d'institut, de la fonction publique hospitalière vers la fonction publique de l'enseignement supérieur ;
- **la confirmation** du rôle d'expert dans la restructuration de l'offre de soins et en pédagogie des conseillers techniques et pédagogiques en ARS. ■

Le SMPS, garant des avancées obtenues et attendues

Les ingénieurs et les cadres techniques sont directement impactés par la mise en place des GHT et des directions communes, et la mutualisation des fonctions support. Or, le SMPS est le seul syndicat à être une constante force de proposition, à avoir obtenu des avancées statutaires dans un contexte difficile et à porter une dynamique collective autour de ses propositions.

Le mandat écoulé a été marqué par une application décevante du PPCR aux ingénieurs hospitaliers et de l'AP-HP. Le SMPS réclamait une transposition de la réforme statutaire des ingénieurs territoriaux, qui avait eu lieu en mars 2016. L'administration n'a pas été au rendez-vous et ses propositions minimalistes n'étaient pas acceptables. Le SMPS, avec l'aide de l'UNSA, a obtenu, après de longs mois de discussions, l'harmonisation des deux premiers grades du corps (échelons, indices, durées fixes) avec les grilles d'ingénieurs d'État et territoriaux. L'administration s'est ensuite engagée à finaliser l'harmonisation pour les grades supérieurs et l'emploi fonctionnel.

Seuls le SMPS et l'UNSA avaient demandé cette harmonisation, et seuls le SMPS et l'UNSA ont siégé au CSFPH du 1^{er} mars 2017 où ces textes ont été votés.

Lorsqu'il a été enfin question d'appliquer le PPCR aux ingénieurs de l'AP-HP, en juillet 2018, il est important d'insister sur le fait que le SMPS, avec le soutien de l'UNSA, a été lors du CSFPH du 11 juillet 2018 le seul syndicat à déposer des amendements pour essayer à nouveau d'améliorer les textes proposés par l'administration.

Si les carrières des techniciens et techniciens supérieurs sont, elles, harmonisées avec celles des deux autres versants, elles ne correspondent pas à la hauteur des expertises et responsabilités de ces cadres techniques. Ils doivent aussi bénéficier de la prise en compte de l'exercice territorial, dans leur statut, et dans leurs conditions d'exercice. De plus, la promotion au grade d'ingénieur ne doit plus être un plafond de verre.

Le SMPS a de nouveau fédéré autour de ses propositions des associations professionnelles d'ingénieurs hospitaliers mais aussi, une première, d'ingénieurs territoriaux.

Nous avons initié en mars 2018 une demande de textes

statutaires communs avec les ingénieurs territoriaux, cosignée avec les principales associations d'ingénieurs hospitaliers mais aussi d'ingénieurs territoriaux.

Cette demande a reçu un accueil favorable du ministre des Comptes publics et du secrétaire d'État à la Fonction publique, qui ont demandé en juillet 2018 aux administrations concernées d'ouvrir ce dossier. Cela a été ensuite confirmé par la directrice de la DGOS lors du congrès du SMPS en septembre 2018. La mise en œuvre de ces décrets communs permettra de supprimer les obstacles à la mobilité choisie des fonctionnaires et des contractuels au sein de la Fonction publique, et de transposer simultanément la dernière réforme

des cadres d'emploi des ingénieurs territoriaux aux ingénieurs de l'AP-HP et hospitaliers, tout en maintenant les spécificités liées à nos particularités respectives d'exercice.

Cela devrait se traduire par la création d'un grade à accès fonctionnel (Graf) accessible aux ingénieurs principaux et culminant en hors échelle A.

De même un Graf serait créé pour les ingénieurs en chef, permettant d'accéder à la hors-échelle D.

Enfin, l'accès au grade d'ingénieur serait plus ouvert pour les techniciens supérieurs.

Cette nouvelle coopération des ingénieurs hospitaliers et territoriaux, réunis pour la première fois à l'initiative du SMPS, 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.

Le SMPS est le garant des avancées obtenues, et de l'obtention des avancées encore attendues.

Le 6 décembre, votez SMPS aux élections professionnelles!

Élections du 6 décembre 2018 Accompagnement et mesures statutaires pour les ingénieurs et cadres techniques

La mise en place de la mutualisation des fonctions support, dans le cadre des GHT et des directions communes, impacte directement les conditions d'exercice des ingénieurs et des cadres techniques.

Le SMPS porte le principe général d'un positionnement et d'une valorisation à la hauteur de leurs expertises et responsabilités, selon l'argument « à responsabilité égale, reconnaissance égale ».

Le SMPS a initié une démarche inédite et innovante, portée avec les principales associations professionnelles d'ingénieurs hospitaliers et territoriaux : la création d'un statut commun aux fonctions publiques hospitalière et territoriale, afin de faciliter la mobilité, de retrouver une attractivité et d'accélérer la transposition des avancées statutaires, tout en maintenant les spécificités liées à leurs particularités respectives d'exercice.

Ainsi, la transposition de la dernière réforme des cadres d'emploi des ingénieurs territoriaux de mars 2016 aux ingénieurs

hospitaliers et aux ingénieurs de l'AP-HP permettra :

- **d'harmoniser** les durées d'échelon pour les grades d'ingénieur en chef, avec celles des ingénieurs territoriaux ;
- **de créer** un grade à accès fonctionnel (Graf) pour les ingénieurs principaux, à l'instar des directeurs et AAH, et des ingénieurs territoriaux et d'État ;
- **de valoriser** les hautes fonctions d'expertises et de management en transformant les grades d'ingénieurs en chef en un corps technique d'encadrement supérieur, aligné sur les directeurs d'hôpital (Graf et emplois fonctionnels).

De plus, le SMPS demande d'intégrer la dimension territoriale et l'impact des mutualisations dans le statut et le régime indemnitaire, tout comme dans la définition des emplois fonctionnels.

Il demande une meilleure valorisation des responsabilités des techniciens supérieurs (NBI, régime indemnitaire, etc.), ainsi qu'un réel accès au corps des ingénieurs.



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

Quatre bonnes raisons de voter SMPS

Le SMPS défend et représente l'ensemble des cadres administratifs de la fonction publique hospitalière. Le SMPS est le syndicat des managers publics de santé. Il s'adresse à toute la ligne managériale et regroupe de ce fait les trois corps de direction ainsi que toutes les catégories de cadres de la fonction publique hospitalière.

Par ses actions et ses prises de positions, il a toujours démontré sa volonté de faire reconnaître et de promouvoir la fonction cadre dans les établissements publics sociaux et médico-sociaux.

Le SMPS prône des valeurs qui correspondent à celles des cadres administratifs. L'indépendance politique du SMPS lui permet de conserver une liberté de parole et d'action, y compris dans le cadre de son affiliation à l'UNSA Santé-Sociaux, public et privé. Cette affiliation lui permet toutefois de peser davantage dans les négociations.

Le SMPS défend ses adhérents dans le respect de la déontologie et des droits statutaires. Les adhérents peuvent s'adresser aux élus nationaux ou régionaux, dont les coordonnées figurent dans chaque revue mensuelle ou sur le site Internet.

Le SMPS a la volonté de faire reconnaître et de promouvoir la fonction cadre dans les établissements en associant les cadres, et en les faisant participer, aux décisions sur le fonctionnement de leur établissement. Cela permet d'obtenir davantage de voix en CTE et de créer des collèges dédiés aux cadres.

Le SMPS promeut l'efficacité et la promotion de l'hôpital public, et des établissements sociaux et médico-sociaux publics, au sein du système sanitaire. L'action du SMPS se vérifie par l'implication quotidienne de l'ensemble des cadres et de leurs équipes.

Le SMPS présente un beau bilan 2014-2017 pour les AAH. Grâce à son action conjointe et répétée avec UNSA, le SMPS a obtenu une belle avancée statutaire pour les AAH.

Tout au long de l'année 2017, les deux syndicats ont maintenu la pression sur les autorités de tutelle. Ils ont rencontré

à plusieurs reprises la DGOS et le cabinet de la ministre afin de faire évoluer favorablement la situation des AAH. Et cela a permis d'aboutir, en décembre 2017, à l'approbation par le ministère de l'application du dispositif PPCR, avec effet au 1^{er} janvier 2017, ainsi qu'à la création d'un grade d'accès fonctionnel (Graf) avec effet au 1^{er} janvier 2018. Cela représente une belle avancée si l'on compare avec les deux autres fonctions publiques dont la date d'effet est le 1^{er} janvier 2020.

En juin 2018, les textes modifiant le statut particulier des AAH ont été publiés⁽¹⁾:

- décret n° 2018-506 du 21 juin 2018 modifiant le décret n° 2001-1207 du 19 décembre 2001 portant statut particulier du corps des AAH et modifiant le décret n° 90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la FPH;
- décret n° 2018-507 du 21 juin 2018 relatif au classement indiciaire applicable au corps des AAH;
- arrêté du 21 juin 2018 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux membres du corps des AAH.

Associé à l'UNSA, le SMPS participe activement aux négociations relatives aux conditions d'accès au Graf (art. 11) afin que le maximum de collègues puissent y être éligibles.

Un programme ambitieux pour le prochain mandat. Outre ses messages de politique générale qui plaident pour simplifier le système et libérer les énergies, le SMPS revendique des mesures intercatégorielles pour accompagner l'ensemble de la ligne managériale.

L'avancée statutaire obtenue pour les AAH n'est qu'une première étape. Conscient que l'exercice des fonctions des collègues s'est considérablement complexifié avec la mise en place des GHT et des directions communes, le SMPS souhaite que soit vite clarifiée l'évolution des fonctions et responsabilités des cadres administratifs.

Autre priorité du SMPS: accompagner les parcours professionnels et valoriser les compétences des cadres administratifs. Il est indispensable de revoir la formation initiale de l'EHESP pour mieux préparer et



Vice-présidente AAH
cadres administratifs
Carine GRUDET

Attachée d'administration hospitalière
Responsable du service juridique
CH de Versailles
cgrudet@ch-versailles.fr

armer les futurs collègues. De plus, tout au long de leur vie professionnelle, par le biais de formations adaptées et qualifiantes, il conviendra de leur donner les outils pour bien remplir leurs fonctions de manager dans un contexte professionnel en perpétuelle évolution.

Concernant la valorisation des compétences, le SMPS s'engage pour abroger le régime indemnitaire indigne des cadres hospitaliers, et pour appliquer celui dont bénéficient les collègues des autres fonctions publiques: le régime indemnitaire en fonction des sujétions, de l'expertise et de l'expérience professionnelle (RIFSEEP). Le SMPS s'engage aussi pour l'extension de la NBI à tous afin que cessent les inégalités entre professionnels d'un même corps. ■

(1) Un guide pratique PPCR a été élaboré et va être publié prochainement pour permettre aux AAH de mieux appréhender leur évolution statutaire.

Élections du 6 décembre 2018 Accompagnement et mesures statutaires pour les AAH et cadres administratifs

Le dernier mandat a été intense pour les cadres administratifs. Si l'investissement et l'engagement de tous ont été reconnus à plusieurs reprises par les pouvoirs publics, les avancées statutaires ont tardé à être effectives, alors que les conditions d'exercice sont de plus en plus complexes.

Au niveau collectif, le SMPS prône un accompagnement des parcours professionnels et une aide à la mobilité.

Il convient également d'accompagner les cadres administratifs dans leur mobilité professionnelle (choisie ou subie), en centralisant la publication des vacances de poste et en élargissant la prise en charge des frais de mobilité.

La formation des cadres administratifs doit également évoluer, afin d'assumer la montée en responsabilité découlant de la nouvelle donne territoriale:

- à l'**EHESP**, pour renforcer l'acquisition de connaissances en management;
- en **formation continue**, pour une montée en compétences dans la coordination de plusieurs sites.

Par ailleurs, pour le prochain mandat, l'enjeu est celui de la valorisation des compétences et la clarification des fonctions:

- **créer** un dispositif de valorisation des cadres administratifs, à l'image de la PFR que connaissent les directeurs d'hôpital ou le RIFSEEP pour les attachés de la fonction publique d'État;
- **étendre** la NBI à tous;
- **clarifier** l'évolution des fonctions et responsabilités des cadres administratifs dans le cadre des GHT. ■

Pour aller loin, nous avons besoin de votre participation et de votre soutien

La réunion de catégorie organisée lors du dernier congrès du SMPS a été l'occasion de faire un point sur les attentes des cadres de santé. Nous avons voulu nous assurer que notre profession de foi est en accord avec ces attentes.

Élections du 6 décembre 2018 Accompagnement et mesures statutaires pour les cadres de santé

Les cadres sanitaires, sociaux et médico-sociaux connaissent une situation complexe, notamment du fait de leur positionnement qui les place au cœur de toutes les transformations du système de santé. Ils doivent faire l'objet d'une attention particulière et d'une véritable reconnaissance des pouvoirs publics.

Au niveau collectif, le SMPS souhaite :

- **repenser** la formation initiale des cadres de santé en cohérence avec les missions attendues. Faire un lien avec l'EHESP pour avoir une formation axée sur le management, notamment pour l'encadrement supérieur ;
- **accompagner** les cadres face aux changements induits par la nouvelle donne territoriale et l'intégration à l'université des instituts de formation paramédicale et de cadres ;
- **saisir** l'opportunité de la dynamique territoriale pour engager une véritable réflexion sur le sentiment de manque de temps des cadres, en favorisant l'émergence de nouveaux métiers, en développant les outils d'optimisation et de génération automatique des plannings et en leur permettant de se concentrer sur leur cœur de mission ;
- **associer** davantage l'encadrement aux choix stratégiques des établissements.

Au niveau individuel, le SMPS demande de :

- **maintenir** les NBI des cadres paramédicaux spécialisés lorsqu'ils en bénéficiaient dans le cadre d'un exercice spécialisé ;
- **mettre en place** un dispositif indemnitaire permettant une valorisation des compétences et des différents modes d'exercice et fonction des cadres sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;
- **créer** un Graf. ■

Nous espérons que ce qui a été proposé réponde aux besoins de notre catégorie. Les échanges que nous avons eus tout au long de ce mandat, les expériences que certains d'entre vous ont bien voulu partager avec moi-même ainsi qu'avec nos permanents, ont nourri notre réflexion.

L'actualité extrêmement mouvante, les changements en cours depuis bientôt deux ans avec la mise en place des GHT, ainsi que les annonces plus récentes concernant le plan « Ma santé 2022 », nous incitent à rester attentifs, à anticiper les changements et surtout à être prêts pour accompagner les évolutions de notre système de santé. Nous devons en même temps rester vigilants pour ne pas être oubliés par nos autorités de tutelle.

C'est dans ce sens que nous demandons une attention particulière et une véritable reconnaissance de nos pouvoirs publics.

Nos revendications doivent porter autant sur une valorisation de nos parcours que sur celle de nos modes d'exercice, ainsi que sur celle de nos formations initiales et continues.

Une nouvelle révision de nos grilles ne répondrait pas aux besoins actuels de prendre en compte les différents modes d'exercice.

La dernière revalorisation, portée par le seul SMPS, a permis une progression significative des grilles des cadres et des cadres supérieurs paramédicaux. Certains d'entre vous soulèvent régulièrement la question d'une seule grille pour l'encadrement, avec un avancement linéaire fusionnant cadres paramédicaux et cadre supérieurs, mais cette demande est loin de faire l'unanimité. Certes, il n'y a pas de diplôme spécifique pour obtenir le grade de cadre supérieur de santé, mais l'accès à l'issue d'un concours, ainsi que les missions ensuite confiées, ne s'appuient pas sur les mêmes compétences.

Plusieurs établissements proposent des formations d'accompagnement,

voire une formation d'adaptation à l'emploi. Malheureusement, ce n'est pas la généralité. Nous souhaitons que cela change.

Nous avons une forte attente pour ce qui concerne la formation de l'encadrement, la formation initiale comme la formation continue. Un lien avec l'EHESP devrait permettre de construire des parcours renforçant la complémentarité des managers dans nos établissements. Quelles que soient les responsabilités de l'encadrement, une formation de qualité, et régulière, est essentielle pour assurer les missions qui nous sont confiées.

Mais une des difficultés partagées souvent par nos collègues est la diversité, parfois la confusion, dans les rôles de chacun. Selon la taille d'une structure, les réorganisations internes et les stratégies, certains cadres paramédicaux sont en position de « faisant fonction » de cadre supérieur, des cadres supérieurs en « faisant fonction » de directeur de soins. D'autres assurent l'intérim sur un service, un pôle, un autre établissement, sur un ou plusieurs sites, sans oublier nos collègues enseignants, très touchés par l'universitarisation.

Les GHT modifient aussi les modes d'exercice avec des responsabilités supplémentaires. Or, les rémunérations actuelles ne sont pas adaptées à tous ces modes d'exercice. C'est pourquoi nous nous orientons plus sur d'autres revendications statutaires, Graf et PFR, ou autre régime indemnitaire, pour valoriser l'exercice réel.

Nous avons débattu de ces choix lors de notre réunion de catégorie durant le congrès. Nous espérons que le plus grand nombre d'entre vous y adhère. La bataille est loin d'être gagnée, mais la création d'un Graf et d'une PFR serait une avancée majeure et pérenne, indépendamment d'une toute nouvelle révision future de nos grilles.

Pour aller loin, nous avons besoin de votre participation et de votre soutien. ■



Valorisons les talents en reconnaissant leurs droits

Les directeurs en détachement sont plébiscités pour leurs qualités professionnelles. Exigeons la reconnaissance de leurs droits.

Dix pour cent des directeurs de la FPH exercent en dehors du corps par voie de détachement ou de mise à disposition. Ces mouvements enrichissent le parcours professionnel de nos collègues, ils enrichissent aussi les administrations d'accueil qui bénéficient de leur expertise, de leur connaissance intime de l'hôpital et de leur efficacité opérationnelle.

Si le détachement est désormais accepté et apprécié, le chantier statutaire afférent n'est toujours pas achevé.

Certes, le mouvement est enclenché, avec la loi mobilité interfonctions publiques du 3 août 2009. Toutefois, cette loi ne traite pas de la portabilité des droits à CET.

Dès 2010, le SMPS est intervenu pour soutenir les démarches des collègues qui, après un passage en détachement dans des administrations de l'État (notamment les ARH et ARS), ont réintégré la FPH et se sont vu refuser le transfert de leurs droits : on leur opposait le maintien de ces droits dans la fonction publique d'État et l'absence de texte n'autorisant le transfert interfonctions publiques.

Le SMPS est intervenu auprès du ministère pour exiger la publication d'un décret assurant cette portabilité – la demande interfonctions publiques est relayée dans le cadre de l'UNSA. Toutefois, rien ne bougeant, le SMPS a engagé en 2016 un recours contentieux pour défendre les collègues spoliés de leurs droits.

Une lueur d'espoir est apparue avec l'ordonnance du 13 avril 2017 portant diverses mesures relatives à la mobilité dans la fonction publique. L'ordonnance est censée instaurer le principe de la portabilité du compte épargne-temps (CET) en cas de mobilité du fonctionnaire auprès d'une administration, d'une collectivité ou d'un établissement relevant de l'un des trois versants de la fonction publique

Hélas, ce texte reste inapplicable car sans décret d'application. Ainsi en juge le tribunal administratif de Limoges (TA Limoges, 7 décembre 2017) qui déboute notre demande de transférabilité des droits à CET acquis pour un collègue en ARH ayant réintégré le corps.

« *Considérant qu'il résulte des dispositions [...] des décrets du 29 avril 2002 et du 3 mai 2002 que les comptes épargne-temps sont respectivement instaurés pour la fonction publique d'État et les agents de la Fonction publique hospitalière : qu'aucune disposition législative ou réglementaire ne permet de transférer à la fonction publique hospitalière le compte épargne-temps d'un agent ouvert en application des dispositions de l'article 1^{er} du décret du 29 avril 2002 ; que les dispositions de l'article 10 de ce décret règlent exclusivement la situation des fonctionnaires de l'État placés auprès d'autres administrations ou services de l'État qui réintègrent leur service d'origine.* »

Dès lors, le combat continue. Le SMPS reste mobilisé et intervient auprès des ministères pour l'affirmation des droits des détachés.

La persévérance semble devoir être récompensée, les dispositifs réglementaires bougent et, enfin, le Conseil commun de la fonction publique (CCFP) du 17 juillet 2018 a rendu un avis favorable sur un projet de décret portant dispositions relatives à la portabilité du CET entre fonctions publiques :

« *En cas de mobilité dans la fonction publique – cela incluant la mobilité interfonctions publiques –, l'agent concerné conserve le bénéfice des droits à congés acquis au titre de son CET. L'administration, la collectivité ou l'établissement d'origine adressera au nouvel employeur public, au plus tard à la date d'affectation de l'agent,*



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

une attestation des droits à congés épargnés par l'agent dans ce cadre. À compter de la date d'affectation de l'agent, les droits sont ouverts et la gestion du compte épargne-temps est assurée par l'administration, la collectivité ou l'établissement d'accueil. »

Cette revendication inscrite dans les plateformes électorales 2010 et 2014 du SMPS, et constamment défendue par le collectif des détachés, trouve ainsi sa traduction. Et, mieux vaut tard que jamais, cette avancée a été reprise – voire revendiquée ! – par l'ensemble des organisations syndicales qui pourtant, ne s'en étaient jamais préoccupées.

Le décret reste en attente de publication, et le SMPS reste mobilisé pour que son application soit effective et que cesse la spoliation dont sont victimes nos collègues. ■

Élections du 6 décembre 2018 Accompagnement et mesures statutaires pour les détachés

Le détachement ne doit plus être synonyme de parcours professionnels fractionnés mais traduire l'effectivité du droit à mobilité entre les différents versants de la fonction publique, et au-delà.

Aussi, le SMPS souhaite :

- **valoriser** les parcours en détachement, faire évoluer la culture collective pour mieux intégrer les détachés aux communautés hospitalières et impulser un vrai management des carrières par le Centre national de gestion ;
- **ouvrir** des opportunités attractives pour les hospitaliers au niveau local, national et international ;
- **favoriser** les réintégrations après détachement et l'anticipation de ces retours ;
- **sensibiliser** sur les conséquences statutaires des détachements ;
- **rendre** effective la portabilité interfonctions publiques des CET et leur solde en cas de détachement hors FP ;
- **assister** individuellement les collègues pour réussir les parcours en détachement ;
- **représenter** collectivement les détachés auprès des institutions ;
- **animer** le collectif des détachés ;
- **veiller** au bon déroulement des procédures d'évaluation nécessaire au parcours professionnel. ■

Une échéance majeure pour les directeurs et les cadres

Une nouvelle fois, le SMPS est en campagne électorale dans le cadre des élections professionnelles 2018. Capital pour l'avenir de notre syndicat, ce scrutin, qui voit l'instauration du vote électronique ouvert du 29 novembre au 6 décembre, intervient dans un contexte particulier à plus d'un titre.

La singularité du scrutin de cet automne tient d'abord au but de ces élections. Elles visent bien sûr à assurer la composante syndicale des commissions administratives paritaires, locales et nationales. Les élections concernent aussi la représentation au sein du comité consultatif national. Autant d'instances naturelles du dialogue social. Chacune mesure donc l'importance du nombre de voix obtenues en termes d'audience, de sièges attribués, de moyens matériels d'action.

Ce sont aussi les premières élections à dimension départementale pour les commissions consultatives paritaires, compétentes à l'égard des agents contractuels de la fonction publique hospitalière. Instaurées en 2015, elles n'étaient pas encore entrées en vigueur faute de dispositions réglementaires. Or, les contractuels sont nombreux parmi les cadres. Obtenir leur adhésion est un enjeu fort.

Ces élections professionnelles déterminent la composition des comités techniques d'établissement (CTE) et, partant, des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Elles posent sur le plan local la dimension concrète du syndicat. Compte tenu de sa spécificité de représentation des seuls cadres et directeurs, les élections aux CTE n'ont jamais été simples pour le SMPS, sa base électorale étant étroite. La nouveauté qui oblige à mettre en place des CTE et

des CHSCT dans les groupements de coopération sanitaire (GCS) de moyens de droit public est un défi supplémentaire. La représentation équilibrée femmes/hommes prévoit que les listes de candidats aux élections professionnelles sont composées d'un nombre de femmes et d'hommes correspondant à la part de femmes et d'hommes représentés au sein de l'instance. C'est une avancée notable en matière d'égal accès aux responsabilités sociales et professionnelles. Toutes les instances représentatives du personnel concernées par les élections du 6 décembre 2018 doivent respecter cette consigne de représentation.

Le vote pour de nouvelles instances, et d'autres recomposées, la représentation paritaire, de nouvelles modalités électorales obligent évidemment à ajuster la stratégie syndicale. Mais le véritable enjeu n'est pas là, même si bien s'adapter aux nouvelles règles est important.

La clé du succès tient à la capacité du SMPS à continuer d'être le syndicat porteur d'une vision moderne de l'évolution d'un système de santé, dans toutes ses composantes sanitaires et médico-sociales, devenu trop

complexe, trop rigide, trop contraignant pour tous les acteurs. Cette ambition est inscrite dans la plateforme électorale «Un nouvel élan pour les managers en santé», porteuse également d'une ambition forte pour les directeurs et les cadres, sans qui rien n'est possible. Pour peu qu'on leur en donne les moyens, ils sauront mener à bien la transformation nécessaire.

Mais un bon programme ne suffit pas à gagner une élection si les électeurs se détournent des urnes. Convaincre du bien-fondé de nos propositions, inciter les managers à voter pour le SMPS, y compris ceux qui pourraient penser que ce scrutin ne présente pas pour eux un intérêt immédiat: voici l'objet d'une campagne qui mobilise toutes les forces vives du syndicat. Nous, les retraités, bien que retirés des affaires, avons aussi un rôle à jouer.

Au fil des échanges avec certains d'entre vous, il est apparu que le SMPS devait prendre position sur les questions relatives aux retraites actuelles (revaloriser les pensions) et futures (déplafonner la retraite additionnelle de la fonction publique; rééquilibrer en activité les parts indiciaire et indemnitaire de la rémunération pour augmenter le niveau des pensions). Tout comme s'est imposé le constat qu'il serait bon de capitaliser au bénéfice de tous la somme des connaissances, expériences et compétences acquises tout au long de la carrière dans une dynamique de compagnonnage. Notre plateforme intègre ces éléments dans une rubrique spécifique pour les managers en fin de carrière et retraités.

Beaucoup d'entre nous ont gardé des liens avec leurs collègues encore en activité. Incitons-les à voter SMPS! ■

Élections du 6 décembre 2018

Accompagnement et mesures statutaires pour les rétrairés

La fin de carrière et la retraite sont des épisodes majeurs de la vie professionnelle qu'il importe de mieux préparer et de mieux accompagner.

Ainsi, le SMPS propose :

- **d'aider** les futur(e)s retraité(e)s à réussir cette échéance, comme il accompagne ses adhérents tout au long de leur activité;
- **de capitaliser** au bénéfice de tous la somme des connaissances, expériences et compétences acquises tout au long de la carrière, dans une dynamique de compagnonnage;
- **de revaloriser** les pensions afin de

compenser le gel du point d'indice et l'inflation;

- **de déplafonner** la retraite additionnelle de la fonction publique pour tenir compte de la part important de l'indemnitaire dans la rémunération des cadres et des directeurs;
- **de rééquilibrer** en activité la répartition entre la part indiciaire et la part indemnitaire du revenu, pour augmenter le niveau des pensions;
- **de valoriser** l'engagement social des retraités afin de favoriser la transmission des connaissances et de capitaliser la solidarité intergénérationnelle. ■



Catégorie cadres retraités

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

Président



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

Vice-présidents



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



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



Vice-président D3S
Frédéric CECCHIN
Directeur adjoint
Ehpad de Villefranche-sur-Mer
Tél. : 04 93 01 17 03
f.cecchin@ehpadvillef.com



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



Vice-présidente
cadres soignants
Laurence-Béatrice CLUZEL
Cadre supérieur pôle sud
Fondation Santé Service
Tél. : 06 78 46 21 97
laurence.cluzel
@santeservice.asso.fr



Vice-présidente
cadres administratifs
Carine GRUDET
Attachée d'administration
hospitalière
CH de Versailles
cgrudet@ch-versailles.fr

Membres fonctionnels



Délégué retraité
Jean-Rémi BITAUD
jrbitaud@orange.fr



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



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



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

Trésorerie nationale



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

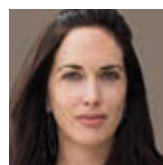


Trésorier national adjoint
Guillaume CHESNEL
Directeur adjoint
Institut Gustave-Roussy
guillaume.chesnel@
gustaveroussy.fr

Secrétaires nationaux



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



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



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



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



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



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

Délégation nationale

Délégués nationaux



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



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

Secrétariat
adhesion@smpsante.fr
contact@smpsante.fr

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

Secrétaires régionaux

ANTILLES - GUYANE

Stéphane BERNIAC
stephane.berniac@chu-martinique.fr

AUVERGNE/RHÔNE-ALPES

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

BOURGOGNE/FRANCHE-COMTÉ

Emmanuel LUIGI
luigi.emmanuel@ch-dole.fr

BRETAGNE

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

CENTRE

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

CORSE

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

GRAND-EST

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

HAUTS-DE-FRANCE

Corinne SÉNESCHAL
c.seneschal@ch.boulogne.fr

ÎLE-DE-FRANCE AP-HP

Isabelle LECLERC
ileclerc@chi-poissy-st-germain.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

Fatoumata, Aide-soignante

COMME MOI, MA BANQUE SOULAGE LES POINTS DE TENSION

#notrepointcommun

Pour tous les personnels de la Fonction publique,
la CASDEN a créé l'épargne à Points*. Mon épargne est toujours disponible**
et mes projets deviennent réalisables aux meilleures conditions***.

Tous fonctionnaires au service du collectif

**Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez
vos capacités de remboursement avant de vous engager.**

*Les Points cumulés dans le cadre du Programme 1,2,3 CASDEN sont comptabilisés chaque fin de mois.

**Le montant de chaque versement ou retrait doit être de 10 € minimum. Le solde du compte Dépôt Solidarité CASDEN et du Compte sur Livret CASDEN ne doit pas être inférieur à 10 €.

***Offre soumise à conditions et dans les limites fixées par l'offre de crédit, sous réserve d'acceptation de votre dossier par l'organisme prêteur, la CASDEN Banque Populaire. Pour le financement d'une opération relevant des articles L313-1 et suivants du code de la consommation (crédit immobilier), l'emprunteur dispose d'un délai de réflexion de 10 jours avant d'accepter l'offre de crédit. La réalisation de la vente est subordonnée à l'obtention du prêt. Si celui-ci n'est pas obtenu, le vendeur doit rembourser les sommes versées. Pour les crédits à la consommation, l'emprunteur dispose du délai légal de rétractation.