



ENGAGEMENT

EFFICACITE

PROXIMITE

Juin 2022

**Contributions et axes
de travail du SMPS**

SMPS 
MANAGEURS PUBLICS DE SANTÉ

Tables des matières

INTRODUCTION	6
POUR L'AMELIORATION DU SYSTEME DE SANTE	8
POUR UNE GOUVERNANCE APAISEE ET EN PROXIMITE DU SYSTEME DE SANTE	9
> Priorité n°1 : Pour une gouvernance hospitalière faisant confiance au terrain et à ses acteurs .	10
> Priorité n°2 : Pour une gouvernance territoriale axée sur les GHT et recentrant les responsabilités des ARS	11
> Priorité n°3 : Pour une gouvernance du système de santé avec un pilotage unifié à l'échelle nationale.....	13
POUR UN CHOC DE SIMPLIFICATION A DESTINATION DES INSTITUTIONS, DES AGENTS ET DES USAGERS	14
> Priorité n°1 : Simplifier pour améliorer l'accessibilité des soins	15
> Priorité n°2 : Simplifier pour disposer d'organisations plus lisibles et réactives.....	16
> Priorité n°3 : Simplifier pour disposer d'une réglementation à la fois moins contraignante et plus sûre.....	17
POUR UNE NOUVELLE FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE	19
> Priorité n°1 : Diversifier les voies de recrutement en intégrant les attentes et contraintes des candidats à leur exercice professionnel.....	19
> Priorité n°2 : Transformer en profondeur les modes de fonctionnement des établissements publics de santé en vue d'une meilleure adéquation entre la fonction publique hospitalière, les réalités et les aspirations des nouveaux entrants.....	20
> Priorité n°3 : Valoriser l'engagement des managers aux méthodes innovantes	21
POUR UN MODE DE FINANCEMENT ADAPTE AUX MISSIONS DE L'HÔPITAL PUBLIC	23
> Priorité n°1 : Instaurer un système de compensation et d'amortisseurs des effets néfastes de la T2A.....	24
> Priorité n°2 : Sortir de la logique de performance économique préalable à l'investissement (version « COPERMO performance » ou version CNIS)	26
POUR UNE SIMPLIFICATION DE LA GESTION BUDGETAIRE ET UNE MEILLEURE REPARTITION DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL	27
> Priorité n°1 : Établir uniquement 2 sections tarifaires.....	28
> Priorité n°2 : Mieux répartir les charges entre les sections pour réduire le reste à charge des usagers.....	29
> Priorité 3 : Harmoniser les nomenclatures comptables entre le sanitaire et le médico-social pour en faciliter la gestion.....	29
POUR UNE NOUVELLE RELATION PARTENARIALE AVEC L'USAGER	31
> Priorité n°1 : Instaurer un véritable statut du représentant des usagers au sein des établissements publics de santé	32
> Priorité n°2 : Promouvoir le rôle du patient-résident dans sa prise en charge, notamment par le renforcement de l'encadrement des institutions.....	33
> Priorité n°3 : Replacer les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux au cœur de territoires dont ils sont des acteurs incontournables pour le quotidien des citoyens.....	34
POUR UNE PLACE CENTRALE DE L'INNOVATION ET DE LA RECHERCHE AU SEIN DE NOS ETABLISSEMENTS	37
> Priorité n°1 : Construire et sécuriser un système d'information territorial et communicant	38
> Priorité n°2 : Soutenir le développement de la recherche clinique à l'échelle territoriale en incitant les acteurs de santé à innover.....	38
> Priorité n°3 : Un ancrage HU affirmé et facilité.....	39
POUR LA JUSTE RECONNAISSANCE DES MANAGEURS DE SANTE	40
DIRECTEUR D'HÔPITAL	41
> Un régime indiciaire, aligné sur celui des Administrateurs civils et souffrant de plusieurs contraintes, qu'il faut rendre autonome par rapport aux autres versants.....	42
> Redéfinir les règles d'avancement pour les DH dans le sens de la reconnaissance	43

> Améliorer les grilles hors classe et Classe exceptionnelle pour valoriser le corps des DH.....	44
> Améliorer les trajectoires au niveau des emplois fonctionnels pour éviter la fuite des Directeurs d'hôpital et rendre le corps plus attractif.....	45
> Favosier et diversifier les profils de DH.....	47
> Synthèse du programme du SMPS pour les Directeurs d'hôpital	48
DIRECTEUR DES SOINS.....	49
> Développer et valoriser les emplois fonctionnels des Directeurs des soins.....	53
> Aligner le régime indemnitaire des Directeurs des soins sur celui des Directeurs d'hôpital.....	53
> Synthèse du programme du SMPS pour les Directeurs des soins	54
DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL	55
> Aligner les grilles indiciaires des Directeurs d'établissement Sanitaire, Social et Médico-Social sur celles des Directeurs d'hôpital.....	56
> Aligner le régime indemnitaire des Directeurs d'établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-	
> Sociaux sur celui des Directeurs d'hôpital.....	57
> Synthèse du programme du SMPS pour les Directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux	60
INGENIEUR ET CADRE TECHNIQUE DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS.....	61
> Respecter les engagements pris auprès des ingénieurs hospitaliers et de l'AP-HP.....	62
> Les rapports se succèdent et insistent sur la nécessité d'harmoniser les statuts, les grilles et les régimes indemnitaires des ingénieurs des trois versants.....	63
> Rétablir la comparabilité historique des grilles indiciaires des ingénieurs hospitaliers et territoriaux	63
> Créer deux Grades à Accès Fonctionnel (GRAF) : pour les ingénieurs principaux et pour les ingénieurs en chefs	65
> Ajouter d'une disposition transitoire de reclassement pour les ingénieurs principaux	65
> Reconnaître explicitement dans le statut les compétences managériales ainsi que la variété des métiers des ingénieurs hospitaliers et de l'AP-HP	66
> Reconnaître et revaloriser l'emploi fonctionnel d'ingénieur général	67
> Harmoniser le régime indemnitaire des ingénieurs hospitaliers avec ceux des corps comparables des deux autres versants de la fonction (mécanisme, cotation, montants planchers et plafonds).....	68
> Les cadres techniques, techniciens et techniciens supérieurs.....	70
> Synthèse du programme du SMPS pour les ingénieurs et cadres techniques	71
ATTACHE D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE	72
> Appliquer le RIFSEEP pour les Attachés d'administration hospitalière	75
> Maintenir les primes qui n'ont pas vocation à être intégrées dans le RIFSEEP	76
CADRE DE SANTE PARAMEDICAL ET CADRE SUPERIEUR DE SANTE PARAMEDICAL	77
> Appliquer le RIFSEEP pour les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé	78
> Synthèse du programme statutaire du SMPS pour les cadres et cadres supérieurs de santé paramédicaux	79
MEDECINS MANAGEURS	80
> Rappel des avancées issues du Ségur concernant les médecins managers	80
> Propositions portées par le SMPS	81
PROPOSITIONS STATUTAIRES DU SMPS POUR LES ELEVES DE L'EHESP.....	82
> La rémunération principale : vers un alignement des traitements FPE/FPT/FPH et une meilleure prise en compte des situations antérieures des internes et des contractuels	82
> Le régime indemnitaire : la sous-rémunération des élèves de la FPH devait cesser !.....	83
RETRAITES	85
> Maintenir le pouvoir d'achat des managers retraités.....	86
> Faire évoluer la prise en compte du régime indemnitaire pour les pensions futures	86
SYNTHESE DES PROPOSITIONS	87

Pour l'amélioration du système de Santé	87
1) POUR UNE GOUVERNANCE APAISEE ET EN PROXIMITE DU SYSTEME DE SANTE	87
2) POUR UN CHOC DE SIMPLIFICATION	88
3) POUR UNE NOUVELLE FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE.....	89
4) POUR UN MODE DE FINANCEMENT ADAPTE AUX MISSIONS DE L'HÔPITAL PUBLIC	90
5) pour une simplification de la gestion BUDGETAIRE et une meilleure répartition DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL.....	90
6) POUR UNE NOUVELLE RELATION PARTENARIALE AVEC L'USAGER.....	91
7) Pour une place centrale accordée à l'innovation et à la recherche	92
Pour la juste reconnaissance des Manageurs de Santé	93
1) Directeur d'Hôpital	93
2) Directeur des soins	94
3) Directeur d'Établissement sanitaire, social et médico-social (D3S).....	94
4) Ingénieur et cadre technique de la FPH et de l'APHP	94
5) Attaché d'Administration Hospitalière et Cadres administratifs	94
6) Cadre de Santé paramédical et Cadre supérieur de Santé paramédical	95
7) Médecins Manageurs	95
8) Élèves de l'EHESP	95
9) Retraités	95

Introduction

Depuis plus de deux ans, le système de santé français connaît sa crise sanitaire la plus importante et la plus durable depuis plus d'un siècle. Ce vécu collectif nous amène à trois constats.

Le premier, c'est que le maintien du bon fonctionnement de ce système de santé et de la qualité des soins sur l'ensemble du territoire a été rendu possible grâce au professionnalisme, à l'exigence et au dévouement hors-norme des professionnels du service public hospitalier.

Le second, c'est que la diversité des métiers qui composent cette fonction publique, qu'ils soient dans les secteurs hospitaliers, sociaux ou médico-sociaux forment un service public dont nous pouvons être fiers et dont l'efficacité repose avant tout sur la complémentarité entre ses acteurs ; qu'ils soient médecins, paramédicaux, soignants, cadres ou managers, ils sont tous parties intégrantes du système de santé.

La troisième, enfin, **c'est que ce service public est parvenu désormais à un point de rupture que nous constatons tous sur le terrain.** Nous sommes nombreux à arriver à la conclusion qu'un changement de fond est nécessaire pour sauvegarder notre système et ses valeurs. La crise que nous avons traversée n'aura été finalement que le catalyseur des difficultés que nous partageons depuis longtemps. Partant de ces constats liés, il semble évident pour un collectif comme le SMPS d'être non

pas seulement force de propositions pour les métiers que nous représentons mais également pour le système auquel nous appartenons. Notre quotidien et nos conditions d'exercice ne pourront favorablement changer qu'en faisant évoluer le système auquel nous consacrons notre énergie.

Nous ne pouvons penser les métiers de Managers de santé sans penser le système de santé qu'ils pilotent, et nous ne pouvons penser le système de santé sans penser aux métiers des Managers de santé.

Profitons collectivement de ce moment charnière pour proposer collectivement des solutions innovantes et adaptées aux problématiques du terrain, en libérant les énergies et en s'inspirant de ce qui fonctionne localement. Notre système de santé a en effet montré sa capacité d'innovation, sa souplesse, sa réactivité tout en demeurant engoncé dans des problématiques anciennes qui pèsent sur son fonctionnement. Ainsi, la coopération des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux à l'échelle territoriale semble plus que jamais une nécessité, voire une évidence, pour répondre aux besoins des populations. Ces complémentarités nouvelles et les synergies qui en émanent appellent à des dispositifs de coordination plus innovants et plus ambitieux, mais également à des alignements réclamés depuis longtemps entre nos secteurs, sans que cela vienne



**Ce présent document présente
les contributions du SMPS visant
à l'amélioration du système de santé
et des métiers de Managers de santé**

remettre en cause nos spécificités propres. De cela découle logiquement un management d'équipes territoriales et aux compétences diverses qui implique la mise en place de dispositifs idoines, que ce soit par des outils adaptés ou une reconnaissance accrue de cette nouvelle réalité professionnelle. Il s'agit en outre de recréer les conditions d'exercice favorables à un secteur public attractif pour tous, et notamment pour nos ingénieurs, cadres de santé et attachés, qui ont été eux aussi particulièrement exposés ces derniers mois.

Ce présent document présente les contributions du SMPS visant à l'amélioration du système de santé et des métiers de Managers de santé ; ce sont autant d'axes de travail pour les années à venir auprès des pouvoirs publics.

Il est le résultat de travaux conjoints basés sur leurs **remontées du terrain** de l'ensemble des élus et des adhérents du SMPS, fondées sur ce qu'ils rencontrent quotidiennement dans leur exercice professionnel. Notre diagnostic et nos propositions d'actions se veulent clairs, étayés et guidés par la volonté de sortir des ornières et des préjugés sur le service public de santé. Ils sont également guidés par l'idée **que le service public dispose de valeurs qui en font sa force** et qu'elles doivent par conséquent être portées hauts.

Le SMPS défend un service public hospitalier renforcé, fondé sur une gouvernance apaisée et équilibrée, disposant de moyens budgétaires et de marges de manœuvres pour son action, et ancré sur les territoires qui doivent bénéficier d'une véritable démocratie.

Dans ce cadre, la vision du SMPS est celle d'un pilotage territorial sur le versant hospitalier par les Directeurs d'Hôpitaux associés aux Managers Médicaux et Directeurs des Soins, et par les Directeurs d'Établissements Sanitaires Sociaux et Médico-Sociaux pour leurs domaines de compétences. Cadres administratifs, techniques et paramédicaux sont indispensables au bon fonctionnement de cette organisation.

Pour y parvenir, tous les Managers de santé doivent être significativement revalorisés, à hauteur de leur niveau de responsabilités et au même niveau que leurs homologues des autres fonctions publiques. La Fonction Publique Hospitalière doit être tout autant considérée que celle de l'État et de la Territoriale.

Pour l'amélioration du système de santé

01

POUR UNE GOUVERNANCE APAISEE ET EN PROXIMITE DU SYSTEME DE SANTE

La profonde crise que traversent les établissements publics de santé appelle à une modernisation de la gouvernance du système de santé pour permettre un meilleur travail en réseau entre tous les acteurs.

Au sortir des mandats présidentiel et législatif 2017-2022, force est de constater que les managers de santé ont montré leur engagement sans faille au service de la population et d'un système de santé dont chacun s'accorde à dire qu'il doit être renouvelé. Ils ont également montré leur capacité à adapter ce système pour que le pilotage de la réponse aux crises soit réactif et partagé, en interne comme en externe. De surcroît, ils apparaissent comme les seuls en capacité d'impulser la nécessaire coordination sur les territoires.

Pour autant, la crise sanitaire qui n'en finit pas, et qui ne cesse d'être agrémentée d'injonctions contradictoires, épuise les managers. Les hôpitaux publics sont en première ligne dans la gestion de la crise sanitaire, non seulement en accueillant l'immense majorité des malades au prix de la mise à mal du reste des prises en charge et de leur activité mais aussi en étant le réceptacle de tous les effets secondaires de cette crise, en matière de santé mentale. Tout en prenant la main sur la coordination territoriale ils restent cependant très fragilisés par la « vague RH » caractérisée par les effets des nombreux départs de personnels et des difficultés majeures de recrutement, malgré des efforts de l'État inédits au travers du Ségur.

Grâce à cette mobilisation des hospitaliers et de leurs managers, « les digues tiennent » de la 1ère vague jusqu'à la 5ème vague COVID, en passant par la mobilisation estivale pour les hôpitaux d'outre-mer. Solidaires et adaptatifs, ils ont montré que l'hôpital public est l'acteur incontournable d'une réponse équitable et permanente aux besoins de la population.

Mais à quel prix et combien de temps sans aucun autre questionnement sur l'écosystème dans lequel le système hospitalier tient une place incontestable ?

Ou plutôt des questionnements incomplets ou inadaptes dont nous rappellerons les termes.

Dans cette période, qui est finalement un prolongement des débats interminables déjà en cours juste avant la crise sanitaire, une difficile phase post-Ségur de la santé a été imposée aux hôpitaux, où la gouvernance des hôpitaux a été pointée du doigt comme responsable des difficultés du quotidien : « *Mieux manager pour mieux soigner* » (sic le titre du Guide Claris).

Comme souvent, les raccourcis et amalgames ont été nombreux, avec par exemple la question éculée des relations entre PCME et directeurs. Pourtant, l'enquête menée dans le cadre de la mission Claris, et à laquelle plus de 6 500 hospitaliers ont répondu, a bien montré que le malaise était ailleurs : dans la pression économique

qu'aucune autre institution publique n'a connue depuis plusieurs décennies ; et, selon cette enquête, dans la difficulté d'associer les services de proximité à la gouvernance de l'hôpital, de leur laisser suffisamment d'autonomie, notamment au sein des pôles.

Heureusement grâce aux prises de position fortes du SMPS, entre autres, un équilibre a été maintenu dans les textes sur la gouvernance hospitalière pris à l'issue de cette phase :

- Confirmation de la place qui doit être accordée au corps médical dans la gouvernance ;
- Les services ont été légitimement reconnus comme pierre angulaire de l'hôpital, cadre d'identification des équipes pluridisciplinaires ; il n'est pas envisageable de revenir à une forme de « balkanisation » de l'hôpital, les pôles doivent être mieux soutenus et accompagnés ;
- Pas de remise en cause du rôle et des métiers de Direction.

Au terme de cette séquence nos métiers ont été préservés et il est temps de tourner cette page. Pour autant, le management soignant (cadres paramédicaux, directeurs des soins) reste encore le grand oublié de la gouvernance hospitalière et souffrent de contestations multiples. Il semble aujourd'hui essentiel de revenir à des discussions apaisées sur la gouvernance hospitalière et laisser les acteurs travailler et élaborer dans leurs établissements des organisations et un management qui permettent de porter les stratégies et projets sur la base de valeurs partagées.

Enfin, la crise a montré que les territoires de santé constituaient un élément majeur de coordination dans la prise en charge de la population. L'émergence de la notion de responsabilité populationnelle les mettra en première ligne, pourvu que leur périmètre et leur gouvernance soient revus. Il doit constituer le cadre d'une véritable démocratie en santé, pôle d'équilibre préservant la nécessaire autonomie d'action sur le terrain. La verticalisation des pouvoirs toujours à l'œuvre dans notre pays constitue un risque majeur que l'intégration progressive des GHT pourrait favoriser. L'émergence d'une gouvernance démocratique des territoires peut seule nous en préserver et construire intelligemment les évolutions de notre système de santé. Pour le SMPS, 3 priorités se dégagent pour les

Managers de santé en matière de gouvernance.

Priorité n°1 : Pour une gouvernance hospitalière faisant confiance au terrain et à ses acteurs

Après la séquence « harassante » de la loi RIST, dont les effets intrinsèquement néfastes ont été dénoncés par le SMPS et sont venus au jour depuis (inapplicabilité du régime de restriction de l'intérim médical, rédaction inadaptée des articles concernant le directoire et le conseil de surveillance...), des ordonnances sur la médicalisation de la gouvernance ou encore de la circulaire « Claris », le SMPS relaie l'usure et la fatigue des collègues de travailler dans des organisations toujours mouvantes. Les hospitaliers, et particulièrement les managers, ont plus que jamais besoin de travailler dans un cadre stabilisé et apaisé pour assurer efficacement leurs missions. Trop de mouvements systémiques ont en effet déstabilisé les établissements ces dernières années (GHT, fusion des ARS, réforme de la gouvernance, etc.) laissant les managers de santé au milieu du gué des non-choix du pilotage territorial du système de santé.

A cette fin, le SMPS demande :

- Un moratoire général sur toute nouvelle réforme substantielle de la gouvernance hospitalière. Il est pour cela essentiel de ne pas céder aux lobbys de certains collectifs interhospitaliers ou de syndicats médicaux (ex : élections des chefs de service, CME décisionnaire seule, etc.). Le SMPS, qui représente aussi les managers médicaux, estime qu'il faut avant tout faire confiance à l'ensemble de la chaîne managériale et **lui permettre de déployer pleinement les effets des réformes en cours.** Celles-ci ont nécessité un travail et un investissement majeurs des communautés hospitalières dans leur ensemble et n'ont pas encore porté leurs fruits ;

- Un positionnement fort sur les pôles, indispensables au fonctionnement quotidien de nos établissements, complété d'un développement des délégations aux services. De telles innovations interrogent la place de la gouvernance médicale dans le fonctionnement des hôpitaux. Le SMPS défend **une plus grande délégation et une responsabilisation accrue des mana-**

geurs médicaux et plus largement de l'encadrement, y compris dans les services non médicaux. La généralisation des délégations de gestion dans les pôles et les services dans le respect du principe de subsidiarité doit constituer une priorité de même que l'accompagnement dans ces transformations.

- La généralisation d'une « gouvernance partagée » dans le respect des prérogatives de chacun : Chef d'établissement, Président de CME, Président de la CSIRMT. Cette orientation ne doit cependant pas revenir sur le fait qu'il demeure **un responsable légal unique de l'établissement : le Chef d'établissement.**

Cette gouvernance partagée doit par ailleurs mieux associer les fonctions d'encadrement et d'ingénierie (ex : participation de représentants de l'encadrement soignant et administratif/technique au Directoire).

- Une véritable considération en tant que « directeur » de la fonction de directeur des soins, avec une vice-présidence du Directoire accordée de droit au Coordonnateur général des soins en parallèle de la vice-présidence accordée au président de CME.

-Une association systématique des D3S dans la gouvernance afin que les secteurs sociaux et médico-sociaux soient bien positionnés dans les mêmes niveaux de priorité que le secteur sanitaire au sein des établissements, dans les directions communes et, a fortiori, dans les GHT. Les fonctions de D3S sont spécifiques : ils doivent piloter la politique gériatrique, le secteur social, le secteur médico-social, veiller au maillage territorial et assurer l'ouverture des GHT sur les territoires pour répondre aux défis du vieillissement de la population. Ces spécificités doivent permettre aux directeurs exerçant dans ces domaines d'obtenir enfin une reconnaissance statutaire à la hauteur de ces enjeux ;

-Une valorisation de l'encadrement de proximité dans la gouvernance au niveau du service, des pôles et de l'établissement. Le binôme chef de service/cadre de santé, chef de pôle/cadre supérieur doit par conséquent être reconnu institutionnellement. Il est indispensable de permettre une véritable participation des cadres, particulièrement des cadres de santé de proxi-

mité, aux processus de décision dans les pôles et les services avec une logique de confiance et de respect mutuel. La délégation de gestion (RH, matérielle, entre autres) doit être davantage développée pour reconnaître ce binôme en tant que rouage essentiel du fonctionnement quotidien et du pilotage des projets de terrain au sein des établissements ;

-Un soutien à la formation des managers médicaux, notamment continue, et la reconnaissance des formations complémentaires des cadres ;

-La généralisation des bonnes pratiques de communication interne susceptibles d'améliorer la circulation de l'information, l'intégration des équipes et la bonne connaissance du pilotage de l'établissement. C'est ce défaut de communication qui souvent engendre incompréhensions et défiance à l'égard de la gouvernance.



« La généralisation d'une
« gouvernance partagée »
dans le respect des prérogatives
de chacun »

Priorité n°2 : Pour une gouvernance territoriale axée sur les GHT et recentrant les responsabilités des ARS

Les GHT ont montré que leur agilité durant la crise sanitaire dépendait soit de l'antériorité de leur pratiques solidaires et efficaces soit d'un arrimage territorial déjà acquis. Répondant avec efficacité aux enjeux du management territorial de crise, le tout avec des solutions opérationnelles mis à disposition des acteurs de santé et médico-sociaux de proximité.

Les GHT doivent donc être accompagnés et soutenus pour construire des organisations territoriales de soins répondant aux besoins de la population, le cas échéant avec des délégations de pilotage de l'offre de soins données par les

ARS sur des objectifs de santé publique. Lorsqu'ils n'ont pas dégagé de véritable plus-value territoriale ou organisationnelle, un autre niveau de coordination doit être laissé à l'appréciation des acteurs, dans le respect du principe de subsidiarité. Les organisations innovantes associant GHT, CPTS et établissements de santé privés doivent être des échelons à favoriser et soutenir.

Les futurs ORDAM régionaux, déclinaison de l'ONDAM dans le cadre de la déconcentration des financements, devront également trouver une déclinaison sur les territoires, en fonction d'indicateurs de santé publique et en vue de la mutualisation progressive des financements. Ils intégreront ainsi un volet prévention comme les parcours de prise en charge et leurs financements, progressivement mutualisés, notamment pour les maladies chroniques.

Enfin, si l'équilibre de la présence des élus dans le fonctionnement des hôpitaux trouvé avec la loi HPST est aujourd'hui considéré comme bénéfique, la gestion de la crise COVID a rappelé qu'ils avaient toute légitimité sur les sujets de santé publique.

C'est donc au titre de la stratégie territoriale, tant sur les territoires de proximité qu'au niveau régional, que cette légitimité doit désormais trouver à s'exprimer. Les instances de démocratie en santé doivent donc être revalorisées.

Le rôle grandissant des GHT au sein des territoires présente de nombreux avantages et sera facteur de valorisation de nos métiers. Il peut en revanche générer un risque de renforcement de la verticalisation des décisions et du pilotage. Cette instance de démocratie en santé, comme le Comité territorial des élus de chaque GHT, peut constituer un ou des pôles d'équilibre susceptibles de préserver les marges d'autonomie des territoires, et donc des GHT.

A cette fin, le SMPS demande :

-Une V2 du dispositif juridique des territoires et des GHT. Le périmètre de certains territoires et GHT doit être revu car ils ne sont pas « pilotables » en l'état. **Une feuille de route pour les GHT doit donc être définie.** La possibilité d'acquérir la personnalité morale à l'échelle du GHT doit ainsi être ouverte en contrepartie de simplifications pour éviter le traditionnel mille-feuille administratif ;

-Une réelle « mise à niveau » statutaire permettant de véritablement prendre en compte un exercice professionnel territorial au sein des GHT dans les statuts des Manageurs de santé. Cela concerne autant les emplois fonctionnels, l'accès à la hors-classe ou la valorisation des « directeurs délégués ou de site », etc.

-Une redynamisation de la démocratie en santé sur les territoires. Un comité territorial des élus, avec des représentants des EPCI, des départements et du Parlement pourrait remplacer les conseils territoriaux de santé et les comités des élus des GHT pour décliner le Projet Régional de Santé sur les territoires. Ce Comité territorial de santé s'appuierait sur une commission regroupant le GHT, les cliniques, les ESMS et les libéraux du territoire.

La place du conseil régional doit également être accrue dans le pilotage de la stratégie régionale en santé, à l'image de ce que certaines régions ont initié (investissements, participation au financement de l'universitarisation par exemple). La question de la régionalisation du pilotage de la santé est mise en exergue notamment depuis que la crise sanitaire a montré l'incapacité du niveau national à penser rapidement des actions opérationnelles et profitables aux territoires. Le SMPS souhaite que ce débat, s'il doit avoir lieu, s'appuie sur des principes de subsidiarité mais aussi en s'attachant à ne pas entacher le principe d'égalité républicaine qui accompagne le déploiement du service public de santé sur le territoire.

Plusieurs questions ont également été posées pendant la crise sanitaire sur le devenir des ARS. Si la loi 3DS va impliquer davantage les élus dans la gouvernance des ARS, ce changement ne nous semble pas à la hauteur de ce qu'attendent les Manageurs de santé vis-à-vis des ARS ; ces dernières s'étant progressivement éloignées du terrain depuis leur création en 2009, il semble nécessaire de penser différemment la présence des élus dans le pilotage territorial.

Il faut en tous les cas que ce pilotage territorial prenne ses distances avec 2 dimensions très opposées :

-Le risque de persistance d'un certain clientélisme politique qui influe sur l'avenir des autori-

sations ou la vie des territoires dans des circonstances toujours complexes ;

-L'absence de responsabilisation des niveaux politiques dans un rôle de prescripteur sans contribution active (financière par exemple) ;

Par ailleurs, le SMPS est très clairement défavorable à un retour à la compétence préfectorale. Ce pilotage régional unique spécialisé sur la santé (sanitaire, médico-social, ville) doit être conservé. Bien plus, les ARS doivent pouvoir réguler l'ensemble de l'offre de soins notamment celle proposée par la ville et le secteur privé lucratif en disposant de tous les outils pour cela. Si la communication avec les élus doit être renforcée, c'est au travers des instances de démocratie en santé, par exemple notre proposition de comité territorial des élus, que ce besoin doit trouver sa traduction, et non avec le retour d'une gestion centralisée des politiques de santé.

Dans le même temps, les ARS doivent pouvoir se recentrer sur leurs compétences d'orientation et de régulation de l'offre de soins sur lesquelles elles sont attendues et encore trop peu souvent promptes à arbitrer. A cela s'ajoute que, dans certains territoires, des organisations mêlant pilotage et production de soins de type « groupements de santé du territoire » doivent pouvoir être mises en place là où les acteurs en font la demande. Ils pourraient même trouver leur place lorsque l'intérêt à agir nécessiterait une gestion mutualisée des nouveaux modes de prise en charge, plutôt que de les voir confiés à des opérateurs qui en retireraient des avantages au détriment d'autres acteurs. Ces Groupes de santé, dont les instances de gouvernance pourraient relever des Comités territoriaux des élus, pourraient par exemple piloter de façon mutualisée les HAD, la Coordination de parcours sanitaire, sociaux et médico-sociaux, les DAC etc.

A cette fin, le SMPS demande :

-Une réduction du nombre d'interlocuteurs et une simplification du pilotage de la santé dans chaque région assurée aujourd'hui par l'ARS, la délégation départementale, le préfet, les collectivités ;

-Une simplification du financement du secteur médico-social avec un interlocuteur unique qui devrait être l'ARS ;

-Un management territorial qui fasse confiance aux GHT avec la mise en place d'outils de pilotage concertés entre les établissements supports de GHT et les ARS, pour mettre fin à l'éloignement progressif des ARS du terrain, notamment au sortir de la 1ère vague avec la création des « hubs » ou « niveaux de coordination territoriale » se rajoutant aux GHT. **Cette simplification et cette confiance pourrait mener à la création de Groupement de Santé de Territoire (GST) qui mutualiserait les compétences des DT ARS et des GHT sous une même entité, toujours sous le contrôle et le pilotage des comités territoriaux des élus ;**

-Une responsabilisation des élus régionaux et locaux dans les questions de santé pour mieux les associer aux arbitrages concernant l'offre de soins afin que les Manageurs ne soient plus contraints de faire des choix qui relèvent de la responsabilité des autorités de régulation.

Priorité n°3 : Pour une gouvernance du système de santé avec un pilotage unifié à l'échelle nationale

La gouvernance nationale du système de santé est aujourd'hui éclatée entre plusieurs acteurs : DGOS, DGCS, Secrétariat général des ministères sociaux, DGS, CNSA, CNAM, etc. Le morcellement du pilotage du système de santé rend difficile la définition et la mise en œuvre d'une véritable politique de santé, dont :

-Objectifs, moyens et acteurs seraient clairement identifiés,

-La régulation serait unifiée,

-Les priorités seraient clairement partagées.

En accord avec la FHF, le SMPS demande une unification de la gouvernance au niveau national, permettant de garantir une plus grande cohérence d'action ainsi qu'une plus grande lisibilité pour les citoyens, pour qui le système est peu compréhensible voire totalement illisible. S'il s'agit d'une réforme de fond structurante, une première étape peut être réalisée rapidement en fusionnant DGOS et DGCS. Elle implique également que soit mise en place une organisation de gestion de crise claire et connue avec une pré-identification des personnes et de leur rôle.

02

POUR UN CHOC DE
SIMPLIFICATION A DESTINA-
TION DES INSTITUTIONS, DES
AGENTS ET DES USAGERS

La complexité réglementaire toujours croissante dans laquelle évoluent les établissements de santé est un rappel que la simplification de leurs modes de fonctionnement est un enjeu crucial pour leur pérennité mais aussi pour les usagers et pour leurs propres professionnels.

L'hôpital est une institution qui évolue dans un environnement structurellement complexe qui tient à la fois des exigences du service public hospitalier auquel il doit répondre que de l'évolution de la gouvernance et de la société. Les maux sont connus et ont été identifiés depuis longtemps par les acteurs de terrains : **des normes trop abondantes, instables, inadaptées ou complexes à la fois dans leur sens et leur lisibilité.** Ce constat est à l'origine d'une perte de sens des acteurs de l'action publique et a fortiori des managers œuvrant dans la sphère hospitalière.

L'objectif de simplification hospitalière répond donc à une forte attente des professionnels de santé et constitue l'un des axes d'amélioration principaux de la qualité du service public hospitalier. Dans son rapport annuel de 2016 portant sur la simplification du Droit, le Vice-Président du Conseil d'État Jean-Marc Sauvé résumait l'importance cruciale de cette thématique désormais incontournable ainsi : *«une telle politique, qu'attendent les usagers des services publics et les acteurs économiques installés sur notre territoire et, par ailleurs, l'ensemble des personnes publiques, doit être aujourd'hui déclarée d'intérêt national. Car elle est la garantie d'une compréhension et d'une prise en charge utile des besoins d'intervention publique, un des leviers d'attractivité et de compétitivité de notre pays, un gage d'efficacité et de sérieux dans l'utilisation des deniers publics et, pour toutes ces raisons, un des ressorts de la confiance de nos concitoyens dans la légitimité de l'action publique.»*

toyens dans la légitimité de l'action publique.»

C'est dans cet esprit qu'a été confiée au Pr Olivier CLARIS une mission portant sur la gouvernance et la simplification hospitalière, publiée en juin 2020. Son rapport dresse des constats sur le fonctionnement actuel de la gouvernance de l'hôpital public, son organisation interne et les « irritants du quotidien » qui en découlent.

S'appuyant sur ces recommandations, la Loi du 26 avril 2021 visant à « améliorer notre système de santé par la confiance et la simplification », dite « Loi Rist », traduit le volet non financier du Ségur de la Santé.

Celle-ci présente cinq types de mesures phares :

1. Le recentrage sur le « service hospitalier » : l'échelon de référence à l'hôpital est de nouveau le « service hospitalier » chargé de mettre en œuvre la qualité et la sécurité des soins ;
2. Le développement des compétences soignantes : avec notamment l'extension des capacités de prescription (IDE et sage-femme) et la création de professions médicales intermédiaires, cette mesure devant faire l'objet d'un rapport dressant un état des lieux sur la mise en place notamment des auxiliaires médicaux en pratique avancée ;
3. L'articulation ville-hôpital : axe majeur dont la mise en œuvre doit être rendue possible par le déploiement des Services d'Accès aux Soins (SAS) sur tout le territoire afin de mettre en place une régulation mixte efficace même si la question du numéro unique n'est pas tranchée.

4. L'évolution de la gouvernance hospitalière : considérée avec les questions de management à l'hôpital, la composition du Conseil de surveillance et de la Commission médicale d'établissement.

5. Une revalorisation des rémunérations des professionnels : thématique abordée sous l'angle du contrôle et de la lutte contre l'intérim médical.

Pourtant les résultats obtenus à travers la Loi Rist sont loin des attentes exprimées. Pire, certains sujets sont même à l'opposé des conclusions du rapport Claris, tel que le binôme DG/PCME sur lequel la Loi Rist se concentre en matière de gouvernance alors que cette organisation ne pose pas de problème dans la quasi-totalité des établissements de santé.

A contrario les sujets que la loi Rist ne traite pas sont nombreux :

- La question fondamentale de l'organisation du système de santé et de la concurrence féroce qui y règne entre les acteurs,
- La mission de service public qui pourtant a été au cœur de notre action depuis 19 mois,
- Les enjeux liés au financement de ce service public par la solidarité nationale et du juste retour qu'elle en attend en termes d'accessibilité aux soins.

L'objectif de simplification est d'abord à destination des patients, premiers bénéficiaires d'un accès aux soins plus équitable et à un parcours facilité sur leur territoire. Cette orientation doit conduire à moins d'attente, moins de morcellement dans la prise en charge, moins de rupture de soins dans des parcours de plus en plus complexes mais au contraire à des parcours plus adaptés aux besoins des patients, qu'il soit en hospitalisation non-programmée, programmée, ambulatoire ou en accompagnement à domicile. Simplifier nos organisations participera globalement à une meilleure prise en charge en laissant aux soignants plus de temps pour faire leur cœur de métier et répondre aux besoins des patients.

La simplification doit également être au service des soignants. Bien que souvent caricaturé, le discours de médecins et de soignants déplorant la place grandissante des aspects administratifs dans leur quotidien est révélateur d'un malaise profond. La simplification doit ainsi être pour les établissements un levier d'attractivité

et d'amélioration des conditions de travail pour l'ensemble des acteurs de l'hôpital, et ce afin de retrouver le ferment d'une véritable « communauté hospitalière ».

Enfin, si la vocation de la simplification hospitalière est de faciliter le fonctionnement de l'ensemble des organisations, celle-ci doit aussi être source d'amélioration pour le travail de ses managers en laissant une plus grande part à la confiance et aux initiatives locales. Cela ne sera cependant possible qu'avec une réelle attente d'une levée des contraintes normatives mais également d'une réduction des contrôles des tutelles.

Priorité n°1 : Simplifier pour améliorer l'accessibilité des soins

La médecine de ville peine à satisfaire la demande toujours grandissante de la population en soins faute d'une répartition homogène et équitable sur le territoire. Quand certains territoires disposent d'une couverture médicale très satisfaisante, au point de conduire à des interrogations sur la pertinence des soins, d'autres souffrent d'une désertification médicale qui s'inscrit dans la durée et touche de la même manière la médecine générale que spécialiste.

En parallèle, l'hôpital public subit cette désertification en accueillant des patients censés être pris en charge en amont mais fait face à une pénurie médicale et paramédicale sans précédent. Des services ferment, faute de personnel disponible et cette charge retombe automatiquement sur les professionnels en poste, accroissant d'autant la difficulté d'assurer la permanence des soins et leur épuisement. Une telle situation ne peut qu'altérer profondément et durablement l'attractivité des carrières hospitalières et les revalorisations du Ségur de la Santé à hauteur de 12 milliards d'euros n'ont pas changé fondamentalement la donne. Le désenchantement hospitalier est aujourd'hui plus que jamais palpable.

Se dessine par conséquent une carte de France séparant le pays entre des métropoles disposant généralement d'un accès aux soins facilité et des périphéries où le risque d'une rupture avec le service public de la santé s'accroît, voire est déjà constaté depuis longtemps. Les patients sont les premiers affectés par cette situation : délais d'attente, absence de médecin référent,

perte de chance, rupture de soins, saturation des Urgences, allongement de la distance entre le domicile et les structures de soins, déstructuration de l'offre de soins publique sont le quotidien de beaucoup d'habitants désormais.

En parallèle l'articulation entre sanitaire, social et le médico-social demeure trop complexe. A l'heure où les questions liées à la précarité, au handicap, à la dépendance et au vieillissement sont cœur des enjeux de l'offre de soins, il y a une réelle opportunité de proposer de nouveaux métiers hospitaliers pour la prise en charge de ces patients, en faisant notamment des établissements de santé de véritable guichet unique d'orientation.

Simplifier l'accès à la santé, c'est garantir son efficacité et réaffirmer la nécessité d'un véritable service public sanitaire, social et médico-social à l'échelle du territoire.

A cette fin, le SMPS demande :

-La mise en place d'une obligation de service minimum, applicable à la fois aux professionnels hospitaliers et à la médecine de ville.

Cette obligation de service minimum pourrait prendre la forme d'un post internat obligatoire, avec un vrai statut de praticiens et la rémunération correspondante, au profit de l'ensemble des territoires.

-Une régulation de l'installation des professionnels médicaux et paramédicaux en fonction de la dotation de chaque territoire et des financements variables en fonction des territoires d'exercice.

-Le déploiement du SAS qui devrait inciter à une meilleure coordination entre professionnels ou le développement des professions médicales intermédiaires.

Priorité n°2 : Simplifier pour disposer d'organisations plus lisibles et réactives

La complexité des organisations hospitalières s'obverse à toutes les strates de notre système de santé.

D'abord dans les ARS, qui, du fait de leurs directives et faute de personnel, sont souvent

plus dans un rôle de contrôle de la gestion des établissements que dans l'accompagnement.

En résulte des appels à projets et des enquêtes qui se succèdent à un rythme frénétique et dont les délais imposés pour y répondre sont incompatibles avec un travail sérieux et rigoureux dans les centres hospitaliers.

Ensuite dans les GHT, dont l'organisation et le fonctionnement se résument encore trop souvent à des myriades d'instances aux compétences floues et aux processus de décision manquant de réactivité. A cela s'ajoute le positionnement et les responsabilités des acteurs qu'il reste à clarifier entre des directions fonctionnelles mutualisées au niveau de l'établissement support et les Chefs des établissements parties qui ne disposent plus des compétences pour agir sur certains pans entiers de leurs établissements.

Au niveau des établissements la question de la gouvernance hospitalière révèle d'autant plus la complexité de nos organisations et mettent à mal leur efficacité. L'hôpital est en effet aujourd'hui tiraillé par une triple tension sur la place de la décision pour assurer son fonctionnement :

-La première sur la fonction et le poids d'instances comme le Directoire, qui, à l'heure de la cosignature avec les Présidents de CME, se retrouvent remis en cause dans leurs pouvoirs ;

-La deuxième sur la place des services de soins et des chefs de service, remis « au cœur de l'hôpital » par la Loi Rist et le Rapport Claris ;

-La troisième par une demande croissante d'intégrer les usagers aux délibérations de nos organisations, et si oui, dans quelles modalités.

En un mot : qui décide et décidera à l'hôpital ?

Enfin, sur les territoires la multiplication des acteurs rend le système de santé illisible tant pour les usagers que pour professionnels. Les différents échelons évoqués plus tôt sont autant de strates qui amènent à demander si des doublons n'existent pas ou si des rationalisations ne sont pas à mettre en place entre les services et les pôles, les établissements et les groupements de territoire, les délégations départementales et les ARS ou encore avec le Ministère de la Santé.

Par ailleurs, l'articulation entre la ville et l'hôpital tant souhaitée se confronte à des entités locales et territoriales dont les modes de fonctionnement en réseau impliquent un lourd travail de coordination qui ne fait que renforcer les difficultés pour l'appréhender et y recourir efficacement.

L'enchevêtrement des PTA, DAC, URPS, CPTS, MAIA ou CLIC est à la fois le syndrome et la conséquence de cette complexité qui rendent le système de soins incompréhensible pour l'usager. Il convient aujourd'hui de redonner du sens à ces organisations par l'instauration de guichet unique ou de maisons de service public concentrant les initiatives.

L'engagement dans la simplification de nos organisations doit se faire au profit de tous ses acteurs. Elle doit conduire à une réflexion approfondie et durable sur nos modes de fonctionnement et à certaines remises en cause.

A cette fin, le SMPS demande :

-La mutualisation des DT ARS et des GHT dans des Groupements de Santé de Territoire.

En tant qu'acteur de terrain mais également d'entité d'orientations stratégiques, le SMPS considère que le GHT apparaît comme le plus à même d'assurer des compétences de régulation de l'offre de soins, et ce pour soutenir les initiatives locales, supprimer la strate de gouvernance que représente la délégation territoriale et faciliter des mutualisations profitables à tous.

-Un allègement de la logique de contrôle et d'évaluation. Bien qu'utiles dans leur principe, les enquêtes et contrôles en tout genre de la part des tutelles, alourdissent considérablement le travail de tous les acteurs hospitaliers par leur fréquence, leur ampleur et les délais qu'ils imposent. Le SMPS souhaite qu'une plus grande confiance soit accordée aux acteurs afin de faire des ARS un véritable partenaire dans l'accompagnement des projets et la conduite du changement, en particulier concernant le renouvellement des autorisations.

-La diminution du nombre d'instances et de commissions obligatoires pour se concentrer sur des organes de décisions plus représentatifs et plus efficaces dans leurs modes de décisions. Ainsi, si le regroupement du CTE et du CHSCT est une mesure qui s'inscrit dans le sens de la simplification, l'application des derniers textes parus conduira à l'inverse à une multiplication des sous commissions qu'il s'agira de suivre attentivement.

-Le renforcement de la représentativité des personnalités qualifiées et des représentants des collectivités territoriales au sein du

conseil de surveillance des établissements de santé, compte tenu notamment de la possibilité offerte par la loi 3DS permettant aux collectivités territoriales de participer aux investissements des établissements de santé.

Priorité n°3 : Simplifier pour disposer d'une réglementation à la fois moins contraignante et plus sûre

La multiplication des textes est une des principales sources de complexité pour les managers de santé, en particulier en matière de RH médicale et non-médicale où les contradictions sont courantes. A ce titre le sujet des concours est éclairant tant leurs règles de publication n'ont plus de sens au regard des besoins et des profils.

Dans le même ordre d'idée la loi Rist rappelle à quel point les Directeurs sont mis en porte à faux en matière de continuité des soins dans leurs établissements. L'injonction de maintien d'activités cruciales pour les territoires, notamment pour les soins d'urgences, se confronte quotidiennement à la pénurie médicale, aux exigences des intérimaires médicaux et à des règles de recours qui engagent la responsabilité des Directeurs. Cette situation conduit à des jeux d'équilibristes dont les conséquences, au-delà de la pression pour exercer correctement ses fonctions, conduisent à un affaiblissement du positionnement des managers.

L'accumulation de normes à l'opérationnalité discutable s'observe également au niveau des coopérations territoriales. Si les GCS et GCSMS sont des structures permettant en théorie des innovations locales intéressantes, elles s'avèrent encore trop contraignantes dans leur mise en pratique. Les initiatives de terrain se trouvent inhibées par des textes dont la rigidité, qu'elle soit réglementaire ou budgétaire, accroissent la complexité et, logiquement, la démotivation des porteurs de projets.

Enfin, si appliquer les textes est déjà un exercice compliqué, la simple compréhension de ceux-ci peut s'avérer un véritable frein à l'action des établissements. Les exemples sont nombreux :

-Le recrutement médical, où la multiplication des statuts n'apporte que peu de marges de

manœuvres aux Directeurs des Affaires Médicales et conduit même à une certaine méfiance des praticiens ;

-Les achats publics, pour lesquels le code de la commande publique est source de surcoûts tant internes qu'externes et dont la lourdeur des procédures est peu en phase avec les besoins de souplesse et de réactivité des établissements ; ce que la crise sanitaire a une fois de plus mis en exergue.



« Simplifier nos organisations ne sera possible que par l'émergence d'innovations locales »

-Les systèmes d'information, dont la convergence des schémas SI au niveau des territoires, bien que louable, n'obéit pas à un schéma et à un calendrier à l'échelle nationale.

A cette fin, le SMPS demande :

-Un choc de simplification pour les recrutements et les promotions dans la FPH. Il serait préférable de procéder à des concours sur titres sans autres règles pour la FPH, telles que les computations départementales ou les taux de promotion fixés réglementairement par les établissements dans leur stratégie RH, ainsi

qu'à **l'intégration des CDI sans concours** dans une logique de fidélisation de ces professionnels. Au global **il s'agit de conserver les qualités propres au statut de la FPH tout en gagnant en souplesse sur les règles d'entrée et de promotion** en son sein et ce afin d'améliorer les conditions d'exercice et offrir aux managers des leviers de gestion plus pertinents.

-Le maintien de la seule responsabilité du comptable public sur le respect normatif des dépenses des établissements hospitalières, sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les Directeurs ne disposent ni des services suffisants pour effectuer cette mission, ni de prime permettant de prendre en compte cette responsabilité importante, ni d'assurance comme les comptables publics.

-La simplification juridique des modes de coopération entre les acteurs du système de santé. Simplifier nos organisations ne sera possible que par l'émergence d'innovations locales, adaptées et bien souvent venues directement du terrain. Le SMPS souhaite donc voir apparaître des espaces de travail allégé de contraintes normatives favorisant ces solutions et permettant leur déploiement. Les régimes actuels des GCS et des GCSMS sont trop lourds.

-Afin de souligner le rôle particulier du service public de santé au service de la population, le SMPS soutient la création d'une exception française lui permettant de **se soustraire au code de la commande publique.**

03 ■ POUR UNE NOUVELLE FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Dès ses premiers jours, la crise sanitaire a mis en lumière une évidence bien connue des hospitaliers : l'hôpital ne fonctionne pas en silos. Le partage des points de vue, des contraintes et des attentes de chacun conduit logiquement à des décisions partagées qui sont, pour la plupart, mieux comprises, mieux acceptées et donc mieux mises en œuvre.

Or, dans le même temps, le fonctionnement actuel de la Fonction Publique Hospitalière semble démontrer une fois encore son inadéquation avec les enjeux d'un hôpital devenu une « organisation liquide », c'est-à-dire marquée par les flux d'informations incessants, une flexibilité rendue nécessaire par le fait de devoir agir rapidement dans un contexte d'incertitude. Cette organisation s'étend d'ailleurs au-delà du seul établissement et se retrouve en réalité au sein du GHT, des établissements partenaires (médico-sociaux notamment) et les professionnels de santé libéraux (projet SAS, CPTS...).

C'est toutefois au niveau de l'établissement que s'observe au quotidien cette organisation liquide, notamment en ce qui concerne la gouvernance partagée entre le Chef d'établissement, qui conserve la responsabilité juridique, le PCME et le coordonnateur général des soins. Cette organisation, confirmée et légitimée par la crise sanitaire, s'avère plus que jamais nécessaire au bon fonctionnement d'un établissement de santé.

L'autre conséquence exacerbée par cette crise sanitaire est également le constat de la perte d'attractivité du milieu hospitalier à tous les niveaux. Du personnel médical aux directeurs, en passant par les soignants, les ingénieurs, les cadres et les

attachés, il est évident que l'hôpital, jadis attractif, ne parvient plus à attirer et à maintenir ses professionnels et, par corollaire, ses compétences.

Ces différents constats désormais posés, il s'agit pour les managers de santé de trouver les solutions pour répondre aux différents enjeux qu'ils soulèvent. Le SMPS souhaite ainsi œuvrer à la mise en place d'une fonction publique renouvelée et transformée répondant à la fois aux besoins de nos organisations et aux attentes de ses agents.

Priorité n°1 : Diversifier les voies de recrutement en intégrant les attentes et contraintes des candidats à leur exercice professionnel

La diversité des métiers nécessaires au bon fonctionnement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et les compétences que ceux-ci exigent pour maintenir le haut niveau de service attendu, rend d'autant plus cruciale la question du recrutement au sein de la FPH.

Une des pistes pour moderniser le recrutement réside d'abord dans sa diversification. En diversifiant les voies de recrutement des managers de santé, tout en maintenant la fonction d'ascenseur social que joue l'hôpital public, en rendant

les carrières plus dynamiques et en investissant le champ de la recherche, les établissements de la FPH donneront aux cadres les leviers pour s'épanouir dans leurs fonctions afin d'entraîner leurs collaborateurs et rétablir l'attractivité des établissements publics de santé

L'exercice du fonctionnaire hospitalier ne se limite plus au périmètre de sa résidence administrative. Si nous sommes de nombreux dirigeants et personnels médicaux à avoir un exercice territorial sur plusieurs sites, cette pratique est encore assez peu répandue parmi l'encadrement intermédiaire et les équipes soignantes.

Pour qu'elle ne soit pas vécue comme une charge supplémentaire qui va peser sur des métiers déjà exigeants, il faut s'interroger sur des modalités qui en intégreront les contraintes et permettront de voir cet exercice territorial comme une opportunité professionnelle. Ceci peut, par exemple, s'exprimer à travers des mesures concrètes et connues, telles que la prise en compte des frais de déplacements ou de l'intégration (partielle ou totale) du temps de trajet dans le temps de travail... Rien dans les statuts actuels ne s'y oppose.

Le statut est justement un sujet en soi à traiter pour les managers de santé. Autrefois protecteur, celui-ci n'attire plus et la crise de l'attractivité se retrouve à tous les niveaux, que ce soit chez les soignants ou les administratifs. Qui aujourd'hui peut (ou veut) se projeter encore sur une carrière linéaire de 42 ans ? Quel est l'avantage d'un recrutement sur diplôme quand nous avons besoin de savoirs faire et d'expériences ? A l'instar de nombreux pays européens, n'est-il pas temps de basculer vers une « fonction publique de métier », ce qui permettrait par là même occasion de sécuriser la situation de nombreux contractuels dans nos établissements ?

Il s'agit pour la fonction publique de trouver un nouveau souffle au travers de la refondation de nos propres missions et de nos métiers, pour gagner en attractivité et en agilité, mais également dans l'intérêt des agents, dont les aspirations peuvent rapidement évoluer. La possibilité laissée aux agents d'entrer et de sortir de la FPH de façon fluide et à plusieurs reprises au cours d'une carrière facilitera l'acquisition de compétences nouvelles au profit de nos établissements dont les

besoins sont sans cesse en mouvement.

A cette fin, le SMPS demande :

-La valorisation de l'exercice multisites par des emplois fonctionnels pour les postes à hautes responsabilités et des mesures indemnitaires pour l'ensemble des métiers de direction et d'encadrement de la santé,

-Le renforcement des incitations et des valorisations de la mobilité géographique pour l'ensemble des corps d'encadrement tout au long de la carrière.

-Un statut hospitalo-universitaire des métiers du management en santé : contrats de chercheurs en management pour encourager la recherche dans le domaine (créer des directeurs/managers HU en lien avec l'EHESP)

-De privilégier le recrutement sur la base des compétences plutôt que le parcours statutaire pour l'ensemble des postes d'encadrement.

Priorité n°2 : Transformer en profondeur les modes de fonctionnement des établissements publics de santé en vue d'une meilleure adéquation entre la fonction publique hospitalière, les réalités et les aspirations des nouveaux entrants.

Si la notion d'engagement pouvait constituer le moteur des générations précédentes, il ne faut plus le considérer comme la dynamique principale de l'exercice de nos jeunes professionnels. Évidemment essentiel, il ne suffit plus en tant que tel aujourd'hui.

Pour autant, il faut également cesser d'opposer nos anciens « surinvestis » à des « jeunes » qui tiennent à maintenir l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. **La relation au temps de travail a évolué, mais l'attachement aux valeurs du service public demeure fort, doit être valorisé et défendue.**

Cette relation au temps et au travail propre aux nouvelles générations se manifeste également à travers des façons de réaliser ses missions différentes, notamment via le « multitasking » qui est

devenu une pratique courante et qui démontre certaines capacités de polyvalence et d'adaptation sans perte d'efficacité. Le temps consacré au travail n'est plus forcément cantonné aux horaires habituels mais se retrouve en réalité mélangé avec des temps d'échanges ou de prises d'informations rendus d'autant plus nécessaires par la complexité des tâches demandées et les sollicitations multiples. La frontière entre plan personnel et plan professionnel n'est par conséquent plus aussi pérenne qu'auparavant, cette réalité doit être intégrée dans nos organisations comme dans nos réflexions syndicales.

Dans le même ordre d'idée, la proposition récurrente et parfois infructueuse de mettre à disposition des lieux de détente, voire de loisirs, sur nos lieux de travail doit être étudiée de manière sérieuse, non comme un gadget pour faire «start-up» mais comme un moyen d'attirer et garder nos professionnels. Les contraintes liées aux flux des patients limitent bien entendu le recours à des moments de loisirs, mais cela ne doit pas nous priver d'y travailler et d'y voir des opportunités de créer de la cohésion entre les équipes.

Les liens de subordination avec les «chefs» ne sont de surcroît plus les mêmes. L'opposition, la justification, la remise en question et le partage d'expérience sont au cœur des relations quotidiennes. Ces nouveaux professionnels, que l'on dit moins investis ont surtout besoin d'être associés aux réflexions et de comprendre les décisions prises pour mieux les accepter. N'est-ce pas là une preuve d'engagement que l'on doit saisir ? Une occasion pour la Fonction Publique de se renouveler ?

Cependant, si le chef ne bénéficie plus d'une reconnaissance acquise, les OS non plus. Il convient donc de se poser la question des espaces de négociation qui demeurent. Est-il toujours pertinent de faire valider par des OS des organisations de travail négociées au niveau des équipes ? L'expérience de la mise en place des 12h, parfois à la demande d'unités de soins, contre l'avis des syndicats doit nous éclairer dans ce domaine.

A cette fin, le SMPS demande :

-La mise en place d'un véritable dispositif de reconnaissance du télétravail (surtout dans l'exercice de fonctions territoriales multi sites).

-Un soutien plus important à la QVT via des budgets dédiés.

-De donner les moyens de prendre soin de soi en donnant l'accès à des "espaces forme" dans les services.

-Un accompagnement accru des femmes exerçant des hautes responsabilités durant leur grossesse : assistant, mission EDH, stagiaire Master... afin de leur permettre la prise d'un congé maternité en toute sécurité.

-Une meilleure articulation temps pro temps perso, notamment par une uniformisation des conditions de congés de l'accueil de l'enfant pour les deux parents.

Priorité n°3 : Valoriser l'engagement des managers aux méthodes innovantes

Ces éléments de contexte se heurtent parfois à des incompréhensions ou des conflits de valeurs. Accompagner ces changements demande de nouvelles capacités relationnelles, de faire preuve de flexibilité et d'une ouverture mais également



Il s'agit pour la fonction publique de trouver un nouveau souffle

d'accepter que sa parole soit mise en débat. A l'inverse, cela renforce d'autant notre responsabilité face à nos décisions. Il ne s'agit pas ici de militer pour une démocratisation à outrance des processus de décision et des fonctionnements professionnelles, mais de souligner le rôle accru du manager qui doit être à l'écoute, arbitrer entre les scénarios possibles et assumer ses décisions. Imaginer aussi de nouveaux outils, revoir notre rapport au temps au travers de nos pratiques managériales.

Le changement de mode relationnel avec les professionnels n'implique par ailleurs pas une perte

de la responsabilité des managers. Il implique au contraire d'être plus au clair avec ses objectifs, les expliquer, les partager et savoir mobiliser le collectif pour les atteindre.

Les managers de santé ont choisi la fonction publique à partir de leurs valeurs. Pour autant, ils sont en droit de bénéficier de carrières attractives et valorisantes. Leur strict exercice statutaire n'est peut-être plus suffisant. Aussi, il pourrait être proposé un recours au contrat pour les postes d'encadrement supérieur (cadres supérieurs, ingénieurs, attachés, corps de direction). Sur le modèle des postes fonctionnels, ces postes pourraient être assortis de garanties de retour à un exercice statutaire. Cette relation contractuelle permettrait d'ailleurs de renforcer l'introduction de contrats de mission ou de projet pour les professionnels concernés et ainsi mieux s'adapter à des profils spécialisés ou atypiques.

Le CNG, acteur plénier des carrières devrait alors en garantir l'équité, tout comme la gestion des offres d'emploi.

L'EHESP pourrait jouer un rôle de moteur de l'évolution des pratiques managériales en encourageant

les travaux de recherche, voire en accueillant durant leur carrière les managers sur un contrat de « chercheur ».

A cette fin, le SMPS demande :

-Une meilleure promotion par les pouvoirs publics des managers ayant eu recours à des solutions innovantes dans le cadre de leurs missions RH

-La promotion de mode de management moderne en s'inspirant des modèles à l'étranger tel que le management agile au Québec

-L'engagement dans une vraie démarche participative au fonctionnement des services en donnant les outils numériques nécessaires (possibilité de passer des commandes de produits essentiels au fonctionnement du service, possibilité à partir d'un smartphone de réserver un créneau d'heures supplémentaires possibles...)

-Des emplois sur contrat de mission pour les fonctions d'encadrement à forte responsabilité.

04.

POUR UN MODE DE FINANCEMENT ADAPTE AUX MISSIONS DE L'HÔPITAL PUBLIC

Si les enjeux d'efficience des organisations ne sont pas à remettre en cause (des organisations performantes, plus qualitatives et moins coûteuses pour les deniers publics doivent toujours rester un objectif vers lequel nous nous devons de tendre et il est important que la bonne utilisation des deniers publics reste contrôlée, encouragée, sollicitée), ce sont les conséquences négatives de la T2A qui doivent être aujourd'hui impérativement modulées. En effet, La situation du financement de l'hôpital public est devenue ubuesque : plus il joue son rôle et plus il est perdant financièrement.

Le constat est aujourd'hui encore plus flagrant à l'aune de la crise sanitaire : la mise en œuvre du tout T2A n'est pas adaptée aux réalités des établissements de santé. Le SMPS souhaite désormais de renouer avec un mode de financement en coût complet permettant d'assurer un service public minimum de la santé, a fortiori sur les secteurs les plus sensibles comme les Urgences, et sortir du tout T2A.

Avec le temps et la trop forte contrainte budgétaire et financière qui a pesé quasi exclusivement sur les hôpitaux publics, le système n'est en effet plus adapté à la réalité du fonctionnement des établissements. Le système de financement à l'activité (T2A) reste basé sur le principe selon lequel les recettes liées à l'activité financent l'intégralité des dépenses des hôpitaux publics : celles d'exploitation tout d'abord puis celles d'investissement ensuite.

Alors même que l'investissement immobilier a été une priorité en termes de pilotage des investissements hospitaliers depuis plusieurs années, les besoins d'investissement sont colossaux dans d'autres domaines cruciaux pour le bon fonctionnement des hôpitaux (en particulier concernant le système d'information). Or, la T2A ne permet pas (plus) aux établissements de les assumer.

Dégager un budget d'exploitation équilibré est devenu une mission quasi-impossible.

Et ce, alors même que la réalisation d'excédents d'exploitation est indispensable pour autofinancer l'investissement courant comme l'investissement structurel (qu'il s'agisse d'immobilier, d'équipement ou de système d'information).

Deux raisons essentielles peuvent expliquer cela :

- **Une augmentation permanente et mécanique des dépenses** : dépenses de per-

sonnel en premier lieu, mais également hausses de prix de certaines matières premières (l'énergie notamment), renchérissement du prix d'un certain nombre de marchés, évolution et technicisation des pratiques nécessitant l'utilisation d'un certain nombre d'équipements plus perfectionnés mais aussi plus coûteux (exemple depuis la survenue de la crise épidémique avec non seulement le développement de l'oxygénothérapie mais aussi l'utilisation plus intensive de certains biens comme les masques et autres équipements de protection individuelle).

- **Une fluctuation importante des recettes, voire pour certains une dégradation constante** : avec des évolutions de tarifs n'intégrant pas l'évolution du coût de la vie hospitalière et ce depuis plusieurs années consécutives, amenant le système public hospitalier sous forte tension à la veille du déclenchement de la crise COVID.

Les gestionnaires hospitaliers se sont donc très rapidement retrouvés à tenter de concilier des injonctions contradictoires avec d'un côté des dépenses croissantes pour s'adapter aux exigences renforcées du soin, et de l'autre côté des recettes d'activité incapables de les financer. Certains établissements sont devenus exsangues en sortie de COVID car ils doivent en outre faire face à des carences majeures d'activité dues aux déprogrammations et à l'augmentation des arrêts maladies obligeant à fermer de nombreux lits.

La nouvelle version de la tarification à l'activité (post-crise) vise tout de même à compenser un certain nombre d'augmentations dues notamment aux accords dits du « Ségur de la santé » qui ont fait évoluer de manière très significative le coût de la masse salariale notamment. Toutefois, les hausses tarifaires qui ont été décidées pour compenser cette hausse de la masse salariale (en moyenne 8% de hausse des tarifs) sont bien entendu dépendantes de la vigueur de l'activité et de sa capacité à égaler la hausse de la masse salariale. Il n'y a aucune assurance en la matière et la plupart des établissements subit actuellement une contrainte forte sur l'activité en raison de la pénurie de personnel mé-

dical et soignant.

Priorité n°1 : Instaurer un système de compensation et d'amortisseurs des effets néfastes de la T2A

Alors que le financement à l'activité est décrié pour ses dérives, il est question d'étendre son champ d'application.

Alors que le prisme du financement exclusif à l'activité en MCO est contesté depuis plusieurs années et avant même la crise sanitaire, il a malgré tout vocation à s'étendre via les réformes du financement des SSR et de la psychiatrie avec parfois de lourdes pertes de recettes à prévoir. Contrairement aux annonces sur la révision du modèle T2A qui ont pu laisser espérer la prise en compte des difficultés, le choix a donc été fait de risquer d'aggraver le diagnostic (le SSR et la Psychiatrie sont des filières impactées de plein fouet par la problématique des structures d'aval ce qui va venir pénaliser les durées moyenne de séjour et donc les recettes liées à l'activité).

Par ailleurs, ce sujet de l'activité est à lier étroitement à celui de l'attractivité des professionnels de santé car les moyens qui sont donnés aux hôpitaux comptent pour recruter des praticiens hospitaliers sénior. A l'heure des départs massifs en retraite des praticiens hospitaliers, il est illusoire d'imaginer que leur activité pourra être absorbée par des médecins juniors, si tant est que l'hôpital public parvienne à la recruter.

Un financement exclusif à l'activité est par ailleurs parfaitement incohérent avec les missions de service public spécifiques des hôpitaux.

Le bon fonctionnement des plateaux techniques et des prises en charge est nécessaire pour les établissements et l'enjeu demeure de les dimensionner correctement par rapport aux besoins de soins (et donc à l'activité) des territoires. Mais la mission des soignants (et des médecins en particulier) ne saurait se limiter aux seuls soins. Le développement du lien ville-hôpital, l'animation des territoires, la formation, la gestion des problématiques psycho-sociales, la disponibilité H24J7... sont autant de missions fondamentales et particulièrement chronophages pour lesquelles le financement à la T2A n'est pas adapté. Or, ces objectifs sont bien fixés par le gouvernement aux établissements.

L'absence de reconnaissance de la spécificité du rôle hospitalier, notamment en termes de permanence des soins, d'animation du territoire et d'activité de recours est une réelle injustice car elle pénalise doublement l'hôpital public. En effet, alors que les recettes hospitalières peuvent chuter lourdement à la suite du départ d'un praticien, c'est la double peine qui s'applique avec l'alourdissement de la contrainte pesant sur le reste de l'équipe médicale lorsque l'établissement ne parvient pas à le remplacer ce qui est souvent le cas au vu de la démographie médicale particulièrement tendue.

Les missions dévolues à l'hôpital public sont donc au mieux sous-financées voire inexistantes. Lorsqu'elles sont financées (MIG) les critères sont opaques, complexes et soumis à l'appréciation des différentes ARS. Ces enveloppes ne permettent bien souvent pas de couvrir réellement les besoins (Ex des SAMU et des SMUR). Sans compter que les budgets globaux des MIG vont inexorablement évoluer à la baisse ce qui accentue encore plus la tendance baissière des recettes.



**Le bon fonctionnement
des plateaux techniques
et des prises en charge
est nécessaire pour
les établissements**

A cette fin, le SMPS demande :

-L'institutionnalisation d'un système de garantie de financement dans les hôpitaux périphériques qui ne parviendraient pas à financer leur mission de service public avec la seule activité (présence d'une clinique concurrentielle à proximité immédiate, désertification médicale du secteur empêchant de répondre à l'intégralité de la demande de soins). La garantie de financement serait un socle, celui nécessaire pour financer l'accès aux soins via le service public de la santé sur un territoire donné, comme ce fut le cas durant la crise sanitaire. En effet, si l'activité ne permet pas de financer le

maintien de l'accès aux soins sur un territoire, la garantie minimum de financement doit être assurée par l'État auprès des assurés sociaux et de leurs ayants droits.

-La corrélation entre le financement des hôpitaux, et en particulier la garantie de financement, à la dynamique territoriale pour instituer ainsi une dotation populationnelle.

Le financement du service public ne saurait être figé car les hôpitaux sont soumis à une dynamique d'activité très liée à la dynamique populationnelle du territoire, des premières expériences sont en cours (Urgences, Médecine). Cela permettrait ainsi d'éviter de retomber dans l'écueil de l'ancienne dotation globale. Un mécanisme de garantie des recettes à un niveau minimal pourrait être envisagé pour assurer une meilleure adéquation entre recettes et dépenses. Elle pourrait notamment tenir compte (et compenser) les pertes de recettes dues aux fermetures de lits par manque de personnel médical.

-Au-delà du socle de garantie de financement, le maintien du système de la T2A en corrigeant les tarifs afin de réduire les injustices et d'intégrer les manques :

- Valorisation de la prévention dans les tarifs hospitaliers. C'est un sujet majeur à l'heure du développement durable et du questionnement sur la pertinence des actes.
- Correction tarifaire des niches trustées par le privé (dialyse, chirurgie ophtalmique, endoscopies gastriques...) et des sous-financements réservés au public (soins critiques, de l'obstétrique et de la pédiatrie). Autant d'injustices dans les modalités de financement des différentes pathologies.

-la labélisation des hôpitaux de proximité, comprenant la possibilité de rouvrir des lits de médecine, afin qu'ils réintègrent une logique de dotation populationnelle avec un rôle d'animation du territoire de santé proximité (liens avec les professionnels de santé de ville et CPTS, filière gériatrique...).

-Le financement au parcours pour développer les liens avec la ville. Évoqué depuis longtemps, ce sujet concerne l'évolution des modes de parcours, depuis la tarification hospitalière jusqu'à la prise en compte de la création de parcours ville-hôpital d'amont en aval depuis les solutions

de suivi à domicile jusqu'aux structures de répit. Alors que la croissance de la prévalence des maladies chroniques est importante et que leur traitement et suivi implique souvent une prise en compte multidimensionnelle du sujet (médicale, sociale, psychologique), le sujet de la valorisation des parcours doit être approfondi pour développer les interactions entre la ville et l'hôpital.

-L'arrêt des réformes tarifaires de l'activité psychiatrique et des activités de SSR pour mieux les repenser. Ces deux secteurs vont connaître à partir de 2022 une évolution tarifaire majeure qui va progressivement rapprocher leur mode de fonctionnement de celui des activités soumises à la T2A. La spécificité de ces prises en charge est telle que l'expérience des dérives vécues en MCO doit nous apprendre à éviter qu'elles se reproduisent dans d'autres filières.

Priorité n°2 : Sortir de la logique de performance économique préalable à l'investissement (version « COPERMO performance » ou version CNIS)

L'investissement est insuffisamment pris en charge dans le financement des hôpitaux.

Toute la doctrine COPERMO était basée sur des plans massifs de recours à l'équilibre qui étaient sensé permettre le rétablissement du cycle d'exploitation et donc de financer les investissements majeurs permettant de reconstruire/rénover les immobilisations, moderniser les équipements et donc améliorer les prises en charge, et par conséquent l'attractivité pour les équipes mais également l'amélioration des conditions de travail.

Les hôpitaux se sont donc engagés dans des contractions importantes de dépenses (parfois nécessaires bien sûr) mais qui bien souvent ont

abouti à des contractions également de l'activité (et donc des recettes) du fait de départs médicaux, de perte d'attractivité de certaines filières etc.

En synthèse : les Plans de Retour à l'Équilibre n'ont fait qu'aggraver la situation des établissements car ils ont été conçus comme des préalables à l'investissement et non comme des corollaires. C'est par l'évolution de nos organisations, de nos plateaux techniques, par la modernisation de nos équipements que nous pourrons faire évoluer les activités et les dynamiser.

Il est important de noter que malgré le discours en vigueur, le CNIS est une copie quasi conforme du COPERMO à la nuance près qu'il a été rajouté une étape de validation du projet médico-soignant. Sur le plan budgétaire le PGFP est soumis aux mêmes exigences, et on nous redemande certes plus de PRE mais des mesures d'optimisation...

A cette fin, le SMPS demande :

-L'introduction d'une marge de financement de l'investissement courant dans les tarifs. L'investissement doit porter en priorité sur la gestion courante et donc les réorganisations. Pour cela, il doit être financé par l'assurance maladie pour initier un cercle vertueux. Car actuellement le modèle tourne au mieux en boucle, au pire en spirale négative lorsqu'un établissement n'est pas capable d'équilibrer son exploitation par le maintien de l'activité.

-Le maintien d'un programme régulé par l'État (type Ségur), afin de financer l'investissement de restructuration lourde. Les grands plans d'investissement sont par ailleurs fondamentaux et doivent continuer à être assurés par l'État pour les opérations les plus lourdes, et par les ARS en local.

05

POUR UNE SIMPLIFICATION DE LA GESTION BUDGETAIRE ET UNE MEILLEURE REPARTITION DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL

Actuellement, 3 sections tarifaires sont applicables en charges et en produits :

- L'hébergement > à la charge des résidents et des familles, avec une prise en charge possible de la part des départements au titre de l'aide sociale, sous condition de recours sur succession. Pour les établissements publics à 100% aide sociale, le taux d'augmentation du prix de journée est déterminé par le Conseil départemental.
- La dépendance > à la charge des résidents et du département, chaque département fixe le montant de la valeur du point GIR départemental. Il y a 3 groupes de tarification, le groupe à la dépendance le plus faible détermine le ticket modérateur à la charge de tous les résidents, sauf ceux admis à l'aide sociale.
- Le soin > à la charge de la sécurité sociale. Une équation tarifaire, avec 4 valeurs de points, selon qu'on est en tarif global ou partiel et que l'on dispose ou pas d'une pharmacie à usage interne. La valeur du point GMPS est fixée chaque année par arrêté ministériel.

Depuis la nouvelle tarification établie en 2017, ces trois sections ne sont plus étanches entre elles, mais les outils de répartition restent ceux de la précédente tarification, même s'il est permis de forcer, mais cela n'automatise pas les procédés. De ce fait, les directions doivent tenir 3 budgets pour un même EHPAD, un pour l'hébergement, un pour la dépendance et un pour le soin.

La répartition des charges est inéquitable entre les 3 sections.

La répartition des charges entre les sections est inéquitable et ne tient pas compte de la réalité de fonctionnement. Certaines charges sont imputées sur une seule section, d'autres charges sont ré-

parties entre deux sections.

Pendant plus de 15 ans, la répartition entre 2 sections était fixe avec un rapport 30/70. Depuis l'exercice 2018, cette répartition reste libre pour chaque ligne budgétaire concernée, notamment en matière de salaires et de charges salariales. En revanche, les charges imputables à une seule section ne peuvent être réparties.

En matière salariale, les salaires de l'administration, des agents des services techniques et logistiques (sauf ménage et blanchisserie) et de la restauration, ainsi que de l'animation sont supportées à 100% sur la section hébergement, alors qu'elles pourraient être réparties entre 2 voire 3 sections. Par exemple, les salaires et charges des personnels de direction et des personnels des ressources humaines, ainsi que des services économiques et financiers pourraient être répartis entre les 3 sections.

Par ailleurs, les frais financiers et les charges d'amortissement des bâtiments relèvent à 100% de la section d'hébergement alors que les bâtiments, le mobilier et les frais d'emprunts concernent les résidents dans leur globalité, donc les 3 sections.

Des inégalités territoriales demeurent.

Lors de la mise en œuvre de la nouvelle tarification et en vertu de l'autonomie des départements, chaque département a fixé la valeur de son point GIR départemental (le point GIR mesure la perte d'autonomie, plus il est élevé, moins le résident est autonome). Or, lorsqu'elles ont été fixées en 2017, ces valeurs allaient de 5,68 euros pour le plus bas à 9,47 euros pour le plus élevé. Les départements peuvent relever cette valeur chaque année, mais n'y sont pas obligés.

Ainsi, la dépendance liée à certaines patholo-

gies de la vieillesse n'a pas la même valeur que l'on soit hébergé dans tel ou tel département, alors que la charge de travail est la même à même niveau de dépendance.

Les charges de personnels représentant 90% de cette section, on voit bien l'impact lié à la valeur du point GIR. Pour le même niveau de dépendance, on embauchera plus de personnels avec 9,47 euros qu'avec 5,68 euros. Et la prise en charge sera différente d'un département à l'autre.

Le reste à charge est important pour les usagers.

En faisant supporter une grosse part de certaines dépenses à la seule section d'hébergement, on fait supporter ces dépenses aux résidents et à leur famille. Dans une grande majorité des résidents accueillis, ces dépenses dépassent largement les retraites et pensions des personnes accueillies.

Le mécanisme d'aide sociale peut atténuer cela, mais sa complexité et le recours sur succession font reculer bon nombre de résidents ou de familles.

De même lorsqu'une personne handicapée de plus de 60 ans, qui une MAS, un FAM ou tout autre établissement d'accueil pour ces populations, le reste à charge augmente très sensiblement, ce qui fait reculer beaucoup de parents qui font tout pour que leurs enfants restent dans les foyers spécialisés, avec un reste à charge plus supportable.

Priorité n°1 : Établir uniquement 2 sections tarifaires

Pour simplifier la gestion financière des EHPAD et assurer une égalité de prise en charge en dépendance et en soins sur tout le territoire, il est proposé de revenir à une tarification binaire, comme à la fin des années 1990 et abandonner la tarification ternaire.



**il est proposé de revenir
à une tarification binaire,
comme à la fin des années 1990**

A cette fin, le SMPS demande :

-L'établissement d'une section tarifaire hébergement et d'une section tarifaire soins qui engloberait les deux sections dépendance et soins. La section hébergement serait à la charge des résidents, des familles et des départements pour l'aide sociale. La section soins serait à la charge de la solidarité nationale, donc de la sécurité sociale, financée par la 5^{ème} branche.

-L'aménagement du tarif hébergement, avec un taux d'évolution déterminé par chaque département et en fonction des coûts de fonctionnement de chaque établissement, notamment lors de rénovations ou de décisions nationales. Il ne faut plus que les décisions indiciaires ou indemnitaires soient difficilement applicables du fait d'une dotation insuffisante.

-Pour la dotation soins, la révision de la formule de calcul de la dotation, car celle-ci devra inclure la dépendance (dont l'outil AGGIR devient dépassé) et les soins techniques. En regroupant les deux sections de la tarification actuelle, on obtiendrait un même coût de prise en charge des soins (ce qui est déjà le cas) mais surtout de la dépendance, puisqu'on aurait la même valeur du point sur tout le territoire national. Un ajustement sur les tarifs les plus hauts déjà en vigueur permettra de répondre aux différents rapports sur la nécessité de recruter plus.

Par ailleurs, le calcul des coûts de la section tarifaire ne devra pas s'arrêter aux seules validations de la dépendance (grille AGGIR) et des soins techniques (grille PATHOS), mais inclure aussi la prise en charge sociale et les mesures de prévention et de maintien de l'autonomie, qui peuvent être chronophages.

-Un coefficient multiplicateur pour les établissements multisites, puisque ceux-ci nécessitent plus de moyens que les établissements monosites.

-Une augmentation des budgets pour atteindre immédiatement un objectif de ratio de 0,8 ETP par résident, puis 1 ETP par résident dans 5 ans.

La simplification financière doit aussi permettre d'améliorer l'accessibilité aux soins des usa-

gers les plus fragiles, notamment pour la prise en charge des transports ou l'accompagnement dans leurs démarches.

Priorité n°2 : Mieux répartir les charges entre les sections pour réduire le reste à charge des usagers

La répartition des charges entre les 3 sections tarifaires d'un EHPAD pose problème, notamment en matière de coûts salariaux. En effet, certains salaires sont partagés entre deux sections. Par exemple, les aides-soignants sont partagés entre la section dépendance (à compétence départementale) et la section soins (à compétence ARS – Sécurité sociale).

Ainsi une décision nationale d'octroi de prime ou de points d'indices supplémentaires peut ne pas trouver d'application sur l'une des sections. Et nos collègues directeurs, pour honorer les décisions prises peuvent être amenés, soit de mettre une section en déficit, soit de réduire l'effectif pour répondre à la réglementation.

Si certaines dépenses, relevant de l'une ou de l'autre section tarifaire, ne souffrent d'aucune remarque (les médicaments, les locations de matériel médical et les fournitures médicales sur la section soins, les alèses et produits absorbants sur la section dépendance, par exemple) il n'en va pas de même pour certaines dépenses, notamment de personnels et financières.

S'agissant des personnels, le personnel de direction et d'administration est rémunéré à 100% sur la section hébergement. Ces personnels s'occupent aussi bien de la partie hébergement, que de la partie dépendance et de la partie soins. Les personnels de DRH gèrent aussi bien la carrière et les salaires et primes des personnels qui relèvent de l'hébergement, de la dépendance et du soin.

Il en va de même pour les personnels des services économiques et financiers, ainsi que des directeurs. Donc, les dépenses de ces personnels devraient être réparties entre les 3 sections, en fonction de clefs de répartition à définir (le nombre de personnel pour les RH, le chiffre d'affaires par section pour les services économiques et financiers, le poids de chacune des

sections avant ces modifications, etc.)

A cette fin, le SMPS demande :

-Le regroupement des sections dépendance et soins sous une même rubrique, et ce pour aboutir à une répartition mécanique : hébergement à 55% et soins-dépendance à 45%. Et en tenant compte du nouveau poids des sections dépendance et soins et de la répartition actuelle de certains corps et grades entre 2 sections, on aboutirait à la répartition suivante : hébergement 30%, dépendance 20%, soins 50%, soit une section dépendance et soins à 70%.

-L'application de cette nouvelle répartition des charges entre les 2 ou 3 sections, pour diminuer sensiblement le reste à charge des résidents et des familles. L'alourdissement du coût pour la solidarité nationale plaide pour une véritable 5ème branche financée de manière pérenne.

Priorité 3 : Harmoniser les nomenclatures comptables entre le sanitaire et le médico-social pour en faciliter la gestion

Une nomenclature comptable M22 différente de la M21 utilisée par les hôpitaux.

Les établissements sanitaires qui ont une USLD et/ou un EHPAD rattaché(s), connaissent les affres de ces deux nomenclatures comptables, puisque pour la partie sanitaire, ils adressent un EPRD et un ERRD à l'ARS en M21, en intégrant ces structures en budgets annexes. Et en parallèle, ils doivent adresser à l'ARS et au Conseil Départemental un EPRD et un ERRD en M22 avec les répartitions des sections tarifaires pour l'EHPAD et l'USLD. C'est toute une gymnastique.

Les deux tableaux suivants, concernant l'exploitation, montrent cette complexité, d'autant plus que pour la M21, le personnel est en titre 1 alors qu'en M22, il est en groupe 2.

M 21 sanitaire		M 22 médico-sociale	
Charges		Charges	
Titre 1	De personnels	Groupe 1	Exploitation courante
Titre 2	A caractère médical	Groupe 2	De Personnels
Titre 3	A caractère hôtelier et général	Groupe 3	Afférentes à la structure
Titre 4	Amortissements et provisions ...		
Produits		Produits	
Titre 1	Versés par l'assurance maladie	Groupe 1	De la tarification
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	Groupe 2	Autres produits relatifs à l'exploitation
Titre 3	Autres produits	Groupe 3	Produits financiers, exceptionnels et non encaissables

A cette fin, le SMPS demande :

-D'aboutir à une seule et même nomenclature comptable M21 ou M22, qui permettrait à tous les établissements et à toutes les trésoreries pu-

bliques de n'avoir qu'une seule nomenclature à gérer au lieu de 2.

Cela simplifierait la gestion financière et comptable et ferait économiser du temps à ces services.

06 ■

POUR UNE NOUVELLE RELATION PARTENARIALE AVEC L'USAGER

Année après année, l'ensemble des sondages d'opinion confirme l'importance qu'occupe la Santé dans les priorités des Français mais également leur attachement au Service Public Hospitalier. La protection offerte par notre système de santé fait plus que jamais partie de l'ADN de notre pays et incarne un modèle basé sur la solidarité, la qualité des soins et le professionnalisme de ses agents.

Si nous pouvons nous féliciter de la place qu'occupe l'hôpital dans le cœur des Français, celle-ci nous engage également. Elle implique de rester vigilant dans nos pratiques, en particulier dans la relation qu'entretiennent les établissements de santé avec leurs patients.

Alors que nous fêtons en 2022 les 20 ans de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, nous pouvons désormais poser un diagnostic éclairé sur la place du patient dans nos institutions et ce qu'il convient de faire pour renforcer encore son rôle. L'histoire de cette relation est aussi longue que celle de nos institutions de santé, et elle n'a eu de cesse d'aller vers une plus grande reconnaissance du rôle du patient dans la gestion de ses soins et un accroissement de ses droits. D'abord « malade », devenu « patient », puis « usager », « client » et enfin « acteur », cet individu en besoin de soins est amené à devenir demain un véritable partenaire des équipes de soins.

La Haute Autorité de santé définit ainsi l'engagement des usagers : « *Dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, l'engagement des personnes concernées désigne toute forme d'action, individuelle ou collective, au bénéfice de leur santé, leur bien-être ou leur qualité de vie, ou de ceux*

de leurs pairs.

Cet engagement nécessite en regard l'engagement des professionnels et des décideurs, afin que l'expérience, les besoins et préférences des personnes concernées soient pris en compte, tant dans le soin et l'accompagnement social et médico-social que dans l'amélioration des pratiques et des organisations ainsi que dans l'enseignement et la recherche.

Cet engagement conjoint concourt à un meilleur service rendu aux personnes concernées et à l'augmentation de leur pouvoir d'agir ».

Il y a aussi un enjeu financier pour les établissements de santé : la mesure de la qualité (évaluée par les processus tels que la certification, mais aussi par le ressenti des usagers) s'affirme de plus en plus comme un outil de réforme du financement.

La pluralité des rôles tenus par le patient et la diversité des institutions de santé qu'un individu est amené à fréquenter tout au long de sa vie amène à traiter cette question selon différents angles :

- Celui du patient, au sein du système hospitalier
- Celui du résident, au sein des institutions médico-sociales
- Celui du citoyen, au cœur de son territoire de santé.

Priorité n°1 : Instaurer un véritable statut du représentant des usagers au sein des établissements publics de santé

Le patient se veut, et se vit, comme de moins en moins patient, passif, mais au contraire de plus en plus acteur, actif. Il est du devoir des structures hospitalières publiques de l'accompagner dans cette démarche.

Selon l'article R.1112-83 du code de la santé publique, les représentants des usagers qui siègent au sein des commissions des usagers sont désignés auprès des établissements de santé par le Directeur général de l'agence régionale de santé parmi les personnes proposées par les associations d'usagers du système de santé agréées, en application de l'article L 1114-1. Ces dernières sont d'ailleurs désignées comme seules habilitées à représenter les usagers dans les instances de santé publique et hospitalières, donnant l'impression que les pouvoirs publics ont plus œuvré à structurer les associations représentatives qu'à œuvrer à la reconnaissance des représentants d'usagers. De ceux-ci, il n'est en effet demandé que d'être membre d'une association agréée : leurs connaissances, leurs conditions d'exercice, leurs vécus ne sont pas ou peu pris en compte.

La question de la place du patient au sein de l'institution hospitalière repose donc une fois de plus sur la promotion de l'expérience patient au sein du parcours de soins. L'institut français de l'expérience patient définit celle-ci comme « *l'ensemble des interactions d'une organisation de santé avec un patient et ses proches susceptibles d'influencer leur perception tout au long de leur parcours de santé* ». L'expérience patient vise ainsi à le considérer comme un acteur à part entière de la prise en charge et de l'organisation hospitalière, apportant sa pleine contribution à l'atteinte des objectifs d'amélioration de la qualité et de l'organisation de la prise en charge. On rejoint ici des notions telles l'« empowerment » des acteurs.

Il y a également un enjeu de qualité pour les établissements de santé : de plus en plus d'études lient prise en compte de l'expérience patient et amélioration des résultats cliniques. La Haute

Autorité de santé (HAS) en est bien consciente et y a de plus en plus recours via divers procédés : patient traceur, PREMS, PROMS... Les outils de l'expérience patient doivent donc être systématisés et les résultats d'évaluations par les patients doivent plus que jamais faire l'objet d'une discussion annuelle à toutes les instances des établissements.



Que les maisons des usagers soient systématisées dans chaque établissement de santé

Pour une dynamique d'ouverture de la gouvernance aux représentants des usagers

Pour rappel, le Directoire exerce les missions suivantes (article L6143-7-4 du CSP) :

-Approuver le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et préparer sur cette base le projet d'établissement.

-Conseiller le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Par ailleurs, selon l'article L6143-7-5 du code de la santé publique, « *Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.* »

L'organisation actuelle de cette instance centrale n'oblige pas à la présence des représentants des usagers, alors même que leur rôle est crucial pour la vie institutionnelle de l'établissement et la qualité de prise en charge des patients.

Il en va de même pour les Comités stratégiques des groupements hospitaliers de territoire puisque l'article L6132-2 du CSP ne mentionne pas les représentants des usagers dans la composition de ces GHT, alors même qu'il se prononce notamment sur la mise en œuvre de la convention constitutive, du projet médical partagé ainsi que sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions.

A cette fin, le SMPS demande :

-Qu'un représentant des usagers, élu par les membres de la commission des usagers, soit membre du Directoire.

-Que ce représentant des usagers soit, au même titre que le président de CME, vice-président du Directoire.

-Qu'au moins un représentant des usagers, élus parmi les membres du comité ou de la commission des usagers de groupement, soit membre du Comité stratégique de GHT.

Pour un renforcement des lieux d'échanges à destination des usagers

Le développement des maisons des usagers ces dernières années a été notamment porté par la circulaire du ministère de la Santé du 28 décembre 2006 qui incite les établissements de santé à mettre en place de tels dispositifs. Il s'agit de promouvoir en un même lieu l'accueil, l'échanges, l'écoute, l'expression et l'information pour les usagers et les associations. Le cadre juridique de leur déploiement reste cependant encore basé sur l'incitation, ce qui n'est plus compatible avec une institution de santé moderne souhaitant donner un véritable rôle au patient dans son parcours de soin. Il s'agit donc de désormais les généraliser.

A cette fin le SMPS demande :

-Que les maisons des usagers soient systématiquement dans chaque établissement de santé, avec une animation assurée par des pairs ou des associations.

-Qu'un agent de l'établissement soit nommé désigné pour assurer l'interface avec les représentants des usagers, la direction de l'établissement et animer le dispositif (organisation des partenariats avec les services, mise à jour des plannings de permanences, organisation des rencontres interassociatives, forum des associations, mise à disposition de supports d'information).

Priorité n°2 : Promouvoir le rôle du patient-résident dans sa prise en charge, notamment par le renforcement de l'encadrement des institutions.

Les révélations du livre les Fossoyeurs de Victor Castanet ont fait l'effet d'un tremblement de terre dans le monde des EHPAD. En effet, si elles dénoncent justement les pratiques révoltantes

d'une institution privée, celles-ci rejaillissent sur l'ensemble des acteurs de la prise en charge de la dépendance tant les mises en cause ne distinguent guère les secteurs public, privé associatif ou privé lucratif.

Mais le secteur public ne peut totalement s'exonérer d'interrogations et de questionnements sur ses pratiques. Le rapport 2021 de la Défenseure des droits portant sur « Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD » est à ce titre éclairant : entre 2015 et 2020, 900 réclamations dénonçant les conditions et les modalités de l'accompagnement médico-social des personnes âgées ont été adressées au Défenseur des droits. 80% d'entre elles mettaient en cause un EHPAD, qu'il soit public ou privé.

Pourtant, si les EHPAD sont fortement critiqués, ils sont aussi fortement sollicités par les Français : La France est en effet est l'un des pays européens qui compte la proportion la plus élevée de personnes âgées en EHPAD (8,8 % des 75 ans et plus, et même 21 % des plus de 80 ans) . Près de 7 600 EHPAD, publics comme privés, accueillent plus de 600 000 personnes âgées en perte d'autonomie ou handicapées, soit près de 80% de l'ensemble des personnes âgées en institution. Celles-ci sont également majoritairement des personnes en situation de vulnérabilité : 80% sont classées en GIR 1 à 4 (49 % en GIR 1 ou 2), 35 % souffrent d'une maladie neurodégénérative et 28% sont sous régime de protection juridique des majeurs.

Les tendances montrent par ailleurs que les besoins pour ce secteur vont continuer à croître : selon les projections de la DREES, en 2050, 4 millions de personnes âgées de plus de 60 ans seront en situation de perte d'autonomie ou de handicap.

Une enquête du Crédoc de juillet 2018 fait ressortir les aspirations suivantes des Français pour améliorer la vie des résidents en structure d'accueil pour personnes âgées :

- > Accueillir les animaux de compagnie (30 %)
- > Offrir la possibilité de partager une chambre avec son conjoint (29 %)
- > Augmenter la possibilité de participer à des activités extérieures (28 %)
- > Proposer un environnement plus personnalisé (24 %)

> Favoriser une plus grande implication dans les décisions de l'établissement (22 %)

Ce constat fait pour les EHPAD est également valable pour l'ensemble des structures sociales et médico-sociales : les besoins sont là, les moyens manquent, et trop souvent, les résidents ne sont pas assez écoutés, et insuffisamment des acteurs directeurs de leur prise en charge.

Pour un renforcement du rôle des résidents au sein des établissements publics

Les droits des résidents en institution sociale ou médico-sociale et/ou de leurs proches demeurent mal connus des principaux intéressés, en raison notamment d'un manque d'informations et de communication tournés prioritairement vers eux. Le renforcement de l'accès à ces informations pour les résidents et/ou leurs proches doit devenir un engagement fort de la part des pouvoirs publics.

De même, les résidents restent encore les mieux à même de transmettre leurs attentes et leurs ressentis aux institutions et aux équipes qui les fréquentent quotidiennement. Leur rôle dans le pilotage des services et l'évaluation des pratiques demeurent par conséquent incontournables pour des établissements en quête d'améliorations dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées. Le but est ici d'intégrer leurs perspectives, expériences et savoirs afin d'entrer dans une démarche de co-construction.

A cette fin, le SMPS demande :

-Que les établissements disposent de moyens pour renforcer l'information du résident et de ses proches sur les modalités de prise en charge, les prestations proposées, les mesures de protection, les voies de recours ainsi que le droit pour la personne accueillie de désigner une personne confiance.

-Que soient mis en place des espaces facilitant l'engagement et l'expression libre à destination des résidents et de leurs proches via des dispositifs et outils adaptés (enquêtes, focus groupes,

composition paritaire usagers/professionnels de groupes, instances, etc.).

-Que le rôle des conseils de la vie sociale soit renforcé, par exemple par la collaboration de leurs membres aux démarches d'évaluation des pratiques et des organisations, voire à la co-construction de ces démarches avec eux.

Pour une meilleure prise en charge passant par le renforcement de l'encadrement des structures, notamment dans les EHPAD et par le développement d'une éthique du soin spécifiques aux résidents en situation de fragilité

Personnes dépendantes, personnes handicapées, mineurs en danger... Tous les résidents des structures sociales et médico-sociales doivent faire l'objet de soins spécifiques et adaptées. Le SMPS recommande ainsi de prendre exemple sur le modèle de l'Humanitude® dans le secteur des personnes âgées dépendantes.

Reprenant à son compte les propositions de la Défenseure des droits, le SMPS demande :

-Qu'un ratio minimal de personnels travaillant en EHPAD soit fixé en fonction du niveau d'autonomie et des soins requis des résidents.

-De suivre la proposition du Conseil de l'âge du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) qui fixe un objectif de norme d'encadrement de 0,8 effectif à temps plein (ETP) par résident.

Priorité n°3 : Replacer les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux au cœur de territoires dont ils sont des acteurs incontournables pour le quotidien des citoyens

Pris dans sa globalité, **le secteur sanitaire, social et médico-social public demeure un acteur majeur de son territoire, et ce à différentes échelles** : économique, emploi, social,

écologique, etc. Cette importance dans la vie de nombre de citoyens ne doit pas être négligée. Si elle participe à faire de l'hôpital le service public préféré des Français, elle doit aussi être pleinement intégrée à notre réflexion sur l'avenir système de santé puisque si l'impact peut être positif, il peut tout autant peser directement sur la vie de la collectivité au gré des aléas que connaissent nos institutions.

Les établissements publics de santé ont déjà un impact sur leur territoire en tant qu'institutions pourvoyeuses de service public et de soins. La définition d'un accès aux soins structuré au-

plus de 20% de la Fonction Publique dans sa totalité. Cependant ce calcul masque l'impact réel et concret des hôpitaux sur leur territoire d'activité, puisque leur maillage territorial fait généralement d'eux le premier employeur de leur territoire. De plus, leur activité participe directement à l'activité économique, ne serait-ce par exemple qu'avec les achats qui s'élèvent annuellement à près de 25 milliards d'euros et concernent souvent des acteurs de proximité dans tous les secteurs. Ce poids dans la vie économique d'un territoire confère donc une certaine responsabilité aux responsables publics, notamment sur le bien-être de leurs travailleurs et par corollaire sur la formation ou la qualité de vie au travail.



A l'échelle nationale, la Fonction Publique Hospitalière regroupe près de 1,16 million d'agents, dont 88% dans les hôpitaux, ce qui représente plus de 20% de la Fonction Publique dans sa totalité.

tour de plateaux techniques gradués au sein de chaque territoire, avec des antennes d'accès aux soins ambulatoires, est un prérequis à toute politique territoriale ambitieuse en la matière. Celle-ci implique a fortiori des connexions à renforcer entre les établissements publics et la médecine de ville, notamment par le biais de plateformes accessibles directement par les patients ou leur médecin traitant. Le patient évoluant dans ce système de soins plus lisible, plus fluide et mieux connecté sera le premier bénéficiaire de telles organisations.

A l'échelle nationale, la Fonction Publique Hospitalière regroupe près de 1,16 million d'agents, dont 88% dans les hôpitaux, ce qui représente

L'impact écologique de nos établissements est également devenu un enjeu incontournable au regard de la santé publique, de l'ampleur de nos activités et du rôle que nous pouvons jouer pour inverser la tendance. Ainsi sur une année, les hôpitaux représentent près 2% de la consommation énergétique nationale, fournissent 1,5 milliard de repas (ADEME, 2016) et génèrent plus de 700 000 tonnes de déchets produits annuellement (ANAP, 2010), le tout sur un patrimoine de près de 60 millions de mètre carrés.

Il relève en effet de notre responsabilité collective de participer à notre échelle à la lutte contre le dérèglement climatique et à la protection de notre environnement, et ce dans l'intérêt de tous les citoyens, de nos agents, des patients et de nos institutions elles-mêmes. Plus jamais les établissements relevant de la FPH doivent démontrer leur utilité sociale en étant à la pointe de ces secteurs comme la restauration, les achats, la gestion des déchets, la consommation énergétique, les travaux, la mobilité, le numérique, etc.

En corollaire des sujets précédemment abordés, se pose également la question de l'architecture des établissements publics de santé, de leur rénovation et de leur position géographique par rapport aux citoyens qu'ils sont sensés servir. Ils mettent également au premier plan la qualité des soins et le confort que nous sommes en me-

https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/chiffres_cles/pdf/Fiche_decideurs-2018.pdf

Cour des comptes, 2017

Rudy Chouvel, article sur « La Fabrique de la Santé » : « Insuffler le développement durable à l'hôpital : repenser un roseau pansant », 12 août 2020

<https://lafabriquedelasante.fr/2020/08/12/insuffler-le-developpement-durable-a-l-hopital-repenser-un-roseau-pansant-rudy-chouvel/>

The ShiftProject

sure d'offrir aux patients. Ainsi, en 2015, selon la DREES, la construction ou la dernière rénovation des bâtiments des EHPAD dataient de plus de 25 ans dans près de 23% des cas – c'est notamment le cas des EHPAD habilités à l'aide sociale. De même, 11% des places en EHPAD publics sont encore en chambre partagée et 25% ne disposent pas de douche privative.

L'ensemble de ces constats doivent nous amener à bien mesurer le rôle de nos institutions sur un territoire, et donc à mieux y intégrer les principaux concernés, c'est-à-dire ses habitants.

A cette fin, le SMPS demande :

-La mise en place de comités de citoyens consultés sur les grands projets hospitaliers de leur territoire, et ce afin d'également mieux transmettre les informations sur l'impact des services publics sur leur quotidien.

-La définition d'un accès aux soins structuré autour de plateaux techniques gradués au sein de chaque territoire avec des antennes d'accès ambulatoires (en définissant un cahier des charges qui serait une garantie minimum du service public hospitalier).

-La mise en place une plateforme d'accès à ces plateaux, saisissable par les patients eux-mêmes ainsi que par les médecins traitants pour faciliter leur orientation dans le système de santé et les aider à préparer leur séjour.

-Une plus grande implication des pouvoirs publics dans les politiques en faveur du développement durable au sein de nos établissements, en mettant en avant notamment les effets vertueux de telles dynamiques pour nos organisations.

07 ■

POUR UNE PLACE CENTRALE DE L'INNOVATION ET DE LA RECHERCHE AU SEIN DE NOS ÉTABLISSEMENTS

L'histoire de la médecine est celle des innovations scientifiques majeures qui n'ont eu de cesse de repousser notre compréhension de la santé et notre capacité à résoudre les maux qu'elle peut être amenée à rencontrer tant au niveau individuel que collectif. Ces innovations sont de toutes natures, que ce soit par des approches en rupture avec celles jusqu'à alors utilisées, de nouvelles techniques ou de nouveaux outils garantissant des soins de meilleure qualité pour les patients. En tant que lieu privilégié du soin, l'hôpital suit naturellement cette dynamique et a justement toujours été un haut lieu de l'innovation, lui-même étant au centre d'un environnement techno-économique propice au développement de technologies de pointe.

Pourtant, si naturellement l'innovation hospitalière renvoie à la figure de la profession médicale, voire du chercheur, celle-ci ne doit pas occulter le fait que l'hôpital reste une organisation complexe dont le fonctionnement concourt à la qualité des soins et l'influence. La coordination efficace des services médicaux, non-médicaux, techniques ou administratifs demeure même le point nodal de cette institution. Ce faisant, les formes et les modes d'innovations y sont forcément multiples, au point qu'il est permis de penser que l'innovation médicale n'est qu'une composante de l'innovation hospitalière, et ce sans la dévaluer. Il est au contraire nécessaire de l'approfondir, a fortiori dans les secteurs où celle-ci n'est pas évidente, tels que la logistique, les parcours, la restauration, le numérique, etc.

L'hôpital est donc intrinsèquement un lieu d'innovations plurielles qui concernent tous ses

acteurs, y compris le patient. De la gestion de la crise sanitaire à la mise en œuvre de solutions contre les attaques informatiques en passant par le développement constant de nouvelles organisations améliorant les flux et les parcours, l'innovation demeure un des principaux moteurs de l'hôpital et une de ses plus importantes sources d'attractivité. Il convient donc de ne pas la considérer comme un supplétif à nos modes de fonctionnement, mais bien comme un axe nécessaire de l'avenir de notre système de santé.

C'est fort de ce constat que le SMPS entend promouvoir une culture de l'innovation globale et exigeante dans nos établissements et sous toutes ses formes. C'est pour cela que nous considérons qu'une telle dynamique doit passer par trois grandes priorités :

-La mise en place de systèmes d'informations ter-

ritoriaux, connectés et sécurisés ;
 -La valorisation et le soutien à la recherche clinique comme facteur d'amélioration de la prise en charge et de visibilité pour les établissements ;
 -L'affirmation de la recherche clinique.

Priorité n°1 : Construire et sécuriser un système d'information territorial et communicant

Longtemps demandé, longuement esquissé mais encore peu déployé, le système d'information à l'échelle territoriale doit être plus que jamais une priorité pour les établissements de santé et leurs GHT dans les années à venir. Une telle avancée constitue en effet un véritable potentiel d'améliorations pour nos organisations qui y gagneront en fluidité, en efficacité et en communication entre les acteurs. Il s'agit également d'un vivier d'économies non négligeables faisant de chaque groupement hospitalier un acteur de taille structurel suffisant face à des entreprises évoluant dans un environnement ultra-concurrentiel. C'est enfin le meilleur moyen pour faire émerger des solutions internes qui soient à la fois locales et adaptées aux besoins et aux réalités d'un territoire donné.

Le développement de ces systèmes d'informations territorialisés ne peut cependant pas faire l'économie d'un vrai investissement dans la cyber sécurité. Il n'est en effet pas un mois sans que l'actualité hospitalière ne relate, malheureusement, la réussite d'une cyberattaque sur un établissement de santé. La pluralité des modes opératoires n'a ici d'égal que la diversité des fins recherchées : vol de données, demande de rançon contre déblocage des accès aux dossiers ou boîtes mails ou encore volonté délibérée de tester nos systèmes de sécurité. Il est fort à parier que la mise en œuvre de systèmes d'informations étendus à plusieurs établissements, voire à plusieurs GHT, et donc à la fois plus uniformes et plus riches en contenu suscitera les convoitises de criminels plus ambitieux.

A cette fin, le SMPS demande :

1. De réussir la transition numérique pour assurer un parcours de soins fluide sur l'ensemble du territoire. Le GHT est le périmètre minimal de prise en charge du patient. Celle-ci doit se faire sans rupture tant dans le domaine administratif (admission, facturation) que soi-

gnant (antériorités, examens...). Le SMPS propose que chaque GHT soit accompagné financièrement pour poursuivre la convergence et l'interopérabilité des SI. Les ARS devront soutenir les initiatives en affectant des crédits (FIR) aux projets dans ce domaine.

2. D'ouvrir les SI hospitaliers à l'ensemble des professionnels du territoire. Les structures portant les coopérations entre les établissements hospitaliers et les professionnels libéraux devront intégrer systématiquement l'interopérabilité des SI. Le SMPS souhaite que l'attribution des crédits aux structures de coopération (CPTS, projet SAS...) soit conditionnée à la volonté de faire converger les SI.

3. De développer une culture de la cyber sécurité pour garantir la permanence des soins. Dans un monde dépendant du numérique, la garantie du maintien des processus n'est plus une option. Le SMPS soutient une politique d'attractivité volontariste envers des professionnels à la pointe des technologies numériques. A ce titre, l'alignement du statut des ingénieurs hospitaliers sur celui des autres ingénieurs de la FPE, défendu de longue date par le SMPS, est un préalable indispensable.

Priorité n°2 : Soutenir le développement de la recherche clinique à l'échelle territoriale en incitant les acteurs de santé à innover.

La crise sanitaire fut le témoin d'une orientation sans précédent de la recherche clinique vers une seule thématique, la lutte contre le coronavirus. Mais elle fut dans le même temps un puissant rappel de son internationalisation et de l'avance prise par certains mastodontes étrangers, évoluant souvent sur des fonds privés.

La majorité des fonds dédiés à la recherche clinique sont aujourd'hui concentrés dans les CHU, dont c'est l'une des principales missions ; pour autant, la recherche clinique demeure pour de nombreux centres hospitaliers un levier d'attractivité puissant, générant à la fois des financements supplémentaires et une visibilité nouvelle. Il s'agit donc pour notre système de santé de déterminer un équilibre entre des mutualisations nécessaires

pour accéder à des structures de recherche de rang national et international tout en permettant aux plus petites structures de bénéficier de l'expertise technique et réglementaire des CHU pour développer leurs activités de recherche, en les orientant notamment vers des prises en charge innovantes. La convergence à l'échelle territoriale entre les moyens mis à disposition par les CHU et l'agilité d'équipes locales resserrés en lien avec la médecine de ville facilitera d'autant plus l'émergence de projets innovants en priorité à destination des patients.

A cette fin, le SMPS demande :

1. D'unir les forces du tissu hospitalier pour concourir au niveau international. Si les CHU ont dans leur ADN la responsabilité de la recherche, cette expertise doit s'étendre à l'ensemble des CH de leur territoire et en étroite collaboration avec l'INSERM et l'université. Le SMPS milite pour la filiation de chaque GHT avec un CHU dans le domaine de la recherche. Ce dernier devra projeter son expertise au sein des établissements en favorisant la constitution d'équipes locales.

2. De multiplier les lieux et les temps d'échange pour émerger les projets innovants. Les lieux dédiés à l'innovation permettent, en s'extrayant des lieux d'exercice habituels et en confrontant les idées, de faire émerger des solutions que la pratique quotidienne ne permet pas de concevoir. Le SMPS soutient la création de tiers lieux dans lesquels l'innovation est inscrite comme pratique quotidienne. Soutenus par les DRCI des CHU, ces lieux permettent aux équipes d'investigations et aux libéraux de construire les prises en charge du futur.

3. De soutenir la création et l'alimentation des entrepôts de données, pour permettre l'utilisation de la richesse des données produites par les établissements. La coordination des initiatives locales portées par les CHU devra être soutenue au niveau financier en fonction de son ancrage supra régional (Groupements inter-hospitaliers, HUGO...) et national (Health data hub). Le SMPS demande que des crédits pérennes nationaux et régionaux soient sanctuarisés dans l'ONDAM au-delà des mesures Ségur pour soutenir la constitution des entrepôts de données.

Priorité n°3 : Un ancrage HU affirmé et facilité

Le SMPS demande :

1. De renforcer l'attractivité des carrières HU par la constitution de viviers d'experts. Les carrières HU peuvent paraître contraignantes et inaccessibles pour certains jeunes praticiens. L'accompagnement des projets HU doit se faire au plus tôt durant les études. Le SMPS soutient la détection et l'accompagnement des talents parmi les internes menant à des postes HU. L'organisation du temps de travail doit permettre de concilier temps U, H et personnel. La carrière universitaire des jeunes femmes ne doit pas être pénalisée par des choix personnels (maternité...)



D'unir les forces du tissu hospitalier pour concourir au niveau international

2. De garantir des financements pluriannuels pour couvrir le temps long de la recherche. L'évolution des MERRI doit suivre l'évolution de l'ONDAM. Les crédits non consommés doivent être redistribués. Le SMPS revendique une attribution des crédits de recherche en phase avec la dynamique des établissements et les réalités de l'augmentation des charges. L'enveloppe MERRI, sanctuarisée doit permettre aux établissements de mener des programmes pluriannuels sans remise en cause sur toute leur durée.

3. De favoriser la coopération avec les start-up pour faire vivre l'innovation au niveau local. Dans le cadre de la R&D, les établissements doivent pouvoir être allégés des contraintes liées aux marchés publics. Le SMPS affirme la place des CHU comme partenaires privilégiés des start-up et comme moteurs des partenariats avec les CH. Les statuts des personnels devront pouvoir être adaptés le temps des mises à disposition pour ces coopérations.

Pour la juste reconnaissance des managers de santé

01.

DIRECTEUR
D'HÔPITAL

Catherine LATGER
Vice-Présidente de la catégorie
Directeur d'Hôpital

gés pour le service public. L'absence de mesures concrètes ou de travaux de fond les accompagnant ne font que mettre en exergue le peu de sérieux accordé à ces questions, pourtant cruciales. De plus elle se traduit par une érosion du nombre de DH de près de 15% sur 10 ans ainsi que par une diminution progressive et continue du nombre de candidats au concours.

Et pourtant tout reste à faire : valorisation des parcours exigeants et de la spécificité du métier de DH, reconnaissance de l'exercice territorialisé, redéfinition des règles d'avancement à la Hors classe et au GRAF, révision d'un régime indemnitaire sclérosé depuis près d'une décennie, amélioration de la qualité de vie au travail, prévention des RPS, renforcement de l'accompagnement aux prises de poste ou aux mobilités... autant de chantiers sur lesquels le SMPS œuvre pour faire aboutir des propositions concrètes dans l'intérêt des DH.

Tout est sur la table. Il est plus qu'urgent d'enfin œuvrer collectivement pour trouver de vraies solutions et porter haut nos valeurs. Le SMPS assumera son rôle de représentants des Directeurs dévoués pour le service public.

Pour le SMPS, le constat de la situation du corps des Directeurs d'Hôpital est sans appel : alors que nos conditions d'exercices sont rendues chaque jour plus difficiles par la crise profonde qui touche le service public hospitalier, la reconnaissance en demi-teinte de la part des pouvoirs publics ne parvient pas à enrayer la baisse d'attractivité de nos métiers et à résoudre les difficultés grandissantes au sein des établissements publics de santé. Ces problématiques, nous ne cessons de les souligner au gré de remontées du terrain qui alimentent de plus en plus le ressenti de professionnels enga-

L'histoire récente des évolutions statutaires dont ont bénéficié les Directeurs d'hôpital (DH), s'inscrit autour d'un principe unique : « l'alignement avec le statut des Administrateurs de l'État ».

D'abord positif pour l'évolution du corps des DH avec la création du 3^{ème} grade (classe exceptionnelle), ce phénomène assimilant a suscité la création de 2 outils hautement préjudiciables pour les DH :

- D'abord la réinstauration d'un quota pour l'avancement à la Hors classe, alors que les critères de mobilité exigés pour être promouvables sont bien plus exigeantes pour les DH que pour les administrateurs de l'Etat et n'ont pas été mis à jour depuis la mise en place des GHT en 2016 (maintien d'un schéma de mobilité régionale sur la base des anciennes régions) ;
- Ensuite, l'adoption du décret relatif aux « emplois supérieurs », hautement préjudiciable aux collègues aspirant aux emplois fonctionnels de chef et d'adjoint, avec la suppression de la prolongation de 2 ans après 8 ans d'exercice sur emploi fonctionnel, la régionalisation des recrutements et la fin du vote paritaire en instance de sélection, par transformation du comité de sélection par une instance collégiale.

Ces deux mesures, dupliquées de façon myope au corps des DH, ne correspondent pas à la logique du Ségur de la Santé qui a sanctuarisé l'exercice à l'hôpital et, en reconnaissant des spécificités au monde hospitalier, a permis l'application du Complément de traitement indiciaire (CTI).

Il faut donc renoncer à ce principe d'alignement défavorable et déterminer les conditions d'exercice les plus adaptées à ce métier en responsabilité, garant de l'unité des communautés hospitalières et relais indéfectible des politiques publiques sur le terrain.

La loi relative à la Transformation de la Fonction Publique a, par ailleurs, créé d'autres effets de bord comme la fin des recours sur la part R, la disparition de la gestion paritaire du corps ou bien encore l'ouverture aux contractuels, sans contrepartie évidente pour les directeurs statutaires.

Plus tôt, les décrets de 2012, pris en application d'HPST avaient eux-aussi eu leur part d'avancées statutaires, contre partie de la prise de responsabilité mais quasiment aussitôt amoindrie par des

considérations non adaptées, qui en ont réduit la portée positive, avec :

- Un doublement des emplois fonctionnels (de 179 à 355), avec un début de revirement dès la « loi de modernisation de notre système de santé » et l'accélération des directions communes qui réduisent le champ des mobilités, sans contrepartie en termes de passerelles, malgré l'intérêt parfois de la mesure sur le plan territorial lorsque les acteurs en font la demande.
- Un régime indemnitaire intéressant avec la mise en place de la PFR, jusqu'à sa saturation rapide et aucune revalorisation ni des cotations ni des coefficients, aboutissant à ce jour à un régime à bout de souffle, alors que la FPE et la FPT ont vu la mise en place du RIFSEEP pour remplacer la PFR.



Pour toutes ces raisons, le bilan des avancées statutaires des DH est en demi-teinte

Dans le parallèle péjoratif pour les DH avec les Administrateurs de l'État, il faut également citer la tentative de l'État, heureusement tenue en échec par l'action du SMPS, de supprimer la NBI rattachée aux emplois fonctionnels, au prétexte qu'il était envisagé de la supprimer pour les hauts fonctionnaires d'État. Une fois la NBI sauvegardée il n'y eut cependant quasiment plus de changements salariaux autonomes pour les DH.

Pour toutes ces raisons, le bilan des avancées statutaires des DH est en demi-teinte : des conquêtes indéniables ont eu lieu mais elles ont été coupées dans leur élan à plusieurs reprises en fonction des changements de pied des politiques publiques, laissant une visibilité nulle aux collègues en poste. Il apparaît donc urgent de redonner des marges de progression aux Directeurs d'hôpital, plus que jamais éprouvés dans leurs conditions d'exercice.

Un régime indiciaire, aligné sur celui des Administrateurs civils et

souffrant de plusieurs contraintes, qu'il faut rendre autonome par rapport aux autres versants

Avec plusieurs années de retard sur les deux autres versants, plusieurs décrets et arrêtés en date du 3 mai 2018 ont parachevé l'alignement du statut des Directeurs d'hôpital sur celui des Administrateurs de l'État entamé en 2015 avec la création du 3ème grade. Concrètement ceci s'est traduit par les modifications suivantes :

- **Modification des conditions d'accès au grade de classe exceptionnelle :**

- 1° vivier > 6 ans au lieu de 8 et fin de la période de référence de 15 ans qui existait auparavant

- 2° vivier > 8 ans sans période de référence au lieu de 10

- Introduction d'un 3ème vivier

- **Transformation de l'échelon spécial contingenté du grade de Hors classe en un huitième échelon linéaire décontingenté**, ce qui signifie qu'il suffit d'avoir l'ancienneté suffisante au 7° échelon pour atteindre l'échelon sommital de la Hors classe. La Hors classe culmine ainsi en HEBBIS,

- **Mise en place d'un 10° échelon au sommet du grade de la classe normale** doté d'un indice brut de 1015 au 1^{er} janvier 2021,

- **Ajout d'un quota pour l'accès à la Hors classe.**

Cette évolution du sommet de grade, positive, dans un premier temps, a été limitée dans sa portée par plusieurs mesures restrictives, au prétexte qu'il n'était pas possible de ne pas faire évoluer les DH différemment des administrateurs civils.

Il a ainsi été présenté un calendrier de mise en œuvre, avec 2 ans de retard sur la FPE, des conditions limitatives pour accéder aux premiers viviers et un classement indiciaire très défavorable qui a nécessité qu'un nouveau texte soit pris dès 2016 pour neutraliser les effets délétères d'un sommet de grade supérieur à celui des emplois fonctionnels de groupe 3 (HEB devenu HEBBIS).

Il faut à ce stade rappeler que ce hiatus était une nouvelle fois issu d'une stricte et invalidante transposition des dispositifs applicables aux administrateurs civils.

Seul le bénéfice du CTI a pu revaloriser le traitement indiciaire des Directeurs d'hôpital différemment de celui des Administrateurs de l'État, dans

le contexte très spécifique de l'aboutissement du Ségur de la santé en 2020.

Dans ce contexte nous demandons dans les paragraphes suivants la neutralisation de toutes les mesures qui font de l'alignement avec les administrateurs civils un sujet défavorable pour les Directeurs d'hôpital.

Redéfinir les règles d'avancement pour les DH dans le sens de la reconnaissance

Au-delà de la question du régime indiciaire, ce sont aussi les possibilités d'avancement à offrir pour un corps aujourd'hui en perte d'attractivité qu'il convient de redessiner

Pour cela il faut sortir du « dogme de l'alignement » pour qu'il ne soit pas un appauvrissement pour le corps des DH.

Si l'alignement sur le corps des Administrateurs de l'État constituait une avancée attendue de longue date, celui-ci a aussi réduit les perspectives d'avancement de nombre de Directeurs d'hôpital et en particulier de ceux ayant intégré récemment le corps, dans le cadre de mesures restrictives.

Ainsi pour ce qui est de l'accès à la Hors classe, la réinstauration d'un quota s'ajoute au maintien des règles actuelles de mobilité et complexifie les possibilités d'avancement pour les directeurs de classe normale par rapport à leurs homologues administrateurs de l'État. **Cela n'a aucune justification si l'objectif des pouvoirs publics est de favoriser la mobilité des hauts fonctionnaires des trois fonctions publiques, ces règles incitant davantage au maintien au poste qu'à la mobilité au regard de l'éloignement dans le temps des possibilités d'avancement à la hors-classe.**

Nous demandons :

- **La suppression du quota et la linéarité des avancements : on remarque en effet l'impossibilité de départager des ex-aequo en fin de tableau**

- **L'allègement des conditions de mobilité, dans une vision, pour une fois, d'alignement avec les Administrateurs civils qui aurait du sens !**

Rappelons aussi que cette mobilité est bien valable sur l'ensemble du territoire par différence avec les Administrateurs de l'État dans le cadre

de fonctions nombreuses dans un giron plutôt parisien.

Il serait donc injuste d'en maintenir les effets au même niveau pour les 2 corps.

Cette restriction concerne aussi les Directeurs d'hôpital Hors classe souhaitant candidater à la classe exceptionnelle. En effet, les viviers ont été constitués de façon trop restrictive et ne permettent pas de valoriser la pluralité d'exercice. C'est le cas notamment pour les directeurs de sites délégués ou pour les collègues directeurs de site des 2 AP et des HCL, sans être à l'époque sur emplois fonctionnels.

De même, alors que le corps des DH est particulièrement mobile avec une moyenne de 15% de collègues qui exercent hors du corps, **il est impératif que les périodes de détachement soient mieux intégrées dans le calcul de la « promouvabilité » au GRAF.**

Enfin, l'apparition des GHT n'a pas du tout été prise en compte dans la mise en évidence de fonctions de haut niveau de responsabilité.

Il est donc attendu par le SMPS que les postes de direction de fonctions support mutualisées ainsi que les postes de directeurs délégués de sites importants soient rendus éligibles à justifier les périodes de référence pour le 2ème ou le 3ème vivier du GRAF, ainsi que pour faciliter la prise en compte de mobilité pour l'accès à la Hors classe.

Ces mesures apparaissent d'autant plus indispensables au regard de la perte d'attractivité du corps des DH.

Ne pas oublier enfin, que le début de carrière est encore marqué par un « demi-échelon » de 6 mois, inférieur à celui des Directeurs des soins, qu'il conviendrait de supprimer pour « socler » sur le 2^{ème} échelon actuel. Ces mesures apparaissent d'autant plus indispensables au regard de la perte d'attractivité du corps des DH.

Améliorer les grilles hors classe et Classe exceptionnelle pour valoriser le corps des DH

La grille actuelle des Directeurs d'hôpital Hors Classe s'arrête à la Hors Échelle B Bis, et celle de des Directeurs d'Hôpital de classe exceptionnelle à la Hors Échelle D.

Il faut revaloriser les carrières en rehaussant ces hauts de grille au regard des responsabilités fortes des Directeurs d'hôpital, mais aussi comparativement à des grilles d'autres agents publics sous leur autorité, tels que les Ingénieurs de la Fonction Publique Territoriale dont les grilles se terminent en Hors Échelle D et dont le SMPS demande la transposition dans la Fonction Publique Hospitalière.

Ainsi le SMPS demande le rajout d'un échelon pour la Hors Classe et la Classe Exceptionnelle des Directeurs d'Hôpital.

Proposition de grilles pour les grilles Hors classe et Classe exceptionnelle des Directeurs d'hôpital

DH			DH		
Hors classe			Classe exceptionnelle		
Echelon	Indice brut	Durée	Echelon	Indice brut	Durée
				HEE2	-
				HEE1	1 an
			Echelon spécial	HED3	1 an
				HED2	1 an
				HED1	1 an
			5e échelon	HEC3	1 an
9e échelon	HEC3	-		HEC2	1 an
	HEC2	1 an		HEC1	1 an
	HEC1	1 an	4e échelon	HEB Bis 3	1 an
8e échelon	HEB Bis 3	1 an		HEB Bis2	1 an
	HEB Bis2	1 an		HEB Bis1	1 an
	HEB Bis1	1 an	3e échelon	HEB3	1 an
7e échelon	HEB3	1 an		HEB2	1 an
	HEB2	1 an		HEB1	1 an
	HEB1	1 an	2e échelon	HEA3	1 an
6e échelon	HEA3	1 an		HEA2	1 an
	HEA2	1 an		HEA1	1 an
	HEA1	1 an	1er échelon	1027	3 ans
5e échelon	1027	3 ans			
4e échelon	977	3 ans			
3e échelon	912	2 ans			
2e échelon	862	2 ans			
1er échelon	813	2 ans			

En bleu clair, les nouveaux échelons proposés

Améliorer les trajectoires au niveau des emplois fonctionnels pour éviter la fuite des Directeurs d'hôpital et rendre le corps plus attractif

Il faut refondre tout le pyramidage des emplois fonctionnels dans le sens de la reconnaissance des situations nouvelles mais sans se tromper de cible.

Entre 2010 et 2020, le nombre de Directeurs d'hôpital est passé de 3 488 directeurs en 2010 à 2 936 en 2020, soit une baisse de presque de

tion des emplois fonctionnels de DH. Rappelons aussi que cette mobilité est bien valable sur l'ensemble du territoire par différence avec les AC dans le cadre de fonctions nombreuses dans un giron très parisien.

Au-delà, c'est tout le pyramidage des emplois fonctionnels qui est à revoir.

En 2012, un découpage inadapté déjà aux réalités de terrain, évolutives par nature, a figé la répartition des emplois fonctionnels en 3 groupes et 2 groupes de CHU.

Cette répartition par groupe s'est doublée d'une limitation budgétaire formulée en termes de seuil.

La combinaison effective de ces deux critères est depuis longtemps impossible dans le contexte de mouvement budgétaire à la hausse et qui a conduit à ce que plus d'une vingtaine d'emplois chaque année ne soit pas classée dans le groupe correspondant à son seuil budgétaire et prive ainsi :

- **Le directeur, de sa juste rémunération**
- **L'établissement, de se doter d'un poste d'adjoint fonctionnel de groupe 3 pour les emplois fonctionnels de chef de groupe 1**

Cette augmentation budgétaire est souvent le fait de la mise en place de directions communes ou de fusions, traduction concrète des politiques publiques de territorialisation de l'offre de soins. Il est donc inacceptable que les directeurs fassent les frais du maintien de quotas vieux de 9 ans et parfaitement déconnectés de leur action réelle sur le terrain. Au-delà, l'État a déjà tenté de relancer les échanges avec les organisations représentatives sur le sujet du nombre d'emplois fonctionnels et de leur répartition.

Une volonté de réduire drastiquement leur nombre au nombre de GHT a été rejetée de façon unanime car ne correspondant pas à la diversité des situations dans les territoires avec des degrés d'intégration différents d'un lieu à un autre, en écho à la diversité des situations populationnelles. Ce rejet doit être respecté dans l'attente d'une évaluation des périmètres et de la pertinence des GHT. De même certains GHT ayant un budget cumulé inférieur à plusieurs établissements de groupe 2 ou 1.

Dès lors, il semble urgent de mettre en œuvre les mesures suivantes :

- **Repyramidage des emplois fonctionnels avec**



Au-delà, c'est tout le pyramidage des emplois fonctionnels qui est à revoir

16% en l'espace de 10 ans.

Cette situation est intenable et traduit une perte d'attractivité du corps qui résulte de moindres débouchés incitant de nombreux directeurs à privilégier une mobilité dans un autre versant voire en-dehors de la fonction publique.

La mise en place, par le décret « emplois supérieurs » d'une règle plus stricte de durée dans un emploi fonctionnel, avec la suppression de la prolongation au-delà des 2 fois 4 ans, est un nouveau coup dur porté aux Directeurs d'hôpital, qui malgré une grande dynamique de mobilité extra FPH (mais assez concentrée sur quelques types de poste peu accessibles au plus grand nombre et ne relevant pas d'un accompagnement spécifique de la part du CNG ou de la DGOS) les prive de bonnes conditions pour organiser leur parcours professionnel.

La raréfaction des postes à responsabilité avec l'accélération de la mise en place des directions communes a en cela profondément détérioré les perspectives de carrière, en venant rogner sur le seuil de 355 emplois fixé en 2012.

C'est donc une vision très peu pertinente également des conditions de mobilité d'un corps à gestion nationale et donc à mobilité nationale qui voudrait prévaloir par une nouvelle raréfication

suppression des quotas par groupe et sur le fondement des budgets au réel permettant la création d'emplois fonctionnels d'adjoint dans tous les établissements de plus de 250 millions d'euros actuels ;

- Refonte des seuils budgétaires permettant au tiers des emplois de groupe 2 actuels de bénéficier d'un emploi d'adjoint fonctionnel. En effet, ces établissements ont souvent dépassé le seuil budgétaire du groupe 1 ou s'en rapprochent, ont des degrés de complexité comparables mais ne sont pas aussi attractifs dans le recrutement d'adjoints car il ne peut être offert de « statut de DGA » dans ces établissements ;
- Octroi d'un emploi fonctionnel supplémentaire d'adjoint dans tous les CHU/CHR ;
- Mise en place d'une nouvelle catégorie d'emploi fonctionnel qui demeure l'apanage des collègues ayant perdu leur statut d'emploi fonctionnel au bénéfice d'une direction commune et souhaitant rester dans celle-ci, avec un engagement au service du territoire. Cette mesure permettrait aux collègues qui ne peuvent trouver d'issue immédiate dans la mobilité, et avec l'accord du directeur d'établissement support, de maintenir leur exercice au cœur de la direction commune ;
- Octroi d'un classement indiciaire en HEBBIS ;
- Reclassement des autres groupes en HEE et

HEF pour le groupe 1 (supérieur nécessairement au sommet de grade), HED et HEE pour le groupe 2, HEC et HED pour le groupe 3 (supérieur nécessairement au sommet de la Hors classe) ;

- Rehaussement en conséquence des emplois de DG CHU/CHR des 2 groupes à un niveau supérieur à l'existant. Il faut d'ailleurs d'ores et déjà noter des effets de seuil entre les niveaux de rémunération des emplois fonctionnels de groupe 1 d'une part et des CHU/CHR du groupe 2, rendant moins opportune l'accès à ces plus hauts emplois ;
- Valorisation de l'exercice territorial (GHT, fusions et directions communes) par l'octroi de NBI différentielle sur les emplois concernés, qui se substituerait au coefficient de majoration de la Part fonctions de +0.2 ;
- Refonte du dispositif de PFR pour mieux distinguer les fonctions de chefs d'établissement fonctionnel des fonctions de DGA et éviter les effets « ciseaux ».

Proposition de grilles pour les emplois fonctionnels de Directeurs d'hôpital

DH			DH			DH		
			Emplois Fonctionnels GROUPE 2			Emplois Fonctionnels GROUPE 1		
Echelon	Indice brut	Durée	Echelon	Indice brut	Durée	Echelon	Indice brut	Durée
Emplois Fonctionnels GROUPE 3			9e échelon	HEE2	-	9e échelon	HEF1	-
9e échelon	HED3	-	8e échelon	HEE1	1 an	7e échelon	HEE2	1 an
	HED2	1 an		HED3	1 an		HED3	1 an
	HED1	1 an		HED2	1 an		HED2	1 an
8e échelon	HEC3	1 an	7e échelon	HED1	1 an	6e échelon	HED1	1 an
	HEC2	1 an		HEC3	1 an		HEC3	1 an
	HEC1	1 an		HEC2	1 an		HEC2	1 an
7e échelon	HEB Bis3	1 an	6e échelon	HEC1	1 an	5e échelon	HEC1	1 an
	HEB Bis2	1 an		HEB Bis3	1 an		HEB Bis3	1 an
	HEB Bis1	1 an		HEB Bis2	1 an		HEB Bis2	1 an
6e échelon	HEB3	1 an	5e échelon	HEB Bis1	1 an	4e échelon	HEB Bis1	1 an
	HEB2	1 an		HEB3	1 an		HEB3	1 an
	HEB1	1 an		HEB2	1 an		HEB2	1 an
5e échelon	HEA3	1 an	4e échelon	HEB1	1 an	3e échelon	HEB1	1 an
	HEA2	1 an		HEA3	1 an		HEA3	1 an
	HEA1	1 an		HEA2	1 an		HEA2	1 an
4e échelon	1027	2 ans	3e échelon	1027	1 an	2e échelon	1027	1 an
3e échelon	977	1 an	2e échelon	977	1 an	1er échelon	977	1 an
2e échelon	912	1 an	1er échelon	912	1 an			
1er échelon	862	1 an						

En bleu clair, les nouveaux échelons proposés

Dans ces conditions, nous demandons :

- Le lancement de groupes de travail permettant de rénover en profondeur un système de valorisation indemnitaire prenant en compte l'exercice territorial,
- La refonte de la PFR incluant :
 - Une meilleure différenciation des postes de chefs et d'adjoint fonctionnels par une révision des cotations de base pour chacune des fonctions,
 - Un déplaçonnement permettant un versement exceptionnel même lorsque la cotation maximale est atteinte,
 - Une révision cadencée de la valeur de la cotation de base.

Favoriser et diversifier les profils de DH

Si la mise en place des classes talents à travers l'ordonnance favorisant l'égalité des chances pour l'accès aux écoles du service public visant à diversifier le recrutement des aspirants directeurs d'hôpital en sortie d'études, il convient également de repenser les voies d'accès en interne comme via le troisième concours.

Pour ce faire, il semble urgent de transposer à la fonction publique hospitalière le décret n° 2020-1469 du 27 novembre 2020 relatif à la rémunération des élèves de l'Ecole nationale d'administration et des stagiaires des cycles préparatoires de l'Ecole nationale d'administration, lequel permet un maintien de la rémunération des élèves reçus au concours interne.

Il apparaît également nécessaire d'appliquer aux élèves reçus au troisième concours la disposition applicable aux élèves internes et prévue par ce même décret à son article 7, selon laquelle : « I. - Le montant de l'indemnité de maintien du régime indemnitaire est égal au montant des primes et indemnités perçues par le stagiaire avant l'entrée dans le cycle préparatoire à l'exclusion des éléments de rémunérations suivants :

- 1° Les indemnités représentatives de frais ;
- 2° Les indemnités liées à l'organisation du travail et au dépassement effectif du cycle de travail ;
- 3° Les versements exceptionnels ou occasionnels liés à l'appréciation de la manière de servir ;
- 4° Les versements exceptionnels ou occasionnels motivés par un fait générateur unique ;
- 5° Les majorations et indexations liées à une affectation outre-mer ;

6° Les indemnités versées au titre d'une activité accessoire.

II. - Par dérogation, pour l'application du I aux stagiaires affectés à l'étranger à la date de leur entrée au cycle préparatoire, les primes et indemnités mentionnées au I sont celles d'un emploi en administration centrale correspondant au grade détenu. »

En effet, la baisse de rémunération afférente à l'entrée à l'EHESP pourrait décourager des profils issus du secteur privé, ayant exercé par exemple en qualité de directeur contractuels, de rejoindre la fonction publique. En complément, une révision globale des indemnités des élèves en formation devra être engagée afin de faciliter l'exercice multi-site lors de la scolarité et les frais engendrés lors de ses regroupements à l'Ecole. L'ouverture du Tour extérieur aux contractuels, à l'instar du corps préfectoral, est également susceptible de répondre à une attente légitime des professionnels travaillant au sein des structures et favoriser la diversité de la fonction publique hospitalière. Le tour extérieur doit être une voie à valoriser auprès des autres fonctions publiques afin d'irriguer le corps de profils nouveaux et ayant déjà acquis une expérience antérieure. Cette diversité implique en outre de consolider les dispositifs de formation d'adaptation à l'emploi pour assurer que les professionnels issus de ces voies de recrutement réussissent leur intégration dans la fonction publique hospitalière. Les dispositifs en lien avec l'EHESP doivent être renforcés dans leur contenu et faire l'objet d'une évaluation par le recruteur de ce profil au regard de l'évolution constatée du directeur d'hôpital dans l'exercice de ces fonctions. Une obligation à 24 et 36 mois de suivre un cycle de type Formation RH+ ou Formation FIN+ garantirait la réussite dans les fonctions et l'échange entre pairs.

Synthèse du programme du SMPS pour les Directeurs d'hôpital

En résumé, les attentes du SMPS concernant le corps des Directeurs d'hôpital peuvent ainsi être synthétisées :

AVANCEMENT ET VALORISATION	DEBOUCHES INTERNES ET EXTERNES
<ul style="list-style-type: none"> • Accès à la Hors classe : suppression du quota, allègement du critère de mobilité ; • Accès au GRAF : élargissement des critères (en particulier au regard du nombre de DH ayant atteint la hors-classe soit 70% du corps au 1er janvier 2020) ; • Elargir le quota pour l'accès à l'échelon spécial de la Classe Exceptionnelle ; • Reclassement des groupes en Hors Échelle E pour la Classe exceptionnelle et en Hors Échelle C pour la Hors classe ; • Revoir le système de PFR aujourd'hui dépassé en permettant une plus forte valorisation de l'investissement (déplafonnement y compris si atteinte du plafond pour permettre le versement exceptionnel / révision cadencée de la valeur de la cotation de base) et une différenciation pour les chefs et adjoints fonctionnels ; • Supprimer les effets néfastes du passage de la direction commune à la fusion ; • Reprise des travaux pour la mise en œuvre d'un système de valorisation indemnitaire prenant en compte l'exercice territorial ; • Ensemble de la rémunération à intégrer pour le calcul des pensions de retraite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès à la Hors classe : suppression du quota, allègement du critère de mobilité ; • Accès au GRAF : élargissement des critères (en particulier au regard du nombre de DH ayant atteint la hors-classe soit 70% du corps au 1er janvier 2020) ; • Elargir le quota pour l'accès à l'échelon spécial de la Classe Exceptionnelle ; • Reclassement des groupes en Hors Échelle E pour la Classe exceptionnelle et en Hors Échelle C pour la Hors classe ; • Revoir le système de PFR aujourd'hui dépassé en permettant une plus forte valorisation de l'investissement (déplafonnement y compris si atteinte du plafond pour permettre le versement exceptionnel / révision cadencée de la valeur de la cotation de base) et une différenciation pour les chefs et adjoints fonctionnels ; • Supprimer les effets néfastes du passage de la direction commune à la fusion ; • Reprise des travaux pour la mise en œuvre d'un système de valorisation indemnitaire prenant en compte l'exercice territorial ; • Ensemble de la rémunération à intégrer pour le calcul des pensions de retraite.

02.

DIRECTEUR DES SOINS



Céline LAROCHE
Vice Présidente de la catégorie
Directeur des Soins

d'hôpital adjoint des équipes de direction auxquelles ils appartiennent.

Nous réitérons donc notre demande d'alignement du régime indemnitaire et indiciaire des directeurs des soins sur la rémunération des directeurs d'hôpital adjoint. Nous souhaitons également revenir sur le sujet le nombre d'emplois fonctionnels dédiés aux DS, sujet qui a été retiré des négociations « SEGUR ».

Pour rappel, nous demandons non seulement la révision indiciaire, mais également une augmentation des emplois fonctionnels qui prennent en compte à la fois la complexité des postes de DS à ce jour et les périmètres de responsabilités que ce soit en établissement, en institut ou en ARS.

L'autre sujet phare de 2022 concerne l'attractivité du corps et les perspectives d'ouverture du recrutement : toute la vigilance de vos élus sera au rendez-vous pour tirer à nouveau notre corps de direction vers le haut, avec le même cap à terme d'alignement sur le corps des DH et d'accès à la catégorie A+.

« Les avancées indiciaires et indemnitaires obtenues pour la catégorie directeur des soins dans le cadre du Ségur de la santé en mars et avril 2022 constituent une première étape, mais ne doivent pas faire oublier l'objectif du programme du SMPS. A terme, notre objectif demeure que les DS soient considérés comme les directeurs

Le SMPS a été le seul syndicat à s'être engagé de manière volontariste et à avoir fait des propositions pragmatiques pour la revalorisation statutaire que nous avons obtenue pour la catégorie des Directeurs des soins en 2014 (décrets n°2014- 7 et 8 du 7 janvier 2014 –JO du 09/01) puis récemment en mars et avril 2022.

La publication de l'ensemble des textes relatifs aux revalorisations indiciaires et indemnitaires des DS constitue une avancée substantielle pour la reconnaissance du corps des Directeurs des soins. Pour le SMPS, c'est une première étape qui doit se poursuivre par un alignement statutaire sur le corps des DH. Il est également essentiel de réévaluer à la fois le nombre et la catégorie des emplois fonctionnels des DS.

La place indispensable du Directeur des soins au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux émane d'une légitimité construite dans le temps et reconnue par tous les acteurs.

Véritable bras droit du chef d'établissement, rouage principal de l'encadrement du personnel paramédical, il est membre à part entière de la gouvernance des établissements, siégeant de droit au sein du directoire d'un hôpital. Il forme avec le chef d'établissement et le Président de la Commission Médicale d'Établissement un trinôme essentiel à la bonne conduite des politiques de santé sur les territoires. Il n'aurait pas été possible de réorganiser l'offre de soins dans les établissements en réponse à la crise sanitaire sans la compétence des Directeurs des soins.

Pourtant, les contextes territoriaux, démographiques et sanitaires sont toujours plus défavorables à l'exercice des missions d'un corps de directeurs de haut niveau spécifiquement formé aux enjeux des hôpitaux et qui demeurent pourtant insuffisamment reconnus sur le plan statutaire. Il en résulte un véritable enjeu sur l'attractivité du corps, comme peuvent en témoigner les statistiques annuelles. A l'exception de l'année 2014, le nombre des sorties définitives de Directeurs des soins est resté supérieur à celui des entrées sur l'ensemble de la période 2012-2019, se

traduisant par un solde négatif pour chaque année recensée. En effet, 49 personnes sont entrées dans le corps des Directeurs des soins en 2019, alors que 56 Directeurs des soins le quittaient au cours de la même année.

La pluralité des périmètres, des conditions d'exercice et du champ d'action des Directeurs des soins est insuffisamment connue et reconnue.

En effet, les champs d'exercice des Directeurs des soins sont nombreux :

- **En ARS :** des postes de Directeurs des soins existent dans les ARS. Pourtant, ils sont peu connus par les professionnels et de nombreux postes en ARS restent vacants. Certains de ces postes sont ainsi occupés par une seule personne qui exerce ces fonctions dans deux postes différents : c'est le cas par exemple de certains conseillers pédagogiques qui cumulent en plus des fonctions de conseillers techniques ;

- **En institut de formation :** il est possible d'occuper un poste de Directeur des soins dans les instituts de formation. En revanche, ces postes de directions d'instituts de formation sont de moins en moins attribués aux Directeurs des soins, faisant peser un autre risque de démantèlement de la fonction, eu égard à la question de l'universitarisation (création de départements universitaires, intégration organique d'IFSI aux universités). **Il faudrait au contraire pour le SMPS renforcer la fonction des Directeurs des soins dans les instituts de formation en créant un statut de « PU-DS » sur le même modèle que les « PU-PH ».** En plus de ce sujet lié à l'universitarisation de ces instituts, plusieurs Directeurs des soins cumulent plusieurs fonctions de directions d'instituts, sans que ces intérimaires ne soient valorisés, ni même reconnus ;

- **En établissement sanitaire :** les Directeurs des soins peuvent intégrer une pluralité de type d'établissements sanitaires avec des responsabilités et des champs d'actions variés (CH, EPSM, CHU, GHT, direction commune). Comme pour les ARS et comme pour les instituts de formations, il existe des situations dans lesquelles les Directeurs des soins cumulent des fonctions de Coordinateur Général des Soins avec celle de direction d'une ou plusieurs directions fonctionnelles (ex : direction de la qualité, relation avec les usagers, direction de pôle, direction d'instituts de formation).

C'est notamment pour ces raisons que le SMPS considère que l'accès au corps par un tour extérieur doit également être étudié sur les mêmes modalités que le tour extérieur des Directeurs d'hôpital.

Notre syndicat demande la poursuite des discussions avec le ministère d'un protocole de refonte du statut des Directeurs des soins sur les aspects indemnitaires et indiciaires pour tenir compte de l'engagement de ces professionnels. Le SMPS se positionne en faveur d'un alignement indiciaire et indemnitaire des Directeurs des soins sur celles des Directeurs d'hôpital adjoints, les Directeurs des soins

étant des Directeurs adjoints au même titre que les autres.

Les écarts entre la rémunération des DH et des DS portent essentiellement sur quatre points :

- Les durées fixes d'échelon, différentes entre les DS et les DH, au détriment des DS,
- Un tassement des grilles, à partir de la grille indiciaire des directeurs Hors classe qui traduit un décrochage entre les rémunérations DH/DS,
- Un tassement dans les indices des échelons sommitaux et l'absence d'HEB pour les DS,
- Une nette différence concernant les barèmes des PFR, au détriment des DS.

Comparaison des grilles indiciaires des Directeurs des soins classe normale et des Directeurs d'hôpital classe normale

DS			DH		
			Classe normale		
Classe normale			Echelon	Indice brut	Durée
Echelon	Indice brut	Durée	10e échelon	1002	-
9e échelon	991	-	9e échelon	977	3 ans
8e échelon	965	3 ans	8e échelon	912	2 ans
7e échelon	922	3 ans	7e échelon	862	2 ans
6e échelon	886	2 ans	6e échelon	813	2 ans
5e échelon	841	2 ans	5e échelon	762	1,5 ans
4e échelon	794	2 ans	4e échelon	713	1 an
3e échelon	751	1 an	3e échelon	665	1 an
2e échelon	718	1 an	2e échelon	600	1 an
1er échelon	693	1 an	1er échelon	542	0,5 ans

En classe normale, les Directeurs des soins et les Directeurs d'hôpital mettent autant de temps, soit 15 ans, à atteindre l'échelon sommital.

Les revalorisations indiciaires obtenues en mars 2022 pour la catégorie Directeur des soins rééquilibrent les grilles pour la classe normale en la rapprochant significativement de celle des Directeurs d'hôpital adjoints dans le même grade ; au point que l'indice brut des Directeurs des soins soit désormais supérieur à celui des DH adjoints en début de carrière, à l'exception du 10e échelon, inexistant pour les DS de classe normale.

L'écart de rémunération sommital est désormais d'environ 38 € brut par mois depuis avril 2022. Cependant, l'échelonnement indiciaire de-

meure toujours plus favorable aux DH qui bénéficient d'une avancée de grille plus rapide. En effet, pour être atteint, par exemple, le 5e échelon un Directeur des Soins met 5 ans quand un Directeur d'hôpital y parviendra en 3 ans et demi de fonction. Cette différence dans le cadencement reste néanmoins nuancée par les conditions de passage à la Hors classe, qui reste plus favorable aux Directeurs des soins en raison, notamment, de l'absence de contingentement (en vigueur pour le corps des DH depuis 2019).

Cet écart ne prend par ailleurs pas en compte les exigences de durées de formation ni d'exercice dans les corps professionnels paramédicaux avant de pouvoir prétendre à accéder au concours de DS.

**Comparaison des grilles indiciaires
des Directeurs de soins Hors classe et des Directeurs d'hôpital Hors classe**

DS			DH		
Hors classe			Hors classe		
Echelon	Indice brut	Durée	Echelon	Indice brut	Durée
9e échelon	HEA 3	-	9e échelon	HEC3	-
	HEA 2	1 an		HEC2	1 an
	HEA 1	1 an		HEC1	1 an
8e échelon	1027	3 ans	8e échelon	HEB Bis 3	1 an
7e échelon	1015	3 ans		HEB Bis2	1 an
6e échelon	986	2 ans		HEB Bis1	1 an
9e échelon	HEA 3	-	7e échelon	HEB3	1 an
	HEA 2	1 an		HEB2	1 an
	HEA 1	1 an		HEB1	1 an
8e échelon	1027	3 ans	6e échelon	HEA3	1 an
7e échelon	1015	3 ans		HEA2	1 an
6e échelon	986	2 ans		HEA1	1 an
5e échelon	956	2 ans	5e échelon	1027	3 ans
4e échelon	925	2 ans	4e échelon	977	3 ans
3e échelon	897	1 an	3e échelon	912	2 ans
2e échelon	856	1 an	2e échelon	862	2 ans
1er échelon	815	1 an	1er échelon	813	2 ans
Ech. Provisoire	784	1 an			

N.B. : En bleu clair, le nouvel échelon proposé par le SMPS pour les DH

Contributions et Axes de travail du SMPS I

Concernant le grade de la Hors classe, les revalorisations obtenues en mars 2022 pour la catégorie Directeur des Soins ont là aussi permis un certain rééquilibrage par rapport à la grille des Directeurs d'Hôpital. Ainsi la création d'un 9e échelon rapproche les DS des échelons sommitaux de la grille Hors classe des DH tout en revalorisant les premiers échelons de la grille. Toutefois, cette amélioration de rémunération ne s'accompagne pas d'un cadencement similaire dans l'avancée du tableau. L'ancienneté nécessaire pour atteindre la Hors Échelle A de la grille DS est ainsi de 16 ans quand elle n'est que de 12 ans pour les DH. Ce décalage a d'autant plus d'impact sur le déroulé de carrière des DS que, selon le CNG, l'âge moyen des DS est plus élevé que celui des DH.

Cela constitue d'autant plus une différence pour les Directeurs des soins qui sont souvent à une 3ème voire une 4ème étape dans la carrière selon l'ordre suivant :

- Métier paramédical d'entrée (IDE – Kiné – Manip radio etc.),
- Cadre de santé paramédical (au moins 4 ans d'exercice du métier paramédical d'entrée l'an-

née du concours),

- Cadre supérieur de santé paramédical : pas de durée minimum mais plusieurs années sont exercées en tant que cadre pour la plupart des candidats reçus au concours, bien que ce grade ne soit pas une condition systématique et obligatoire pour le passage du concours de Directeur des soins.

De plus, la grille indiciaire des DH Hors classe comporte encore deux échelons et 6 chevrons en plus que la grille des DS, ce qui creuse l'écart entre les deux catégories. En effet, quand un DS aura atteint son sommet de grille Hors classe en 18 ans, un DH l'aura atteint 20 ans mais en ayant obtenu deux échelons supplémentaires ; soit un écart de rémunération à l'échelon sommital de chaque grille de près de 713 € par mois.

Le SMPS demande l'alignement des grilles indiciaires des Directeurs des soins sur celles des Directeurs d'hôpital adjoint. Dans le cadre de cet alignement devront être discutées les conditions d'harmonisation et les

conditions de mobilité des Directeurs des soins.

Développer et valoriser les emplois fonctionnels des Directeurs des soins

Les emplois fonctionnels de Directeurs des soins sont divisés en deux Groupes ; les emplois fonctionnels des Directeurs d'hôpital sont divisés en trois groupes.

Le Groupe 3 des Directeurs d'hôpital concerne des chefs d'établissement, mais aussi des directeurs adjoints pour les plus grands établissements de santé.

Il s'agit donc d'une situation comparable aux emplois fonctionnels de Directeurs des soins, en position d'adjoint sur les Centres Hospitaliers les plus importants. Cette répartition et les grilles afférentes n'ont pas été modifiées par les revalorisations de mars 2022.

Comparaison des grilles des Directeurs des soins et des Directeurs d'hôpital

DS			DS			DH			
Emplois Fonctionnels GROUPE 2			Emplois Fonctionnels GROUPE 1			Emplois Fonctionnels GROUPE 3			
Echelon	Indice brut	Durée	Echelon	Indice brut	Durée	Echelon	Indice brut	Durée	
6e échelon	HEA3	-	4e échelon	HEB3	-	8e échelon	HEC3	-	
	HEA2	1 an		HEB2	1 an		HEC2	1 an	
	HEA	1 an		HEB1	1 an		HEC1	1 an	
5e échelon	1027	2,5 ans	3e échelon	HEA3	1 an	7e échelon	HEB Bis3	1 an	
4e échelon	1015	2 ans		HEA2	1 an		HEB Bis2	1 an	
3e échelon	975	2 ans		HEA1	1 an		HEB Bis1	1 an	
2e échelon	940	1,5 ans	2e échelon	1027	2,5 ans	6e échelon	HEB3	1 an	
1er échelon	882	1,5 ans		1er échelon	1015		2 ans	HEB2	1 an
									HEB1
							HEA3	1 an	
						5e échelon	HEA2	1 an	
						4e échelon	HEA1	1 an	
						3e échelon	1027	2 ans	
						2e échelon	977	1 an	
						1er échelon	912	1 an	
							862	1 an	

En bleu clair, le nouvel échelon proposé par le SMPS pour les DH

Le SMPS demande :

- En complément des emplois fonctionnels existant, la création d'au moins un emploi fonctionnel de Directeur des soins pour les GHT ne permettant pas l'accès à des emplois fonctionnels aujourd'hui,
- La création d'emplois fonctionnels pour le cumul de direction d'instituts,
- L'élargissement des emplois fonctionnels de coordonnateurs d'instituts régionaux des métiers de la santé
- La rémunération des cumuls d'activité pour les Directeurs des soins,
- L'alignement des grilles d'emplois fonctionnels de Directeur des soins sur celles des emplois fonctionnels d'adjoint des Directeurs d'hôpital (essentiellement des emplois fonctionnels de Groupe III).
- La simplification du renouvellement par le CNG du DS sur emploi fonctionnel

Aligner le régime indemnitaire des Directeurs des soins sur celui des Directeurs d'hôpital

Le régime indemnitaire des Directeurs des soins et des Directeurs d'hôpital est essentiellement fondé sur la valorisation des Parts Fonctions et Résultats. Celui-ci a été revalorisé dans le cadre des mesures affectant les traitement indiciaire et indemnitaire des Directeurs des Soins.

Les revalorisations obtenues au premier semestre 2022 dans le cadre des négociations du Ségur de la Santé ont permis une revalorisation substantielle du régime indemnitaire des Directeurs des Soins, les rapprochant effectivement de celui des Directeurs d'hôpital. Elles ont également conduit à la création d'un grade de classe exceptionnelle pour les DS.

Comparaison des Parts Fonctions et Résultats des Directeurs des soins et des Directeurs d'hôpital

	DS			DH		
	Part Fonctions	Part Résultats	Plafond	Part Fonctions	Part Résultats	Plafond
Emploi Fonctionnel	4600 €	3065 €	46000 €	5600 €	5600 €	67200 €
Classe exceptionnelle	4400 €	2900 €	43800 €	5880 €	3920 €	58800 €
Hors Classe	4180 €	2786 €	42000 €	5520 €	3680 €	55200 €
Classe normale	3960 €	2640 €	39600 €	4980 €	3320 €	49800 €

Différence des Parts Fonctions et Résultats des Directeurs des soins et des Directeurs d'hôpital

	Différence DH-DS		
	Part Fonctions	Part Résultats	Plafond
Emploi Fonctionnel	1000 €	2535 €	21200 €
Classe exceptionnelle	1480 €	1020 €	15000 €
Hors Classe	1340 €	894 €	13200 €
Classe normale	1020 €	680 €	10200 €

La différence de rémunération entre un Directeur d'hôpital et un Directeur des soins aux dépens de ces derniers peut monter jusqu'à :

- 21 200 € pour les emplois fonctionnels, soit 32% de moins qu'un DH
- 15 000 € pour la classe exceptionnelle, soit 25% de moins qu'un DH
- 13 200 € pour la Hors classe, soit 24% de moins qu'un DH
- 10 200 € pour la classe normale, soit 20% de moins qu'un DH

Dans certains établissements, des directions fonctionnelles leur sont confiées (par exemple, direction de la qualité gestion des risques / direction des relations avec les usagers), avec très peu voire aucune modification sur leur grille salariale, ni sur le régime indemnitaire.

Au vu du niveau de responsabilité du DS, l'alignement du régime statutaire et indemnitaire doit intervenir.

Si le SMPS se félicite de ces avancées qui vont dans le sens d'une meilleure reconnaissance du métier de Directeurs des Soins et vient conforter leur rôle indispensable au sein des établissements sanitaires, sociaux et médicaux sociaux, nos demandes vont au-delà et demeurent l'alignement des Parts Fonctions et Résultats des DS sur celles des DH.

Synthèse du programme du SMPS pour les Directeurs des soins

Le SMPS demande :

Sur le plan indiciaire

- En complément des emplois fonctionnels existant, la création d'au moins un emploi fonctionnel de Directeur des soins pour les GHT ne permettant pas l'accès à des emplois fonctionnels aujourd'hui,
- La création d'emplois fonctionnels pour le cumul de direction d'instituts,
- La rémunération des cumuls d'activité pour les Directeurs des soins,
- L'alignement des grilles d'emplois fonctionnels de Directeur des soins sur celles des emplois fonctionnels d'adjoint des Directeurs d'hôpital (essentiellement des emplois fonctionnels de Groupe III),

- L'alignement de la grille indiciaire des DS sur les DH adjoints,
- La définition de critères d'éligibilité à la classe exceptionnelle permettant un accès à tous les DS exerçant des fonctions à très haute responsabilité.

Sur le plan indemnitaire

- Le SMPS demande l'alignement des Parts Fonctions et Résultats des Directeurs des soins sur celles des Directeurs d'hôpital.

03.

DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

I Contributions et Axes de travail du SMPS I



Marie-Cécile DARMOIS
Vice-Présidente
de la catégorie D3S

Un corps à préserver pour une attractivité retrouvée

Le SMPS s'est fortement investi au cours de la dernière mandature pour porter la voix des D3S et obtenir la reconnaissance des responsabilités qu'ils exercent au quotidien. Notre combat se

poursuit pour l'égalité statutaire et le maintien de notre corps afin de préserver les spécificités de nos exercices qui font la richesse de nos métiers. Cet engagement fort est également celui de la lutte pour l'égalité des rémunérations entre corps de direction à l'égard d'un corps fortement féminisé et en tout cas dans lequel les femmes exercent une plénitude de responsabilités insuffisamment valorisées.

Revaloriser les parcours et les carrières c'est également incidemment reconnaître les publics qui sont accompagnées dans nos institutions et qui sont bien souvent invisibilisés. Le SMPS s'est mobilisé pour obtenir des moyens supplémentaires pour nos institutions et l'ensemble des agents pour permettre des accompagnements dignes et humains.

En 2022, oser le SMPS, c'est faire le choix du pragmatisme de la méthode et de l'ambition des objectifs.

La richesse et la diversité des missions exercées par les D3S au cours de leur carrière constituent un atout majeur d'attractivité de la fonction. La richesse de la fonction se retrouve également dans le périmètre d'intervention des D3S : établissements autonomes, certains centres hospitaliers, GHT, départements, associations, etc. A cela s'ajoute des secteurs d'exercice qui peuvent être multiples : l'Enfance, le Handicap, la Dépendance, la Vieillesse, l'action sociale.

En charge de la mise en œuvre des politiques sociales et médico-sociales, les D3S sont des maillons essentiels du service public. Pour autant, les D3S sont confrontés à une exigence croissante d'informations, d'explications, d'échanges avec les personnes accueillies ou accompagnées et leurs familles, avec les autorités de tarification et les élus des collectivités territoriales, dans un contexte législatif et réglementaire soumis à de permanentes réformes de plus en plus complexe.

A cela s'ajoutent également :

- Des difficultés liées à la démographie médicale et paramédicale,
- La multiplication des directions communes ou des fusions,
- Des missions d'intérim, de plus en plus nombreuses et de plus en plus longues,
- Des établissements en grandes difficultés,
- Un isolement des collègues exerçant en établissements autonomes,
- Des questionnaires et enquêtes toujours plus nombreux et qui sont à restituer en quelques jours,
- Des injonctions paradoxales de plus en plus fréquentes.

Malgré ce constat sans appel, aucune revalorisation statutaire n'a été consentie depuis plus d'une décennie pour renforcer l'attractivité du corps des D3S.

Pourtant, tous ces éléments entraînent des conditions d'exercice difficiles qui semblent se péren-

niser et qui accroissent la désaffection pour ce corps, désaffection qui se précise et se renforce d'années en années. Elle se retrouve dans les données du bilan social 2019 du CNG qui sont éloquentes à ce sujet :

- 1 388 D3S exercent en établissement, soit 81,3 % du corps, contre 93,1 % dix ans auparavant ;
- 844 D3S sont chefs d'établissement, en diminution de 3,1% par an depuis 10 ans. Cette baisse du nombre de chefferies est notamment imputable à l'augmentation du nombre de directions communes, aux GHT et par les situations d'intérim qui perdurent de plus en plus dans le temps souvent sans perspective d'évolution ;
- Le solde d'entrées et de sorties des D3S est négatif depuis 2014 : 107 nouveaux D3S sont comptabilisés dans le corps, contre 132 D3S qui quittent le corps. Ce solde négatif s'explique particulièrement par le nombre de collègues qui sollicitent un détachement notamment dans le corps des Directeurs d'hôpital.



C'est pourquoi le SMPS demande une négociation avec le ministère sur la refonte du statut des D3S

C'est pourquoi le SMPS demande une négociation avec le ministère sur la refonte du statut des D3S, afin de tenir compte de l'engagement des professionnels, pleinement mobilisés pour le service public hospitalier face à des responsabilités de plus en plus exigeantes. Une véritable reconnaissance des spécificités du métier est attendue avec, à la clé, une revalorisation des régimes indiciaries et indemnitaires.

Aligner les grilles indiciaires des Directeurs d'établissement Sanitaire, Social et Médico-Social sur celles des Directeurs d'hôpital

Comparaison des grilles indiciaires des Directeurs d'établissement Sanitaire, Social et Médico-Social Classe normale et des Directeurs d'hôpital Classe normale

D3S			DH		
Classe normale			Classe normale		
Echelon	Indice brut	Durée	Echelon	Indice brut	Durée
			10e échelon	1002	-
9e échelon	912	-	9e échelon	977	3 ans
8e échelon	862	3 ans	8e échelon	912	2 ans
7e échelon	813	3 ans	7e échelon	862	2 ans
6e échelon	762	3 ans	6e échelon	813	2 ans
5e échelon	713	2 ans	5e échelon	762	1,5 ans
4e échelon	665	2 ans	4e échelon	713	1 an
3e échelon	600	1 an	3e échelon	665	1 an
2e échelon	542	1 an	2e échelon	600	1 an
1er échelon	511	1 an	1er échelon	542	0,5 ans

Des différences importantes subsistent aux dépens des D3S :

- Il faut 16 ans pour qu'un D3S atteigne l'échelon sommital contre 14 ans pour un DH ;
- La progression de carrière est plus rapide en début de carrière chez les Directeurs d'hôpital. Il faut ainsi 5 ans pour atteindre le 6ème échelon chez les DH classe normale, contre 7 ans chez les D3S classe normale,
- Les grilles indiciaires ne sont pas alignées en

début de carrière. Ces différences s'accroissent en haut de grille. Ainsi, un D3S percevra à l'échelon sommital une rémunération inférieure d'environ 330€/mois par rapport à un Directeur d'hôpital. Soit une différence de 9%.

Concernant le grade de la Hors classe, ces différences concernant les grilles indiciaires entre les D3S et les DH s'accroissent.

Comparaison des grilles indiciaires des Directeurs d'établissement Sanitaire, Social et Médico-Social Hors classe et des Directeurs d'hôpital Hors classe

D3S			DH		
Hors classe			Hors classe		
Echelon	Indice brut	Durée	Echelon	Indice brut	Durée
Echelon fonctionnel	HEB3	-	9e échelon	HEC3	-
	HEB2	1 an		HEC2	1 an
	HEB1	1 an		HEC1	1 an
7e échelon	HEA3	1 an	8e échelon	HEB Bis 3	1 an
	HEA2	1 an		HEB Bis2	1 an
	HEA1	1 an		HEB Bis1	1 an
6e échelon	1027	3 ans	7e échelon	HEB3	1 an
	977	3 ans		HEB2	1 an
	912	3 ans		HEB1	1 an
5e échelon	862	2 ans	6e échelon	HEA3	1 an
	813	2 ans		HEA2	1 an
	762	2 ans		HEA1	1 an
6e échelon	1027	3 ans	5e échelon	1027	3 ans
5e échelon	977	3 ans	4e échelon	977	3 ans
4e échelon	912	3 ans	3e échelon	912	2 ans
3e échelon	862	2 ans	2e échelon	862	2 ans
2e échelon	813	2 ans	1er échelon	813	2 ans
1er échelon	762	2 ans			

En bleu clair, le nouvel échelon proposé par le SMPS pour les DH

S'il faut toujours autant de temps pour atteindre les échelons sommitaux, soit 20 ans, pour les professionnels sur le grade de la Hors classe des Directeurs d'établissement Sanitaire, Social et Médico-Social et des Directeurs d'hôpital, il n'en demeure pas moins que :

- En 12 ans, un D3S Hors classe aura atteint le 6ème échelon Indice Brut 1027, lorsqu'un DH Hors classe aura atteint le 6ème échelon HEA1,
- A l'échelon sommital, l'écart de rémunération mensuelle est d'environ 270€/mois début 2021,
- Pour atteindre la hors échelle B, un D3S devra diriger un établissement à emploi fonctionnel, alors qu'un Directeur d'hôpital continuera sur son poste. Un D3S ne pourra jamais atteindre la HEBBis.

Le SMPS demande l'alignement des grilles indiciaires des Directeurs d'établissement Sanitaire, Social et Médico-Social sur celles des Directeurs d'hôpital, tant sur la classe normale que la Hors classe, avec un cadencement identique.

Aligner le régime indemnitaire des Directeurs d'établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux sur celui des Directeurs d'hôpital

Le régime indemnitaire des Directeurs d'établissement Sanitaire, Social et Médico-Social et des Directeurs d'Hôpital est essentiellement fondé sur la valorisation des Parts Fonctions et Résultats.

Comparaison des Parts Fonctions et Résultats des Directeurs d'établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux et des Directeurs d'hôpital

	D3S			DH		
	Part Fonctions	Part Résultats	Plafond	Part Fonctions	Part Résultats	Plafond
Emploi Fonctionnel	4980 €	3320 €	49800 €	5600 €	5600 €	67200 €
Classe exceptionnelle	4560 €	3040 €	45600 €	5880 €	3920 €	58800 €
Hors Classe	4000 €	2667 €	40000 €	5520 €	3680 €	55200 €
Classe normale	3600 €	2400 €	36000 €	4980 €	3320 €	49800 €

Le 3ème grade DH (Classe Exceptionnelle) est comparé ici à l'échelon fonctionnel D3S alors que les modalités d'accès et leur objectif sont différents

Différence des Parts Fonctions et Résultats des Directeurs d'établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux et des Directeurs d'hôpital

	Différence DH-D3S		
	Part Fonctions	Part Résultats	Plafond
Emploi Fonctionnel	620 €	2280 €	17400 €
Classe exceptionnelle	1320 €	880 €	13200 €
Hors Classe	1520 €	1013 €	15200 €
Classe normale	1380 €	920 €	13800 €

Le 3ème grade DH (Classe Exceptionnelle) est comparé ici à l'échelon fonctionnel D3S alors que les modalités d'accès et leur objectif sont différents

Par an, la différence de rémunération entre un Directeur d'hôpital et un D3S aux dépens de ces derniers peut monter jusque :

- 17 400€ pour les emplois Fonctionnels, soit 25% de moins qu'un DH ;
- 13 200 € entre la PFR d'un DH de classe exceptionnelle et un D3S sur échelon fonctionnel, soit 22% de moins qu'un DH ;
- 15 200€ pour la Hors classe, soit 27% de moins qu'un DH ;
- 13 800€ pour la Classe normale, soit 27% de moins qu'un DH.

NB : Les D3S ne disposent pas de la classe exceptionnelle contrairement aux DH. A l'inverse, les D3S disposent d'échelons fonctionnels alors que les DH n'en disposent pas.

Le SMPS demande l'alignement des Parts Fonctions et Résultats des D3S sur celles des Directeurs d'hôpital.

Le SMPS demande aussi que la PFR versée aux adjoints soit la même pour tous, sans distinction de grade. Elle devra être identique, que le directeur adjoint soit DH, DS ou D3S. Cependant, et au-delà des questions relatives à la PFR, la valorisation de l'exercice territorial des D3S devrait pouvoir se traduire dans le régime indemnitaire (directions communes, exercice dans des GCSMS, établissements multi sites, etc.)

Synthèse du programme du SMPS pour les Directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Le SMPS demande :

Sur le plan indiciaire

- L'alignement des grilles indiciaires des Directeurs d'Établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux sur celles des Directeurs d'hôpital, tant sur la classe normale que la Hors classe, avec un cadencement identique.

Sur le plan indemnitaire

- L'alignement des Parts Fonctions et Résultats des D3S sur celles des Directeurs d'hôpital.
- Que la PFR versée aux adjoints soit la même pour tous, sans distinction de grade. Elle devra être identique, que le directeur adjoint soit DH, DS ou D3S.

04.

INGENIEUR ET CADRE TECHNIQUE DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS



Mickaël TAINE
Vice-Président de la catégorie
Ingénieur et Cadre technique

tant nécessaires, voire cruciales. Aujourd'hui, moins de 40% des près de 5 000 ingénieurs hospitaliers exercent sous statut en raison, notamment, de son manque d'attractivité et même par la voie contractuelle le recrutement et la fidélisation de ces professionnels demeurent difficiles. En parallèle de l'accroissement de nos responsabilités, l'écart avec nos homologues des autres versants de la Fonction Publique, en particulier la Fonction Publique Territoriale, n'a cessé de s'élargir, au point de se demander si la FPH n'est pas une « sous-fonction publique ».

Fort de ce constat, le SMPS n'a eu de cesse ces dernières années d'interpeller les pouvoirs publics afin de lancer enfin les grands chantiers statutaires qui seront enfin à la hauteur des attentes des Ingénieurs hospitaliers. L'exigence technique qui est dans la nature même de l'hôpital ne lui permet pas de se passer de ces compétences qui doivent donc être valorisées à leur juste mesure que ce soit par une meilleure reconnaissance de l'exercice en tant que Directeur, sur l'alignement sur nos homologues territoriaux ou par la création de vrais grades à accès fonctionnels. L'ouverture récente des négociations par le Ministère de la Santé ne nous a pas apporté satisfaction et le SMPS demeure aux côtés des Ingénieurs pour défendre leurs intérêts.

Une enquête démographique menée en 2016 au sein des corps de direction de la FPH a révélé que près de 45% des établissements répondants ont un ingénieur en position de Directeur. Un tel constat renforce le côté « atypique » de ce notre corps : L'ingénieur, le TSH et le Technicien Hospitaliers sont des professionnels dotés à la fois de compétences managériales et techniques qu'ils mettent en œuvre pour concourir au développement de l'hôpital et à son maintien en conditions opérationnelles.

Pourtant, dans le même temps, la FPH ne parvient pas à attirer et à garder ces compétences pour-

Le corps des ingénieurs hospitaliers est un corps historiquement comparable avec celui des ingénieurs territoriaux, le décret n°91-868 du 5 septembre 1991 ayant été créé sur la base du décret n°90-126 du 9 février 1990 portant statut particulier du cadre d'emplois des ingénieurs territoriaux.

De profil et formation différents, les Ingénieurs Hospitaliers exercent des fonctions diverses au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux. Les domaines d'exercice sont très variés : projets architecturaux et maintenance, qualité, organisation, systèmes d'information ou ingénierie biomédicale.

Tous formés dans des filières à caractère scientifique ou technique, cette diversité des métiers œuvre dans un sens commun pour soutenir les projets des établissements et la mise en œuvre des politiques publiques.

En résumé, sous l'autorité du chef d'établissement, l'ingénieur hospitalier :

- Manage des équipes ;
- Apporte une expertise technique et méthodologique de haut niveau ;
- Pilote la gestion de projets et la maîtrise d'œuvre ;
- Représente l'établissement auprès de nombreux partenaires dans son champ de compétences ;
- Participe à la construction de nouveaux bâtiments, architecture SI, process qualité ... ;
- Élabore des programmes ;
- Gère la maintenance.

A ce titre, ils contribuent :

- À l'amélioration des parcours de soins et du service rendu aux usagers
- À la qualité et à la sécurité des soins
- À la performance organisationnelle et la modernisation des établissements
- À l'innovation et la digitalisation des processus hospitaliers
- À l'évolution de l'architecture hospitalière en regard des nouveaux parcours et modes de prise en charge

Ce haut corps technique constitue une véritable

richesse et peut offrir à chacun un parcours professionnel permettant d'accéder, chacun dans son domaine de compétence, à des postes à responsabilité variable :

- Ingénieur-expert
- Ingénieur en responsabilité d'un service
- Ingénieur assurant un management transversal
- Ingénieur exerçant au sein de direction commune ou gérant des missions au sein des GHT
- Ingénieur en charge d'une direction fonctionnelle

Plus récemment, en même temps que les Groupements Hospitaliers de Territoire et les directions communes se multiplient, le périmètre des ingénieurs s'étend jusqu'à intégrer certaines instances stratégiques des établissements et des groupements hospitaliers de territoire.

Respecter les engagements pris auprès des ingénieurs hospitaliers et de l'AP-HP

Le corps des ingénieurs hospitaliers est structuré historiquement en 4 grades, les 2 premiers grades d'ingénieurs et les 2 derniers d'ingénieurs en chef.

La réforme statutaire des ingénieurs territoriaux de mars 2016 n'a, à ce jour, toujours pas été transposée aux ingénieurs du versant hospitalier. L'application du protocole « Parcours professionnels, carrières et rémunérations » (PPCR) pouvait en être l'occasion, mais cela a été un rendez-vous manqué. Ainsi, il a fallu le combat du SMPS et de l'UNSA pour maintenir les deux premiers grades comparables.

Mais, après avoir partagé des grades et des grilles indiciaires identiques de 1991 à 2016, l'écart s'est à nouveau creusé pour les grades supérieurs du corps, avec une application de durées fixes différenciées entre les versants.

Consciente de la situation, lors du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière du 2 mars 2017, la DGOS s'est engagée à harmoniser les grades supérieurs.

Saisie par un courrier du SMPS et de l'UNSA, cosigné par les principales associations professionnelles d'ingénieurs hospitaliers et territoriaux, le Ministre de l'Action et des Comptes Publics, et le Secrétaire d'État, par un courrier du 30 juillet 2018 ont sollicité leur service en vue d'engager

avec ceux de la Ministre de la Solidarité et de la Santé, des discussions relatives à la convergence des carrières des ingénieurs hospitaliers avec celle des territoriaux. La non-transposition aux ingénieurs hospitaliers de la réforme statutaire du cadre d'emploi des ingénieurs territoriaux de mars 2016 étant toujours le cœur du sujet.

Plus récemment, en octobre 2019, la Directrice de la Direction Générale de l'Offre de Soins a confirmé son « engagement » au SMPS à rouvrir le dossier des ingénieurs au premier semestre 2020. Depuis, la crise « COVID-19 » est apparue...

Après plusieurs relances et engagements répétés, nous sommes toujours dans l'attente de la prise en compte des mesures d'équité, du rétablissement de l'égalité des grades d'ingénieurs entre les versants hospitalier et territorial.

La crise récente a permis de focaliser l'attention sur les différents métiers de la Santé avec des mesures ciblées de rattrapage pour certaines catégories. Pour autant, le traitement du dossier des ingénieurs hospitaliers, bien qu'ayant été reconnu prioritaire par de nombreux responsables habilités, n'a toujours pas abouti.

Les rapports se succèdent et insistent sur la nécessité d'harmoniser les statuts, les grilles et les régimes indemnitaires des ingénieurs des trois versants

Le Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique d'avril 2008 propose « *d'une part, de rendre similaires et compatibles les cadres d'emplois et les cadres statutaires des trois fonctions publiques et, d'autre part, d'amorcer le rapprochement de certains d'entre eux, (...) à plus ou moins brève échéance, notamment celui de la filière technique, dans laquelle il est possible d'identifier un ensemble de métiers très proches dans les trois fonctions publiques.* »

Le rapport des IGA, IGF et IGAS sur le « **Bilan de la RGPP et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'état** » de septembre 2012 plaide pour une préservation et un développement des filières d'ingénieur : « *L'État a une mission générale de conception*

de politiques publiques mais aussi de contrôle et d'évaluation des conditions de mise en œuvre des politiques confiées aux collectivités territoriales et aux organismes sanitaires et sociaux.

Cet aspect a sans doute été négligé depuis l'intervention de la décentralisation. Or, si l'État veut jouer pleinement son rôle, il doit s'en donner les moyens, en préservant et développant ses capacités d'expertise propre grâce à des filières et des flux de recrutement adaptés (par exemple les filières d'ingénieur) »

Le « rapport de la mission d'étude sur l'avenir des corps d'ingénieurs de l'État » de Mars 2009, demandé par le premier ministre : « Pour y parvenir, la mission propose de diversifier davantage les parcours professionnels, d'une part, par l'accroissement de la mobilité des membres des corps d'ingénieurs, qu'il convient de favoriser par une série de mesures techniques, **au premier rang desquelles doit figurer l'harmonisation des grilles indiciaires et des régimes indemnitaires des corps de niveau équivalent.** »

Rétablir la comparabilité historique des grilles indiciaires des ingénieurs hospitaliers et territoriaux

Les grilles indiciaires des deux grades supérieurs des ingénieurs hospitaliers et de l'AP-HP étaient depuis la création du statut en 1991 comparables à celles des grades d'ingénieurs en chef territoriaux : mêmes échelons, mêmes indices, mêmes durées.

•Ajouter un échelon sommital 1015 à la grille d'ingénieur en chef de classe normale

En application du PPCR, un échelon sommital à l'indice brut 1015 a été ajouté en janvier 2021 à la grille indiciaire des ingénieurs principaux, comme à tous les grades de la fonction publique dont la grille culminait à 966.

Il a de même été ajouté à la grille des ingénieurs en chefs territoriaux et d'État.

Il n'est pas cohérent que cet indice ne soit pas ajouté au sommet de la grille des ingénieurs en chef de classe normale, tant pour la cohérence avec le grade inférieur, que pour faciliter la mobilité.

•Ajouter un échelon sommital HEB bis à la grille d'ingénieur en chef de classe exceptionnelle

L'échelon sommital « HEB bis » dont bénéficient les ingénieurs en chef territoriaux depuis mars 2016 n'a pas été transposé aux ingénieurs hospitaliers et de l'AP-HP.

De plus, avec PPCR, cet échelon spécial a été décontingenté au 1er janvier 2017 et il est devenu un échelon normal pour les ingénieurs territoriaux en chefs, comme pour les Administrateurs civils, les Administrateurs territoriaux, et les Directeurs d'hôpital.

L'échelon sommital actuel des ingénieurs hospitaliers en chef à HEB est aujourd'hui limité aux établissements classés emploi fonctionnel.

Pour permettre la mobilité, et pour reconnaître les hautes expertises et responsabilités des ingénieurs notamment à l'AP-HP et dans la cadre des GHT, le SMPS propose d'harmoniser les grilles indiciaires des ingénieurs en chefs avec celle des deux autres versants et d'ajouter un nouvel échelon sommital en HEB bis.

•Harmoniser les durées fixes des grilles d'ingénieurs en chef hospitaliers avec celles des ingénieurs en chefs territoriaux, dont les échelons et indices sont identiques depuis 1991

Le cadencement unique d'avancement d'échelon induit par PPCR, tel que proposé par la DGOS pour les ingénieurs en chef n'a été qu'une simple transformation des anciennes durées moyennes en durées fixes.

Cependant, l'application de cette même modalité du PPCR aux ingénieurs en chefs territoriaux ne s'est pas traduite pour eux à la transformation des durées maximales en fixes, mais par la définition d'une durée fixe revue à la baisse (Article 18 du décret n° 2016-200 du 26 février 2016 portant statut particulier du cadre d'emplois des ingénieurs en chef territoriaux modifié par le décret n°2017-556 du 14 avril 2017 - art. 36 (V)).

Pourtant, et comme l'indiquent les tableaux figurant ci-dessous, les grilles indiciaires des ingénieurs en chefs hospitaliers, de l'AP-HP et territoriaux sont historiquement comparables (échelons, indices, durées), depuis la création du statut et jusqu'à l'application du PPCR et les durées d'échelons étaient restées identiques entre les versants même après la scission de leur cadre d'emploi.

Après application de PPCR, en dehors de l'échelon sommital, les grilles indiciaires des ingénieurs

en chef hospitaliers et de l'AP-HP sont restées identiques sur le plan indiciaire à celles des ingénieurs en chef territoriaux, de 2017 à 2020.

Pour les mêmes échelons et indices, il serait juste que le même cadencement unique soit appliqué. Comment justifier que jusqu'au 31/12/2016 les durées d'échelon maximales/moyennes et réduites étaient strictement identiques entre les deux versants, et qu'au 01/01/2017 une différence cumulée de 8,5 ans au détriment des hospitaliers et de l'AP-HP aient été mise en place ?! L'esprit même de la mise en œuvre du cadencement unique dans le protocole PPCR est d'avoir des durées harmonisées entre les trois versants de la fonction publique.

Dans le respect du PPCR, tout comme l'harmonisation des durées fixes a été actée pour les deux premiers grades, le SMPS demande l'harmonisation des durées d'échelons avec celles proposées pour les ingénieurs en chef territoriaux, dont les échelons et indices sont identiques.

Des durées fixes différentes (depuis PPCR) avec des échelons et des indices identiques (depuis 1991) :

GRADES ET ECHELON	à compter du	DUREE	DUREE
	1er janvier 2017	FPH/AP-HP	FPT
INGENIEUR EN CHEF (2e grade)			
8ème échelon	HEB Bis	Non transposé	3 ans
7ème échelon	HEB	3 ans	3 ans
6ème échelon	HEA	3 ans et 6 mois	3 ans
5ème échelon	1021	3 ans	2 ans et 6 mois
4ème échelon	971	2 ans et 6 mois	2 ans
3ème échelon	906	2 ans et 6 mois	2 ans
2ème échelon	835	2 ans	1 an et 6 mois
1er échelon	755	2 ans	1 an et 6 mois
INGENIEUR EN CHEF (1er grade)			
10ème échelon	971	-	-
9ème échelon	906	3 ans et 6 mois	3 ans
8ème échelon	857	3 ans et 6 mois	2 ans et 6 mois
7ème échelon	777	3 ans	2 ans
6ème échelon	706	2 ans et 6 mois	2 ans
5ème échelon	659	2 ans et 6 mois	2 ans
4ème échelon	617	2 ans	1 an et 6 mois
3ème échelon	567	2 ans et 6 mois	1 an et 6 mois
2ème échelon	518	1 an et 6 mois	1 an
1er échelon	456	1 an	1 an

Créer deux Grades à Accès Fonctionnel (GRAF) : pour les ingénieurs principaux et pour les ingénieurs en chefs

Aucun grade à accès fonctionnel n'a été créé pour les ingénieurs hospitaliers et de l'AP-HP.

Il devrait servir à reconnaître leurs hautes expertises et responsabilités, permettant aux ingénieurs principaux d'accéder à la Hors Échelle A, et aux ingénieurs en chefs à la Hors Échelle D,

*Ingénieur Hors classe de la fonction publique territoriale :

Echelon	Indice Brut	Durée
1	850	2 ans
2	896	2 ans
3	946	ans et 6 mois
4	995	3 ans
5	1027	3 ans
Echelon Spécial	HEA	3 ans

Ajouter une disposition transitoire de reclassement pour les ingénieurs principaux

La carrière des ingénieurs hospitaliers et de l'AP-HP est actuellement bloquée par un quota, sans clause de sauvegarde, qui limite la promotion des ingénieurs principaux au grade d'ingénieur en chef : un ingénieur principal promu pour deux recrutements directs au grade d'ingénieur en chef.

Les ingénieurs territoriaux ont eu exactement le même quota, mais ils ont, eux, bénéficié d'une clause de sauvegarde dès 1994 et jusqu'à 2007, avant son remplacement par un ratio.

Ce quota est de fait inapplicable, car il est lié aux recrutements directs alors que les recrutements se font désormais essentiellement sous contrat : 60% du corps aujourd'hui est sous contrat selon les données de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Le SMPS souligne la nécessité de regarder le

tel que l'a précisé en 2018 le Ministre de l'Action et des Comptes publics et le Secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics.

C'est ce qui est déjà en place pour les ingénieurs territoriaux depuis 2016, au travers des grades d'ingénieur Hors classe et d'ingénieur général, à l'instar des corps de directions hospitaliers, ainsi que des Attachés d'administration hospitalière depuis le protocole « Parcours professionnels, carrières et rémunérations » (PPCR).

*Ingénieur général de la fonction publique territoriale :

Echelon	Indice Brut	Durée
1	1027	3 ans
2	HEA	3 ans
3	HEB	3 ans
4	HEB bis	3 ans
5	HEC	3 ans
Echelon Spécial	HED	3 ans

cas des agents bloqués depuis des années à cause du quota sans clause de sauvegarde, en fin de grille d'ingénieur principal, en appliquant une mesure transitoire de reclassement.

Un reclassement dans le même esprit avait appliqué lors de la précédente modification du statut en 2007 (article 29 du décret n°91-868).

Le SMPS propose de prendre exemple sur les conditions de ce précédent reclassement, en actualisant les conditions en cohérence avec les évolutions survenues entre temps, et d'effectuer un reclassement sur la condition d'un établissement classé en emploi fonctionnel de direction et en fonction de l'indice détenu.

Cette mesure est clairement symbolique, ponctuelle et peu coûteuse, car limitée aux seuls titulaires des derniers échelons de ce seul grade (dans un corps où 60% des agents sont contractuels), et dans les seuls établissements classés emplois fonctionnels.

Cette proposition concerne en même temps la difficulté de faire bénéficier les ingénieurs hospitaliers et de l'AP-HP du Grade à accès

Fonctionnel (GRAF) A-TYPE tel que le protocole PPCR l'a permis notamment aux Attachés d'Administration Hospitalière.

La création dès 2017 d'un tel Grade à accès fonctionnel (GRAF), accessible aux ingénieurs principaux de l'État ou de la Territoriale, n'a à ce jour toujours pas été transposée aux ingénieurs hospitaliers.

Celui-ci ouvre des perspectives de carrière jusqu'à la Hors Échelle A.

Les ingénieurs principaux hospitaliers et de l'AP-HP doivent donc bénéficier d'une compensation de cette mesure déjà appliquée aux ingénieurs principaux des deux autres versants depuis 2017.

Proposition de rédaction :

Les ingénieurs principaux des établissements mentionnés à l'article 1er du décret n° 2005-922 du 5 août 2005 relatif aux conditions de nomination et d'avancement de certains emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1°, 2° et 3°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, sont reclassés dans le corps des ingénieurs hospitaliers ou dans le corps des ingénieurs de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris au grade d'ingénieur en chef :

-Dans la classe exceptionnelle, s'ils ont atteint un indice supérieur ou égal à 946 ;

-Dans la classe normale, s'ils ont atteint un indice supérieur ou égal à 837 et inférieur à 946.

Reconnaître explicitement dans le statut les compétences managériales ainsi que la variété des métiers des ingénieurs hospitaliers et de l'AP-HP

L'enquête démographique des corps de direction de la FPH, dont les résultats ont été publiés en janvier 2016, indique que sur une base de 5 000 ingénieurs hospitaliers **45% des établissements répondants ont un ingénieur en position de DH.**

Il faut permettre de reconnaître la responsabilité des ingénieurs hospitaliers et de l'AP-HP au-delà de la simple coordination ou le contrôle de services, et de mettre en cohérence à jour celle des

ingénieurs hospitaliers. Cela correspond ainsi à leurs réelles responsabilités, que rend **encore plus régnante la mise en œuvre des GHT.**

Les compétences managériales doivent être explicitement indiquées dans le statut.

La référence aux services techniques est aussi parfois trop restrictive, car certaines compétences (par exemple en qualité/organisation/recherche clinique...) ne sont pas associées à un service technique.

Le deuxième alinéa de l'article 2 du décret n°91-868 du 5 septembre 1991 portant statut particulier du corps des ingénieurs de la fonction publique hospitalière et du corps des ingénieurs de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est actuellement ainsi rédigé :

« Dans les domaines de leur compétence, ils coordonnent les activités qui concourent à la réalisation des objectifs arrêtés par le directeur de l'établissement. »

Ces propositions de rédaction de l'article 2 du décret n°91-868 se basent sur la rédaction des décrets des corps ou cadres d'emplois d'ingénieurs des deux autres versants :

1°) Le deuxième alinéa est remplacé par :



La carrière des ingénieurs hospitaliers et de l'AP-HP est actuellement bloquée par un quota

« Dans les domaines de leur compétence, ils dirigent, gèrent, coordonnent ou contrôlent les diverses activités qui concourent à la réalisation des objectifs arrêtés par le directeur de l'établissement s'agissant des ingénieurs de la fonction publique hospitalière, ou par le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris »

4°) Le II est remplacé par : « Dans les établissements autres que ceux mentionnés à l'article 9, la direction d'un ou plusieurs services du domaine de leur compétence peut être assurée

par l'un des ingénieurs de la fonction publique hospitalière du grade le plus élevé, après avis de la commission administrative paritaire compétente.»

Reconnaitre et revaloriser l'emploi fonctionnel d'ingénieur général

L'emploi fonctionnel d'ingénieur général doit être clairement identifié comme un emploi fonctionnel de direction. Sur décision du chef d'établissement et sous son autorité, l'ingénieur général est chargé de la direction d'un ou plusieurs services techniques.

Or l'article 9 du décret 91-868 indique que « Les ingénieurs généraux hospitaliers de la fonction publique hospitalière et les ingénieurs généraux hospitaliers de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris sont chargés de la coordination et du contrôle des services techniques de l'établissement »

Contrairement à leurs homologues des deux autres versants, la vocation à occuper des fonctions de direction n'est pas explicite dans le statut.

Proposition du deuxième alinéa de l'article 9 :

- Rédaction proposée : « *Les ingénieurs généraux hospitaliers de la fonction publique hospitalière et les ingénieurs généraux hospitaliers de l'assistance publique hôpitaux de Paris sont chargés de la direction d'un ou plusieurs services du domaine de leur compétence de l'établissement sous l'autorité du directeur d'établissement.* »

•En lien avec la mise en place des Groupements hospitaliers de Territoire, ouvrir la possibilité de créer un emploi fonctionnel d'ingénieur général dans tous les établissements classé emplois fonctionnels de direction

La création d'emplois fonctionnels d'ingénieurs généraux est aujourd'hui limitée aux centres

hospitaliers régionaux et à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Afin de faciliter la mutualisation des fonctions supports, l'accessibilité à ces emplois doit être adaptée aux Groupements Hospitaliers de Territoire dont les compositions sont très variables, et dans lesquels l'établissement support est loin d'être toujours un CHR : 20 CHU et 3 CHR contre 135 GHT

Le SMPS propose la possibilité de création dans tous les établissements disposant d'emplois fonctionnel de direction.

Proposition de modification de l'article 24 modifiant le premier alinéa de l'article 9 :

En application du deuxième alinéa de l'article 4 du titre IV du statut général des fonctionnaires,



45% des établissements répondeurs ont un ingénieur en position de DH

un ou plusieurs emplois d'ingénieur général hospitalier peuvent être créés dans les établissements mentionnés à l'article 1er du décret n° 2005-922 du 5 août 2005 relatif aux conditions de nomination et d'avancement de certains emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1°, 2° et 3°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

•Revaloriser de la grille indiciaire d'ingénieur général

La grille indiciaire de l'emploi d'ingénieur général n'a pas été revalorisée depuis sa création en 1991.

Emplois fonctionnels FPH	Établissements	Bornage indiciaire
Ingénieur général	CHR	830-HEB

Les emplois fonctionnels de direction sont eux régis par le décret n° 2012-562 du 24 avril 2012 relatif à certains emplois fonctionnels de direction dans la fonction publique hospitalière.

Il y a trois groupes, définis en fonction des établissements ou d'un budget minimum (60, 125 et 250 millions d'euros).

L'échelonnement indiciaire applicable aux em-

emplois fonctionnels répertoriés mentionné à l'article 1er du décret du 2 août 2005 susvisé des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°)

de la loi du 9 janvier 1986 susvisée est fixé ainsi qu'il suit :

Groupes	Budget établissements	Ancien bornage indiciaire	Depuis l'arrêté du 13 décembre 2016
Groupe III	>60 M€	HEB	HEB bis
Groupe II	> 125 M€	HEB bis	HEC
Groupe I	> 250M€	HEC	HED

Les 5 emplois fonctionnels de directeurs techniques territoriaux accessibles aux ingénieurs sont liés à la taille de la collectivité (20000,

40000, 80000, 150000 et 400000 habitants), et ont des grilles indiciaires adaptées :

Emplois fonctionnels FPT	Collectivités	Bornage indiciaire
Directeur des Services Techniques	10 à 20.000 hab.	461-913
	20 à 40.000 hab.	461-978
Directeur Général des Services Techniques	40 à 80.000 hab.	562-1027
	80 à 150.000 hab.	696-HEA
	150 à 400.000 hab.	790-HEB
	> 400.000 hab.	912-HEC

Le SMPS propose, en cohérence avec les emplois fonctionnels de direction et les emplois fonctionnels d'ingénieurs territoriaux, d'aligner la grille d'ingénieur général hospitalier sur celle de directeur général des services techniques de la fonction publique territoriale, et de porter l'échelon sommital à HEC. Cet échelon pourrait n'être accessible que dans les établissements plus importants (groupe I et II).

Harmoniser le régime indemnitaire des ingénieurs hospitaliers avec ceux des corps comparables des deux autres versants de la fonction (mécanisme, cotation, montants planchers et plafonds)

Le rapport de septembre 2012 des IGA, IGF et IGAS intitulé « **Bilan de la RGPP et conditions**

de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'état », insiste sur la nécessité prioritaire de réduire les écarts indemnitaires afin de favoriser la mobilité :

- « *l'ensemble des leviers permettant de favoriser la mobilité doivent être actionnés, dont les passerelles à la mobilité inter fonctions publiques* »

- « *faire de l'amélioration concrète de la gestion des ressources humaines un chantier prioritaire en renforçant l'accompagnement des réformes et en favorisant la mobilité des agents, notamment par une réduction des écarts indemnitaires* »

- « **la convergence indemnitaire doit être réaffirmée comme un objectif dont les pouvoirs publics ne dévieront pas** »

Les ingénieurs hospitaliers bénéficient de la Prime de Technicité (Décret n°91-870 du 5 septembre 1991) :

• Le montant mensuel de la prime de technicité est arrêté par l'autorité investie du pouvoir de no-

mination, en fonction de la valeur professionnelle du bénéficiaire,

- L'octroi de la prime de technicité est exclusif de celui de la prime de service et de l'indemnité de sujétion spéciale dite des 13 heures,
- Il est fixé dans la limite de 45 % du traitement mensuel brut indiciaire du bénéficiaire, sans toutefois que ce montant puisse être inférieur au montant mensuel de l'indemnité de sujétion spéciale,
- Cette même limite est portée à 60 % de leur traitement mensuel brut indiciaire pour les ingénieurs généraux.

Les techniciens et techniciens supérieurs bénéficient sur les mêmes principes de l'indemnité forfaitaire technique, avec des plafonds respecti-

vement à 25,41% et 40%.

Devant le constat de l'écart de rémunération et de la part indemnitaire entre les ingénieurs en chefs des 3 versants (Figure 6.3-12 du Rapport annuel Fonction Publique 2019 ci-dessous), l'harmonisation des régimes indemnitaires, de leurs montants et de leurs mécanismes, est un préalable à la mobilité inter versants de la fonction publique. C'est aussi une nécessité pour favoriser la mobilité au sein des établissements de la fonction publique hospitalière.

Thème – Dépenses de personnel et rémunérations

6.3 Rémunérations dans les trois versants de la fonction publique

6

 **Figure 6.3-12 : Salaires mensuels moyens des fonctionnaires des corps et emplois de direction et d'encadrement supérieur dans la fonction publique**

	Niveaux de salaire en 2017 (en euros)			
	Salaire brut moyen	Part des primes (en %)	Salaire net moyen	Salaire net médian
Encadrement supérieur et emplois de direction de la FPE dont :	7 789	44,8	6 583	6 379
Corps et emplois à la décision du gouvernement : décret de 1985 et assimilés dont :	12 473	52,6	10 653	10 461
Préfets	12 162	50,8	10 369	10 254
Secrétaires généraux et directeurs d'administration centrale ⁽¹⁾	13 625	56,3	11 692	11 233
Recteurs d'académie	12 861	52,1	10 962	10 780
Cadres dirigeants divers (chefs de services de l'Inspection générale, délégués...)	13 021	52,5	10 986	10 173
Autres corps de direction de la FPE dont :	9 328	48,0	7 940	7 858
Chefs de service et sous-directeurs d'administration centrale, décret n° 2012-32	9 959	50,9	8 482	8 499
Directeurs d'administration territoriale de l'État ⁽¹⁾	7 795	40,3	6 576	6 526
Encadrement supérieur de la FPE, dont :	6 862	42,2	5 770	5 675
Corps ENA de conception et management ⁽²⁾	7 539	47,0	6 420	6 277
Ingénieurs⁽³⁾	7 307	43,0	6 189	6 064
Encadrement supérieur et emplois de direction de la FPT dont :	6 478	40,6	5 454	5 119
Emplois de direction de la FPT⁽⁴⁾⁽⁵⁾	8 076	44,9	6 793	6 567
Encadrement supérieur de la FPT dont :	6 155	39,4	5 183	4 996
Administrateurs territoriaux dont :	6 151	39,5	5 182	5 026
Administrateurs généraux et hors classe ⁽¹⁾	7 364	39,3	6 207	5 980
Administrateurs	5 407	39,7	4 554	4 626
Ingénieurs territoriaux en chef	6 156	39,4	5 184	4 987
Ingénieurs en chef généraux et hors classe ⁽¹⁾	7 149	40,2	6 023	5 957
Ingénieurs en chef de classe normale	5 694	38,9	4 793	4 782
Encadrement supérieur et emplois de direction de la FPH dont :	7 071	45,9	6 021	5 875
Emplois de direction dont :	7 313	47,8	6 245	6 133
Directeurs d'hôpital (DH)	7 926	48,3	6 773	6 744
DH, Emplois fonctionnels ⁽¹⁾	10 065	51,8	8 595	8 835
DH, Hors classe	8 152	47,8	6 967	6 887
DH, Classe normale	5 573	47,5	4 763	4 692
Directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S)	6 115	46,6	5 212	5 226
Encadrement supérieur de la FPH dont :	5 817	33,3	4 864	4 705
Ingénieurs hospitaliers en chef	5 817	33,3	4 864	4 705

Source : Siasp, Insee. Traitements DGAFF – Dessi.

Les cadres techniques, techniciens et techniciens supérieurs

Le statut des techniciens et des techniciens supérieurs est inadapté avec la réalité hospitalière d'aujourd'hui :

- il ne valorise pas assez leurs expertises et leurs responsabilités,
- il ne permet pas de reconnaître les licences professionnelles, et le master 1 (BAC+3/4),

- il y a un fossé trop important avec les ingénieurs.

Le régime indemnitaire doit, en cohérence avec celui des ingénieurs, être harmonisé avec celui des corps comparables de techniciens des deux autres versants de la fonction publique.

La création d'un grade d'assistant ingénieur ou d'assistant chef de projet permettrait de reconnaître et de valoriser les expertises et responsabilités. Ce grade est fondé également dans nos

pratiques car le partage et la délégation de certaines tâches permet des gains en performance, et donc une meilleure efficacité globale.

Les NBI permettant de valoriser l'encadrement, les responsabilités et l'expertise des cadres techniques devraient être étendues et revalorisées.

Il faut enfin permettre un meilleur accès pour les techniciens supérieurs au corps des ingénieurs, en ajoutant l'inscription au choix sur une liste d'aptitude les techniciens hospitaliers ayant le grade de technicien principal de 1ère classe et comptant au moins huit ans de services effectifs en qualité de technicien principal de 2nd ou 1ère classe, comme cela existe déjà pour le versant territorial.

Synthèse du programme du SMPS pour les ingénieurs et cadres techniques

Tous les professionnels de santé s'accordent sur la nécessité de restaurer l'attractivité du métier des ingénieurs hospitaliers, c'est ainsi que le SMPS demande :

- Le rétablissement de l'alignement avec les ingénieurs des deux autres versants de la fonction publique : échelons sommitaux, durées fixes d'échelons, suppression du quota, création des Grades à Accès Fonctionnels, régime indemnitaire,
- La reconnaissance de l'évolution des conditions d'exercice du corps des ingénieurs hospitaliers vers des fonctions territoriales (GHT, directions communes, fusions...) et des fonctions managériales et stratégiques couramment associées (ingénieur général, directeur / directrice technique),
- De respecter une cohérence dans toute la chaîne de management et d'expertise des personnels techniques.

05. ATTACHE D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE

I Contributions et Axes de travail du SMPS I



Carine GRUDET
Vice-Présidente de la catégorie AAH
et Cadre administratif

Chantal de Singly, ancienne Directrice Générale d'ARS et rapporteure de la mission portant sur les cadres administratifs en faisait le portrait suivant « Dans ce monde invisible d'un hôpital, pourtant lui-même très éclairé par les médias, les cadres administratifs que sont les attachés d'administration hospitalières restent encore plus dans l'ombre que les cadres de santé. Sans doute

l'appellation « attaché d'administration hospitalière » n'est-elle pas heureuse ».

Cette analyse date de 2009 et n'a pourtant pas pris une ride. Les AAH et les Cadres administratifs restent des corps méconnus et peu valorisés dans les organisations hospitalières. Ils recouvrent pourtant une diversité de métiers, de missions, de compétences et d'acteurs essentiels au bon fonctionnement de la ligne managériale des établissements, le tout en assumant des tâches d'encadrement et des responsabilités de plus en plus élargies, notamment à l'échelle du territoire.

Nos métiers connaissent une crise d'attractivité historique qui s'explique notamment par l'absence de revalorisation réelle en comparaison de nos homologues des autres versants de la fonction publique. Conscient de cette situation, le SMPS souhaite aujourd'hui valoriser ces fonctions à la hauteur de leur importance mais également à l'aune des évolutions structurelles qu'ont connu les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Le corps des Attachés d'administration hospitalière a connu de profondes évolutions tant statutaires que structurelles ces dernières années : une formation initiale au sein de l'EHESP, un alignement des grilles indiciaires sur les deux autres fonctions publiques, la création d'un troisième grade, la mise en place des directions communes et des Groupements Hospitaliers de Territoire pour ne citer qu'elles. Pour autant, ces changements n'ont pas été accompagnés de réformes statutaires à la hauteur des responsabilités et des missions qu'occupent aujourd'hui les Attachés d'administration hospitalière.

La mise en place des directions communes et des GHT a profondément impacté les modes d'exercice en les complexifiant. Les Attachés d'administration hospitalière exercent tant dans le sanitaire, que le social, le médico-social et dans des domaines aussi variés que les ressources humaines non-médicales ou médicales, les finances, les achats, les affaires juridiques, la qualité. L'attaché est à la fois manager et expert.

Cette diversité dans les conditions d'exercice qui fait la richesse de ce corps, est aujourd'hui insuffisamment reconnue, conduisant à une perte d'attractivité du corps des Attachés d'administration hospitalière. Cette situation a pour conséquence une fuite des titulaires vers les deux autres versants offrant des conditions de rémunération supérieures et un avancement plus rapide, ainsi qu'une hausse du recrutement d'attachés contractuels dans les établissements.

C'est dans ce contexte que le SMPS demande sans tarder un alignement du régime indemnitaire du corps des Attachés d'administration hospitalière sur celui des deux autres corps de l'État et de la Territoriale.

Le décret n° 2014- 513 du 20/5/2014 a institué un nouveau régime indemnitaire de référence pour l'ensemble de la fonction publique de l'État. Ce Régime Indemnitaire tient

compte des Fonctions, des Suggestions, de l'Expertise et de l'Engagement Professionnel (RIFSEEP).

Cette indemnité à vocation à remplacer tous les régimes indemnitaires existants notamment la Part Fonctions et Résultats abrogée au 31/12/2015.

Ce changement devait être rapide dans la Fonction Publique d'État avec un calendrier de mise en œuvre prévu pour 2016 pour les corps bénéficiant de la PFR et 2017 pour les autres.

En application du principe de parité, les attachés territoriaux sont concernés par ce dispositif depuis la publication de l'arrêté du 17/12/2015, pris pour l'application du RIFSEEP aux membres du corps des attachés d'administration de l'État relevant du Ministère de l'Intérieur.

Le RIFSEEP est composé de 2 primes cumulables :

- Une indemnité principale, l'indemnité de fonction de suggestion et d'expertise (IFSE) versée mensuellement qui valorise l'exercice des fonctions (encadrement, coordination, conception, technicité, expertise, expérience, sujétion particulière, degré d'exposition du poste...),
- Un complément indiciaire annuel (CIA) versé en une ou deux fois par an qui dépend de l'engagement professionnel et de la manière de servir.

Le SMPS demande que le régime indemnitaire des Attachés d'Administration Hospitalière soit effectivement aligné sur celui des Attachés de la Fonction Publique d'État et des Attachés territoriaux.

La situation actuelle a conduit le SMPS à saisir directement le Ministère de la Transformation et de la Fonction Publiques eu égard à l'urgence de donner des réponses aux cadres administratifs, oubliés des Accords de Ségur malgré un investissement jamais démenti.

Pour remédier à cette situation, il semble nécessaire de procéder à un alignement lequel implique l'application du RIFSEEP aux Attachés d'administration hospitalière, tel que cela était prévu par le protocole Parcours professionnels, carrières et rémunérations (PPCR).

Les discussions actuelles sur le régime indemnitaire de la fonction publique hospitalière

menées dans le cadre des accords de Ségur ne sauraient, à ce stade, apporter une solution satisfaisante aux collègues Attachés d'administration. Les propositions faites portent essentiellement sur la modernisation d'un système indemnitaire complexe mais ne prennent pas en compte l'important décrochage indemnitaire entre les Attachés d'administration hospitalière et les attachés des deux autres versants. Seul le RIFSEEP avec comme base de départ la sanctuarisation du régime indemnitaire comme socle de la part fonction saurait apporter une solution satisfaisante à la problématique des Attachés d'administration hospitalière.

En sus, et dans une volonté de revalorisation des métiers de la Fonction publique hospitalière et d'accélération de l'alignement entre les fonctions publiques, la définition à l'échelon local (établissement ou groupement hospitalier de territoire), comme c'est le cas dans la fonction publique territoriale, du ratio d'accès au principalat apparaît comme une mesure indissociable de celle citée précédemment.

Aujourd'hui de nombreux attachés ne peuvent avancer, accélérant la fuite de ceux-ci vers les autres versants, lesquels offrent des conditions bien plus favorables en la matière. Cette situation inacceptable, en particulier au regard de la crise sanitaire que nous traversons depuis le début de l'année 2020, nécessite a minima le rattrapage évoqué plus haut, complété par d'autres mesures à impact immédiat pour le pouvoir d'achat.

La généralisation de la NBI à l'ensemble des attachés constituerait une réelle avancée dans le sens d'une véritable reconnaissance eu égard à l'élargissement de leurs fonctions et de leurs responsabilités. Ainsi, nous demandons que **le versement de la NBI soit effectué dans les mêmes conditions que pour la filière technique (encadrement de 5 agents ou plus, responsabilité d'un ou plusieurs secteurs d'activités)** aux attachés exerçant des fonctions assimilables.

Enfin, si la création d'un GRAF pour les attachés a constitué une avancée saluée par le SMPS, les critères d'accès retenus sont bien trop restrictifs.

En effet, le seuil budgétaire (70 millions pour

les établissements sanitaires et 9 millions pour le médico-social) aujourd'hui appliqué permet l'avancement de moins de 200 attachés en France, créant ainsi des différences insupportables entre les établissements et les territoires. En conséquence, le SMPS souhaite un abatement du seuil budgétaire à 30 millions pour les établissements sanitaires et à 4 millions pour le médico-social.

Par ailleurs, le décret régissant le corps des Attachés d'administration hospitalière prévoit plusieurs modalités d'accès au grade qui sont définies à l'article 13-1 du statut particulier. Il convient de distinguer les modalités d'accès fonctionnelles, identiques aux autres versants de la fonction publique hospitalière définies au I. de l'article 13-1, des modalités dérogatoires définies au II du même article (accès à l'ancienneté pour les collègues les plus méritants).

Or, à ce jour les modalités de détachement sur un emploi fonctionnel d'Attaché d'administration hospitalière ne sont pas possibles car les emplois fonctionnels susceptibles d'être occupés par les Attachés d'administration hospitalière n'ont jamais été définis juridiquement contrairement aux deux autres versants.

Aussi, une limite juridique vient s'ajouter aux seuils financiers évoqués précédemment et contraignent l'accès au grade à accès fonctionnel.

Il est donc impératif que les modalités d'accès au GRAF soient revues et que les missions relevant d'un niveau fonctionnel puissent être définies juridiquement. Le SMPS a d'ores et déjà travaillé sur un certain nombre de propositions, tenant compte des responsabilités occupées par les Attachés d'administration hospitalière dans le cadre d'une organisation territoriale qui a profondément modifié les responsabilités des managers en postes dans les différentes structures sanitaires et médicosociales et dans lesquelles les attachés se retrouvent fréquemment en première ligne sur de nombreux domaines de responsabilités fonctionnels.

Il est clairement établi que les Attachés d'administration hospitalière connaissent une différence de traitement par rapport à leurs homologues des deux autres versants.

En effet, après avoir réalisé une étude compa-

relative entre les trois fonctions publiques, leur rémunération apparaît clairement en deçà, précipitant la perte d'attractivité d'un corps pourtant indispensable au bon fonctionnement des éta-

blissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Nous avons ainsi pu identifier un écart pouvant aller de 460 à 1 100 euros environ par mois avec la FPE et la FPT.

FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE Situation au 1er décembre 2020	FONCTION PUBLIQUE ETAT ET TERRITORIALE Application du RIFSEEP
Indemnité de Sujétion Spéciale dite « 13 heures » est égale à 13/1900ème du traitement indiciaire brut annuel de l'agent	IFSE (*) : le montant varie selon le groupe de fonctions déterminé et hiérarchisé (G1 à G4). Plafond annuel de 14 320€ à 23 865€ (logé) et 22 030€ à 40 290€ (non logé).
Indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires (IFTS). Le montant de l'IFTS est fixé sur la base d'un taux individuel qui se situe entre le taux moyen et maximum (AAH 1 067€-2 134€ et AAH-PAL 1 219€-2 438€)	
Prime Collaborateur du praticien chef de Pôle d'activité clinique ou médico-technique de 100€/mois pour les cadres concernés.	
Prime de service, le taux maximum est fixé à 17% du traitement brut de l'agent au 31 décembre de l'année concernée.	CIA : le montant pouvant être attribué est compris entre 0% et 100% d'un montant maximal fixé par groupe de fonctions déterminé par arrêté interministériel et qui n'excède pas 15% du plafond global du RIFSEEP pour la catégorie A. Plafond annuel de 3 890€ à 7 110€ (logé ou non).
TOTAL > le montant maximal des primes et indemnités pour : <ul style="list-style-type: none"> •Un AAH est de 12 650€ brut annuel •Un AAH Principal est de 14 723€ brut annuel •Un AAH Hors classe est de 17 400€ brut annuel 	Soit un plafond total annuel de •18 210€ à 30 975€ pour l'Attaché logé •25 920€ à 47 400€ pour l'Attaché non logé

Appliquer le RIFSEEP pour les Attachés d'administration hospitalière

IFSE (*) : Le montant de l'IFSE est fixé selon le niveau de responsabilité et d'expertise requis dans l'exercice des fonctions. Ainsi, pour chaque corps ou statut d'emploi, des groupes de fonction sont déterminés et hiérarchisés. 4 groupes maximum sont permis pour la catégorie A.

A chaque groupe de fonction correspond un plafond de l'IFSE. Les fonctions occupées par les fonctionnaires d'un même corps où statut d'emploi sont répartis au sein de différents groupes au regard des critères professionnels suivants :

- Fonctions d'encadrement de coordination de pilotage ou de conception ;

- Technicité expertise expérience où qualifications nécessaires à l'exercice des fonctions ;

- Suggestions particulières où degré d'exposition du poste au regard de son environnement professionnel.

L'expérience professionnelle acquise permet une éventuelle revalorisation de l'IFSE mais elle doit toujours être justifiée. Son réexamen intervient donc :

- En cas de changement de groupe de fonction avec davantage d'encadrement, de technicité ou de suggestions, afin d'encourager la prise de responsabilité,

- En cas de changement de fonction au sein d'un même groupe point au vu de l'expérience ac-

prise par En cas de changement de grade à la suite d'une promotion.

Un plancher en deçà duquel il est impossible de descendre est quant à lui fixé par grade.

Écart des montants maximaux de primes et indemnités entre Attachés FPH et FPE/FPT

Conformément aux tableaux précédents, les Attachés de la FPH perçoivent une rémunération inférieure :

- Au minimum de 18 325€ / an, soit 1 527€/mois
- Au maximum de 34 750€/an, soit 2 896€/mois

Le SMPS demande l'application du RIFSEEP, à l'identique de leurs homologues de la FPE et de la FPT, pour les Attachés d'administration hospitalière.

	Montant maximal des primes et indemnités (brut annuel)	Montant maximal des primes et indemnités (brut mensuel)
AAH	12 650 €	1 054 €
AAH principal	14 723 €	1 227 €
AAH Hors Classe	17 400 €	1 450 €

AA FPE ou FPT logé	30 975 €	2 581 €
AA FPE ou FPT non logé	47 400 €	3 950 €

ECART MINIMAL	18 325 €	1 527 €
ECART MAXIMAL	34 750 €	2 896 €

Maintenir les primes qui n'ont pas vocation à être intégrées dans le RIFSEEP

NATURE DES PRIMES	OBSERVATIONS
Indemnité allouée aux régisseurs d'avance et de recettes, liée à une fonction particulière qui place l'agent sous la responsabilité du comptable de l'établissement.	
Indemnité mensuelle compensatrice de logement, elle est versée en contrepartie de la participation des AAH aux gardes de direction (40 jours par an) et qui ne bénéficient pas de logement de fonction. Son montant est fixé en fonction de de la localisation de la commune du lieu de résidence administrative de l'agent elle varie de 1 142€ à 1 828€ brut mensuel.	Cumulables avec le RIFSEEP dans toutes les Fonctions Publiques
Indemnité de suggestion géographique DOM-TOM, cette indemnité exceptionnelle de portée générale liée au surcoût de la vie dans les DOM-TOM.	Ne peuvent être neutralisés avec le RIFSEEP
Nouvelle bonification indiciaire NBI. Le Conseil d'État a considéré qu'un Attaché d'administration hospitalière peut bénéficier de la NBI à hauteur de 25 points majorés mensuel lorsqu'il encadre au moins 5 personnes en raison de l'emploi occupé et non en fonction du grade détenu par l'agent qui occupe cet emploi.	Dans un souci de simplification et de transposition aux autres fonctions publiques, le RIFSEEP a vocation à remplacer toutes les primes et indemnités liées soit aux résultats (expertise et expérience professionnelle), soit aux fonctions. Aucune de ces trois primes ne sont liées aux résultats ou aux fonctions.
Complément indiciaire de 49 points dans le cadre des négociations du Ségur septembre 2020.	> Lorsque le RIFSEEP a été mis en place dans la FPE et la FPT, les primes indemnités de vie chère pour les DOM TOM ainsi que la NBI n'ont pas été intégrées > Le complément indiciaire Ségur est quant à lui spécifique à la FPH, il s'agit d'un complément de traitement indiciaire soumis à cotisation retraite.

Le SMPS demande le maintien des primes actuellement versées aux Attachés d'administration hospitalière, lesquelles ne sont pas intégrées dans le RIFSEEP.

06.

CADRE DE SANTE PARAMEDICAL ET CADRE SUPERIEUR DE SANTE PARAMEDICAL



INTERVIEW // PORTRAIT 6

Sébastien Rétif

**Vice-Président de la catégorie
Cadre de Santé**

Aligner la rémunération des cadres paramédicaux sur la rémunération de leurs homologues cadres de la fonction publique d'Etat de la fonction publique Territoriale : telle est revendication historique du SMPS. La mobilisation orchestrée par le SMPS dès le premier trimestre 2021 a permis aux cadres paramédicaux de bénéficier d'une revalorisation indiciaire et de la création d'un 3ème grade. Son point d'orgue a été le succès de notre pétition en ligne (plus de 24000 signataires) et son impact sur les pouvoirs publics. En effet, sans cette mobilisation, je pense que les cadres de santé étaient en passe de rejoindre la liste des « oubliés du Ségur de la Santé ». Quelques semaines plus tard, nous obtenions la revalorisation de la prime d'encadrement des

cadres paramédicaux afin de participer à l'attractivité de la profession. Plus récemment, des négociations avec nos interlocuteurs ministériels ont finalement abouti à l'octroi d'une prime de 100€ aux cadres qui exercent dans les unités de réanimation et de soins intensifs.

Dans les années à venir, nous poursuivrons les négociations, notamment concernant le régime indemnitaire, et demander l'élargissement des avancées obtenues aux cadres socio-éducatifs. Nous agissons au bénéfice de cette catégorie encore au ban des négociations, et demandons aux pouvoirs publics à ce que le RIFSEEP qui sera appliqué aux cadres paramédicaux et socio-éducatifs remplisse les mêmes critères que ceux dont disposent les cadres des autres fonctions publiques. Enfin, le SMPS souhaite que les revalorisations salariales s'accompagnent, pour les cadres intermédiaires, d'une véritable réingénierie de leur formation, qui doit permettre aux cadres de renforcer leurs compétences en lien avec les besoins du terrain.

2022 sera une année où la mobilisation va se poursuivre à l'échelle nationale mais également, grâce à chacun d'entre vous, au niveau local, dans les établissements.

Gardons à l'esprit que sans cadre de santé paramédical, il n'y a pas plus d'équipe paramédicale. S'il n'y a pas d'équipe, il n'est plus possible de prendre en charge convenablement les usagers et la sécurité de l'institution de soins ne peut plus assurer sa fonction.

Depuis de nombreuses années, la baisse continue du nombre de candidats aux concours en institut de formations cadre de santé et le nombre croissant de postes vacants dans les institutions sont des signaux forts du manque d'attractivité de la profession. Comment ces fonctions peuvent-elles être attractives, lorsque l'on sait qu'un IDE, à plus forte raison s'il est IDE spécialisé, perd en termes de rémunération en devenant cadre de santé paramédical ?

Véritables clefs de voutes de l'édification, de l'organisation et de la sécurité de la réalisation des soins au sein d'un établissement et de ses services, les cadres de proximité et les cadres supérieurs de santé paramédicaux sont souvent les sacrifiés, rattachés à la dernière minute ou oubliés des réformes et refontes de carrière.

Appliquer le RIFSEEP pour les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé

Prime SPE (montant maximum)	Prime Veil / mois	Prime d'encadrement / mois	Prime de service (7,5% du traitement indiciaire)	NBI maximum / mois (NBI + NBI indemnité résidence + NBI indemnités spéciales)	Indemnités de résidence	Total Mensuel	Total Annuel
Cadre santé	90 €	91 €	239 €	214 €	528 €	1 162 €	12 948 €
Cadre supérieur de santé	90 €	167 €	269 €	214 €	528 €	1 268 €	15 216 €

Les primes statutaires existantes tentent de prendre en compte les fonctions managériales et techniques des cadres de santé (supérieur) mais ne reflètent pas suffisamment la pluralité et la complexité des missions confiées à ces managers :

- Pas de prise en compte du lieu (des lieux) d'exercice (cf. valorisation de l'exercice territorial et/ou en multisites),
- Pas de prise en compte d'un ratio encadrant/ nombre de personnels encadrés,



En revanche, leur régime indemnitaire, globalement insuffisant, demeure obsolète

Le SMPS salue l'issue du Ségur de la Santé qui a permis de mettre en place les nouvelles grilles indiciaires ainsi que la création d'un GRAF pour les cadres de santé paramédicaux. En revanche, leur régime indemnitaire, globalement insuffisant, demeure obsolète et peu adapté aux sujétions spécifiques auxquels sont soumises les cadres et les cadres supérieurs paramédicaux.

C'est pourquoi le SMPS demande également à ce que le RIFSEEP soit appliqué aux cadres et cadres supérieurs paramédicaux. Le SMPS se positionne également pour que les cadres supérieurs de santé paramédicaux puissent bénéficier de l'accès au GRAF.

- Compétences managériales non valorisées (cf. faible montant de la prime d'encadrement),
- Absence de valorisation des capacités de gestion de projets en environnement contraint,
- Pas de spécificité pour les cadres de santé exerçant en institut de formations paramédicaux malgré l'universitarisation des formations dispensées et des diplômes délivrés en fin de formation,
- Pas de prise en compte de l'expertise des cadres de santé en missions transversales ou rattachés au Direction des soins,

- Pas de prise en compte du niveau de reconnaissance universitaire des diplômes obtenus par les cadres en institut de formation (master),
 - Absence de prise en compte de la permanence de l'encadrement des équipes paramédicales.
- Ce travail discret mais essentiel à l'échelle d'un établissement doit être justement reconnu.

De plus, il existe un écart important sur le montant maximal des primes et indemnités entre les attachés d'administration de la FPT et de la FPE et les cadres de santé paramédicaux, au détriment des cadres de santé paramédicaux :

	Montant maximal des primes et indemnités (brut annuel)	Montant maximal des primes et indemnités (brut mensuel)
Cadre de Santé	13 948 €	1 162 €
Cadre Supérieur de Santé	15 216 €	1 268 €
Attaché FPE ou FPT logé	30 975 €	2 581 €
Attaché FPE ou FPT non logé	47 400 €	3 950 €

Les primes indiquées ici sont : la prime Veil, la prime d'encadrement, la prime de service, la NBI et les indemnités de résidence avec les montants maximums qui peuvent être attribués au corps. Ce sont les primes et le régime indemnitaire statutaire de base pour le CSP, auquel il est possible d'ajouter la prime pour les collaborateurs au chef de pôle mais cette dernière ne concerne pas l'ensemble des professionnels CSP des établissements sanitaires, sociaux et médicaux sociaux.

ECART MINIMAL	17 027 €	1 419 €
ECART MAXIMAL	33 452 €	2 788 €

Le SMPS se positionne en faveur d'un régime indemnitaire simplifié et ambitieux pour les cadres de santé et souhaite s'inspirer du RIFSEEP appliqué à l'État pour le régime indemnitaire des Cadres de Santé, tout en rajoutant un complément indemnitaire annuel (CIA).

En s'appuyant le RIFSEEP proposé par les Attachés d'administration hospitalière et conformément aux dispositions réglementaires, il est attendu que le montant de l'IFSE soit fixé selon le niveau de responsabilité et d'expertise nécessaire dans l'exercice des fonctions.

Les fonctions occupées par les fonctionnaires d'un même corps sont réparties au sein de différents groupes compte-tenu des critères professionnels suivants :

- fonctions d'encadrement, de coordination, de pilotage ou de conception,
- technicité, expertise, expérience ou qualification nécessaire à l'exercice des fonctions,
- sujétions particulières ou degré d'exposition du poste au regard de son environnement professionnel.

L'IFSE serait versée mensuellement avec un réexamen en cas de changement de service, de mobilité, de pôle, de périmètre de fonction, d'exercice professionnel en multisites, de volume d'ETP à encadrer, de sites à manager, de volume de missions transversales, de l'enseignement en lien avec l'université etc.

Le CIA a vocation à permettre de valoriser les résultats annuels et à se substituer à la prime de service pour laquelle l'année 2021 sera une année transitoire avant extinction. Il est fondé sur l'engagement professionnel et sur la manière de servir. Il sera versé annuellement avec un plafond fixé par groupe.

Synthèse du programme statutaire du SMPS pour les cadres et cadres supérieurs de santé paramédicaux

Le SMPS demande :

- Un régime indemnitaire simplifié et ambitieux pour les cadres de santé et souhaite s'inspirer du RIFSEEP appliqué à l'État pour le régime indemnitaire des cadres de santé, tout en rajoutant un complément indemnitaire annuel (CIA) ;
- En s'appuyant le RIFSEEP proposé par les Attachés d'administration hospitalière et conformément aux dispositions réglementaires, il est attendu que le montant de l'IFSE soit fixé selon le niveau de responsabilité et d'expertise nécessaire dans l'exercice des fonctions.

07

MEDECINS
MANAGEURS

Parce que le SMPS représente l'ensemble de la ligne managériale de notre système de santé et qu'il œuvre concrètement pour améliorer la gouvernance hospitalière, il mène également un combat pour la juste revalorisation et reconnaissance des médecins managers dans la gouvernance hospitalière.

L'ensemble des réformes du système de santé ont conduit à la montée en puissance du rôle managérial des médecins, qu'ils soient chefs de service, chefs de pôle, Président de la Commission Médicale d'Établissement ou Président de la Commission Médicale de Groupement. L'Ordonnance du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital, que le SMPS a fortement contribué à rééquilibrer pour une gouvernance respectueuse de chaque acteur, pose ainsi les premiers jalons de la place des managers médicaux au sein des établissements

Le SMPS estime que l'accroissement des responsabilités qui leur incombent fait d'eux de véritables managers de santé et qu'ils doivent par conséquent se voir reconnaître ces missions nouvelles. **De telles mesures passent par une juste valorisation de leurs conditions d'exercice mais également par un accompagnement dans leurs fonctions.**

Rappel des avancées issues du Ségur concernant les médecins managers

Le SMPS souligne la revalorisation des primes managériales dans les hôpitaux dans le cadre du Ségur de la santé

Des textes réglementaires ont été publiés pour revaloriser, au 1er novembre 2021, les indemnités des responsables médicaux :

- Pour les Présidents de CMG et Présidents de CME, l'indemnité est fixée à 600€/mois.
- Pour les Chefs de Pôle, l'indemnité est doublée. La part fixe est ainsi portée à 400€/mois.
- Pour les Chefs de service, l'indemnité fixée à 200€/mois.



**l'indemnité est fixée
à 600€/mois**

Ces indemnités peuvent être cumulées dans une limite de 1000€/mois.

Concernant la part variable de l'indemnité des chefs de pôle, il est prévu depuis le 1er novembre 2021 la hausse du plafond de la part variable annuelle de l'indemnité des chefs de pôle fixé à 4800€ brut (contre 2400€, prévu précédemment à l'article 1 de l'arrêté du 11 juin 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction des chefs de pôle).

Ces mesures, si elles participent d'un renforcement du binôme Directeur/Président du CME, peuvent encore être complétées pour :

- Associer pleinement les managers médicaux à la gouvernance ;
- Donner aux managers médicaux les moyens de leurs ambitions pour l'hôpital ;
- Et garantir ainsi une vraie logique partenariale.

Propositions portées par le SMPS

• *Sur la rémunération des chefs de pôle adjoints et chefs de service adjoints*

Le SMPS demande la prise en compte des responsabilités des chefs de pôle adjoint et chefs de service adjoints qui peuvent exister dans les plus grands établissements ou dans les organisations territoriales de GHT.

Le SMPS propose ainsi la création d'indemnités pour ces fonctions de responsables médicaux adjoints, qui pourraient être à hauteur de la moitié de celles pour les chefs de pôle et chefs de service.

• *Sur le plafond d'indemnités*

Le SMPS propose la suppression du plafond dans le cadre du cumul de fonctions. En effet, celui-ci doit être apprécié selon les situations locales. Si le cumul de fonctions est possible ou nécessaire pour atteindre les résultats collectivement escomptés, il ne faut pas fixer un plafond indemnitaire.

• *Sur les parts variables*

Le SMPS demande la création d'une indemnité variable supplémentaire pour les chefs de pôle, de service, les Présidents de CME et les Présidents des CMG.

Sur le modèle des Chefs de Pôle, cette indemnité variable de 200 euros doit être arrêtée selon l'atteinte des objectifs fixés en début d'année, par un échange entre le responsable médical concerné et la direction.

• *Sur la formation continue aux fonctions managériales*

Le SMPS demande la sanctuarisation d'un montant de crédit de formation médicale, correspondant au poids des responsables médicaux dans l'établissement, dédié uniquement à la formation continue aux fonctions managériales.

08.

PROPOSITIONS STATUTAIRES DU SMPS POUR LES ELEVES DE L'EHESP

Les élèves managers publics de santé, directeurs (EDH, ED3S, EDS) et attachés (EAAH) sont affectés le 1er janvier de l'année n à l'EHESP après leur réussite au concours l'année n-1.

L'EHESP forme les trois corps de direction de la FPH pendant deux ans pour les EDH et ED3S, 1 an pour les EDS, ainsi qu'un 1 an pour les EAAH.

Le premier constat est que la rémunération des élèves n'avait pas été réévaluée depuis plusieurs années. Or dans un contexte post-Ségur **il était légitime de s'interroger sur une réévaluation de la rémunération des élèves dans une optique d'attractivité des corps et de la formation.**

Par ailleurs, l'annonce de la mise en place d'un Institut du service public (ISP) en 2022 se substituant à l'ENA avec plusieurs mois de formations partagées entre 13 écoles de la fonction publiques dont l'EHESP (pour les corps de direction), **invitait à s'interroger sur une harmonisation des rémunérations entre les élèves des trois grandes écoles de la fonction publique** (EHESP pour la FPH, INET pour la FPT, ENA – bientôt ISP - pour la FPE).

Les éléments ci-après détaillent les propositions du SMPS en la matière.

La rémunération principale : vers un alignement des traitements FPE/FPT/FPH et une meilleure prise en compte des situations antérieures des internes et des contractuels

Les élèves antérieurement fonctionnaires

Les élèves antérieurement fonctionnaires avant leur entrée à l'école sont rémunérés sur la base du dernier indice détenu si celui-ci est supérieur à l'indice majoré prévu pour les élèves. Nous proposons de prévoir l'indemnité forfaitaire mensuelle de 843,48 euros bruts mensuels comme ce qui est prévu pour les élèves de l'ENA, ce qui a été mis en œuvre à compter du 1er janvier 2022.

Les élèves issus du concours externe et du 3ème concours

Les élèves non-fonctionnaires avant leur entrée à l'école sont rémunérés sur la base de l'indice d'élève du corps dont ils dépendent.

Au regard de l'échelon supplémentaire dont disposent les élèves administrateurs territoriaux, il serait cohérent d'aligner le traitement des élèves DH, D3S, ENA, INET sur ce 2ème échelon, c'est-à-dire un échelon unique à l'Indice Brut 427, Indice Majoré 379. Cela est d'autant plus cohérent que ces élèves ont une scolarité commune à compter de 2022 au sein de l'Institut du service public.

Pour les EDS issus du concours externe il est proposé de maintenir leur régime actuel (IB 630 IM 528) correspondant à une entrée plus tardive dans la carrière.

La situation particulière élèves anciens agents contractuels

Auparavant, les élèves antérieurement contractuels issus du concours externe reclassés dans l'échelon dédié aux élèves avaient souvent des

pertes des rémunérations considérables ne prenant pas en compte leur expérience antérieure.

Le SMPS a demandé la mise en place de l'indemnité complémentaire de maintien de rémunération pour les anciens agents contractuels de droit public, ce qui a été octroyé.

Le régime indemnitaire : la sous-rémunération des élèves de la FPH devait cesser !

L'indemnité de résidence : un alignement qui était nécessaire par équité avec la FPE

Les élèves admis à l'ENA ont leur résidence administrative à Strasbourg. Ils perçoivent de ce fait l'indemnité de résidence, fixée à 1% du traitement indiciaire pour cette localisation, soit 16,82 € bruts mensuels.

Ce même régime doit s'appliquer pour les élèves fonctionnaires de l'EHESP, ce d'autant plus si les élèves directeurs doivent effectuer leurs premiers mois de scolarité à Strasbourg au sein de la future ISP.

L'indemnité forfaitaire mensuelle : un régime qui était à rénover

Force est de constater que le régime indemnitaire des élèves de l'EHESP était basé sur des textes anciens qui ont pour certains plus de 20 ans. Cela n'était pas acceptable alors que le Ségur de la santé a montré la nécessité de revaloriser la FPH. Or le régime indemnitaire des élèves de l'ENA avait fait l'objet d'une récente rénovation par un décret et un arrêté du 27 novembre 2020. Ces derniers disposent de mise en place d'une indemnité de formation fixée à 568€ bruts mensuels.

De tels écarts entre le régime indemnitaire des élèves de la FPH et ceux de la FPE/FPT n'étaient plus admissibles.

Par conséquent le SMPS avait demandé la déclinaison de cette indemnité de formation sous la même forme pour les élèves des corps de direction de la FPH suivant le schéma suivant se substituant à l'actuelle indemnité forfaitaire :

	EDH	D3S	EDS
Concours interne	Attribution systématique	Attribution systématique	Attribution systématique
Concours externe	Attribution systématique	Attribution systématique	Attribution systématique
3ème concours	Attribution systématique	Attribution systématique	
Montant	568€ bruts	568€ bruts	568€ bruts

L'indemnité de formation a bien été déclinée selon le tableau ci-dessous pour les EDH et les ED3S ; en revanche les EDS n'ont pas vu leur indemnité de formation être modifiée par le décret du 22 janvier 2022.

Cette indemnité de formation devra être déclinée pour les EAAH suivant un montant équilibré et pa-

rallèle à celle des attachés des autres fonctions publiques.

L'indemnité de stage : un mode de calcul qui doit être réévalué

Les élèves perçoivent aujourd'hui une indemnité stage lors de leurs périodes de stage.

	EDH	ED3S	EDS	EAAH
Texte de référence	Arrêté du 14 mai 2001 relatif aux indemnités allouées, à l'École nationale de la santé publique, aux élèves directeurs stagiaires de 3e classe et aux directeurs stagiaires des corps de D3S	Arrêté du 5 avril 2011 relatif aux indemnités allouées à l'EHESP aux élèves directeurs stagiaires de classe normale et aux directeurs stagiaires (D3S)	Arrêté du 23 décembre 2003 relatif aux indemnités allouées aux élèves directeurs des soins	Arrêté du 9 mai 2012 relatif aux indemnités allouées à l'École des hautes études en santé publique aux élèves AAH

Logement onéreux	Trois fois le taux de base des indemnités forfaitaires de stage.
Logement gratuit	Une fois et demie le taux de base des indemnités forfaitaires de stage.

Les indemnités de stage à l'ENA, à l'INET et à l'EHESP sont aujourd'hui calculées sur des modes très différents correspondant à l'organisation des temps de stage au sein de la scolarité. Il est proposé d'étudier l'intérêt d'adapter le calcul indemnités de stage des élèves en fonction de la réalité des frais engendrés par les stages. Cette étude devrait être réalisée par des représentants des élèves et de l'EHESP.

Le SMPS salue l'alignement du régime indemnitaire des EDH et des ED3S sur celui des élèves de l'ENA et de l'INET, mais souhaite élargir la revalorisation aux autres élèves de l'EHESP

À compter du 1er janvier 2022, les régimes indemnitaires des EDH et ED3S seront revalorisés en accord avec les revendications du SMPS :

Élèves concernés	Dispositions indiquées dans les projets de texte	Montant des indemnités avant le 1er janvier 2022	Montant des indemnités après le 1er janvier 2022
Élèves dans le cadre de la formation à l'EHESP	Augmentation de l'indemnité de formation	121,96 € brut mensuel	568 € brut mensuel
Élèves issus du concours interne, troisième concours élèves issus du concours externe disposant de cinq années d'expérience professionnelle	Augmentation de l'indemnité forfaitaire mensuelle	182,94€ brut mensuel	843,48 € brut mensuel
Élèves auparavant contractuels de droit public	Mise en place d'une indemnité de maintien de rémunération	Selon profil	Selon profil

Le SMPS se réjouit de cette avancée pour favoriser l'attractivité de la formation des élèves D3S et DH.

Il regrette pour autant que cette avancée ne concerne pas également les futurs directeurs des soins, qui ne sont toujours pas considérés comme des directeurs d'hôpital adjoint comme les autres. Pour les élèves AAH une déclinaison de ce schéma devra être trouvée en cohérence avec les élèves directeurs et par parallélisme avec leurs collègues élèves attachés de l'Etat et de la territoriale.



Le SMPS salue l'alignement du régime indemnitaire des EDH et des ED3S

09.

RETRAITES



INTERVIEW // PORTRAIT 7

**Angélique NOIZETTE,
référence de la
catégorie Retraités**

maintien de leur pouvoir d'achat. Il est donc important de rester mobilisé pour veiller au maintien du pouvoir d'achat des collègues retraités qui ne cesse de s'amoinrir au fil du temps.

D'autant plus que des négociations sont en cours concernant la refonte du régime indemnitaire et que 2022 est une année avec de forts enjeux électoraux qui impacteront toutes les catégories actives et retraités.

Le SMPS mise également fortement sur le lien intergénérationnel.

Il est nécessaire de soutenir les seniors car ceux-ci représentent une ressource significative au sein du SMPS et de notre société. En effet, les managers retraités s'investissent régulièrement aux côtés de leurs collègues en activité en leur transmettant leur savoir et expérience, en leur apportant aide et soutien et en participant aux groupes de travail et manifestations organisés par le SMPS.»

«Une nouvelle vie commence à la retraite, les collègues managers retraités méritent de profiter sereinement de cette période après une carrière consacrée, toute ou partie, au service public hospitalier.

Le SPMS se doit de s'assurer qu'ils pourront vivre cette nouvelle étape dans la dignité en veillant au

Le SMPS, s'engage à défendre les intérêts des managers retraités. Une nouvelle vie commence à la retraite, les collègues managers retraités méritent de profiter sereinement de cette période après une carrière consacrée, toute ou partie, au service public hospitalier.

Maintenir le pouvoir d'achat des managers retraités

Une nouvelle vie commence à la retraite, les collègues managers retraités méritent de profiter sereinement de cette période après une carrière consacrée, toute ou partie, au service public hospitalier.

Cette question se pose de façon cruciale quand on peut constater que l'augmentation des prix sur un an approche les 3%, quand le point d'indice de la Fonction Publique demeure gelé, quand la hausse constante de la CSG/CRDS (9,1%) impacte fortement les pensions, quand « l'augmentation » des pensions limitée à 1.1% se traduit pour les retraités par une baisse de pouvoir d'achat de 1.8% entre janvier 2021 et janvier 2020.

On ne peut que constater que le pouvoir d'achat des retraités ne cesse de s'amoinrir au fil du temps.

Le SPMS se doit de s'assurer que les tous les managers de santé vivront leur retraite dans

la dignité en veillant au maintien de leur pouvoir d'achat.

Faire évoluer la prise en compte du régime indemnitaire pour les pensions futures

En effet, la rémunération durant la période d'activité se compose d'un traitement de base et de diverses primes et indemnités permettant de percevoir une rémunération brute en lien avec les fonctions.

Or, la retraite est calculée sur le dernier traitement de base détenu depuis 6 mois complétée depuis 2005 d'une retraite additionnelle RAFP calculée elle sur un pourcentage des primes dans la limite de 20% du traitement de base. A titre d'exemple, pour les collègues qui partent à ce jour, la RAFP représente mensuellement environ 25€ pour un AAH et 50€ pour un DH soit une baisse très importante de revenu au regard des primes et indemnités perçues en activité.

Il est donc important de se mobiliser en faveur d'un rééquilibrage entre la part indiciaire et la part indemnitaire pendant la période d'activité pour améliorer le calcul des pensions futures. D'autant plus que des négociations sont en cours concernant la refonte du régime indemnitaire et que la réforme des retraites est un sujet d'actualité au programme des candidats à l'élection présidentielle.

Le SMPS demande une évolution conséquence de la prise en compte du régime indemnitaire dans le calcul des retraites futures.

SYNTHESE DES PROPOSITIONS

Pour l'amélioration du système de Santé

1) POUR UNE GOUVERNANCE APAISEE ET EN PROXIMITE DU SYSTEME DE SANTE

1.1) Priorité n°1 :

Pour une gouvernance hospitalière faisant confiance au terrain et à ses acteurs

1. Instaurer un moratoire général sur toute nouvelle réforme de la gouvernance hospitalière.
2. Orienter la gouvernance vers un positionnement fort sur les pôles, complété d'un développement des délégations aux services.
3. Promouvoir une « gouvernance partagée » dans le respect des prérogatives de chacun : Chef d'établissement, Président de CME, Président de la CSIRMT.
4. Promouvoir une véritable considération en tant que « directeur » de la fonction directeur des soins, avec une vice-présidence du Directoire accordée de droit au Coordonnateur général des soins en parallèle de la vice-présidence accordée au président de CME.
5. Associer systématiquement les D3S dans la gouvernance afin que le secteur médico-social soit bien positionné dans les mêmes niveaux de priorité que le secteur sanitaire au sein des établissements, dans les directions communes et, a fortiori, dans les GHT.
6. Valoriser l'encadrement de proximité dans la gouvernance au niveau du service, des pôles et de l'établissement.
7. Soutenir la formation des managers médicaux et la reconnaissance des formations com-

plémentaires des cadres.

8. Généraliser les bonnes pratiques en matière de communication interne, susceptibles d'améliorer la circulation de l'information, l'intégration des équipes et la bonne connaissance du pilotage de l'établissement.

1.2) Priorité n°2 :

Pour une gouvernance territoriale axée sur les GHT et recentrant les responsabilités des ARS

9. Définir une nouvelle feuille de route pour les GHT. Le périmètre de certains territoires et GHT doit être revu car ils ne sont pas « pilotables » en l'état.
10. Œuvrer à une réelle « mise à niveau » statutaire permettant de véritablement prendre en compte un exercice professionnel territorial au sein des GHT dans les statuts des Managers de santé.
11. Redynamiser la démocratie en santé sur les territoires par la mise en place d'un comité territorial des élus, avec des représentants des EPCI, des départements et du Parlement pourrait remplacer les conseils territoriaux de santé et les comités des élus des GHT pour décliner le Projet Régional de Santé sur les territoires.
12. Développer un management territorial qui fasse confiance aux GHT avec la mise en place d'outils de pilotage concertés entre les établissements supports de GHT et les ARS, pour mettre fin à l'éloignement progressif des ARS

du terrain, notamment au sortir de la 1ère vague avec la création des « hubs » ou « niveaux de coordination territoriale » se rajoutant aux GHT.

13. Réduire le nombre d'interlocuteurs et simplifier le pilotage de la santé dans chaque région.

14. Simplifier le financement du secteur médico-social avec un interlocuteur unique qui devrait être l'ARS.

15. Une responsabilisation des élus régionaux et locaux dans les questions de santé pour mieux les associer aux arbitrages concernant l'offre de soins afin que les Manageurs ne soient plus contraints de faire des choix qui relèvent de la responsabilité des autorités de régulation

1.3) Priorité n°3 :

Pour une gouvernance du système de santé avec un pilotage unifié à l'échelle nationale.

1.2.1) Pour un accès aux soins équitable : l'État garant du maillage service public de la santé

16. Transformer la notion de service public hospitalier en service public de la santé (impliquant tous les acteurs de soins).

17. Adosser au nouveau service public de la santé une notion de contribution minimum obligatoire pour chaque acteur de soin, quel que soit son statut (à partir du moment où il est inscrit à un ordre).

18. Garantir un financement minimum au maintien des missions de service public de la santé dans les zones les plus reculées (considération du coût de la PDS quand le tout T2A ne permet pas de financer les ressources mises à disposition).

19. Unifier la gouvernance au niveau national, permettant de garantir une plus grande cohérence d'action ainsi qu'une plus grande lisibilité pour les citoyens, pour qui le système est peu compréhensible voire totalement illisible.

20. Donner aux ARS les moyens de mettre en œuvre ces objectifs au nom de l'État et d'agir sur tous les acteurs de la santé, publics comme

privés (pouvoir de réquisition, évaluation des acteurs, conditionnement des financements...).

1.2.2) Pour une mobilisation territoriale de proximité : les collectivités garantes de la synergie entre les acteurs de la santé

21. Organiser l'hôpital public en réseau territorial de santé pour renforcer la proximité (sanitaire, médico-social et social articulés à l'échelle territoriale).

22. Articuler l'hôpital public avec les entreprises de son bassin pour développer l'innovation en santé (l'écosystème de santé).

2) POUR UN CHOC DE SIMPLIFICATION

2.1) Priorité n°1 :

Simplifier pour améliorer l'accessibilité des soins

23. Mettre en place d'une obligation de service minimum, applicable à la fois aux professionnels hospitaliers et à la médecine de ville.

24. Soutenir une régulation de l'installation des professionnels médicaux et paramédicaux en fonction de la dotation de chaque territoire et des financements variables en fonction des territoires d'exercice.

25. Faciliter le déploiement du SAS qui devrait inciter à une meilleure coordination entre professionnels ou le développement des professions médicales intermédiaires.

26. Rendre les parcours de soins lisibles pour l'utilisateur sur le territoire.

27. Inclure plus étroitement les usagers aux côtés des professionnels hospitaliers dans le processus de prise de décision (comme garantie de simplicité et de lisibilité).

2.2) Priorité n°2 :

simplifier pour bénéficier d'organisations plus lisibles et réactives

28. Mutualiser des DT ARS et des GHT dans des Groupements de Santé de Territoire.

29. Faire de l'échelle « établissement » l'éche-

lon de l'action territoriale, de la confiance dans les responsables, et de l'agilité des professionnels.

30. Procéder à un allègement de la logique de contrôle et d'évaluation.

31. Alléger les contraintes normatives pour favoriser des espaces de travail agiles et souples permettant l'émergence et le déploiement d'organisations nouvelles et adaptées aux contraintes locales.

32. Diminuer le nombre d'instances et de commissions obligatoires et clarifier les modes de fonctionnement, pour se concentrer sur des organes de décisions plus représentatifs et plus efficaces dans leurs modes de décisions.

33. Renforcer la représentativité des personnalités qualifiées et des représentants des collectivités territoriales au sein du conseil de surveillance des établissements de santé, compte tenu notamment de la possibilité offerte par la loi 3DS permettant aux collectivités territoriales de participer aux investissements des établissements de santé.

34. Redonner du temps auprès des patients. Alléger la charge des équipes soignantes en déployant des soutiens aux tâches administratives, notamment par reconversion des agents en inaptitude à leurs fonctions (TMS...). Inscrire ces renforts dans les effectifs à coût constant (reprise du travail pour AMO, CLM/ CLD...

35. Redonner à la tutelle son rôle d'appui et de conseil. Simplifier les relations avec les ARS, limiter les enquêtes, évaluations aux sujets sensibles et impliquer davantage les corps d'inspection dans le rôle d'accompagnement des projets.

2.3) Priorité n°3 :
Simplifier pour disposer d'une réglementation à la fois moins contraignante et plus sûre.

36. Promouvoir un choc de simplification pour les recrutements et les promotions dans la FPH.

37. Soutenir le maintien de la seule responsabilité du comptable public sur le respect nor-

matif des dépenses des établissements hospitalières, sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

38. Soutenir la simplification juridique des modes de coopération entre les acteurs du système de santé.

39. Soutenir la création d'une exception française permettant au service public de la santé de se soustraire au code de la commande publique.

3) POUR UNE NOUVELLE FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

3.1) Priorité n°1 :

Diversifier les voies de recrutement en intégrant les attentes et contraintes des candidats à leur exercice professionnel.

40. Valoriser l'exercice multisites à la hauteur des responsabilités qu'il exige

41. Renforcer les incitations et les valorisations à la mobilité géographique pour l'ensemble des corps d'encadrement tout au long de la carrière.

42. Développer un statut hospitalo-universitaire des métiers du management en santé : contrats de chercheurs en management pour encourager la recherche dans le domaine (créer des directeurs/manageres HU en lien avec l'EHESP)

43. Privilégier le recrutement sur la base des compétences plutôt que le parcours statutaire pour l'ensemble des postes d'encadrement,

3.2) Priorité n°2 :

Transformer en profondeur les modes de fonctionnement des établissements publics de santé en vue d'une meilleure adéquation entre la fonction publique hospitalière, les réalités et les aspirations des nouveaux entrants.

44. Mettre en place un véritable dispositif de reconnaissance du télétravail (surtout dans l'exercice de fonctions territoriales multi sites)

45. Soutenir le déploiement de budgets dédiés à la QVT plus importants

46. Promouvoir un accompagnement des

femmes exerçant des hautes responsabilités durant leur grossesse

47. Promouvoir une meilleure articulation temps pro temps perso : uniformisation des conditions de congés de l'accueil de l'enfant pour les 2 parents

3.3) Priorité n°3 :

Valoriser l'engagement des managers aux méthodes innovantes

48. Appeler les pouvoirs publics à mettre plus en avant les managers ayant eu recours à des solutions innovantes dans le cadre de leurs missions RH

49. Moderniser le mode de management : s'inspirer des modèles à l'étranger tel que le management agile au Québec

50. Engager une vraie démarche participative au fonctionnement des services en donnant les outils numériques nécessaires (possibilité de passer des commandes de produits essentiels au fonctionnement du service, possibilité à partir d'un smartphone de réserver un créneau d'heures supplémentaires possibles...)

4) POUR UN MODE DE FINANCEMENT ADAPTE AUX MISSIONS DE L'HÔPITAL PUBLIC

4.1) Priorité n°1 :

Instaurer un système de compensation et d'amortisseurs des effets néfastes de la T2A

51. Institutionnaliser un système de garantie de financement dans les hôpitaux périphériques qui ne parviendraient pas à financer leur mission de service public avec la seule activité (présence d'une clinique concurrentielle à proximité immédiate, désertification médicale du secteur empêchant de répondre à l'intégralité de la demande de soins).

52. Instaurer une dotation populationnelle impliquant la corrélation entre le financement des hôpitaux à leur dynamique territoriale

53. Maintenir le système de la T2A en corrigeant les tarifs afin de réduire les injustices et d'inté-

grer les manques (Valorisation de la prévention dans les tarifs hospitaliers, correction tarifaire des niches trustées par le privé et des sous-financements réservés au public).

54. Labéliser des « hôpitaux locaux » afin qu'ils réintègrent une logique de dotation globale pour compenser le rôle d'animation du territoire et le rôle dans la filière gériatrique notamment.

55. Développer les liens avec la ville par l'instauration de véritables financements au parcours.

56. Mettre un coup d'arrêt aux réformes tarifaires de l'activité psychiatrique et des activités de SSR pour mieux les repenser et en corriger dès aujourd'hui les effets négatifs déjà détectés.

4.2) Priorité n°2 : Sortir de la logique de performance économique préalable à l'investissement (version « COPERMO performance » ou version CNIS)

57. Introduire une marge de financement de l'investissement courant dans les tarifs.

58. Maintenir des programmes régulés par l'État (type Ségur), afin de financer l'investissement de restructuration lourde.

5) POUR UN MODE DE FINANCEMENT ADAPTE AUX MISSIONS DE L'HÔPITAL PUBLIC

5.1) Priorité n°1 :

Établir uniquement 2 sections tarifaires

59. Établir une section tarifaire hébergement et une section tarifaire soins qui engloberait les deux sections dépendance et soins.

60. Aménager un tarif hébergement, avec un taux d'évolution déterminé par chaque département et en fonction des coûts de fonctionnement de chaque établissement, notamment lors de rénovations ou de décisions nationales.

61. Réviser la formule de calcul de la dotation soins, car celle-ci devra inclure la dépendance (dont l'outil AGGIR devient dépassé) et les soins techniques.

62. Mettre en place un coefficient multiplica-

teur pour les établissements multisites, puisque ceux-ci nécessitent plus de moyens que les établissements monosites.

63. Augmenter les budgets pour atteindre immédiatement un objectif de ratio de 0,8 ETP par résident, puis dans 5 ans 1 ETP par résident.

5.2) Priorité n°2 :

Mieux répartir les charges entre les sections pour réduire le reste à charge des usagers

64. Regrouper les sections dépendance et soins sous une même rubrique, et ce pour aboutir à une répartition mécanique : hébergement à 55% et soins-dépendance à 45%.

65. Appliquer cette nouvelle répartition des charges entre les 2 ou 3 sections, pour diminuer sensiblement le reste à charge des résidents et des familles.

5.3) Priorité n°3 :

Harmoniser les nomenclatures comptables entre le sanitaire et le médico-social pour faciliter la gestion

66. Aboutir à une seule et même nomenclature comptable M21 ou M22, qui permettrait à tous les établissements et à toutes les trésoreries publiques de n'avoir qu'une seule nomenclature à gérer au lieu de 2.

6) POUR UNE NOUVELLE RELATION PARTENARIALE AVEC L'USAGER

6.1) Priorité n°1 :

Instaurer un véritable statut du représentant des usagers au sein des établissements publics de santé

67. Qu'un représentant des usagers, élu par les membres de la commission des usagers, soit membre du directoire et qu'il soit, au même titre que le président de CME, vice-président du directoire.

68. Qu'au moins un représentant des usagers, élus parmi les membres du comité ou de la commission des usagers de groupement, soit membre du Comité stratégique de GHT.

69. Favoriser le développement des Universités des patients autour des pôles régionaux d'enseignement et de recherche.

70. Accompagner les équipes soignantes dans l'intégration progressive de la fonction de patient expert (formation /méthode /évaluation)

71. Systématiser les maisons des dans chaque établissement de santé, avec une animation assurée par des pairs ou des associations.

72. Faire de la CDU une instance élargie aux associations, mieux articulée avec le Conseil de surveillance et animée par la direction des soins pour mieux l'associer à la démarche d'amélioration continue des prises en soins sous des formes nouvelles.

6.2) Priorité n°2 :

Promouvoir le rôle du patient-résident dans sa prise en charge, notamment par le renforcement de l'encadrement des institutions.

73. Mettre à disposition des établissements les moyens pour renforcer l'information du résident et de ses proches sur les modalités de prise en charge, les prestations proposées, les mesures de protection, les voies de recours ainsi que le droit pour la personne accueillie de désigner une personne confiance.

74. Mettre en place des espaces facilitant l'engagement et l'expression libre à destination des résidents et de leurs proches via des dispositifs et outils adaptés (enquêtes, focus groupes, composition paritaire usagers/professionnels de groupes, instances, etc.).

75. Renforcer le rôle des conseils de vie sociale, par exemple par la collaboration de leurs membres aux démarches d'évaluation des pratiques et des organisations, voire à la co-construction de ces démarches avec eux.

76. Fixer un ratio minimal de personnels travaillant en EHPAD en fonction du niveau d'autonomie et des soins requis des résidents.

77. Suivre la proposition du Conseil de l'âge du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) qui fixe un objectif de norme

d'encadrement de 0,8 effectif à temps plein (ETP) par résident ».

6.3) Priorité n°3 :

Replacer les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux au cœur de territoires dont ils sont des acteurs incontournables pour le quotidien des citoyens

78. Mettre en place des comités de citoyens, consultés sur les grands projets hospitaliers de leur territoire.

79. Définir un accès aux soins structuré autour de plateaux techniques gradués au sein de chaque territoire avec des antennes d'accès ambulatoires (en définissant un cahier des charges qui serait une garantie minimum du service public hospitalier)

80. Mettre en place une plateforme d'accès à ces plateaux, saisissable par les patients eux-mêmes ainsi que par les médecins traitants pour faciliter leur orientation dans le système de santé et les aider à préparer leur séjour.

81. Appeler à une plus grande implication des pouvoirs publics dans les politiques en faveur du développement durable au sein de nos établissements, en mettant en avant notamment les effets vertueux de telles dynamiques pour nos organisations.

7) POUR UNE PLACE CENTRALE ACCORDÉE À L'INNOVATION ET À LA RECHERCHE

7.1) Priorité 1 :

Construire et sécuriser un système d'information territorial et communicant

82. Réussir la transition numérique pour assurer un parcours de soins fluide sur l'ensemble du territoire.

83. Ouvrir les SI hospitaliers à l'ensemble des professionnels du territoire.

84. Développer une culture de la cyber sécurité pour garantir la permanence des soins.

7.2) Priorité n°2 :

Soutenir le développement de la recherche en santé à l'échelle territoriale en incitant les acteurs de santé à innover.

85. Unir les forces du tissu hospitalier pour concourir au niveau international en matière de recherche en santé

86. Multiplier les lieux et les temps d'échange, c'est faire émerger les projets innovants.

87. Soutenir la création et l'alimentation des entrepôts de données, c'est permettre la richesse des données produites par les établissements.

7.3) Priorité 3 :

Un ancrage HU affirmé et facilité

88. Renforcer l'attractivité des carrières HU par la constitution de viviers d'experts.

89. Garantir des financements pluriannuels pour couvrir le temps long de la recherche.

90. Favoriser la coopération avec les start-up pour faire vivre l'innovation au niveau local.

Pour la juste reconnaissance des Managers de Santé

1) DIRECTEUR D'HÔPITAL

1.1) Un régime indiciaire aligné, sur celui des Administrateurs de l'État et souffrant de plusieurs contraintes, qu'il faut rendre autonome par rapport aux autres versants de la Fonction Publique

1.2) Redéfinir les règles d'avancement pour les DH sans le sens d'une plus grande reconnaissance

91. Supprimer le quota mis en place pour le passage à la hors-classe

92. Élargir les critères d'accès au GRAF

93. Alléger les conditions de mobilité, dans le sens d'un alignement sur les Administrateurs de l'État

1.3) Améliorer les grilles Hors classe et Classe exceptionnelle pour valoriser le corps des DH

94. Reclassez les groupes en Hors Échelle E pour la Classe exceptionnelle et en Hors Échelle C pour la Hors classe ;

1.4) Améliorer les trajectoires au niveau des emplois fonctionnels pour éviter la fuite des DH et rendre le corps plus attractif

95. Revoir le pyramidage des emplois fonctionnels avec la suppression des quotas par groupe et sur le fondement des budgets au réel permettant la création d'emplois fonctionnels d'adjoint dans tous les établissements de plus de 250 millions d'euros actuels ;

96. Refondre les seuils budgétaires permettant au tiers des emplois de groupe 2 actuels de bénéficier d'un emploi d'adjoint fonctionnel.

97. Permettre l'octroi d'un emploi fonctionnel supplémentaire d'adjoint dans tous les CHU/CHR ;

98. Mettre en place une nouvelle catégorie d'emploi fonctionnel qui demeure l'apanage des collè-

gues ayant perdu leur statut d'emploi fonctionnel au bénéfice d'une direction commune et souhaitant rester dans celle-ci, avec un engagement au service du territoire. Cette mesure permettrait aux collègues qui ne peuvent trouver d'issue immédiate dans la mobilité, et avec l'accord du directeur d'établissement support, de maintenir leur exercice au cœur de la direction commune ;

99. Permettre l'octroi d'un classement indiciaire en HEBBIS ;

100. Reclassez les autres groupes en HEE pour le groupe 1 (supérieur nécessairement au sommet de grade), HED pour le groupe 2, HEC pour le groupe 3 (supérieur nécessairement au sommet de la Hors classe) ;

101. Rehausser en conséquence les emplois de DG CHU/CHR des 2 groupes à un niveau supérieur à l'existant.

102. Valoriser l'exercice territorial (GHT, fusions et directions communes) par l'octroi de NBI différentielle sur les emplois concernés, qui se substituerait au coefficient de majoration de la Part fonctions de +0.2 ;

103. Revoir le système de PFR en permettant une plus forte valorisation de l'investissement (déplafonnement y compris si atteinte du plafond pour permettre le versement exceptionnel / révision cadencée de la valeur de la cotation de base) et une différenciation pour les chefs et adjoints fonctionnels ;

104. Intégrer l'ensemble de la rémunération pour le calcul des pensions de retraite.

1.5) Moderniser l'accès au corps et le fonctionnement de l'EHESP pour l'ouvrir à de nouveaux talents et former les futurs hauts potentiels de la FPH

105. Mettre en place un tronc commun avec les autres écoles du service public lors de la formation initiale

106. Transposer pour l'EHESP le décret 2020-1469 du 27 novembre 2020 relatif à la rémunération des élèves de l'Institut National du Service Public (INSP, ex-École nationale d'administration) et des stagiaires des cycles préparatoires de l'INSP pour garantir une meilleure rémunération des élèves issus du concours interne et 3ème concours

107. Inspirer la formation à l'EHESP de celle dispensée à l'école de guerre pour préparer la 2ème partie de carrière et former les hauts potentiels

108. Ouvrir la possibilité aux contractuels de postuler au Tour extérieur sous réserve d'avoir effectué au moins 8 ans de service dans le secteur public.

109. Maintenir la gestion nationale du corps

2) DIRECTEUR DES SOINS

2.1) Développer et valoriser les emplois fonctionnels des Directeurs des soins

110. Créer, en complément des emplois fonctionnels existant, au moins un emploi fonctionnel de Directeur des soins pour les GHT ne permettant pas l'accès à des emplois fonctionnels aujourd'hui,

111. Créer des emplois fonctionnels pour le cumul de direction d'instituts,

112. Rémunérer les cumuls d'activité pour les Directeurs des soins,

113. Aligner les grilles des emplois fonctionnels de Directeur des soins sur celles des emplois fonctionnels d'adjoint des Directeurs d'hôpital (essentiellement des emplois fonctionnels de Groupe III).

2.2) Aligner les régimes indemnitaire et indiciaire des Directeurs des soins sur celui des Directeurs d'Hôpital

114. Aligner la PFR des Directeurs des Soins sur celle des Directeurs d'Hôpital

115. Aligner la grille indiciaire des Directeurs des Soins sur celle des Directeurs d'Hôpital adjoints

3) DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL (D3S)

3.1) Aligner les régimes indiciaire et indemnitaire des D3S sur ceux des Directeurs d'Hôpital

116. Aligner la grille indiciaire des D3S sur celle des DH, quel que soit le grade et avec des durées d'échelons identiques

117. Aligner la PFR des D3S sur celle des DH

4) INGÉNIEUR ET CADRE TECHNIQUE DE LA FPH ET DE L'APHP

4.1) Rétablir la comparabilité historique des grilles indiciaires des Ingénieurs hospitaliers et territoriaux

118. Rétablir l'alignement avec les ingénieurs des deux autres versants de la fonction publique : grilles indiciaires, échelons sommitaux, durées fixes d'échelons, suppression du quota

119. Harmoniser le régime indemnitaire des IH avec les ingénieurs des deux autres versants de la fonction publique : mécanisme, cotation, montants planchers et plafond

120. Créer deux Grades à Accès Fonctionnels (GRAF), pour les ingénieurs principaux et les ingénieurs en chefs

121. Ajouter une disposition transitoire de reclassement pour les ingénieurs principaux

122. Reconnaître l'évolution des conditions d'exercice du corps des ingénieurs hospitaliers vers des fonctions territoriales (GHT, directions communes, fusions...) et des fonctions managériales et stratégiques couramment associées (ingénieur général, directeur / directrice technique),

123 Reconnaître explicitement dans le statut est compétences managériales et la variété des métiers IH, notamment par le respect d'une cohérence dans toute la chaîne de management et d'expertise des personnels techniques

124. Reconnaître et revaloriser l'emploi fonctionnel d'ingénieur général

5) ATTACHÉ D'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE

5.1) Harmoniser le RIFSEEP au volet hospitalier de la Fonction Publique

125. Appliquer le RIFSEEP pour les Attachés d'Administration Hospitalière, à l'identique de leurs homologues de la FE et de la FPT

126. Maintien des primes actuellement versées aux AAH et non intégrées au RIFSEEP

6) CADRE DE SANTÉ PARAMÉDICAL ET CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ PARAMÉDICAL

6.1) Application du RIFSEEP aux Cadres de santé et Cadres supérieurs de santé

127. Mise en place d'un régime indemnitaire simplifié pour les cadres de santé inspiré du RIFSEEP, tout en rajoutant un complément indemnitaire annuel (CIA).

128. Fixer le montant de l'IFSE selon le niveau de responsabilité et d'expertise nécessaire dans l'exercice des fonctions, en s'appuyant le RIFSEEP proposé par les Attachés d'administration hospitalière et conformément aux dispositions réglementaires.

7) MÉDECINS MANAGEURS

7.1) Sur la rémunération des chefs de pôle adjoints et chefs de service adjoints

129. Prendre en compte les responsabilités des chefs de pôle adjoint et chefs de service adjoints qui peuvent exister dans les plus grands établissements ou dans les organisations territoriales de GHT par la création d'indemnités pour ces fonctions de responsables médicaux adjoints, qui pourraient être à hauteur de la moitié de celles pour les chefs de pôle et chefs de service.

7.2) Sur le volet indemnitaire

130. Supprimer le plafond d'indemnités dans le cadre du cumul de fonctions, qui doit être apprécié selon les situations locales.

131. Créer une indemnité variable supplémentaire pour les chefs de pôle, de service, les Présidents de CME et les Présidents des CMG.

7.3) Sur la formation continue aux fonctions managériales

132. Sanctuariser un montant de crédit de formation médicale, correspondant au poids des responsables médicaux dans l'établissement, dédié uniquement à la formation continue aux fonctions managériales.

8) ÉLÈVES DE L'EHESP

8.1) Rémunération principale : vers un alignement des traitements entre la FPE, la FPT et la FPH ainsi qu'une meilleure prise en compte des situations antérieures des internes et des contractuels

133. Aligner le traitement des élèves DH, D3S, INSP (ex-ENA) et INET issus du concours externe et du 3e concours sur un échelon unique, soit sur le 2e échelon (Indice brut 427, Indice Majoré 379). Cet alignement doit s'accompagner du maintien pour les élèves DS de leur régime actuel, en raison d'une entrée plus tardive dans la carrière

8.2) Le régime indemnitaire des élèves : pour mettre fin à la sous-rémunération des élèves de la FPH

134. Aligner les élèves fonctionnaires de l'EHESP sur ceux admis à l'INSP en matière de résidence administrative, en la fixant à l'EHESP. Cela leur permettrait à tous de percevoir l'indemnité de résidence, fixée à 1% du traitement indiciaire.

135. Harmoniser le calcul des indemnités de stages entre INSP, INET et EHESP, en prenant mieux en compte la réalité des frais engendrés par les stages.

136. Élargir ces revalorisations aux autres élèves de l'EHESP, Éléves Directeurs des Soins et Attachés

9) RETRAITÉS

137. S'engager pour la défense des intérêts des managers retraités, notamment par le maintien de leur pouvoir d'achat

138. Faire évoluer la prise en compte du régime indemnitaire pour les pensions futures

SMPS⁺
MANAGEURS PUBLICS DE SANTÉ