

# managers de santé



NUMÉRO 109  
MAI 2019 - 6,25 €

le magazine des directeurs, cadres et ingénieurs hospitaliers



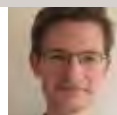
## Reste-t-il des leviers d'action ?



**Renouvellement  
du bureau national  
Liste Ambition**



**Le plan « Ma santé 2022 »  
et la réforme du financement  
La grande transformation ?**



**Transformation  
de la fonction publique  
Soyons vigilants**



# Éditorial

Jérémie SÉCHER  
Président

## Une équipe rassemblée au service d'une ambition partagée

**E**n mars dernier, vous avez fait choix de porter à la tête du SMPS un bureau national rassemblé autour de valeurs fortes. Je vous en remercie vivement.

Votre confiance nous honore et nous engage pour l'avenir de notre système de santé au sens large.

Vous pourrez compter sur des élus de terrain, résolument offensifs, déterminés à garantir une reconnaissance de nos métiers, à la hauteur de nos responsabilités.

En effet, le SMPS reste et demeurera le seul syndicat à représenter exclusivement toute la ligne managériale des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. C'est pourquoi nous avons fait le choix de l'ouverture en proposant aux médecins managers de nous rejoindre, afin de porter haut notre vision.

Outre l'action menée pour la reconnaissance de nos métiers et l'amélioration de notre qualité de vie au travail, il faudra affirmer avec force auprès du ministère l'importance de préserver l'autonomie de nos établissements, dans un contexte où nos marges de manœuvre semblent se réduire.

Pour y parvenir, les élus du SMPS auront besoin de vous tous, vous qui animez chaque jour le territoire pour créer un véritable relais avec le bureau national. C'est à cette condition que nous pourrons, ensemble, continuer à faire bouger les lignes pour valoriser nos métiers et l'expertise qui en découle, mais aussi pour vous offrir un accompagnement renforcé au quotidien.

Mais le SMPS est aussi un syndicat qui innove et qui ose grâce à des collègues engagés pour porter différentes causes, et ainsi participer au façonnement des structures de demain, tant l'hôpital que les établissements d'accueil et d'hébergement.

Nous qui vivons les établissements au quotidien sommes les mieux placés pour porter des messages certes offensifs, mais surtout constructifs, envers le ministère. Aujourd'hui plus que jamais, c'est la vision du terrain qui permettra de sortir de l'impasse. C'est pourquoi la mise en place d'une *task force*, sur le modèle de ce qui a été fait pour le financement de la santé, nous paraît essentielle afin que les futures réformes répondent vraiment aux besoins de tous les hospitaliers.

Mais pour continuer à imaginer, à faire bouger les lignes et à vous défendre, nous aurons aussi besoin de réfléchir ensemble aux grandes orientations de notre doctrine qui, tout en promouvant la ligne managériale comme solution, doit elle aussi évoluer.

Réformiste, constructif mais sans complaisance à l'égard des pouvoirs publics, le SMPS s'appuiera aussi sur une identité forte, la représentation des managers hospitaliers dans leur ensemble, pour rassembler les différentes sensibilités qui le constituent.

Le programme est donc simple mais résolument ambitieux : accompagner les managers d'aujourd'hui et de demain pour leur permettre d'agir dans les meilleures conditions possible, faire reconnaître la complexité de nos missions et surtout être optimiste, car c'est dans la proximité avec le terrain et dans leur capacité de mobilité que les hospitaliers trouveront de belles opportunités.

Ce ne sont donc pas les défis qui vont manquer dans les mois et années à venir, et c'est seulement rassemblés dans leur diversité que les hospitaliers parviendront à redonner aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics tout leur sens. ■



## Dossier

### Reste-t-il des leviers d'actions ?

**Le droit public économique offre des leviers ignorés** ..... 16

Henda Boucetta

**Le risque judiciaire n'est pas une fatalité** ..... 18

Pierre-Yves Fouré

**Empathie et innovation collective : de puissants leviers** ..... 20

Inès Gravey

**Actionnons le levier numérique** ..... 23

Meriem Dhib et Hervé Seck

## Infos en bref

### Courrier commun des syndicats de directeurs à la ministre de la Santé - 19 avril 2019

Prolongation des mesures d'accompagnement du décret 2018-584 et extension de leur bénéfice aux directeurs de l'AP-HP ..... 2

### Nouvelle AP-HP

Oui, s'il y a une méthode co-construite et un dialogue transparent..... 3

### ARS Hauts-de-France

Adepte du bain nordique !..... 3

### « Ma Santé 2022 »

Faut-il vraiment un traitement par ordonnance ? ..... 3

### CAPN DH

Combien d'initiatives encore pour rendre définitivement non attractif le corps des directeurs d'hôpital?..... 4

### CAPN D3S

Les D3S attendent un État stratège, pas des soubresauts idéologiques ... 4

### CAPN DS

Une fonction indispensable au pilotage des structures hospitalières ..... 5

### Statut des ingénieurs hospitaliers

Le SMPS sollicite la DGOS ..... 6

### Comité consultatif national

Souhaitons que les travaux du CCN ne soient pas vains ..... 6

## En coulisses

### Renouvellement du bureau

Liste Ambition ..... 8

## À la loupe

Le plan « Ma santé 2022 » et la réforme du financement conduisent-ils à la grande transformation?..... 10

Transformation de la fonction publique : soyons vigilants! ..... 12

## Catégories

**directeurs d'hôpital**..... 24

Nos contraintes sont nos libertés...quand elles sont légitimes

**directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux**..... 25

Rapport Libault, dix propositions clés

Un levier pour la prise en charge des personnes âgées?

**directeurs des soins**..... 26

Vite, de la reconnaissance!

**ingénieurs et cadres techniques**..... 27

Vous avez dit « des leviers »?

**cadres administratifs**..... 28

Un levier essentiel : l'accompagnement

**cadres de santé** ..... 29

Management : actionner le levier confiance

**cadres retraités**..... 30

Reste-t-il des leviers?

**Adhésion/cotisation**..... 31

**Vos élus et représentants**..... 32



ISSN 2101-3527

**Directeur de la publication**  
Jérémy Sécher

**Rédactrice en chef**  
Marie Hiance

**Rédactrice en chef adjointe**  
Christelle Gay  
christelle.gay@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

## Courrier commun des syndicats de directeurs à la ministre de la Santé - 19 avril 2019 Prolongation des mesures d'accompagnement du décret 2018-584 et extension de leur bénéfice aux directeurs de l'AP-HP

Madame la Ministre,  
Les syndicats de directeurs de la fonction publique hospitalière siégeant au comité consultatif national s'adressent à vous afin de vous alerter de l'urgence à procéder à la modification du décret 2018-584 dont les mesures ne s'appliquent que jusqu'au 30 juin 2019, soit dans quelques semaines. Le principe du report de cette date butoir a été à plusieurs reprises annoncé par le ministère. Les syndicats vous demandent aussi d'étendre le bénéfice de ces mesures aux personnels de direction et aux directeurs des soins de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

En effet, les dispositions de ce décret visent à compenser, temporairement et à titre personnel, les effets sur toutes les composantes de la rémunération, de la perte ou du déclassement d'un emploi fonctionnel. Elles concernent les trois corps de direction : DH, D3S et DS. Elles sont permises tant que les directeurs y ont intérêt. Elles n'interviennent que si l'établissement concerné est partie à un GHT.

Ces mesures ne sont actives que jusqu'au 30 juin 2019. La période de onze mois, que nous avons unanimement contestée, est comme prévu bien trop courte et totalement déconnectée de la réalité des transformations au sein des groupements hospitaliers de

territoire. Selon les derniers chiffres des directions communes mises en œuvre au sein de ces groupements, ce sont 34 nouvelles directions communes impliquant au moins un établissement public de santé et 30 recompositions (fusions et extensions) qui ont été réalisées en 2018. Le rythme s'est encore accéléré sur les trois premiers mois de 2019, qui ont vu 16 nouvelles directions communes et 12 recompositions. De nombreux autres projets encouragés par les acteurs locaux vont voir le jour. Les projets de restructuration de l'offre sanitaire et médico-sociale auront très certainement aussi des conséquences de même nature, qu'il convient de prévoir. C'est pourquoi nous vous demandons la prolongation significative de la période qui ouvre le bénéfice des mesures d'accompagnement.

Enfin, le décret limite l'application de ces mesures aux transformations engagées au sein des groupements hospitaliers de territoire, excluant donc de leur bénéfice les personnels de direction et les directeurs des soins de l'AP-HP. Or, cette grande institution s'est engagée dans une démarche de transformation d'ampleur dite « Nouvelle AP-HP », dont les objectifs affichés sont une plus grande déconcentration, davantage d'autonomie pour ses groupes hospitaliers et un

siège recentré sur ses missions stratégiques. De nouveaux ensembles hospitaliers articulés avec les universités et leur territoire se mettent en place progressivement, regroupant plusieurs des actuels groupes hospitaliers, parallèlement à l'évolution du siège. Les organigrammes de direction sont donc particulièrement impactés et le seront encore dans les mois à venir au fur et à mesure de la constitution des nouveaux ensembles hospitaliers. Les mouvements, parfois non souhaités des personnes, d'un organigramme à un autre, notamment ceux des directeurs d'hôpital et des directeurs des soins détachés sur emploi fonctionnel, ne peuvent se satisfaire d'expédients et méritent l'application des mesures d'accompagnement du décret 2018-584. Les syndicats de directeurs siégeant au comité consultatif national s'inquiètent du délai très court imposé pour aboutir à l'évolution de ce décret, qui doit permettre de sécuriser toutes les situations qui le justifient, et ils vous demandent de prendre en compte l'urgence de la situation. Certains de votre écoute, nous vous prions de croire, Madame la Ministre, à l'expression de notre plus haute considération. ■

SYNCASS-CFDT  
SMPS  
CH-FO

## Nouvelle AP-HP

### Oui, s'il y a une méthode co-construite et un dialogue transparent

**S**yndicat réformiste représentant toute la ligne managériale de la fonction publique hospitalière, le SMPS prône l'accompagnement du changement quand celui-ci s'avère nécessaire, pour en garantir la réussite, en passant par l'adhésion des équipes et de l'ensemble des cadres.

La démarche Nouvelle AP-HP s'inscrit dans une réorganisation majeure, en créant de grands ensembles hospitaliers, ce qui induit de fait un risque d'éloignement des centres de décision, d'encadrement et de déconnexion.

Aujourd'hui, le malaise est perceptible par tous à l'hôpital, de l'agent des services hospitaliers au directeur. Et l'AP-HP en est un exemple. Malgré la réelle mobilisation au quotidien, l'encadrement ne voit plus le sens ni le cap, dans un contexte d'hétérogénéité des moyens mis en place pour le changement d'organisation.

Le président du SMPS, avec l'équipe de la délégation nationale et les vice-présidents de catégorie, a rencontré les cadres de l'AP-HP. Les échanges ont mis en exergue une réelle inquiétude, au regard :

- des réductions de postes sans concertation avec le management de proximité ;
- du manque de personnel et d'un turnover important ;
- de l'absence de lisibilité sur les recrutements et des difficultés croissantes de fidélisation du personnel dans un contexte de tension sur le pouvoir d'achat des hospitaliers ;
- de l'absence de clarté sur le futur schéma managérial des services de soins, administratifs et techniques ;
- du manque de lisibilité sur le pilotage médical, paramédical et administratif des futurs départements médico-universitaires ;
- de la dégradation des conditions de travail ;
- de l'insuffisante prévention des risques psychosociaux concernant l'encadrement, direction comprise ;

- de la diminution de l'attractivité des fonctions de management au sein de l'AP-HP.

L'absence de communication claire avait déjà été pointée, en ce qui concerne tous les contours de la mobilité des agents encore non identifiés et toutes les fermetures de services découlant du projet Nouvelle AP-HP, auquel s'ajoute le plan de retour à l'équilibre.

Avec l'UNSA, le SMPS réclame notamment l'installation d'une cellule d'accompagnement pluriprofessionnelle de la mobilité et demande des précisions concernant le nombre de professionnels concernés. L'UNSA et le SMPS réclament aussi un dispositif de formation spécifique au regard des bouleversements à venir, ainsi que la lisibilité sur la politique sociale et la politique d'emploi décidées par la direction générale.

Désormais, le SMPS demande à rencontrer la direction générale de l'AP-HP pour traiter ces questions de façon collective, pour obtenir des réponses à ses préoccupations et pour donner de la visibilité à l'ensemble de la chaîne managériale. Et ce afin d'apaiser une situation qui se tend autour des enjeux partagés, par la ligne de management, au service de la qualité des prises en charge. ■

### « Ma Santé 2022 »

### Faut-il vraiment un traitement par ordonnance ?

**L**e projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé a été présenté le 13 février en Conseil des ministres. Ce texte porte des dispositions intéressantes au regard des défis immenses auxquels nous sommes confrontés. Elles sont conformes à l'esprit des propositions formulées par le SMPS.

Pour autant, la question de la méthode nous interpelle : le texte de loi ne comporte que des mesures dont les précisions seront apportées ultérieurement, par ordonnance.

Vouloir transformer par voie d'ordonnance, en écartant le Parlement et tous les corps intermédiaires,

## ARS Hauts-de-France

### Adepte du bain nordique !

**E**n juillet dernier le directeur du centre hospitalier Philippe-Pinel d'Amiens (Somme) se trouvait malmené au point que l'ARS lui accordait la protection fonctionnelle.

Après des mois durant lesquels le centre hospitalier Philippe-Pinel a baigné dans un mouvement de grève bouillonnant, qui dépassait le cadre de l'établissement, c'est aujourd'hui la douche froide : le centre hospitalier est placé sous administration provisoire et le directeur est mis en recherche d'affectation sous huitaine.

Contrairement au rituel scandinave, l'effet chaud-froid n'a pas eu l'effet escompté : le directeur comme les personnels sont abasourdis et ne comprennent pas ce qui arrive.

Comment concevoir cette décision prise au moment où la situation dans l'établissement s'est apaisée ? Qu'est-ce qui justifie cette mesure d'urgence ?

Le besoin de donner une nouvelle impulsion à l'établissement : voici l'argument massue. Mais où est donc l'urgence ? N'y avait-il pas d'autres moyens que la violence pour accompagner ce changement ? Parce que, oui, nous parlons bien de violence managériale !

Les directeurs et les directrices peuvent comprendre et accepter la nécessité d'un changement mais ils veulent être traités avec le respect qu'ils méritent. Ce n'est pas la première fois qu'une ARS a recours à un tel procédé et à de telles (mauvaises) manières.

Dans ces conditions, et alors que les postes de certains collègues sont publiés sans même qu'ils en soient informés, le SMPS met en garde les pouvoirs publics sur la maltraitance subie par de nombreux directeurs d'établissement. ■

ne peut être un exemple à suivre pour la démocratie sanitaire tant recherchée. Le grand débat national n'étant pas achevé à cette date, l'incohérence est encore plus importante, la santé faisant partie des services publics préférés des Français.

Par ailleurs, le SMPS alerte les pouvoirs publics sur l'état du climat social des professionnels, extrêmement dégradé dans le secteur sanitaire et médico-social. La verticalité des mesures qui s'annoncent ne peut que creuser le fossé entre les décideurs et les hospitaliers et laisse encore de côté les patients, pourtant premiers concernés. ■

## CAPN DH

### Combien d'initiatives encore pour rendre définitivement non attractif le corps des directeurs d'hôpital ?

**P**our la population, bercée d'émissions de télévision racoleuses, non rigoureuses, ou truffées d'informations douteuses accommodées à la sauce des réseaux sociaux, et pour une partie des professionnels de santé à qui on a caché durant des années la vérité sur la pénurie sociale, la raréfaction des ressources et les besoins de réorganisation de notre système hospitalier, le coupable est tout désigné : le directeur d'hôpital !

Pas une semaine où le corps des directeurs ne soit rendu coupable de tous les maux de l'établissement. Et cela va de l'appauvrissement de l'environnement d'accueil des malades à l'hôpital public à la vétusté des bâtiments édifiés, et même jusqu'à l'absence d'attractivité des métiers et, bien sûr, la souffrance au travail.

Pas une semaine, pas un jour, si Twitter fait partie de nos vies, où l'on évoque une caricature de nos métiers, souvent transmise par les hospitaliers eux-mêmes, qui dépeint des fonctionnaires sans cœur, avides de pouvoir, à faible valeur ajoutée, peu dévoués à la cause. La tenue de groupes de travail autour du projet de loi de santé, qui font parfois office de défouloir pour certains, entretient cette caricature au-delà de ce que peut accepter un esprit autocritique.

Et pendant ce temps, où sont les directeurs d'hôpital ? Ils font face à toutes les questions de fond et surtout au quotidien pesant.

Et quels signes positifs sont envoyés aux directeurs dans ce contexte déstabilisant et démotivant ? Rappelons que les indicateurs d'attractivité du concours sont au plus bas et que beaucoup de collègues

choisissent une autre carrière parce qu'ils ne trouvent plus de débouchés dans le contexte de dynamitage du corps. Quels sont les signes d'encouragement, donc ? Aucun. Pire : tous les signes sont négatifs. Le projet de loi de transformation de la fonction publique laisse à penser que l'arme du coupable est évidemment son statut, et que son défaut est l'inefficacité. Donc, au lieu de proposer des rebonds de carrière utiles pour piloter la transformation en proximité, on irait chercher des profils contractuels, peu ou pas formés. La loi Santé elle-même, pourtant ambitieuse sous bien des aspects, va sans doute générer de nouvelles situations délétères pour les directeurs. Vu la défiance qu'on leur inflige, comment ceux-ci peuvent-ils porter sereinement les futures restructurations qui doivent permettre la mise en place des hôpitaux de proximité ?

Dans le silence du court projet de loi renvoyant aux ordonnances, comment va-t-on pouvoir canaliser les débats sur la gouvernance ? Comment va-t-on choisir l'efficacité plutôt que la mise en cause des soi-disant dérives du système actuel, en citant souvent *ad hominem* des managers ?

Les directeurs sont bien las de tous ces bourdonnements. Ils n'en peuvent plus de devoir se justifier, de perdre du temps à la place de leurs donneurs d'ordre, d'avoir bien trop d'injonctions paradoxales depuis trop longtemps. Ils s'usent à tenir leurs établissements à bout de bras. Certains partent, d'autres sombrent. Les directeurs ne méritent pas ce traitement. Ils méritent la confiance et la reconnaissance. Depuis toujours. ■

## CAPN D3S

### Les D3S attendent un État pas des soubresauts idéo

**L**es directrices et directeurs de l'ensemble des secteurs sanitaire, social et médico-social sont confrontés chaque jour à la difficile mission d'accompagner les plus démunis et les plus fragiles. Ils devraient exercer dans un contexte professionnel rassurant, en s'appuyant sur une stratégie claire et efficace du gouvernement, et en disposant de l'interlocuteur privilégié que devrait être l'ARS.

Aux difficultés s'ajoute une actualité chargée : projet de loi de transformation de la fonction publique, adaptation de l'offre de service, modification unilatérale des modalités de récupération de l'APA ou aide sociale, réforme du mécanisme de la PFR, etc.

La première inquiétude du SMPS porte sur le devenir et l'utilité future même de la CAPN. L'article 3 du projet de loi de transformation de la fonction publique entend en effet supprimer les mutations, avancements et promotions de la compétence des commissions administratives paritaires. Son entrée en vigueur est prévue dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Le rôle des CAP serait alors centré sur les sujets disciplinaires et les décisions individuelles défavorables. Mais comment s'assurer que le CNG restera en mesure de suivre les mobilités, et de les prendre en compte pour les promotions de grade ?

D'autre part, l'article 5 du projet de loi confirme l'ouverture aux contractuels des postes de chef d'établissement. Pour les postes d'adjoint, il crée une ouverture, avec la notion d'« emplois supérieurs » : tous les postes d'adjoint sur emploi fonctionnel seraient ouverts au recrutement de contractuels, ce qui exclut provisoirement la catégorie D3S, mais dans un contexte très flou, et avec l'introduction d'un terme laissant ouvertes les interprétations et les extensions. Ces points nous inquiètent.

Derrière l'affichage pompeux (« *diversifier les viviers de recrutement dans l'encadrement supérieur et dirigeant de la fonction publique* »), il y a en réalité un mépris de l'investissement et un manque de reconnaissance de la qualité du travail de nos collègues directeurs, qualité par ailleurs recherchée par de nombreux groupes privés.

Tout autant que la question du rôle en devenir de la CAPN, le projet de loi semble

## stratégie, logiques

ignorer que les directeurs disposent d'un comité de sélection, comité de sélection dont l'existence même n'est plus assurée. De plus, l'École des hautes études en santé publique est une nouvelle fois déconsidérée, et ne serait pas perçue comme l'interlocuteur naturel pour la formation des contractuels ainsi recrutés.

Le SMPS affirme avec force que le statut n'est pas antinomique avec l'investissement, la compétence et l'efficacité.

Mais ce n'est pas la seule préoccupation. Comme à chaque commission, notre éthique et notre sens du devoir replacent au centre du débat les populations fragiles accueillies au long cours dans les établissements. Le SMPS s'interroge sur les mesures préconisées dans le rapport Libault sur le grand âge et la dépendance, qui se font tant attendre. Il s'interroge aussi sur les effets tant annoncés pour le secteur social après la nomination du secrétaire d'État à la protection de l'enfance, Adrien Taquet. Enfin, le SMPS se pose des questions sur le réel impact de la réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées, le projet Serafin. Il faut agir, car les publics souffrent trop de l'inertie, de la rigueur économique et du malaise généralisé dans l'ensemble des métiers de la fonction publique hospitalière.

Le grand débat organisé partout en France fait réaliser au pouvoir exécutif à quel point le vieillissement a besoin d'une réforme urgente et d'envergure, permettant de changer le modèle de sa prise en charge. Si l'on partage l'idée d'une priorité au maintien à domicile, les Ehpad ne doivent pas être oubliés. Le taux d'encadrement soignant doit être adapté aux besoins et tendre vers ce qui se fait de mieux en Europe. Il faudra embaucher et, pour cela, il est nécessaire de rendre attractifs les métiers du grand âge, donc de les revaloriser fortement. Dans le même temps, il faudra faire baisser le reste à charge des ménages, qui est plus qu'insupportable, avec entre autres la simplification de la tarification et la création d'un cinquième risque.

Les directeurs et les directrices souhaitaient un État stratège, ils subissent des soubresauts idéologiques sans vision globale. Dommage. ■

### CAPN DS

## Une fonction indispensable au pilotage des structures hospitalières

**P**our le SMPS, la commission administrative paritaire nationale des directeurs des soins, de la nouvelle mandature, est l'occasion de confirmer sa volonté constante d'être un partenaire actif, rigoureux et exigeant, engagé pour la défense et la reconnaissance du collectif des directeurs des soins et de chaque collègue individuellement.

Selon nous, la précédente mandature a montré le dédain persistant des pouvoirs publics vis-à-vis de notre corps. Or, vu l'implication quotidienne des directeurs et des directrices des soins, la reconnaissance et la considération demandées seraient une preuve de leur appartenance véritable aux équipes de direction. Le dispositif de la PFR, discriminant, et un régime indemnitaire et salarial qui ne correspond pas à la densité des responsabilités prouvent la volonté de ne surtout pas conforter l'attractivité de notre corps.

Les directeurs et les directrices des soins s'approchent d'un tel degré de fatigue que celui-ci risque d'entraîner une grande perte de motivation. Les contextes d'exercice sont de plus en plus tendus. À une époque où l'attention portée à la maîtrise des risques psychosociaux est forte, le SMPS déplore qu'il n'y ait aucune volonté des pouvoirs publics de faire évoluer de façon positive la situation des directeurs et des directrices des soins, en cohérence avec l'évolution sociétale en général, et avec celle du système de santé en particulier. La souffrance de l'hôpital public est médiatisée, cela le fragilise d'autant plus. Il présente des risques majeurs de dégradation irréversible, dont les effets commencent à atteindre le niveau de satisfaction des usagers et des professionnels. Ceux-ci œuvrent au jour le jour pour assurer au mieux leurs missions, animés par un grand sens du service public.

La mise en place des GHT, l'impérieux besoin de restructurer notre système

de santé par des réorganisations qui se veulent de plus en plus efficaces, les exigences et les cahiers des charges inhumains, imposent des stratégies managériales sans cesse impopulaires. Il faut continuellement s'y adapter pour maintenir un dispositif de soins qui devrait d'abord répondre aux seules exigences de qualité et de sécurité.

Les directeurs et les directrices des soins sont des professionnels indispensables à la réussite des évolutions exigées. Par leur haut niveau de technicité, notamment managériale, ils répondent en permanence à l'ensemble des injonctions imposées. Leurs exigences légitimes de considération restent pourtant lettre morte. Ce triste constat explique en grande partie l'absence d'attractivité du corps. Si les pouvoirs publics persistent à ne pas envoyer de signaux forts à l'ensemble du corps des directeurs des soins, ils seront les seuls responsables de l'extinction d'une fonction indispensable au pilotage des structures hospitalières. Le ressentiment s'accroît à la lecture du projet de loi « Ma santé 2022 » qui ne fait aucune référence au corps et à la fonction de directeur et directrice des soins. Les professionnels de santé non médicaux n'y sont pas mentionnés, les projets de soins partagés non plus, comme si le rôle de ces professionnels devenait subalterne dans une organisation médico-centrée.

Le SMPS sera toujours vigilant sur les conditions de travail des directeurs des soins, et engagé activement et sans complaisance dans l'évolution de tout le système de santé. Le SMPS attend des effets concrets en rapport avec les exigences des directeurs et des directrices des soins, avec leurs responsabilités, avec leur haute technicité managériale, avec les impératifs liés à leurs fonctions et aux postes occupés, avec leurs conditions de travail, et avec la hauteur des enjeux d'attractivité du corps. ■

## Comité consultatif national Souhaitons que les travaux du CCN ne soient pas vains

Le premier comité consultatif national (CCN) dans la configuration issue des élections professionnelles s'est réuni mardi 5 février 2019. À cette occasion, les élus du SMPS ont rappelé que, fidèles aux priorités exprimées par les directeurs et les directrices concernant la cohérence et l'amélioration de leurs conditions d'exercice, ils continueront, en CCN ou en commission des conditions de travail, de faire des propositions concrètes et de donner sens et corps aux attentes des professionnels des trois corps qu'ils représentent.

Un thème concerne notamment tous les professionnels des corps de direction : la baisse très nette d'attractivité des métiers du management. Nous l'avons vu dans les chiffres de participation aux concours, nous le voyons dans le nombre de postes vacants dans les trois corps dans des régions ou des établissements difficiles. Cette désaffection affecte les trois corps de direction de la fonction publique hospitalière. Il ne s'agit donc pas seulement d'un questionnaire sur les rémunérations et l'harmonisation des statuts, mais aussi d'une perte de sens qui obère l'enthousiasme des plus déterminés à rejoindre le service public préféré des Français et à en piloter les établissements.

Il est vrai que les messages statutaires sont brouillés :

- suppression de plusieurs centaines de postes dans le cadre de restructurations qui, certes, ont parfois du sens pour assurer une réponse différente à la demande en soins, mais qui ont plongé depuis plusieurs années de nombreux collègues dans des questionnements individuels non résolus ;
- réintroduction de modalités statutaires restrictives (quota à la hors-classe des DH) ou lenteur du déploiement de mesures d'amélioration (déplafonnement de la PF des DS) ;
- absence de rendez-vous de négociation statutaire, en particulier pour les D3S, seul corps avec les directeurs des soins qui ne bénéficie pas d'un troisième grade depuis que les attachés, en théorie, en ont été pourvus ;
- absence d'aménagement de l'exercice territorial et de traduction statutaire concrète de ses modalités ;

- mesures d'accompagnement des GHT limitées, dans un calendrier sans lien avec la réalité ;
- absence de mise en œuvre des accompagnements médicaux des corps de direction ;
- absence de discussions sur les viviers professionnels, que ce soit sur les hauts potentiels ou le soutien à la parité ;
- absence d'actualisation des outils de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- absence de véritable politique de lutte contre les risques psychosociaux.

Ce sont tous ces outils et ces échanges qui font défaut dans la gestion méritée des directeurs, dont le niveau de démotivation et de questionnement affecte forcément leur manière de servir, et leur santé.

Dans ce contexte, le SMPS appelle donc à reprendre des rendez-vous réguliers de concertation et de négociation sur le cadre habituel de l'exercice des directeurs. Car, à perdre de vue ses managers, l'État perdra aussi leur engagement au service de l'intérêt général.

En CCN, le SMPS a souhaité rappeler son attachement à ce que les travaux du CCN et de la CCT débouchent sur des actions concrètes. Les membres du CCN précédent ont passé beaucoup de temps sur la fiche d'évaluation. C'est important, certes, mais l'essentiel n'est pas là : il faut s'emparer de la valorisation des parcours et des potentiels en préservant un mode de recrutement placé sous le sceau des procédures nationales mais professionnalisées, afin de couper court aux tentatives de substitution de candidatures, contractuelles ou autre, qui ne rempliraient pas les mêmes degrés d'exigence.

Le CCN a aussi consacré un temps utile sur la charte d'éthique et de responsabilité. Il faut aller plus loin pour sanctionner les pratiques déviantes et encourager les bonnes, et leur diffusion.

Enfin, le CCN débattrà du rapport d'activité et du bilan social du CNG. Mais cette étude, si approfondie soit-elle, sera vaine sans de vraies décisions qui caractériseraient une gestion audacieuse et fructueuse des corps de direction, à la hauteur de leur engagement auprès des populations et des communautés qu'ils animent et dirigent. ■

### Statut des ingénieurs hospitaliers Le SMPS sollicite la DGOS

Le 21 janvier 2019, Jérémie Sécher, président du SMPS, a adressé un courrier à Cécile Courrèges, directrice générale de l'offre de soins. Le SMPS souhaitait connaître la teneur des discussions entre la Direction générale de l'offre de soins et les services du ministère de l'Action et des Comptes publics, à propos de l'harmonisation, voire de l'unification, des statuts des ingénieurs hospitaliers et territoriaux.

La demande fait suite au courrier du 30 juillet 2018 de Gérald Darmanin, ministre de l'Action et des Comptes publics, et d'Olivier Dussopt, secrétaire d'État auprès du ministre. Messieurs Darmanin et Dussopt affirmaient notamment que, sensibles à la demande des associations et du SMPS à propos de la convergence des carrières, ils avaient demandé à leurs services « d'engager des discussions avec ceux de Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé sur cette question ». Jérémie Sécher rappelle dans son courrier que la mise en œuvre de décrets statutaires communs permettra en outre de transposer la dernière réforme des cadres d'emploi des ingénieurs territoriaux de mars 2016 aux ingénieurs hospitaliers et aux ingénieurs de l'AP-HP. Le SMPS reste mobilisé pour que la transposition très attendue soit mise en œuvre dans les meilleurs délais, car la situation actuelle est source d'iniquité et constitue un frein à la mobilité. ■





**Stand Sham K26**  
**21/23 mai 2019,**  
Paris Expo, Porte de Versailles

# PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE

Depuis plus de 90 ans, Sham est le partenaire de référence des acteurs de la santé et de l'action sociale, proposant des solutions spécialisées dans l'assurance et le management des risques d'activités.

Sham anticipe, s'adapte et propose des réponses concrètes au service de l'amélioration des pratiques et de la diminution du risque.

De par son statut de société d'assurances mutuelle, Sham est bien plus qu'un assureur, c'est un acteur engagé au quotidien au côté de ses clients.

[www.sham.fr](http://www.sham.fr)



**sham**

PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE

une société du groupe **relyens**

# en coulisses

## Renouvellement du bureau national

# Liste **Ambition**

La liste « Ambition » présente 13 candidats engagés pour porter l'action du SMPS ces trois prochaines années.

**L**ors du mandat écoulé, le bureau national a renforcé la visibilité et la crédibilité du SMPS auprès des pouvoirs publics. Il n'est plus un mois sans que nous ne soyons sollicités par les parlementaires, le ministère de la Santé, Matignon ou l'Élysée. Cette écoute nous permet de porter au plus haut niveau de décision notre vision des politiques publiques de santé, tant pour nos établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux que pour les professionnels qui s'y engagent.

Pour autant, deux éléments de contexte ont marqué la période récente.

D'une part, si les élections professionnelles de décembre 2018 nous permettent de conserver notre position de syndicat incontournable pour les pouvoirs publics, l'absence de progression doit nous conduire à renouveler nos propositions et notre fonctionnement pour une meilleure représentation de nos collègues et pour porter haut notre ambition pour le système de santé. La nouvelle équipe souhaite, dans ce cadre, redéfinir les orientations de notre doctrine dans le cadre d'états généraux impliquant l'ensemble de nos adhérents.

Les prochains mois vont être décisifs pour nos métiers et nos établissements. Je suis convaincu de l'importance de la place du SMPS. C'est pourquoi la nouvelle équipe s'engage collectivement pour porter une vision positive, cohérente et opérationnelle du système de santé.

*Jérémie Sécher* Directeur du groupe hospitalier Sophia Antipolis Vallée du Var

D'autre part, le contexte difficile de nos établissements et le malaise de nombreux professionnels de santé doivent nous conduire à accentuer nos efforts pour qu'une réponse rapide et pertinente soit formulée aux problématiques d'aujourd'hui et aux enjeux de demain. La ligne de management n'est pas le problème, elle est la solution.

La liste Ambition a la volonté de porter des messages forts pour nos établissements, conformes à son ADN constructif, sans aucune complaisance à l'égard des pouvoirs publics, mais sans tomber non plus dans le misérabilisme d'autres organisations professionnelles.

Le SMPS est un syndicat innovant, un « laboratoire d'idées », grâce à celles et ceux qui s'engagent dans nos réseaux de réflexion (Parité WhatHealth, Club Jeune Génération, Nouvel'R). Par ailleurs, la nouvelle équipe poursuivra la démarche inédite engagée en regroupant des représentants de l'ensemble des acteurs hospitaliers, sociaux et médico-sociaux, afin de proposer les orientations nécessaires à une véritable réponse aux enjeux de nos établissements.

Le SMPS est le seul syndicat à représenter exclusivement la ligne managériale de l'ensemble de ces établissements. Cette identité en fait également sa force. C'est pour cette raison que la nouvelle équipe continuera à renforcer la défense individuelle mais également à revendiquer des revalorisations et des évolutions statutaires pour chacune des catégories professionnelles, avec la même énergie.

C'est bien l'action de chacun qui permet l'avancée de tous, que ce soit dans nos établissements, sur les territoires ou au niveau national.

Issue de la volonté de rassembler les différentes sensibilités du SMPS, la nouvelle équipe conduira, avec l'ensemble des élus et représentants, un programme moderne, renouvelé et fédérateur :

- **Agir** pour la reconnaissance de la complexité croissante de nos métiers et l'amélioration de notre bien-être au travail.
- **Marteler** l'importance de préserver l'autonomie de nos établissements et de notre action, dans un contexte de tentation parfois excessive d'étatisation.
- **Bouger** les lignes pour la reconnaissance de la plus-value du management dans nos établissements et pour la santé en général.
- **Innover** toujours plus pour la promotion et la défense individuelle de nos adhérents et celle de nos collègues en difficulté, ainsi que pour

l'accompagnement des parcours professionnels (aide et valorisation de l'évolution professionnelle mais également soutien accentué en cas de mobilité).

- **Tisser** un réseau territorial d'élus et de représentants pour faciliter le relais de l'action collective et valoriser l'engagement.
- **Imaginer** constamment des solutions de court, moyen et long termes pour l'amélioration de notre système de santé et de nos conditions d'exercice.
- **Ouvrir** notre syndicat à d'autres catégories de managers de santé, notamment aux médecins qui partagent nos valeurs et notre ambition, et agir pour une convergence de nos intérêts partagés.
- **Négocier**, de façon constructive et offensive, pour la modernisation et la valorisation de nos statuts au regard de l'évolution croissante de nos responsabilités.

**PRÉSIDENT**



**Jérémie Sécher**  
Directeur  
GH Sophia Antipolis  
Vallée du Var

**VICE-PRÉSIDENTE  
CATÉGORIE DIRECTEURS D'HÔPITAL**



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

**VICE-PRÉSIDENT  
CATÉGORIE DIRECTEURS D3S**



**Frédéric Cecchin**  
Directeur adjoint  
Ehpad  
de Villefranche-sur-Mer

**SECRÉTAIRE NATIONAL**



**Olivier Servaire-Lorenzet**  
Directeur  
CH de Blois

**SECRÉTAIRE NATIONAL**



**Emmanuel Luigi**  
Directeur général adjoint  
CHU de Besançon

**VICE-PRÉSIDENT  
CATÉGORIE DIRECTEURS DES SOINS**



**Rémy Chapiron**  
Directeur des soins  
CH de Verdun

**VICE-PRÉSIDENTE  
CATÉGORIE CADRES ADMINISTRATIFS**



**Carine Grudet**  
Responsable  
du service juridique  
CH de Versailles

**SECRÉTAIRE NATIONALE**



**Christelle Gay**  
Directrice adjointe  
CDSEE  
Les Pennes-Mirabeau

**SECRÉTAIRE NATIONALE**



**Céline Laroche**  
Directrice des soins  
CH de Saint-Dizier

**VICE-PRÉSIDENT  
CATÉGORIE CADRES TECHNIQUES**



**Jean-Marc Novak**  
Ingénieur hospitalier  
CH Gérard-Marchant  
de Toulouse

**VICE-PRÉSIDENT  
CATÉGORIE CADRES DE SANTÉ**



**Fabien Starck**  
Cadre supérieur de santé  
Direction des soins  
CH de Pont-à-Mousson

**SECRÉTAIRE NATIONAL**



**Laurent Donadille**  
Directeur  
Centre hospitalier d'Arles

**SECRÉTAIRE NATIONALE**



**Marie Hiance**  
Directrice adjointe  
CH de Saint-Denis

# Le plan « Ma santé 2022 » et la réforme du financement conduisent-ils à la grande transformation ?

Le SMPS souscrit, pour l'essentiel, aux grandes orientations du plan « Ma santé 2022 » et à la réforme du financement présentées par la ministre. Mais la situation est préoccupante : l'investissement nécessaire à la réforme à moyen et long termes ne doit pas se faire au détriment du court terme. Et la méthode à marche forcée est inquiétante, car elle laisse peu de place à la concertation avec les acteurs de terrain.

**L**e plan gouvernemental « Ma santé 2022 » affiche une ambition forte pour le système de santé. On y retrouve notamment des mesures revendiquées depuis longtemps par beaucoup d'acteurs, dont le SMPS, comme des propositions pour décloisonner et regrouper les offreurs de soins, ou pour clarifier le rôle des hôpitaux par la création d'une gradation d'activité. D'autres propositions visent à organiser la médecine libérale. « Ma santé 2022 » offre aussi des pistes pour limiter l'effet de la pénurie médicale ou pour l'évolution de la T2A.

Néanmoins, le modèle sanitaire français et l'hôpital en particulier sont dans une situation extrêmement complexe alors que, dans le même temps, les attentes et les besoins sont de plus en plus forts. Les professionnels, toutes communautés et tous corps confondus, connaissent un

profond malaise. Il est impératif de tenir compte du climat très dégradé et de répondre à l'urgence hospitalière. À ce titre, nous regrettons le choix du gouvernement de transformer le système de santé par ordonnance, en grande partie, dans un contexte de forte demande de participation, d'échanges et de débats de la part des citoyens. Cela va à l'encontre d'un renforcement de la démocratie sanitaire. Une part importante du projet de loi de santé est consacrée à la réforme des études médicales et à l'évolution des statuts médicaux. Pour la réforme des études

médicales : suppression du *numerus clausus*, de la première année commune aux études de santé (PACES) et des épreuves classantes nationales (ECN); réforme du second cycle. À propos de l'évolution des statuts médicaux : suppression du concours de PH, statut unique de praticien titulaire, contrat unique pour les praticiens contractuels. Au-delà de la démographie médicale et de la simplification, l'objectif du gouvernement est de faciliter l'exercice entre l'hôpital et la ville et de répondre aux problématiques des déserts médicaux. Cette évolution est à mettre en regard avec la mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales au sein des GHT et avec la constitution d'une commission médicale de groupement. Ces réformes vont-elles répondre aux aspirations des jeunes médecins et garantir l'attractivité de nos établissements ? Dans le futur, peut-être, mais, en attendant, de nombreux GHT sont confrontés aux difficultés d'attirer des médecins, sur des spécialités de plus en plus nombreuses, et se demandent comment mutualiser une ressource rare, voire inexistante.

## Pour 157 GHT, au lieu de 135

**E**n septembre dernier, le président de la République a annoncé une restructuration massive de l'offre de soins par un doublement du nombre d'hôpitaux de proximité et la définition de trois

niveaux de prise en charge, entre soins de proximité, soins spécialisés et soins ultra-spécialisés. Cette orientation va plutôt dans le bon sens et nous nous réjouissons de voir

# à la loupe

réapparaître le « droit d'option » pour les GHT, que nous avons porté l'an dernier auprès des pouvoirs publics. Pourtant, cette mesure conduira fatalement à réinterroger le périmètre de certains GHT, pour rendre la gouvernance territoriale conforme aux besoins du terrain. Emmanuel Vigneron, mandaté par le SMPS, a d'ailleurs réalisé une étude démontrant que former 157 GHT, au lieu des 135 actuels, serait plus conforme aux réalités des bassins et flux de population. La CME de groupement sera, à cette seule condition, un espace de décisions stratégiques et opérationnelles,

en évitant les redondances avec les CME d'établissements. La mise en place des GHT impose désormais une phase d'évaluation, avant de définir collectivement le bon niveau de stratégie de groupe, pour répondre aux besoins de proximité et aux objectifs de gradation des prises en charge.

Le président de la République et la ministre ont aussi annoncé un rôle nouveau pour les hôpitaux de proximité et la gradation des soins. À ce stade, le label « Hôpitaux de proximité » reste flou mais conduira forcément à de nouvelles restructurations. À ce propos, les

pouvoirs publics doivent donner des directives claires et constantes pour éviter de placer les acteurs de terrain face à des injonctions contradictoires. En effet, comment passe-t-on de moins de 250 hôpitaux de proximité (243 exactement) aujourd'hui à 500 voire à 600 demain ? Environ 300 hôpitaux, quel que soit leur statut, vont donc voir leurs missions et leurs autorisations profondément bouleversées. Outre l'inclusion de quelques structures privées dans le dispositif, le changement exigera de certains établissements de proximité la perte de leur activité MCO.

## Agir vite

**S**i l'objectif fixé d'une coordination des acteurs de proximité est bon, il faut absolument éviter l'écueil de l'empilement de structures de coopération. En effet, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), nouvel outil de coopération territoriale, s'ajoutent aux groupements hospitaliers de territoire (GHT), aux groupements de coopération sanitaire (GCS) et aux groupements d'intérêt économique (GIE). Il est urgent de clarifier le pilotage en définissant une vraie gouvernance territoriale simplifiée qui permette une animation du territoire fluide et organisée autour des parcours de soins. En outre, le pilotage territorial doit impérativement impliquer l'ensemble des acteurs de santé sous peine de réintroduire des barrières à la coopération. Le pilotage doit aussi impliquer les élus et les usagers, qui ont un regard et une expérience du parcours de soins dont il faut tenir compte.

Le SMPS prend acte de la réforme des modes de financement annoncée. Le rapport Aubert semble amorcer une véritable réponse aux problèmes actuels, pourvu que la mise en œuvre reste souple et simple.

**Le rapport Aubert semble amorcer une véritable réponse aux problèmes actuels, pourvu que la mise en œuvre reste souple et simple.**

L'augmentation de la part forfaitaire dans le financement des établissements devrait permettre d'atténuer les défauts de la T2A en favorisant la coopération territoriale et en impliquant une prise en compte majeure de la qualité et de la sécurité des soins. Par ailleurs, le SMPS est favorable à l'expérimentation pour assurer une déclinaison opérationnelle et poursuivre la recherche de pratiques innovantes.

Néanmoins, le SMPS regrette que rien ne soit prévu pour engager une mobilisation forte des moyens de financement pour l'investissement, à la hauteur des enjeux de santé, qu'ils soient scientifiques, technologiques, techniques, immobiliers ou organisationnels. De plus, il faut entendre la demande d'agir vite, formulée par les communautés hospitalières et médico-sociales, qui cherchent chaque jour comment finir l'année en cours et

passer la suivante. De ce fait, elles sont plus ancrées dans les difficultés liées au fonctionnement du système que dans la perspective de devoir s'améliorer. Cela traduit un essoufflement général face à la multiplication des plans d'économie. Il faut en tenir compte à court terme pour pouvoir construire l'avenir.

Donc, certaines propositions du plan « Ma santé 2022 » sont intéressantes, d'autres suscitent des inquiétudes. Il faudrait que ce plan trouve une traduction concrète et apporte des solutions rapides aux problèmes d'aujourd'hui. Enfin, pour la méthode, il est indispensable d'associer les représentants du monde sanitaire à toutes les étapes du processus législatif et réglementaire, afin que toutes les communautés écrivent ensemble les modalités d'application de cette transformation annoncée. ■

Marie HIANCE

## TRANSFORMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE

# Soyons vigilants

L'avant-projet de loi de transformation de la fonction publique, rendu public le 13 février 2019, est très ambitieux. Il peut avoir des effets majeurs sur le fonctionnement des établissements, le paritarisme ou la carrière des agents de la fonction publique. Mais certaines mesures inquiètent le SMPS. La vigilance s'impose.

Conformément aux grandes orientations fixées par le Premier ministre lors du comité interministériel de la transformation publique du 1<sup>er</sup> février 2018, l'avant-projet de loi de transformation de la fonction publique est le fruit d'une année de concertation avec les organisations syndicales représentatives de la fonction publique et avec les représentants de l'État, des collectivités territoriales et des établissements de la fonction publique hospitalière. Une cinquantaine de réunions se sont tenues entre mars et octobre 2018.

Le texte a aussi vocation à transposer les stipulations essentielles de l'accord majoritaire relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique, conclu le 30 novembre 2018 avec sept organisations syndicales représentatives et l'ensemble des représentants des employeurs publics.

Le projet de loi comporte trente-trois articles et se décompose en cinq titres<sup>1</sup>:

- promouvoir un dialogue social plus stratégique, efficace et réactif, dans le respect des garanties des agents publics;
- développer les leviers managériaux pour une action publique plus efficace;
- simplifier et garantir la transparence et l'équité du cadre de gestion des agents publics;

- favoriser la mobilité et accompagner les transitions professionnelles des agents publics;
- renforcer l'égalité professionnelle.

Notons que la « décorrélation » du point d'indice entre les versants de la fonction publique, un temps envisagée et mise en avant par le président de la République lui-même, semble avoir été définitivement écartée du projet.

Certains articles du projet de loi concernent tout particulièrement la

fonction publique hospitalière et le management.

Dans les trois versants de la fonction publique, l'article 2 crée une instance unique pour débattre des sujets d'intérêt collectif: le comité social d'administration, territorial ou d'établissement. Celui-ci est issu de la fusion des comités techniques (CT) et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) actuels. Une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail est obligatoirement créée au sein du comité social à partir d'un certain seuil d'effectifs. Le seuil est fixé au niveau législatif pour la fonction publique territoriale (300) et au niveau réglementaire pour la fonction publique d'État et la fonction publique hospitalière. En deçà, la formation peut être mise en place lorsqu'il existe des risques professionnels particuliers.

### Principe d'unicité

La formation spécialisée exerce les attributions du comité social en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail. Par exception, les questions de réorganisation de service et les questions propres à la formation spécialisée peuvent être traitées directement au sein du comité social sur demande du président du comité ou de la majorité de ses membres titulaires. Des formations spécialisées

sont créées en cas d'implantation géographique de plusieurs services dans un même immeuble ou dans un ensemble d'immeubles, ou lorsque la nature des risques professionnels particuliers le justifie. La formation exerce les compétences en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail pour le périmètre du site du ou des services concernés, à l'exception des questions de réorganisation de

1. Les numéros d'articles et les rédactions citées se réfèrent à la version du 13 février 2019.

**Dans les trois versants de la fonction publique, l'article 2 crée une instance unique pour débattre des sujets d'intérêt collectif : le comité social d'administration, territorial ou d'établissement.**

services qui relèvent du ou des comités sociaux compétents.

L'article précise les grands principes relatifs à la composition, au fonctionnement et au mode de désignation des membres du comité social, en posant un principe d'unicité entre les représentants du personnel, membres du comité, et une partie des membres de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail. D'autre part, le principe actuel de l'élection des représentants du personnel au sein des comités techniques est réaffirmé.

L'article 3 traite des questions relatives aux commissions administratives paritaires (CAP) dans les trois versants. Il opère d'abord un recentrage des attributions des CAP. L'article supprime les mutations, avancements et promotions de la compétence des commissions administratives paritaires, avec une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Il centre le rôle des CAP sur les sujets disciplinaires : décisions individuelles défavorables, la CAP étant l'instance de recours, à la demande de l'agent, sur les décisions individuelles défavorables, à l'exception de celles relatives aux mobilités, mutations, promotions et avancements ; décisions en matière disciplinaire, d'insuffisance professionnelle, de refus de titularisation, de licenciement en cas de refus de trois postes successifs par le fonctionnaire, mis en disponibilité, en vue de sa réintégration. Les CAP traiteront aussi les refus de congés de formation syndicale, les refus de formation ou de congé de formation professionnelle, la déchéance ou les restrictions du droit à pension. En contrepartie, l'article instaure des lignes directrices de gestion en matière de mobilité, de mutation, d'avancement et de promotion. L'administration

s'appuiera sur ces lignes directrices pour garantir la transparence des critères présidant à ses décisions en matière de mobilité, mutation, avancement et promotion et pour assurer une cohérence de traitement entre les agents de situation identique. Est en outre introduit un recours administratif préalable obligatoire pour les décisions individuelles

défavorables en matière de mobilité et de promotion, dans les trois versants en matière de mobilité, de mutation ainsi que de promotion et d'avancement.

Les corps à gestion nationale de la fonction publique hospitalière, et partant les commissions administratives paritaires nationales, sont concernés par cette réforme.

## La notion d'« emplois supérieurs »

Le projet d'article 5 vise à élargir le recours au contrat sur les emplois de direction de l'État et de ses établissements publics, des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et des établissements relevant de la fonction publique hospitalière. Pour la fonction publique hospitalière, l'article confirme l'ouverture aux

publique de l'État, et fait l'objet d'une énumération dans le décret n° 85-779 du 24 juillet 1985 portant application de l'article 25 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, qui fixe les emplois supérieurs pour lesquels la nomination est laissée à la décision du gouvernement. Le décret mentionne, par exemple, les corps des préfets, les ambassadeurs,

### Aligner la fonction publique hospitalière sur le droit commun en matière d'échelonnement indiciaire.

contractuels des postes de chef d'établissement (art. 2 de la loi de 1986). Pour les postes d'adjoint, il introduit dans la FPH la notion, déjà existante dans l'État, d'« emplois supérieurs », qui, d'après la direction générale de l'offre de soins, concerne tous les postes d'adjoint sur emploi fonctionnel, sauf ceux de directeur des soins sur emploi fonctionnel. Selon la direction générale de l'offre de soins, la notion d'« emplois supérieurs » devra toutefois faire l'objet d'une définition précise par décret.

Notons que pour la fonction publique d'État, cette notion est mentionnée dans les articles 3 et 25 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, portant dispositions statutaires relatives à la fonction

les commissaires généraux ou encore le secrétaire général du gouvernement.

L'article 19 du projet de loi comporte deux mesures de simplification spécifiques à la fonction publique hospitalière. La première vise à permettre la déconcentration de certains actes de gestion pour les personnels de direction et des directeurs des soins, afin de favoriser une meilleure gestion de proximité de ces personnels. La seconde tend à aligner la fonction publique hospitalière sur le droit commun en matière d'échelonnement indiciaire.

L'article 20 vise à garantir la portabilité des droits acquis au titre du compte personnel de formation par les personnes exerçant des activités relevant

du code du travail, et les droits acquis au titre de ce même compte par les agents publics. L'article instaure la possibilité d'effectuer des conversions entre droits comptabilisés en euros et droits comptabilisés en heures, pour les agents et salariés concernés par la mobilité entre le secteur public et le secteur privé. L'article autorise par ailleurs le gouvernement à prendre par ordonnance, et dans un délai de dix-huit mois, toute mesure relevant du domaine de la loi visant à organiser le

rapprochement et à modifier le financement des établissements publics de formation et des services de formation des agents publics; à améliorer et à harmoniser la formation initiale et continue des agents publics de catégorie A, notamment en matière d'encadrement. L'article n'est donc pas sans conséquences possibles pour l'École des hautes études en santé publique (EHESP), sans que l'on connaisse aujourd'hui les intentions précises du gouvernement à ce sujet.

professionnelle entre les femmes et les hommes. D'une durée de trois ans, il devra comporter des mesures permettant de traiter les écarts de rémunération, et de garantir l'égal accès des femmes et des hommes aux corps, cadres d'emplois, grades et emplois de la fonction publique. Le plan d'action devra permettre de favoriser l'articulation des temps de vie professionnel et personnel, et de prévenir les violences sexistes, sexuelles, et le harcèlement moral et sexuel. Le comité social mentionné à l'article 2 sera consulté sur ce plan d'action. L'obligation d'élaborer un plan d'action s'imposera aux établissements publics relevant de la fonction publique hospitalière au-delà d'un seul fixé par décret en conseil d'État. Il s'agit d'un projet de loi particulièrement ambitieux, susceptible d'avoir des effets majeurs sur le fonctionnement des établissements, le paritarisme ou la carrière des agents de la fonction publique. Il doit encore être précisé, avant sa présentation et sa discussion au Parlement où il peut être modifié. Le SMPS accueille favorablement certaines mesures. Il en regrette toutefois vivement d'autres. En partenariat avec l'UNSA, il a déposé de nombreux amendements, pour supprimer la notion d'emplois supérieurs hospitaliers, véritable objet juridique non identifié, ou encore pour réaffirmer le rôle des comités de sélection et de l'EHESP. Le SMPS manifesterà, tout au long de l'examen du projet de loi et lors de la discussion des décrets d'application la plus extrême vigilance, pour garantir la défense des intérêts des cadres, ingénieurs, directeurs et directrices de la fonction publique hospitalière. ■

Pierre de MONTALEMBERT

## Un congé de transition professionnelle

**L'**article 24 institue un mécanisme de rupture conventionnelle aligné sur celui prévu par le code du travail. Ce dispositif a vocation à s'appliquer aux contractuels relevant des trois versants de la fonction publique. L'article prévoit une expérimentation pour cinq ans, pour les fonctionnaires de l'État et les hospitaliers. Il s'agit d'un cas supplémentaire de cessation définitive de fonction qui entraîne radiation des cadres et perte de la qualité du fonctionnaire. La rupture conventionnelle s'applique également aux médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrat.

L'article 25 crée pour sa part un dispositif global d'accompagnement des agents dont l'emploi est supprimé dans le cadre de la restructuration d'un service, en instituant notamment un congé de transition professionnelle

d'une durée maximale d'un an. Par ailleurs, le fonctionnaire dont l'emploi est supprimé et qui ne peut être réaffecté au sein de son établissement, sera affecté en priorité sur tout emploi vacant dans un autre établissement du département, par l'ARS. La direction générale de l'administration et de la fonction publique a précisé que ces dispositions ne s'appliquent pas aux personnels de direction.

L'article 27 prévoit des obligations nouvelles pour les employeurs en matière d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, visant à structurer et à renforcer la politique d'égalité professionnelle menée dans ce domaine dans les trois versants de la fonction publique. Il s'agit en particulier d'imposer aux employeurs publics l'élaboration avant le 31 décembre 2020 d'un plan d'action relatif à l'égalité

**Favoriser l'articulation des temps de vie professionnel et personnel, prévenir les violences sexistes, sexuelles, et le harcèlement moral et sexuel.**



casden



La banque coopérative  
de la Fonction publique

*Fatoumata, Aide-soignante*

**COMME MOI,  
MA BANQUE SOULAGE  
LES POINTS DE TENSION**

**#notrepointcommun**

Tous fonctionnaires au service du collectif

Retrouvez-nous à la Paris Healthcare Week  
du 21 au 23 mai – **Stand L23**

CASDEN Banque Populaire - Société Anonyme Coopérative de Banque Populaire à capital variable. Siège social: 1 bis rue Jean Wiener 77420 Champs sur Marne - Siren n° 784 275 778 - RCS Meaux. Immatriculation ORIAS n° 07 027 138 - BPCE - Société anonyme à directeur et conseil de surveillance au capital de 157 697 890 €. Siège social: 50 avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13. RCS PARIS n° 493 455 042. Immatriculation ORIAS n° 08 045 100. - Conception: INSIGN - Photographie: Roman Jehanno - La CASDEN remercie Fatoumata d'avoir prêté son visage à cette campagne.

casden.fr

01 64 80 64 80  
Appel non surtaxé  
Coût selon votre opérateur



Retrouvez-nous chez

BANQUE POPULAIRE **+X**

# Reste-t-il des leviers

## Le droit public économique offre

Les règles de la commande publique prévoient des dérogations qui autorisent les établissements publics de santé à plus de liberté dans leurs achats publics. Autant de leviers souvent méconnus. Éclairage avec l'avocate Henda Boucetta, du cabinet Houdart et Associés.

**L'**enjeu du développement et de la qualité, et la contrainte financière, sont autant de défis à relever pour les acteurs de la santé et du médico-social. Dans ce contexte, les règles de droit sont souvent perçues comme des contraintes et comme un frein à la souplesse et à la rapidité d'action exigées pour faire face à ces difficultés multiples.

Pourtant, en changeant d'angle de vue, les règles du droit public économique peuvent permettre de trouver des leviers, voire des alternatives.

Bien que souvent présentées comme un corpus procédural excessivement lourd, les règles de la commande publique prévoient des dérogations qui autorisent les établissements publics de santé à plus de liberté dans leurs achats publics.

Aujourd'hui réunies au sein de code de la commande publique<sup>1</sup>, les procédures de passation en matière de marchés publics prévoient des dispositions offrant des perspectives de coopération et de contractualisation dont les établissements doivent pouvoir se saisir. Certaines dérogations aux règles de la commande publique autorisent les établissements publics de santé à coopérer pour assurer leurs fonctions logistiques, ainsi qu'à conclure librement pour acheter des prestations innovantes.

Mais surtout, il faut prendre une part active dans la négociation et l'exécution des contrats, afin d'intégrer et d'user des mécanismes contractuels favorables aux établissements.

### L'exception de la coopération conventionnelle interétablissement

**S**i un marché public ne peut être conclu, par principe, qu'après la mise en œuvre de mesures de publicité et de mise en concurrence préalables, dans le cas où ce marché est conclu en dehors d'un « marché concurrentiel », le code de la commande publique autorise sa conclusion de gré à gré. C'est sur ce fondement que les établissements sont autorisés à créer une coopération conventionnelle pour se fournir mutuellement des prestations, sans que les règles de la commande publique y fassent obstacle.

#### Coopération public/public

Ainsi, les coopérations entre pouvoirs adjudicateurs sont préservées de l'application des règles de la commande publique lorsqu'elles répondent aux conditions posées par l'article L. 2511-6 du code de la commande publique.

Cette exception, communément appelée « coopération public/public » ou « interhospitalière », autorise les pouvoirs adjudicateurs à contracter entre eux, dans une logique de coopération si la « mise en œuvre de cette coopération n'obéit qu'à des considérations d'intérêt général<sup>2</sup> [et si] les pouvoirs adjudicateurs concernés réalisent sur le marché concurrentiel moins de 20% des activités concernées par cette coopération ».

Par cette dérogation, les établissements publics peuvent ainsi mutualiser leurs moyens, notamment leurs fonctions logistiques (restauration, blanchisserie), afin d'assurer une valorisation plus dynamique de leurs infrastructures et permettre une coopération à un échelon territorial élargi. Plus encore, certains établissements ont déjà été confrontés à des impasses juridiques liées à la mise en place des

groupements hospitaliers de territoire. Précisément, il faut souligner que cette nouvelle répartition des compétences contraint désormais les établissements supports, lorsqu'ils souhaitent candidater à des marchés publics des établissements membres du GHT auquel ils appartiennent, au risque de se placer dans une situation de conflits d'intérêt. La coopération public/public se présente alors comme cette ouverture nécessaire aux établissements, en vue de poursuivre la fourniture interhospitalière de prestations. Les établissements partenaires devront toutefois accorder une vigilance particulière aux stipulations de la convention, afin de prévoir des modalités concrètes de coopération dans l'organisation de l'activité, ainsi que des stipulations claires quant à la gouvernance et aux mouvements financiers.

1. Code de la commande publique entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2019.

2. Une vigilance tout de même : cette condition impose une facturation se limitant aux stricts coûts réels.

## Dossier

## d'actions ?

## des leviers ignorés

**Le recours aux marchés d'innovation : une liberté offerte à titre expérimental**

Le marché d'innovation a été unanimement présenté comme la nouveauté de la fin de l'année 2018 en droit de la commande publique. Par décret du 24 décembre 2018<sup>3</sup>, le gouvernement remplissait son objectif affiché quelques mois auparavant d'expérimenter<sup>4</sup> un dispositif souple, visant à soutenir et dynamiser les achats innovants.

Le décret prévoit que les acheteurs soumis au code de la commande publique peuvent conclure librement un marché portant sur des travaux, fournitures ou services innovants et répondant à un besoin dont la valeur estimée est inférieure à 100 000 euros HT.

**Une réelle opportunité**

La conclusion d'un tel marché devra néanmoins être déclarée auprès de l'Observatoire économique de la commande publique<sup>5</sup>.

La clé de voûte d'une telle dérogation repose sur le caractère innovant de l'achat effectué par l'établissement public de santé, étant précisé que sont définis comme « *innovants les travaux, fournitures ou services nouveaux ou sensiblement améliorés. Le caractère innovant peut consister dans la mise en œuvre de nouveaux procédés de production ou de construction, d'une nouvelle méthode de commercialisation ou d'une nouvelle méthode*

*organisationnelle dans les pratiques, l'organisation du lieu de travail ou les relations extérieures de l'entreprise* »<sup>6</sup>. Pour les établissements, ce nouvel outil constitue une réelle opportunité de conclure des marchés publics pour acquérir des dispositifs novateurs, sans que les règles de la commande publique complexifient l'opération d'achat.

À ce jour, l'absence de définition précise des services, fournitures et travaux innovants peut rendre frileux les établissements. Néanmoins, le ministère de l'Économie et des Finances s'est engagé à apporter très vite des éclairages sur cette notion d'« innovant », afin de sécuriser et de rassurer les acheteurs.

**L'importance de la culture contractuelle dans la négociation des contrats**

Si il est important que les règles de la commande publique offrent des souplesses aux acteurs publics dans la réalisation de leur projet, les établissements sont aussi souvent confrontés à la négociation et à la mise en œuvre de contrats complexes et de longue durée, qui imposent de disposer de compétences techniques, juridiques et financières particulièrement aigüés.

**Prévenir les aléas futurs**

Deux constats s'imposent. D'abord, les prérogatives dont les personnes publiques bénéficient, comme les pouvoirs de modification unilatérale, de résiliation ou encore de contrôle, ne suffisent pas à sécuriser les établissements durant l'exécution d'un contrat. En outre, les établissements sont sans cesse confrontés à des évolutions

législatives et à des contraintes fluctuantes des tutelles. À moyen et long termes, l'opportunité des projets engagés peut soulever des inquiétudes. À cela s'ajoutent des conditions d'exploitation incertaine, tant dans les partenariats conclus que dans les capacités des établissements. Dans de telles circonstances, il n'est pas simple de négocier des contrats face à des cocontractants rompus à cet exercice. Pourtant, il s'agit là d'un point essentiel. Pour parer ces difficultés, les établissements de santé doivent prévenir les aléas futurs dans les termes mêmes de leurs contrats et s'imprégner de la « culture de la négociation », afin d'introduire des clauses protégeant leurs

intérêts : *hard-ship* en cas d'évolution des conditions d'exécution du contrat ; dissociation des parts de loyers pour faciliter leur révision ; suivi des performances, etc.

Durant l'exécution, pareillement ! Les établissements publics de santé doivent se saisir des dispositifs contractuels existants qui leur permettent de faire valoir leurs droits. Mises en demeure, pénalités, voire référé expertise sont autant d'outils aux services des établissements pour limiter les manquements d'un cocontractant dans l'exécution d'un contrat.

*Jura vigilantibus, tarde venientibus ossa.* « Aux vigilants les droits ; aux autres, il ne restera que les os ». ■

3. Décret n° 2018-1225 du 24 décembre 2018 portant diverses mesures relatives aux contrats de la commande publique.

4. L'expérimentation durera trois ans : art. 1<sup>er</sup> du décret du 24 décembre 2018 précité.

5. Instance placée auprès du ministère de l'Économie et des Finances en charge notamment de rassembler et d'analyser les données relatives aux aspects économiques et techniques de la commande publique.

6. Art. R. 2124-3 du code de la commande publique.

# Le risque judiciaire n'est pas une

Malgré la judiciarisation rampante des rapports sociaux, le risque judiciaire n'est pas une fatalité pour le manager. Mais il doit prendre des précautions, telle l'investigation systématique après un événement indésirable, pour éviter sa répétition, et la traçabilité en temps réel des difficultés rencontrées. L'avocat Pierre-Yves Fouré, du cabinet Houdart et Associés, nous donne des leviers d'action.

**S**i, pour reprendre Winston Churchill, « *la responsabilité est le prix à payer du succès* », il n'est pourtant pas sans intérêt de s'interroger sur l'étonnante propension d'aujourd'hui à exposer en justice la responsabilité personnelle du manager public de santé.

Chacun a en tête le triptyque fondamental :

- **la responsabilité pénale**, qui consiste à sanctionner et à faire condamner un comportement inacceptable en société, à la condition néanmoins que les éléments constitutifs d'une infraction, intentionnelle ou non intentionnelle, soient démontrés ;
- **la responsabilité civile et/ou administrative**, où il s'agit de réparer et d'indemniser le préjudice subi par un usager, un résident, à la condition

qu'une faute en relation causale soit démontrée ;

- **la responsabilité disciplinaire**, que l'on peut définir comme une responsabilité statutaire, vis-à-vis des pairs.

Le risque de responsabilité civile et/ou administrative peut sembler relativement sécurisé pour le manager public de santé puisqu'il a vocation (s'il se réalise) à recevoir une garantie assurantienne de l'établissement. En outre, une mise en cause pour faute personnelle et détachable du service demeure fort heureusement rarissime, relevant de la rubrique des faits divers. Précisons juste que la banale réclamation d'un usager, d'un résident ou de son entourage familial ou aidant, est parfois le signe avant-coureur d'une difficulté plus profonde. Les récents accidents de radiothérapie

ou la gestion de signalements de « maltraitance » sur personnes âgées vulnérables offrent à cet égard deux exemples de la sécurisation procurée par la mise en place des dispositifs de recueil et de gestion des événements indésirables.

L'analyse d'une déclaration d'événement indésirable, voire de l'enquête interne qui en découle, donne la meilleure preuve, en temps réel, que les investigations sont réalisées pour vérifier tout éventuel dysfonctionnement sériel. Elles sont aussi réalisées pour empêcher la répétition de l'événement, voire son aggravation, jusqu'à devenir un accident majeur impliquant la sécurité ou l'intégrité des personnes et des biens. Combien d'accidents graves du travail, pour prendre un autre exemple, auraient pu éviter des suites préjudiciables pour l'établissement, voire pour ses dirigeants, si les premières alertes avaient donné lieu à une sollicitation du fournisseur extérieur ? Ou si elles avaient conduit à solliciter un tiers cocontractant en charge de la maintenance ou d'une opération de travaux ? Le fournisseur, le tiers, aurait alors déployé les mesures utiles pour empêcher un risque qui n'était encore que potentiel.

## Traçabilité utile

**O**n ne peut plus considérer l'exposition du manager public au risque pénal comme insignifiante ; on observe même combien il est devenu difficile d'accomplir une carrière sans être, au moins une fois, exposé à des investigations de police/justice.

Prenons l'exemple, devenu hélas assez classique, de la mise en cause du directeur ou d'un cadre pour « harcèlement moral ». Sans revenir sur des dérives récemment observées dans l'invocation de cette accusation proférée à hue et à dia, il n'est plus rare pour le manager de

s'exposer à ce type de plainte. Celle-ci émane soit d'un agent sur lequel il exerce une autorité (« harcèlement vertical »), soit d'une personne sur laquelle aucun pouvoir managérial direct n'existe (« harcèlement horizontal »). Malgré l'idée reçue, devoir s'exposer à une plainte pour harcèlement moral n'est pas une fatalité. L'expérience montre qu'il existe plusieurs leviers d'action pour devancer et neutraliser ces situations.

Rappelons que dans sa rédaction résultant de la loi du 4 août 2014, l'article 222-33-22 du code pénal <sup>1</sup> a

été précisé en substituant les termes « agissements répétés », relativement vagues, par ceux plus précis de « propos ou comportements répétés ». Ainsi, l'élément matériel de cette infraction, que la doctrine définit comme un « mauvais comportement », a été fortement resserré et toute accusation doit rapporter la preuve exigeante de faits beaucoup plus précis. Cela doit permettre de bien distinguer ce qui relève d'une brimade inacceptable de l'exercice de ce qui relève du pouvoir de direction de tout chef d'établissement.

# fatalité

Outre cette rectification législative, le principal levier d'action pour prévenir ces situations à risque réside bien souvent dans le simple déploiement de l'exercice normal de ses fonctions par le manager et, très concrètement, dans la précaution d'une traçabilité utile. Ce qui peut susciter la suspicion d'un juge, d'un procureur ou d'un officier de police judiciaire, ce n'est pas tant l'existence d'une, voire de plusieurs plaintes pénales coordonnées à dessein

de déstabiliser le directeur, mais l'absence de compréhension en temps réel des difficultés objectives rencontrées avec tel agent. Cela arrive quand les évaluations de cet agent, lues rétrospectivement, ne permettraient pas de déceler ni les difficultés dans la manière de servir, ni le moindre signe d'une potentielle difficulté ou insuffisance professionnelle, d'un comportement confinant à une qualification disciplinaire. Pour reprendre les mots exacts

d'un procureur : « *La défense qui prouve des insuffisances professionnelles obtient souvent une relaxe* <sup>2</sup> » ! Les évaluations quant à la manière de servir constituent donc un outil précieux à ne pas négliger. Dans une société gagnée par une judiciarisation rampante des rapports sociaux, il est devenu inévitable d'utiliser pertinemment ce levier, le cas échéant en l'articulant avec des rapports venant cristalliser de façon extemporanée tout incident sérieux.

## Contraintes paradoxales quotidiennes

Attirons l'attention sur une certaine prudence à observer dans l'utilisation de la messagerie électronique : véritable « pièce à conviction 2.0 », l'instantanéité de l'outil électronique recèle parfois un danger d'impulsivité. Un juge ne comprendrait pas forcément cette impulsivité lorsqu'il en ferait très ultérieurement une lecture à froid, hors contexte. Face à ce phénomène préoccupant de la multiplication <sup>3</sup> des plaintes pénales pour « harcèlement moral », il est donc parfaitement possible et indiqué d'agir en prévention.

L'autre exemple qui illustre aujourd'hui l'importance cruciale du risque judiciaire pour le management concerne la mise en cause

personnelle de plus en plus fréquente, des directeurs d'hôpital, des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et des directeurs des soins devant la Cour de discipline budgétaire et financière (CDBF). Nul ne tiendrait rigueur à l'auteur de ces lignes de faire observer que les managers sanitaires et médico-sociaux sont ceux des justiciables le plus souvent mis en cause devant la juridiction répressive de la rue Cambon. Classiquement amenés à se défendre de leur gestion d'ordonnateur par suite d'un déferé d'une chambre régionale des comptes, les managers publics de santé se voient le plus fréquemment reprocher deux

infractions combinées : la violation des règles générales relatives à l'exécution des recettes et des dépenses (art. L.313-4 du code des juridictions financières) et l'octroi d'avantage injustifié (art. L.313-6 du même code). Comment se prémunir de ce risque bien réel, que tout directeur peut appréhender quand on sait, par exemple, les contraintes paradoxales auxquelles il doit faire face chaque jour, entre la préservation absolue de la continuité de l'offre de soins et le respect des contraintes légales et réglementaires gouvernant la rémunération des médecins dans certaines spécialités où l'insuffisance est chronique et connue de tous ?

## « Management défensif »

Aucune recette miracle n'existe, mais il faut insister sur l'intérêt de veiller à une traçabilité en temps réel des difficultés rencontrées et sur l'intérêt de la totale transparence avec les instances de l'établissement et les autorités de tutelle. Plusieurs cas récents montrent d'ailleurs un possible infléchissement de la jurisprudence de la cour et une meilleure appréhension des situations particulièrement complexes auxquelles ont pu être confrontés certains établissements et leurs managers. Et la rançon d'une relaxe ou d'une absence de sanction résidera le plus souvent dans la capacité à démontrer la parfaite

connaissance acquise en temps réel des contraintes de gestion par les instances de gouvernance et les tutelles.

Mais si l'engagement de la responsabilité personnelle reste exceptionnel, ne faut-il pas surtout éviter le risque insidieux et délétère d'un glissement vers un « management défensif » ? Celui-ci verrait le manager décider

non plus dans l'intérêt supérieur de l'établissement qu'il dirige mais dans l'excessive précaution de ne s'exposer à aucun risque. D'aucuns pourraient objecter que la réponse réside dans la question. Alors laissons le mot de la fin à Winston Churchill : « *Le succès n'est pas final, l'échec n'est pas fatal, c'est le courage de continuer qui compte.* » ■

1. Art. 222-33-2 du code pénal dans sa rédaction résultant de la loi du 4 août 2014 : « *Le fait de harceler autrui par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende.* »

2. F. Le Sueur, « Harcèlement au travail : le positionnement pragmatique du Parquet », *AJ Pénal*, 2010, p. 529.

3. Voire d'une certaine instrumentalisation récemment aperçue à l'initiative d'une association qui s'est estimée représentative et légitime à contester le rôle même du directeur d'hôpital dans la gouvernance hospitalière.

# Empathie et innovation collective :

Il existe des leviers pour moins subir les contraintes quotidiennes de nos métiers. C'est d'abord l'empathie, et ce tout au long de notre carrière, pas seulement en début. Autre piste : la capacité à co-construire, avec des personnes aux profils plus variés qu'auparavant, des réponses aux problèmes rencontrés.

**A**vec les injonctions contradictoires, le manager en santé fait face à de nombreuses contraintes, issues des enjeux de plus en plus complexes de notre système de santé. Si vous vous demandez comment retrouver un peu d'oxygène, c'est sans doute que vous vivez sous le joug d'au moins l'un de ces tyrans :

- **la contrainte financière**, évidemment. C'est elle qui détermine les réponses à presque toutes les demandes qui vous parviennent. C'est elle qui fait parfois rimer manager avec collecteur (de rendus d'ETP). Non pas par plaisir mais parce que vous avez une d'épée de Damoclès au-dessus de la tête. Soyons honnêtes : si les leviers miracles existaient, vous les auriez déjà trouvés ;
- **la contrainte de temps** : en théorie moins implacable, elle culpabilise bien plus. Vous vous débâtez, impuissant, contre une série de lois qui vous accablent, telle la loi d'Illich qui veut qu'au-delà d'un certain seuil de travail, l'efficacité décroisse. Il y a aussi la loi de Carson : plus on est interrompu, plus un travail nous prend du temps. Sans oublier celle de Murphy, d'où il découle que **toute chose prend plus de temps que ce qu'on avait prévu**, car le pire est toujours certain. La contrainte de temps s'explique par

des maux classiques : avalanche de mails et de demandes individuelles, gestion de projet embourbée, réunionite, etc. Vous avez vaguement retenu de l'EHESP qu'il existe une matrice pour distinguer l'urgent de l'important, mais la matrice en question était livrée sans mode d'emploi... et vous manquez précisément de temps pour vous mettre à sa recherche ;

## L'empathie

**P**remier levier utile pour identifier non pas les bonnes solutions mais les problèmes réels : l'empathie. Parmi les compétences du manager, elle a été longtemps mal considérée, car synonyme de « bien-pensance ». Pourtant, c'est la base des domaines dits « centrés sur l'humain ». C'est aussi la première étape des méthodes dites du « design thinking », une approche de l'innovation et de son management qui se veut une synthèse entre la pensée analytique et la pensée intuitive.

## La capacité d'étonnement

Par ricochet, l'empathie irrigue les nouveaux modèles de management, qu'il s'agisse de gestion des ressources humaines, d'innovation ou de gestion de projet<sup>1</sup>. Pourquoi donc adopter une posture d'empathie ?

- **la contrainte procédurale** : dans notre univers ultranormé et gourmand de procédures, où toute initiative qui n'aurait pas fait l'objet d'une formalisation préalable et d'un projet d'évaluation est une initiative qui n'existe pas, la difficulté à agir est croissante, déshumanisante et démotivante. Soyons honnêtes : cela vous passe l'envie d'avoir des idées !

Avant de nous abîmer dans la morosité, qui ne mène vraiment à rien, et parce que l'optimisme est consubstantiel aux fonctions managériales, tentons de changer de perspective pour franchir les obstacles. Et si les leviers d'action avaient pour cible non pas la recherche de solutions mais plutôt la bonne identification des problèmes ?

Pour offrir un service – et nos structures sont aujourd'hui au cœur même de cette transition –, il faut d'abord avoir une connaissance et une compréhension fines de ses utilisateurs, qu'il s'agisse du professionnel de santé ou du patient. Entre ce que le manager croit savoir des attentes des professionnels ou du patient, et ce qu'ils attendent réellement, l'écart peut être important. Et les côtoyer au quotidien n'y change rien, car tout est question d'attitude. Les maîtres de stage des élèves directeurs le savent bien lorsqu'ils prodiguent les premiers conseils avant le stage d'immersion : *profites-en, tu ne retrouveras plus jamais ce point de vue... Après, tu seras dans le costume... Tes relations avec les professionnels ou le patient seront déterminées...* Rappelez-vous quand vous étiez vous-même dans

# de puissants leviers

les services. Souvenez-vous de votre capacité d'étonnement et de la diversité des points de vue que vous aviez perçue. Souvenez-vous aussi des fossés d'incompréhension et de la défiance réciproque que vous avez parfois ressentis. Et que dire lorsque l'on est soi-même patient, passé de l'autre côté donc, de son bureau au lit d'hôpital !

L'empathie a pour but de comprendre ce qui importe aux yeux des utilisateurs. Elle permet de se mettre au maximum à leur place. Elle a d'autant plus d'intérêt que l'approche quantitative, statistique, chiffrée et objectivée, bien sûr utile, ne parvient pas à expliquer la complexité du facteur humain. Vous pouvez objectiver, via un système d'information, les retards pris au démarrage de l'activité des blocs opératoires, par rapport à la programmation opératoire initiale, mais vous ne pouvez saisir la complexité des interactions qui ont lieu au bloc qu'en suivant un patient de bout en bout.

Il est apparu dès lors de plus en plus intéressant de se tourner vers des méthodes qualitatives, inspirées de l'ethnographie. On vise ici plutôt la validité que la fiabilité : quels sont les points d'achoppement sur lesquels les gens butent ? Qu'est-ce qui, à l'inverse, leur apporte de la satisfaction ? Que veulent-ils, au fond ? S'intéresse-t-on au bon problème ?

Trois démarches peuvent permettre concrètement cette phase d'empathie :

- **l'observation** : elle consiste à regarder, à découvrir les utilisateurs et leurs comportements dans leur cadre de vie, et plus particulièrement dans l'usage qu'ils font de ce qui nous intéresse ;
- **la participation** : il s'agit ici d'interagir avec les utilisateurs et de les interviewer via des rencontres régulières ou impromptues ;
- **l'immersion** : on s'intéresse à découvrir

ce que vivent les utilisateurs en se plongeant dans leur contexte et en vivant leur expérience pendant un laps de temps plus ou moins long, de façon continue ou par moments.

## Les binômes collaboratifs

Ces démarches trouvent progressivement leur place dans nombre de secteurs professionnels, sous l'impulsion des nouveaux modèles managériaux et organisationnels. Dans le secteur de la santé, au Royaume-Uni, des binômes collaboratifs – directeur/médecin, directeur/patient ou médecin/patient

Loin d'être un temps perdu, la phase initiale permet de cibler les bonnes questions par la compréhension fine des problèmes vécus sur le terrain. À l'heure où la complexité de décision augmente, bien déceler les priorités est un enjeu majeur. Il nous appartient, dans nos univers professionnels, de trouver des formats et des espaces qui permettent aux managers de s'approprier ces méthodes dans un environnement de confiance. Il convient de prévoir des temps d'immersion pour les nouveaux arrivants, ou avant une mobilité. Cela peut se faire dans le cadre de programmes

**Et si les leviers d'action avaient pour cible non pas la recherche de solutions mais plutôt la bonne identification des problèmes ?**

– sont mobilisés sur plusieurs mois par le King's Fund, un groupe de réflexion indépendant qui participe aux travaux relatifs au système de santé. Les binômes s'attellent à la résolution de problématiques organisationnelles. Dans cette démarche, la phase initiale d'immersion est considérée comme primordiale pour la qualité des solutions qui seront proposées<sup>2</sup>.

d'accompagnement des nouveaux managers, mais aussi avec des équipes dédiées à la résolution de problèmes ou via des cycles réguliers, pour les professionnels des fonctions supports par exemple.

Si elle est primordiale, l'empathie n'est qu'un préalable pour concevoir des solutions aux problèmes identifiés. Un deuxième levier reste à actionner.

## La capacité à co-construire

**N**os établissements suivent un mode de direction hiérarchique et pyramidal dans lequel la recherche de solutions repose très souvent sur une poignée de décideurs/managers, selon les modèles traditionnels du

management de l'innovation. Dans l'entreprise classique, trouver des réponses aux problèmes posés est le domaine réservé d'un service R & D, innovation, marketing, etc. À l'hôpital, c'est aussi le pré carré de quelques services

1. T. Brown, *L'Esprit design: le design thinking change l'entreprise et la stratégie*, 2014.

2. The King's Fund, "Collaborative pairs: a model for co-production", 2014.

(direction qualité, DRH, direction projet, DG) et cela répond à des logiques de silo particulièrement marquées. À l'inverse de ce modèle, les entreprises dites « libérées », « agiles » ou tout autre qualificatif à la mode, se tournent vers des modèles de conception déconcentrés et diffus. Leur credo : le potentiel d'innovation ne dépend pas d'une poignée de dirigeants mais d'un maximum de professionnels de première ligne ou d'utilisateurs<sup>3</sup>. Et à l'heure où une dizaine de personnes, un comité de direction par exemple, ne parviennent plus, ou difficilement, à faire face à la complexité croissante des enjeux du système de santé, la question d'élargir le cercle des personnes consultées pour trouver des solutions se pose de plus en plus. Ce que dix personnes aux profils professionnels souvent homogènes ne parviennent pas à faire, dix individus aux profils variés le peuvent peut-être, ou vingt, trente, cinquante.

### Générer un maximum d'idées

Au-delà des effets de mode, les professionnels de santé et les patients attendent de nouveaux modèles de fonctionnement plus collaboratifs, et cela appelle à repenser nos façons d'imaginer des solutions. Parmi les enseignements de la « pensée design », on compte plusieurs clés :

- laisser la place à la créativité des individus mobilisés via des phases dites d'« idéation ». Objectif : générer un maximum d'idées, que celles-ci soient réalistes ou pas, car c'est du foisonnement que naissent les solutions les plus robustes. C'est une phase essentielle où il faut s'autoriser à sortir du cadre pour changer de perspective, sans s'imposer le carcan des contraintes dès le début de la réflexion, sous peine d'accroître l'assèchement que nous dénonçons ;
- favoriser l'intelligence collective en associant pour la résolution des problèmes des profils diversifiés, en termes de discipline, métier, compétence. La mixité des profils et l'hybridation des

approches sont gage de diversité et de qualité des idées, puis de solutions co-construites ;

- placer au cœur des sessions de co-conception l'utilisateur final, que celui-ci soit le professionnel de santé ou le patient ;
- associer un naïf, qui va aider à recentrer le problème, à poser les questions que l'on ne se pose même plus. Pour une problématique d'organisation interne, le patient est un associé idéal.

talents et des idées à fort potentiel. Les managers s'identifient de plus en plus à leur capacité à susciter l'innovation au sein de leurs équipes et à en accompagner les porteurs, que ce soit de la simple boîte à idées à la structuration de réseaux de facilitateurs. L'« intrapreneuriat », ou la possibilité pour les salariés d'une entreprise de mener un projet innovant de bout en bout en son sein, tout en gardant leur statut, rencontre un succès croissant dans le secteur privé. Mais il reste peu

## L'innovation appliquée au management et aux organisations doit s'apprendre, s'expérimenter, encore et encore.

Pour une question relative à la prise en charge du patient, il faut associer le regard d'une personne extérieure à l'hôpital, d'un autre secteur professionnel qui partage certains enjeux (logistique, gestion des flux, etc.) ;

- acquérir la culture du prototypage : commencer par une version test, imparfaite mais plus accessible en termes de moyens de production, et expérimenter ce prototype sur un périmètre restreint. Cela permet de valider ou non le prototype dans des conditions sécurisées et dans des cycles de temps raccourcis. Enfin, il faut réitérer le processus jusqu'à pouvoir valider le prototype.

La culture du prototypage et de l'expérimentation a pour principal avantage de dédramatiser l'échec et de permettre de rebondir très vite. Nos échecs sont souvent dus, non pas à l'idée de départ, qui était bonne, mais à sa concrétisation, qui n'a pas répondu aux attentes. Il nous revient de sécuriser des espaces d'expérimentation pour apprendre de nos échecs.

### L'intrapreneuriat

La mise en œuvre de processus de co-conception, moins concentrés et plus diffus au sein des entreprises, s'accompagne souvent d'autres dynamiques à fort effet levier.

Parmi elles : la mise en place de dispositifs de détection et d'accompagnement des

connu dans nos structures hospitalières. Un autre effet levier réside dans la limitation du nombre d'échelons managériaux, qui semble évidente pour raccourcir les délais de prise de décision et pour reconnecter les centres de décision avec les professionnels de terrain. Si les équipes autogérées, comme l'entreprise de soins infirmiers à domicile Buurtzorg, aux Pays-Bas, constituent un modèle radical, la réflexion prospère à des degrés divers.

Co-construction ne signifie pas co-décision. La co-construction n'enlève rien au rôle des managers, mais elle garantit un plus grand niveau de validité et d'acceptation des décisions portées par les dirigeants. À l'heure où les politiques publiques suscitent de plus en plus de défiance et où la légitimité managériale est remise en question, la participation et l'adhésion sont des sujets clés. Reste que, comme en matière scientifique, thérapeutique ou technologique, l'innovation appliquée au management et aux organisations doit s'apprendre, s'expérimenter, encore et encore. L'innovation est le meilleur des remèdes pour franchir les obstacles : en redonnant du sens à l'action. ■

Inès GRAVEY

<sup>3</sup>. OECD, *Fostering Innovation in the Public Sector*, OECD Publishing, Paris, 2017.



# Actionnons le levier numérique

Le programme HOP'EN, doté de 400 millions d'euros, permet d'actionner un levier primordial pour les personnels et les patients : celui de la transformation numérique.

**D**ans le contexte du plan « Ma santé 2022 », la transformation de notre système de santé s'engage sous notre regard attentif. Alors que nous devons chaque jour expliquer, accompagner, guider et mettre en œuvre le changement, la marge de manœuvre pour les managers des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux peut sembler contrainte.

Pourtant, il reste un changement important à explorer et à maîtriser : la transformation numérique. Jeudi 24 avril, la ministre de la Santé Agnès Buzyn, accompagnée des deux copilotés du chantier, Laura Létourneau et Dominique Pon, a annoncé la feuille de route ambitieuse et exaltante du numérique en santé.

À l'heure du programme HOP'EN (pour « Hôpital numérique ouvert sur son environnement ») et de la convergence des systèmes d'information dans les GHT, nous disposons d'un puissant vecteur pour améliorer la coordination des soins et des parcours de santé sur nos territoires. En ce domaine, le développement connaît des niveaux très variables, selon les lieux. Des établissements, en communauté hospitalière de territoire, avaient déjà bien avancé sur ces thèmes et ils les approfondissent dans les GHT. D'autres ont découvert, avec la carte des GHT, de nouveaux partenaires avec lesquels ils allaient devoir collaborer ou composer.

Alors que nous déplorons chaque jour la raréfaction de nos moyens et de nos ressources, le programme HOP'EN propose une enveloppe de

400 millions d'euros pour accompagner les projets de tous les établissements de santé, quel que soit leur statut. C'est une opportunité d'investissement considérable et une belle occasion d'améliorer la qualité de service pour nos personnels et nos patients.

Dans l'enquête Ipsos pour l'Agence des systèmes d'information partagés

de santé (Asip)<sup>1</sup>, réalisée début 2017, 72 % des médecins interrogés attendent du numérique la diminution de la redondance de certains actes ou examens médicaux ; 55 % des médecins généralistes et 69 % des spécialistes interrogés attendent une grande amélioration de la coopération ville/hôpital par le développement des usages numériques.

**Le programme HOP'EN, une opportunité d'investissement considérable et une belle occasion d'améliorer la qualité de service pour nos personnels et nos patients.**

## Un thème consensuel

**L'**attente est aussi forte du côté de nos patients. Pour 70 % d'entre eux, pouvoir prendre des rendez-vous en ligne est important. Le baromètre Odoxa<sup>2</sup> de 2018 sur les usages du numérique en santé indique que 81 % des Français pensent que le développement des outils numériques dans le domaine de la santé pourrait permettre d'améliorer la qualité des soins et 77 % considèrent que cela changera en mieux le parcours de soins. Pourtant, les investissements ne sont pas encore à la hauteur des enjeux. *L'Atlas des SI 2018* indique que les établissements de santé

dépensent en moyenne 1,7 % de leurs charges d'exploitation dans leur SI. C'est encore moins que nos voisins britanniques ou allemands et loin des 3 % observés aux États-Unis. Puisque le thème est consensuel, que personnels et patients expriment les mêmes attentes et les mêmes espoirs, que la volonté gouvernementale d'accompagner au moins financièrement ces projets est exprimée, les managers en santé ont tout à gagner en investissant dans le numérique. ■

Meriem DHIB et Hervé SECK  
Club Jeune Génération

1. « Les technologies numériques et la pratique médicale », 2017 - [www.ipsos.com](http://www.ipsos.com)

2. Enquête réalisée via Internet pour MNH GROUP (actionnaire du *Quotidien du médecin*), Orange Healthcare et l'Asip Santé du 7 au 19 mars 2018 auprès d'un échantillon représentatif de la population française, de 322 médecins et de 176 directeurs d'hôpital.

# Nos contraintes sont nos libertés... quand elles sont légitimes

Pour certains, nous serions les « grands patrons » du système hospitalier français. Au service de la redoutable T2A et d'une logique comptable, nous sommes très souvent attaqués comme des technocrates sans cœur aux ordres des DGARS, et donc de l'État. Nous serions cette force obscure au service de la rentabilité, naturellement sans âme et sans conscience. Pour d'autres, réduits à organiser l'intendance, nous devrions nous abstenir de toute idée stratégique et arroser les chrysanthèmes. Faut-il désespérer ? Si notre environnement managérial est certainement complexe, nous sommes audacieux et engagés au service de l'intérêt général, et le SMPS est le garant de la protection de notre liberté.

## Le mythe du grand patron

Connaissez-vous un « patron » qui ne fixe pas les salaires de ses employés ? qui ne détermine pas les prix des prestations de son entreprise ? qui ne maîtrise pas les règles d'avancement de ses salariés ? En fait, le véritable dirigeant est l'État. C'est lui qui fixe dans le moindre détail comment le service public hospitalier doit fonctionner. Il le fait avec une très grande minutie, avec force et, parfois, avec une très grande habileté.

**Minutie ?** L'inflation des lois, règlements, circulaires et enquêtes n'est plus à démontrer. On dicte le moindre de nos comportements et agissements. Le code de santé publique, le code du travail et le code des marchés publics sont autant de merveilles quotidiennes. L'État produit même des circulaires qui relèvent du champ réglementaire et qui nous rappellent que l'on est autonome. Mais qu'il serait bien tout de même d'agir dans tel sens plutôt qu'un autre. Les contrats portent le nom sans en être. Les CPOM et les CAQES contiennent quasi exclusivement des injonctions. Ainsi, nous sommes garants « du nombre de vaccinations de nos personnels... ». Quant aux enquêtes, on en reçoit chaque jour. On ne connaît pas toujours le contexte, les raisons et surtout les résultats de leur exploitation. Avec la dématérialisation, tout va très vite. Et après ? Nous croulons sous cette machine infernale, qui n'est même plus sous contrôle par les ARS, lesquelles n'ont d'ailleurs plus toujours les moyens de suivre leur propre production.

**Force ?** Il suffit de voir, ces dernières années, ces derniers mois et ces dernières semaines, le nombre de collègues écartés et mis à l'écart sans ménagement. Leurs témoignages directs démontrent très souvent que leur identité

est bafouée. Ils se sentent anéantis et atteints dans leur dignité professionnelle et personnelle. Un de nos collègues a appris récemment qu'il perdait son poste en 72 heures et qu'il devait plier bagage sans broncher !

Les administrations provisoires se développent à une allure de TGV, parfois sans discernement. Elles deviennent un moyen détourné d'écartier un(e) collègue qui n'applique pas à la lettre les consignes et/ou qui gêne certains acteurs locaux.

**Habilité ?** Les injonctions paradoxales sont de plus en plus contradictoires. Nous devons être à l'équilibre budgétaire sans diminuer l'emploi tout en développant l'ambulance dans un contexte de dialogue social harmonieux et avoir la totale estime des pouvoirs politiques. Nous devons rapidement innover et transformer les organisations tout en concertant et en emportant l'adhésion de tous.

Nous devons être dans la bienveillance et l'humanité avec 0,2 ou 0,3 ETP de personnels soignants dans nos Ehpad. On ne diminue pas l'emploi... On a des difficultés à recruter...

Faut-il désespérer face un État aussi omniprésent et très souvent ambigu ? Certainement pas. Notre audace et notre engagement sont nos libertés.

Notre système de santé est complexe, très peu visible et lisible par nos concitoyens. Très souvent opaque et cloisonné, il mérite mieux. Nous le connaissons très bien et peut-être mieux que quiconque, car nous sommes sur le terrain. Grâce à notre audace quotidienne, nous tentons de donner et redonner du sens.

Chaque fois que nous avons la possibilité d'innover dans la souplesse et l'absence de cadre rigide, nous faisons bouger les lignes et arrivons à mobiliser pour moderniser notre service public de la santé. Chaque jour, dans nos établissements, le progrès avance.

Très souvent, si le dialogue social est difficile, il reste néanmoins constructif et permet d'améliorer le bien-être au travail. Chaque jour, avec les médecins, nous créons de nouvelles offres de soins et construisons des parcours de santé dans nos territoires. La recherche progresse, l'enseignement de nos professionnels de santé s'améliore et les technologies sont développées dans le cadre d'une éthique managériale sans cesse renouvelée. Si le système de santé tient encore debout, c'est aussi grâce à notre détermination. Nous avons le goût de l'effort et du service public et engageons notre détermination pour que l'explosion n'arrive pas. Notre administration centrale et les ARS ont besoin de notre énergie pour transformer nos établissements dans leur territoire. Sans nous, rien ne sera fait ! Et si notre mobilisation est découragée, ce sera l'ensemble du système qui risque d'éclater. Nous tenons le couvercle sur la marmite... Jusqu'à quand ? L'État le sait parfaitement et certaines ARS respectent nos métiers et nos missions en nous accompagnant avec bienveillance. Le SMPS est le garant de la protection de notre liberté managériale. Chaque élu est présent pour soutenir et accompagner notre communauté. Sans corporatisme, nous assurons la protection de nos métiers et de chacun d'entre nous. Chaque fois qu'un(e) collègue est maltraité, c'est chacun d'entre nous qui est meurtri. L'aide s'impose donc naturellement par devoir de solidarité syndicale. Le SMPS est le rempart face à la tentation d'un centralisme exacerbé où tout doit être décidé de Paris. L'autonomie de nos établissements doit être respectée et nous en sommes les protecteurs dans toutes les négociations auxquelles nous sommes associés. Être haut fonctionnaire, c'est être loyal et libre. ■

Olivier  
SERVAIRE-LORENZET  
Secrétaire général SMPS



Catégorie DH

Vice-présidente DH  
Catherine LATGER  
Directrice

Centre hospitalier Rives de Seine  
Tél. : 01 49 04 30 01  
clatger@ch-rivesdeseine.fr

# Rapport Libault : dix propositions clés

## Un levier pour la prise en charge des personnes âgées ?

**Dominique Libault, dans son rapport sur le grand âge et l'autonomie, avance 175 propositions qui répondent aux huit priorités identifiées par les acteurs de la concertation grand âge. Dix propositions clés, pertinentes, sont mises en avant, mais le financement de plusieurs d'entre elles est insuffisant**

**1** Création d'un guichet unique, avec mise en place des maisons des aînés et des aidants. L'idée montre que les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (Clic), les méthodes d'action intégration autonomie (Maia) et autres organes de coordination ne répondent pas aux attentes. Il ne faudrait pas, bien sûr, que ces structures s'ajoutent au millefeuille existant.

**2** Plan des métiers du grand âge. Mais il semble oublier la part rémunération, pourtant au centre des attentes des professionnels – à preuve, le manque criant de candidats aux concours d'aides-soignants.

**3** Soutien financier de 550 millions d'euros pour les services d'aide à domicile. Insuffisant. Il en faudrait bien plus pour répondre aux besoins et aux attentes de la population, et maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées à leur domicile.

**4** Hausse de 25%, par rapport à 2015, du taux d'encadrement en Ehpad d'ici à 2024, soit 80 000 postes. Une très bonne nouvelle, qui rapprochera du « un pour un ». Mais cela pose deux problèmes. Tout d'abord la capacité des établissements à rémunérer ces postes dans un système de tarification bloqué sur six ans, sachant qu'une partie des salaires des aides-soignants relève de la dépendance, donc des capacités financières des départements. Une fusion des sections dépendance et soins, avec prise en charge par la solidarité nationale, est envisagée. Deuxième écueil : le marché

de l'emploi, vu que les personnels soignants, infirmiers et aides-soignants, se font rares. Par ailleurs, le 1,2 milliard d'euros ne suffira pas à payer la montée en charge de ces salaires. En effet, 80 000 personnes sur cinq ans représentent 16 000 recrutements par an. Donc, pre-

mière année 16 000 salaires, deuxième année 32 000, etc. jusqu'à 80 000 à la fin de la cinquième année. Soit 256 000 salaires sur cinq ans. Or, 1,2 milliard, divisé par 256 000, cela représente 4 680 € par an et par poste, loin d'un salaire chargé d'aide-soignant ou d'infirmier.

**5** Plan de rénovation de 3 milliards d'euros sur dix ans pour les établissements. Soit 300 millions par an. C'est loin du compte, notamment pour le secteur public qui accuse un retard important de rénovation ou de restructuration. Par ailleurs, il ne faudrait pas refaire la même erreur que les plans Hôpital 2007 et 2012, qui ont eu un effet indésirable avec une aggravation des ratios d'endettement. Car les aides en compensation poussent à emprunter. Il faut privilégier une aide directe en investissement.

**6** Amélioration de la qualité de l'accompagnement et lancement d'une restructuration de l'offre en consacrant 300 millions d'euros par an, soit 1,5 milliard d'euros sur cinq ans. C'est un gros effort mais insuffisant vu



Vice-président D3S  
**Frédéric Cecchin**  
Directeur adjoint  
Ehpad de Villefranche-sur-Mer  
Tél. : 04 93 0117 03  
f.cecchin@ehpadvillef.com

les solutions et les équipements qu'il faudra y consacrer.

**7** Baisse du reste à charge de 300 € pour les personnes modestes gagnant entre 1000 et 1600 € par mois. On note, ici aussi, de la frilosité. Pourquoi une baisse de 300 € pour certains et rien pour les autres ? Pourquoi ne pas proposer un cinquième risque ainsi qu'une nouvelle tarification dans les Ehpad ? Il y aurait une partie hébergement, allégée et supportable pour tous, quels que soient les revenus, et une partie soins, à la charge de la collectivité, qui engloberait la dépendance et le soin, en y intégrant

**L'indemnisation du congé de proche aidant : on ne peut qu'être favorable à cette idée, mais *quid* de sa prise en charge financière ?**

une partie des charges qui, aujourd'hui, relèvent exclusivement de l'hébergement.

**8** Mobilisation nationale pour la prévention de la perte d'autonomie. Elle devra s'accompagner de la reconnaissance de tout le travail de prévention, à domicile et dans les établissements, notamment pour allouer les crédits aux services ou aux Ehpad.

**9** Indemnisation du congé de proche aidant. On ne peut qu'être favorable à cette idée, mais *quid* de sa prise en charge financière ? Il ne faudrait pas que ce congé pénalise la poursuite de la carrière de celle ou celui qui l'utiliserait. Et comment cela sera-t-il pris en compte pour les indépendants, notamment les commerçants ?

**10** Mobilisation du service civique et du service universel. C'est une bonne chose pour lutter contre l'isolement et pour susciter des vocations, mais attention à ne pas créer un besoin qu'on ne pourrait plus couvrir ensuite, comme cela a été le cas avec les emplois aidés. ■

## Vite, de la reconnaissance !

**Notre principal levier d'action est d'abord la reconnaissance des pouvoirs publics, tant attendue. Nous approchons du point d'usure et exigeons des perspectives d'évolution statutaire. C'est urgent.**

**D**ans des conditions d'exercice de plus en plus mouvantes, chahutées et insécurisées, nous, managers, éprouvons une forte inquiétude. Le système de santé actuel connaît sa énième réforme dans une logique qui semble n'être sensible qu'à la seule dimension médico-économique, saupoudrée de quelques préoccupations géo-socio-démographiques. L'hôpital public vit une succession de profondes mutations. Nous devons les accompagner en préservant un climat social le plus serein possible, qui n'altère pas les missions de service au public, de sécurité et de qualité absolues dans les soins.

Les directeurs des soins, comme l'ensemble des équipes de direction et des managers, ont toujours répondu aux pressions des pouvoirs publics, et ce dans une grande réactivité. Par notre haut niveau de savoir-faire, notamment managérial, par notre créativité et aussi par notre ingéniosité stratégique, nous obéissons systématiquement à l'ensemble des injonctions imposées. Nous le faisons alors que, une fois encore, nos légitimes exigences de reconnaissance demeurent lettre morte. Nous avons alerté les pouvoirs publics de la dégradation de l'environnement de

travail, et de nos conditions d'exercice en particulier, sans que cela produise le moindre sourcillement.

Comme ils l'ont toujours démontré, les directeurs des soins restent prêts à prendre sans réserve leur part dans la défense du service public de santé. Avec le sens des responsabilités qui nous caractérise, nous participons au

notamment notre réelle appartenance aux équipes de direction. Nous ne défendons pas la logique de fusion des corps de direction, car nous risquons de perdre nos particularismes, nos spécificités et notre plus-value dans la coordination et l'évolution des métiers paramédicaux et de leurs compétences. Mais nous exigeons de pouvoir bénéficier de la

**Nous ne sommes peut-être pas en position de force numéraire pour revendiquer et contester de façon particulièrement visible, dans un esprit guerrier, mais l'intention est là.**

pilotage du changement par notre vision systémique et stratégique. Celle-ci est confortée par notre fonction d'interface des forces en présence. Nous exerçons en permanence notre rôle d'alerte, conféré de droit par notre appartenance aux équipes de direction et par nos compétences reconnues dans l'accompagnement des mutations organisationnelles et structurelles des établissements.

### **À résultat égal, reconnaissance égale**

Toutefois, il est urgent que les signaux attendus par notre corps deviennent enfin réalité. Trop souvent, les pouvoirs publics font preuve à notre égard de dédain, voire d'irrespect, traduits par un silence assourdissant à nos demandes légitimes. Vu notre implication quotidienne, sans réserve, et comme confirmé par les résultats obtenus, il devient indispensable que la considération et la reconnaissance demandées soient enfin une réalité. Elles doivent signer

valorisation de notre exercice à hauteur de nos responsabilités. Nous ne sommes peut-être pas en position de force numéraire pour revendiquer et contester de façon particulièrement visible, dans un esprit guerrier, mais l'intention est là. Rappelons que nous nous approchons du point d'usure qui risque d'entraîner une démobilitation importante, visible déjà par une grande perte d'attractivité de notre métier.

Les leviers résident dans l'urgence qu'on adresse à tous les managers des signaux forts, comme l'ouverture d'espaces de négociations. Les directeurs des soins exigent des perspectives d'évolution statutaire, qui doivent se concrétiser par des mesures indiciaires et indemnitaires. Par ailleurs, il faut reconsidérer les modalités d'application de la PFR pour les directeurs des soins. Elles doivent s'aligner sur celles de tous les corps de direction, notamment en ce qui concerne la part liée aux résultats, selon le principe « à résultat égal, reconnaissance égale ». ■



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

## Vous avez dit «des leviers»?

Depuis des années, le SMPS actionne avec conviction et énergie tous les leviers pour rétablir l'harmonisation du statut des ingénieurs hospitaliers avec celui des ingénieurs territoriaux. Cette harmonisation aura des impacts sur l'ensemble de la ligne de management technique, dont les techniciens supérieurs font partie intégrante. Elle concerne autant les titulaires que les contractuels.



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

**Le levier « rapport »:** en avril 2013, le SMPS transmet à la ministre des Affaires sociales et de la Santé «19 propositions pour rénover le statut des ingénieurs hospitaliers». Une présentation détaillée avait suivi à la DGOS.

**Le levier « professionnel »:** en avril 2014, le SMPS fédère autour d'un communiqué commun les principales associations professionnelles afin d'obtenir l'ouverture du dossier statutaire, sur la base du rapport de mars 2013. C'est une première.

**Le levier « systémique »:** en janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé crée les GHT, impose la mutualisation de certaines fonctions supports et étend l'exercice territorial. Le SMPS demande régulièrement des mesures d'accompagnement pour les ingénieurs et pour tous les cadres.

**Le levier « territorial »:** en mars 2016, le cadre d'emploi des ingénieurs territoriaux est profondément modifié, scindé en deux et aligné sur celui des administrateurs. Le SMPS en demande la transposition dans les meilleurs délais.

**Le levier « protocole »:** de juin 2016 à mars 2017, lors du désormais fameux PPCR, l'administration ne souhaite ni transposer la réforme des territoriaux, ni appliquer aux ingénieurs les mesures améliorant les grilles. Le SMPS dépose de nombreux amendements, refuse de céder, interpelle les ministres avec le soutien du secrétaire général de l'UNSA fonction publique, et obtient de haute lutte l'harmonisation des deux premiers grades.

**Le levier « AP-HP »:** en octobre 2017, suite à la parution des décrets pour les hospitaliers, le SMPS alerte le directeur général de l'AP-HP sur la nécessité d'appliquer dans les meilleurs délais le PPCR. Le SMPS sera le seul syndicat à déposer des amendements pour demander d'harmoniser les grades supérieurs et l'emploi fonctionnel avec ceux des territoriaux.

**Le levier « interfonction publique »:** en mars 2018, le SMPS convainc le versant territorial de se joindre aux hospitaliers et de cosigner un courrier adressé au ministre de l'Action et des Comptes publics, pour unifier nos statuts, en bénéficiant d'une disposition inédite introduite par l'ordonnance du 13 avril 2017 portant diverses mesures relatives à la mobilité dans la fonction publique.

**Le levier « ministériel »:** en juillet 2018, en réponse à notre demande, Gérald Darmanin et Olivier Dussopt indiquent être sensibles à la demande

**Le levier « numérique/attractivité »:** en avril 2019, le conseil commun commence l'étude des propositions du rapport du Conseil économique, social et environnemental (CESE) sur l'évolution des métiers de la fonction publique. Il fait le constat que le corps des ingénieurs des systèmes d'information et de communication n'attire pas assez, et surtout ne conserve pas assez d'agents publics en mesure de maintenir les savoir-faire suffisants à la sphère publique.

Le CESE préconise donc, pour mettre en œuvre l'ensemble des missions impliquant

**Le CESE préconise donc, pour mettre en œuvre l'ensemble des missions impliquant la conception et l'exploitation de systèmes d'information et de communication (SIC), de créer un corps A+ des ingénieurs SIC.**

de création d'un statut commun pour les ingénieurs des fonctions publiques hospitalière et territoriale, et demandent à leurs services d'engager des discussions avec ceux de la ministre des Solidarités et de la Santé sur cette question.

Depuis, le SMPS relance l'administration pour que ce dossier soit effectivement traité et continue d'agir en activant toujours de nouveaux leviers.

**Le levier « loi Fonction publique/ Mobilité »:** en février 2019, le SMPS porte avec l'UNSA Fonction publique un amendement permettant d'harmoniser les statuts et grilles indiciaires encore différenciés suivant les versants, en citant l'exemple des corps et cadres d'emplois des ingénieurs, obstacle majeur à ce jour ou prérequis indispensable pour permettre une mobilité effective.

Cet amendement fait actuellement l'objet d'échanges avec des parlementaires afin de l'intégrer dans la loi (vote prévu en juin 2019).

la conception et l'exploitation de systèmes d'information et de communication (SIC), de créer un corps A+ des ingénieurs SIC. Pour le SMPS et l'UNSA, cette préconisation n°16 a un grand intérêt. Nous proposons l'élargissement de ce corps interministériel aux trois versants, afin que ceux-ci ne soient pas en position de concurrence réciproque sur ces profils recherchés. Le vivier n'en serait que plus riche, tout comme la mobilité. Ce levier a bien entendu vocation à tirer vers le haut l'ensemble des spécialités des ingénieurs hospitaliers.

À ce jour, seuls les directeurs d'hôpital ont obtenu une harmonisation avec les administrateurs. Ce déséquilibre est dorénavant une source de tension dans la ligne de management à laquelle il faut apporter une résolution rapide sous peine de mettre en danger sa cohésion.

**C'est un levier.** ■

## Un levier essentiel : l'accompagnement

**Notre corps souffre, il n'arrive pas à s'imposer dans la mutation du système de santé. Il a besoin d'être accompagné.**

**P**our le corps des attachés d'administration hospitalière, 2018 a été riche en émotions, tant sur le volet statutaire que sur celui de la poursuite de la réforme, avec notamment la mise en place des GHT. Les doutes n'ont pas été levés, pire encore, un sentiment d'abandon s'est installé. Force est de constater que ce corps souffre, s'essouffle et peine à s'imposer dans un paysage sanitaire, social et médico-social en pleine mutation, et non en pleine transformation comme se plaisent à le dire nos gouvernants. Les attachés vivraient-ils une crise identitaire ? Que pouvons-nous encore attendre de notre ministère, et d'ailleurs doit-on en attendre quelque chose ? Il y a peu se tenait à la Banque française mutualiste le troisième congrès national des attachés d'administration hospitalière. La lassitude et le sentiment d'abandon y étaient vraiment palpables, malgré le souhait de participer à la transformation du système de santé, déjà bien avancée avec les GHT et les directions communes, et malgré le dynamisme des collègues au quotidien. Comment pouvons-nous nous inscrire

dans ce mouvement, qui va se poursuivre d'abord avec le plan « Ma santé 2022 », mais aussi, en parallèle, avec le projet de loi de transformation de la fonction publique ? Où est la place des attachés d'administration hospitalière ? Autant de questions auxquelles il est encore trop tôt pour répondre. Alors, en cette période de transition, répondre à la question « reste-t-il des leviers ? » est peu aisé. Il serait

clair et réaliste. L'ensemble de la ligne managériale est impacté et attend un accompagnement. S'il reste encore un levier, il nous semble qu'il s'agit bien de celui-là : l'accompagnement. Notre histoire hospitalière se caractérise par des réformes successives et les hospitaliers, terme entendu dans son sens générique, y compris le social et le médico-social, ont toujours répondu présents et se sont toujours attelés

**Nous avons besoin de transparence, d'une feuille de route claire et réaliste. L'ensemble de la ligne managériale est impacté et en attente d'un accompagnement.**

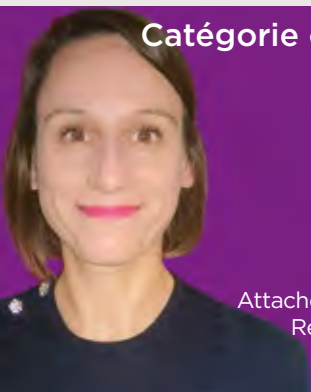
facile de se focaliser sur le statut, et particulièrement sur le régime indemnitaire, qu'il faudra tôt ou tard aborder, et sans équivoque. On ne peut pas parler d'équité, de mobilité interfonctions publiques sans parler de régime indemnitaire qui devra être le même pour les trois versants. Mais essayons pour une fois de se placer à un tout autre niveau et de se projeter dans l'avenir.

### Fierté

Les attachés sont la colonne vertébrale des établissements publics, qu'ils soient sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. Nous sommes les plus proches collaborateurs des directeurs. Nous œuvrons à la concrétisation des politiques de santé et à la transformation du système au côté des directeurs. Nous avons besoin de transparence, d'une feuille de route

à leur mise en œuvre. Mais la société a changé, le contexte économique, budgétaire n'est plus le même et nous ne saurions aujourd'hui poursuivre la modernisation, la transformation, sans rien bouger. Ce qui ne change pas, c'est notre fierté d'appartenir à la fonction publique hospitalière, d'être au service des patients, des résidents, d'accompagner nos équipes médicales et soignantes. Ce que nous attendons maintenant, c'est d'être accompagnés à notre tour, pour poursuivre nos missions et notre soutien aux équipes et à nos patients, de quelque secteur que ce soit. Alors, à la question « reste-t-il des leviers ? », nous ne pouvons que vous dire : « Soutenez-nous, accompagnez-nous dans ce nouveau modèle, ne nous laissez pas sur le bord de la route », comme le demandent souvent bon nombre de nos collègues. ■

### Catégorie cadres administratifs



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

# Management : actionner le levier confiance

Les mutations du système de santé induisent de nouveaux modes de management, qui doit être bienveillant et basé sur la confiance.

Depuis quelques années, notre système de santé vit une importante évolution au sein de ses organisations. Les nouvelles lois, de la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) en 2009 à celle de modernisation du système de santé en 2016, ont bouleversé le paysage hospitalier territorial et national, de même que les réformes, avec la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Des mutualisations de moyens entre établissements publics sur un même territoire ont eu lieu et, en parallèle, de nombreux établissements de taille moyenne ou petite ont fusionné.

Tous ces changements ont modifié les codes du management, des équipes de direction jusqu'aux managers de proximité.

L'éloignement des actes de décision (achat, formation, système d'information, etc.), avec une communication sans doute parfois trop parcellaire ou trop tardive, ont généré des incertitudes et/ou des pertes de repères chez les managers, jusqu'aux équipes soignantes, logistiques ou administratives.

Pourtant, la mission première de l'hôpital est d'améliorer la qualité des soins et des prestations dévolues aux patients.

Le management et les soins dans leur globalité ne peuvent pas être séparés : pour les professionnels, la notion de soin doit garder tout son sens et rassurer. Les modes de management traditionnel, trop autoritaires ou trop permissifs, ne sont plus adaptés car les professionnels de terrain doivent pouvoir s'épanouir dans leur environnement de travail pour dispenser des prestations de qualité.

Les questions sont donc posées : Comment faire ? Quels sont les leviers ? Dans un premier temps, le manager

et ses équipes doivent définir une vision, un concept et une finalité pour leur projet. Quel que soit le niveau de responsabilité, les partenaires du manager doivent être partie prenante du projet avec cette vision concrète qui leur permettra de s'investir en y trouvant une plus-value.

Même si le projet peut sembler restreint à sa présentation, il sera accepté s'il est compris comme porteur et vécu comme

humain de son équipe : la motivation, la responsabilisation, les ressorts de l'autonomie et de la performance individuelle et collective. Il devra aussi et surtout savoir adapter son management en fonction du contexte, des situations et de la personnalité de ses collaborateurs ;

- il devra établir avec ses acteurs un rapport de confiance et de communication en développant des relations

**Dans un premier temps, le manager et ses équipes doivent définir une vision, un concept et une finalité pour leur projet.**

une vision pour l'avenir de l'institution. C'est là tout le sens de sa valeur ajoutée, vrai levier pour le management.

La valeur ajoutée peut être appréhendée sous plusieurs aspects : plus-value pour la population du territoire, plus-value par la mise en place de nouveaux pôles de référence. Elle motive alors les professionnels, car elle définit plus clairement leurs missions et, surtout, elle renforce leur sentiment d'appartenance à l'institution.

## Adapter son management

Pour parvenir à cela, le manager aura deux leviers essentiels :

- il devra développer une nouvelle forme de management dit « management bienveillant » : un juste équilibre entre qualité relationnelle et performance. Il devra identifier les différents styles de management afin de repérer le sien propre, avec ses forces et ses faiblesses. Il devra identifier les facteurs fondamentaux du comportement

authentiques visant la réciprocité et l'ouverture. C'est savoir encourager, féliciter, valoriser, déléguer, recadrer, se positionner et exprimer clairement son point de vue. Ce rapport de confiance inclut :

- **la confiance en soi**, nécessaire au positionnement du cadre manager vis-à-vis de son équipe ;
- **la confiance dans les institutions**. Elle se manifeste par la confiance des agents envers leur hiérarchie ;
- **la confiance en l'avenir**. Elle se manifeste, par exemple, par la mise en place des GHT, dont la stratégie est définie dans un projet médico-soignant partagé qui garantit une offre de proximité, de référence et de recours. Mais elle doit être expliquée ;
- **la confiance en autrui ou relations interpersonnelles de confiance**. Il s'agit de la confiance qui peut naître entre deux individus. Dans le cadre de la relation de travail, entre collaborateurs ou entre un agent et son supérieur hiérarchique direct. ■



Vice-président  
cadres de santé  
**Fabien STARCK**  
Cadre supérieur de santé  
Direction des soins  
CH de Pont-à-Mousson  
Tél. : 06 62 32 04 36  
starckf@aol.com

## Reste-il des leviers ?

**L'heure est au changement : résultats des élections professionnelles, modes inédits de revendication sociétale, loi de santé, loi de transformation de la fonction publique... Nous avons de nombreux leviers pour y répondre. Et d'abord l'humain.**

**L**e thème proposé pour cette nouvelle livraison de *Managers* peut paraître incongru en première lecture. Qu'en serait-il de nos convictions de professionnels responsables si nous estimions ne pas disposer des moyens de conduire notre action ? Que vaudraient nos engagements syndicaux s'il nous venait à l'esprit que les ressources du changement sont taries ? Poser la question de l'existence des leviers, à l'heure où notre syndicat tourne une page importante de son histoire, invite ses dirigeants à tracer la ligne d'action, à rappeler le champ d'expression et à conforter les outils managériaux des directeurs et des cadres pour les mois à venir. Avant de proposer quelques pistes, il n'est pas inutile de rappeler le contexte qui préside aux destinées des acteurs du monde sanitaire et médico-social.

**Fin d'année 2018 douloureuse pour le SMPS.** Pour plusieurs raisons : des résultats aux élections professionnelles en deçà de nos espérances ; un second incendie de notre délégation nationale, après celui de 2013 ; des modes de revendications sociétales qui interpellent les managers d'hier et d'aujourd'hui.

• **Un scrutin décevant qui marque la fin d'un cycle.** Malgré notre projet, nous n'avons pas conservé notre leadership chez les directeurs. Trois décennies après son entrée en scène, le challenger est arrivé en tête. Les raisons de cette défaite seront analysées par la

nouvelle équipe pour ouvrir de nouvelles perspectives d'action.

• **Une improbable répétition.** Le 20 décembre 2013, un incendie ravageait les locaux de la délégation nationale, l'obligeant à rejoindre l'Ifsi de la Pitié-Salpêtrière. Cinq ans plus tard, jour pour jour, un incendie atteignait ses bureaux. Moins de dégâts mais néanmoins une migration temporaire contrainte de l'équipe à l'hôpital Broussais. Voyons en cette répétition de désordres le signe d'une incitation à un nouvel élan.

• **Des modes d'expression singuliers.** Notre pays connaît depuis l'automne dernier une forme de contestation sociétale particulière qui pose question à titre privé. Parce qu'il n'y a jamais été autant question de démocratie, cette forme de contestation interpelle les managers. Comment, après ces mois de revendications et ces semaines de grand débat, renouer le fil du dialogue

réunie ! Avec les nouveaux élus, la délégation nationale renouvelée, sur la base de notre plateforme, engageons-nous dans l'action. Fiers de nos valeurs et sûrs de nos convictions. Affirmons, dans cette incertitude qui perdure, l'importance et la nécessité des corps intermédiaires ; les syndicats pour la régulation du système et des organisations ; les cadres et les directeurs pour la conduite opérationnelle et le management de proximité. Facilitons la construction managériale des plus jeunes par le compagnonnage, le partage d'expériences, le coaching.

### Valorisons nos métiers

Que savent le grand public, les médias, les patients de nos métiers d'encadrement ? Ceux qui conçoivent les lois appréhendent-ils réellement les talents recherchés, les compétences requises, les aptitudes nécessaires au manage-

### Que savent le grand public, les médias, les patients de nos métiers d'encadrement ?

et l'adhésion à l'épopée nationale ? Les modalités traditionnelles du dialogue social au sein des organisations sanitaires et médico-sociales résisteront-elles à ces formes parfois extravagantes d'expression populaire ? Comment seront vécus, au sein de nos institutions, les effets conjugués d'une nouvelle loi de santé et de la loi de transformation de la fonction publique ? La référence aux leviers trouve ici sa justification. Ils sont d'ordre divers.

### Un nouveau départ « solide comme un roc »

Suivons la voie tracée par Nougaro. Le SMPS n'a jamais été aussi fort que soudé. Réjouissons-nous d'avoir porté à la direction du syndicat une équipe

ment hospitalier ? Faisons connaître *urbi et orbi* la richesse de nos métiers, leurs exigences, leurs spécificités. Leurs contraintes aussi. Prenons l'initiative d'en faire la promotion dans l'environnement des nouveaux territoires sanitaires et sociaux, auprès du public, des jeunes en formation, des élus, des médias. Nous qui avons aujourd'hui pris du recul sommes prêts à participer à cette campagne.

Affirmons la richesse de l'humain. L'hôpital, l'Ehpad, les structures médico-sociales, sont des lieux d'humanité, d'écoute où faire carrière requiert engagement fort et disponibilité certaine. Le levier humain est essentiel pour conduire nos institutions sur le chemin semé d'embûches d'un service de qualité dû à tous ceux qui nous font confiance. ■





## Tarifs 2019 des cotisations

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

Paiement par prélèvement automatique en 3 fois (-10%)

Paiement par chèque

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



# Adhères et cotisez au SMPS

Le présent bulletin est à retourner accompagné de votre chèque ou du mandat SEPA à :

**Délégation nationale SMPS**  
 Bâtiment de l'IFSI - Cour Mazarin  
 47 boulevard de l'Hôpital  
 75651 Paris Cedex 13

Tél. : 01 40 27 52 21  
 E-mail : [adhesion@smpsante.fr](mailto:adhesion@smpsante.fr)  
 Site : [www.smpsante.fr](http://www.smpsante.fr)  
 Fichier et comptabilité  
 Dominique MARIOLLE

## Syndicat des managers publics de santé Bulletin d'adhésion 2019

Mme, M. .....  
 (rayer les mentions inutiles)

Prénom ..... Année de naissance .....

Grade ..... Classe .....

Fonctions .....

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

Établissement .....

Service .....

Adresse .....

CP .....

Ville ..... Cedex .....

Tél. fixe/portable: .....

E-mail: .....

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

Adresse .....

CP ..... Ville .....

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

Fait à .....  
 Le .....  
 Signature

## Syndicat des managers publics de santé Mandat de prélèvement SEPA SMPS



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

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

### L'ADHÉRENT

Nom et prénom .....

Adresse .....

CP ..... Ville .....

### LE DÉBITEUR si différent de l'adhérent

Nom .....

IBAN

BIC

### LE CRÉANCIER

Nom du créancier : Syndicat des managers publics de santé

Identifiant créancier SEP : FR81 ZZZ 275 778

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

Fait à .....  
 Le .....  
 Signature

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

À retourner au SMPS accompagné d'un RIB

## Président



**Jérémie SECHER**  
Directeur  
Groupe hospitalier Sophia Antipolis  
Vallée du Var  
president@smpsante.fr

## Vice-présidents



Vice-présidente DH  
**Catherine LATGER**  
Directrice  
Centre hospitalier Rives de Seine  
Tél. : 01 49 04 30 01  
CLATGER@ch-rivesdeseine.fr



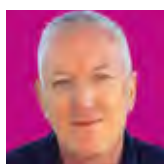
Vice-président DS  
**Rémy CHAPIRON**  
Directeur des soins  
CH de Verdun  
remycourrier@orange.fr



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-président  
cadres soignants  
**Fabien STARCK**  
Cadre supérieur de santé  
CH de Pont-à-Mousson  
Tél. : 06 62 32 04 36  
starckf@aol.com



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  
**Meriem DHIEB**  
meriem.dhib@ght94n.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

## Secrétaire général



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

## Secrétaire général adjoint



**Emmanuel LUIGI**  
Directeur général adjoint  
CHU de Besançon  
dga@chu-besancon.fr

## Secrétaires nationales



**Marie-Cécile DARMOIS**  
Directrice adjointe  
Hôpital Saint-Lazare  
(Crépy-en-Valois)  
mc.darmois@ch-crepyvalois.fr



**Céline LAROCHE**  
Directrice des soins  
Centre hospitalier de Saint-Dizier  
cecile.laroche@ch-saintdizier.fr



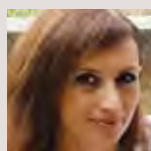
**Laurent DONADILLE**  
Directeur  
CH d'Arles  
Tél. : 04 90 49 29 01  
laurent.donadille@ch-arles.fr



**Marie HIANCE**  
Directrice adjointe  
Centre hospitalier de Saint-Denis  
marie.hiance@ch-stdenis.fr

## Délégation nationale

### Déléguées nationales



**Christelle GAY**  
christelle.gay@smpsante.fr  
01 40 27 52 58



**Mélissa RAMOS**  
melissa.ramos@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  
dga@chu-besancon.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-poissey-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 classe exceptionnelle**  
Olivier SERVAIRE-LORENZET  
olivier.servaire-lorenzet@ch-blois.fr

### Suppléant classe exceptionnelle

Virginie VALENTIN  
v.valentin@chu-montpellier.fr

### Titulaires hors classe

Catherine LATGER  
clatger@ch-rivesdeseseine.fr

### Ronan SANQUER

ronan.sanquer@chu-brest.fr

### Suppléants hors classe

Corinne SÉNESCHAL  
c.seneschal@ch-boulogne.fr  
Emmanuel LUIGI  
dga@chu-besancon.fr

### Titulaire classe normale

Marie HIANCE  
marie.hiance@ch-stdenis.fr

### Suppléant classe normale

Nicolas SALVI  
nsalvi@strasbourg.unicancer.fr

### Représentants au CS DH

#### Titulaire

Catherine LATGER  
clatger@ch-rivesdeseseine.fr

#### Suppléant

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

### Représentants à la CAPN D3S

#### Titulaire hors classe

Christelle GAY  
christelle.gay@smpsante.fr

#### Suppléant hors classe

Franck BRIDOUX  
fbridoux@chsa.fr

### Représentants au CS D3S

#### Titulaire

Christelle GAY  
christelle.gay@smpsante.fr

#### Suppléant

Franck BRIDOUX  
fbridoux@chsa.fr

### Représentants à la CAPN DS

#### Titulaire hors classe

Rémy CHAPIRON  
remycourrier@orange.fr

#### Titulaire classe normale

Marc BORDIER  
bordierm@ch-blois.fr



# LES AGENTS HOSPITALIERS NOUS FONT CONFIANCE. ET POURQUOI PAS VOUS ?

POUR LES BÉNÉFICIAIRES  
DU C.G.O.S.

## -20%\*

SUR VOTRE ASSURANCE  
AUTO, MOTO, HABITATION  
OU ACCIDENTS & FAMILLE

## 50 € OFFERTS\*

SUR VOTRE 1<sup>ÈRE</sup> ÉCHÉANCE

## 3 MOIS OFFERTS\*\*

SUR VOTRE CONTRAT  
PROTECTION JURIDIQUE

Retrouvez nos offres  
sur [gmf.fr/hospitaliers](http://gmf.fr/hospitaliers)

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



ASSURÉMENT HUMAIN

Florence,  
infirmière.

GMF 1<sup>er</sup> assureur des Agents du Service Public : selon une étude Kantar TNS de mars 2018.

\*Offre réservée aux bénéficiaires du C.G.O.S. sur présentation d'un justificatif, pour toute 1<sup>ère</sup> adhésion à GMF par la souscription d'un contrat AUTO PASS, Motolis, habitation DOMO PASS ou habitation AMPHI PASS ou Accidents & Famille entre le 01/01/2019 et le 31/12/2019. La réduction de 20 % s'applique sur la 1<sup>ère</sup> cotisation annuelle du tout 1<sup>er</sup> contrat. En cas de souscription le même jour de deux ou plusieurs contrats, la réduction sera appliquée sur la prime la plus importante. Offre non cumulable avec toute offre promotionnelle en cours. En cas d'offre spéciale GMF, application de l'offre la plus avantageuse.

\*\*Offre réservée aux clients titulaires d'un contrat GMF en cours. Pour toute souscription du contrat Protection Juridique en formule Essentielle, entre le 01/01/2019 et le 31/12/2019, 3 mois offerts sur la 1<sup>ère</sup> cotisation annuelle du contrat ainsi souscrit. Non cumulable avec toute offre promotionnelle en cours.

Conditions et limites des garanties de nos contrats AUTO PASS, Motolis, habitation DOMO PASS ou AMPHI PASS, Accidents & Famille ou Protection Juridique formule Essentielle en agence GMF. Les Conditions Générales et la Convention d'assistance de ces contrats sont consultables sur [gmf.fr](http://gmf.fr)

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

TBWAI\PARIS