

# Essentielles

N°1

L'INFORMATION **VITAMINÉE** DU SYNCASS-CFDT **AUTOMNE 2018**



DOSSIER

## Conditions de travail et risques psychosociaux des directeurs



**ANALYSE**  
**Rapport HCAAM**  
Une contribution  
qui bouscule les  
professionnels ?

**ACTUALITÉ**  
**Ma santé 2022**  
Un plan ambitieux,  
des moyens limités,  
une contrainte accrue

**MANAGEMENT**  
**Instituts  
de formation**  
Entre clarifications  
et confusion

**PRATIQUE**  
**Directeurs  
de la FPH**  
Élections 2018:  
le vote électronique

Fatoumata, Aide-soignante

# COMME MOI, MA BANQUE SOULAGE LES POINTS DE TENSION

#notrepointcommun

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

Tous fonctionnaires au service du collectif

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

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

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

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

# sommaire

## BRÈVES ET ACTUALITÉS

- 2 Sécurité sociale ou protection sociale ?**  
La CFDT obtient gain de cause !
- 2 Restructurations**  
Des mesures d'accompagnement  
mais temporaires !
- 3 Société**  
Enquête « Parlons retraites » : les résultats
- 3 Prospective**  
Le plan triennal de la CNSA
- 4 Handicap**  
De nombreuses disparités sur le territoire
- 4 Formation**  
« Parcours Sup » appliqué aux IFSI
- 5 Protection sociale**  
96 % des salariés protégés collectivement
- 6 Fonction publique**  
Égalité professionnelle :  
la négociation est ouverte !
- 6 Santé au travail**  
Du rapport Lecoq à la politique  
de santé au travail dans la fonction publique
- 7 Financement et autonomie de la sécurité sociale**  
Coups de canif !
- 7 Compte épargne-temps**  
La portabilité interfonction publique bientôt possible
- 7 «Ma santé 2022»**  
Première réaction du SYNCASS-CFDT

## ANALYSES

- 8 Rapport HCAAM 2018**  
Une contribution qui bouscule les professionnels ?
- 26 Directeurs en poste dans les outre-mer**  
Tenir enfin compte de leurs conditions d'exercice
- 29 Gouvernance**  
Management des instituts de formation :  
entre clarifications et confusions

## RÉFLEXIONS

- 10 Tribune libre à David Causse**  
Transformation du système de santé  
et perte d'autonomie, ou la petite mélodie  
des musiciens de la fanfare de Brème
- 21 Regards croisés**  
Médecins hospitaliers : demain, une carrière ?
- 40 Protection de l'enfance - Mineurs non accompagnés**  
Les établissements crient à l'aide !

## DOSSIERS

- 15 « Ma santé 2022 »**  
Un plan ambitieux, des moyens limités,  
une contrainte accrue
- 34 Conditions de travail et RPS**  
des directeurs de la FPH

## 32 ENTRETIEN AVEC...

**Dominique Perriot**  
Président du comité national du FIPHFP

## FICHES PRATIQUES

- 44 Élections FPH 2018**  
Le vote électronique des directeurs
- 45 Handicap**  
Faciliter la mutualisation dans un lieu de vie commun
- 46 Droit syndical**  
Les directeurs ont les mêmes droits que tous  
les agents de la fonction publique hospitalière
- 47 Taxe d'habitation**  
Ancien logement de résident en Ehpad,  
ce que dit Bercy
- 48 Santé au travail**  
Des dispositions inadaptées  
à l'exercice professionnel des directeurs

## 49 VOTE/ADHÉSION

## éditorial

# l'essentiel



Anne MEUNIER

**A**près de nombreux numéros, *La Lettre du SYNCASS-CFDT*, publication périodique du syndicat, fait peau neuve ! Toute l'équipe a le plaisir de vous présenter sa mue en un magazine semestriel : *Essentiel.le.s*, l'information vitaminée du SYNCASS-CFDT.

Un titre est toujours un pari. Nous voulons signifier par ce choix que les directeurs, cadres, médecins et pharmaciens, femmes et hommes, engagés dans des missions de plus en plus lourdes et complexes sont *essentiels* et que le système de santé ne peut se passer d'eux.

Ce magazine, dans sa diversité, s'attache à *l'essentiel*. Les dossiers traités, comme la réforme du système de santé, les conditions d'exercice ou encore l'aspiration de carrière des médecins, en attestent. « *Essentiel* » signifie aussi profond : nous restons fidèles à ce parti pris depuis *La Lettre du SYNCASS-CFDT*, en abordant dans ce magazine les sujets dans leur profondeur. Nos analyses, tribunes et autres interviews se démarquent de la pensée magique qui fait actuellement office de réflexion et de communication aux pouvoirs publics.

Ce titre n'est pas un plaidoyer pour l'écriture inclusive, que vous ne retrouverez pas dans la rédaction, mais une manière de signifier que les professionnels, femmes et hommes, à qui ce magazine s'adresse, ainsi que le fond des sujets abordés sont essentiels.

Enfin, en ces temps troublés qui font perdre sens et repères à nombre d'entre nous, l'action et l'expression syndicales constituent un rempart pour défendre et protéger. En un mot, elles sont plus que jamais *essentielles* !

Bonne lecture !

Essentiel.le.s L'INFORMATION VITAMINÉE DU SYNCASS-CFDT

14, rue Vésale - 75005 Paris - Tél. : +33 (0)1 40 27 18 80 / Fax : 01 40 27 18 22

ISSN En cours DÉPÔT LÉGAL Mois de parution

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION Anne Meunier RÉDACTEUR EN CHEF Yvan Le Guen

COMITÉ DE RÉDACTION Nathalie Marczak, Isabelle Sarciat-Lafaurie, Camille Simoneau,

Aurélien Danilo, Marie-Hélène Angelloz-Nicoud, Brigitte Zimmermann, Vanina Moscardini,

Nelson Kimbassa CONCEPTION/RÉALISATION Héral ILLUSTRATIONS Antoine Chéreau

PHOTOGRAPHIES AdobeStock IMPRIMEUR Bialec - Heillecourt (54)

Aucune reproduction ne peut avoir lieu sans le consentement écrit préalable du SYNCASS-CFDT.

Essentiel.le.s est imprimé sur du CyclusPrint, papier recyclé à 100%, certifié FSC-C021878

Ecolabel Européen n°FR/011/003 - Procédé sans chlore.





# Sécurité sociale ou protection sociale ? La CFDT obtient gain de cause !

Dans le cadre de la réforme constitutionnelle, Olivier Véran, rapporteur de la commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale, a déposé un amendement au titre du gouvernement, proposant de remplacer les termes « sécurité sociale » par les termes « protection sociale » dans l'article 34 de la Constitution.

L'intention annoncée est de faciliter la prise en charge de la perte d'autonomie. Il n'en fallait pas plus pour déchaîner les passions et les accusations, certains n'hésitant pas à qualifier cet amendement « d'assassinat de l'État providence » !

Pour se positionner, la CFDT a pour principe d'évaluer les impacts des textes, sans procès d'intention. Si financer la perte d'autonomie est une de nos préoccupations fortes, elle rappelle que c'est une loi organique qui définit le périmètre de la sécurité sociale et qu'y intégrer la perte d'autonomie ne suppose pas de modification de la Constitution. De fait, des prises en charge innovantes ont maintes fois permis à la sécurité sociale et à la protection sociale de développer du progrès social en les basant sur le principe fondamental de la solidarité. Le dernier exemple en date concerne par exemple la couverture du reste à charge zéro, un vrai progrès pour les citoyens !

De plus, en l'état actuel, la protection sociale n'est définie qu'en application d'un concept comptable et statistique, désormais harmonisé au niveau européen, recensant l'ensemble des dépenses et des recettes des organismes publics et privés prenant en charge la couverture collective des « risques » santé, vieillesse, famille,

logement, chômage et pauvreté-exclusion. En tout état de cause, il faudrait déterminer le champ de la protection sociale en tant qu'entité juridique dans une nouvelle loi organique.

L'amendement était porteur d'un risque : celui d'une étatisation forte de l'ensemble de la protection sociale et des ressources qu'on lui consacre, tout particulièrement l'assurance chômage et les complémentaires retraite et santé, surtout en période de contrainte forte et chronique sur les finances publiques. Ce n'était certes pas le projet porté par l'exposé des motifs mais, sans plus de précisions sur les réelles intentions du gouvernement, la CFDT a jugé, dans une déclaration du 4 juillet de Jocelyne Cabanal, secrétaire nationale, l'amendement inutile et dangereux, et en conséquence s'y est opposée.

La CFDT a été entendue. Le chef de file des députés LREM, Richard Ferrand, a indiqué jeudi que la référence à la « sécurité sociale » ne serait finalement pas supprimée de l'article 34 de la Constitution. La CFDT s'en félicite mais elle restera vigilante quant aux suites du processus puisque le député a indiqué vouloir « refaire la copie afin que ne subsiste pas de malentendu » tout en maintenant vouloir faire « en sorte que le terme "protection sociale" figure cependant ». ●

## Restructurations

### Des mesures d'accompagnement mais temporaires !

Le décret relatif aux mesures d'accompagnement des restructurations a enfin été publié au JO du 7 juillet. Alors que les restructurations et la création de directions communes vont bon train, cette parution très tardive n'a pas permis de sécuriser la situation des directeurs concernés sur la période. Les nouvelles dispositions ne sont pas rétroactives et leur bénéfice ne sera ouvert qu'aux situations intervenues avant le 30 juin 2019. Le SYNCASS-CFDT a obtenu l'engagement de la DGOS d'un délai allongé pour ces mesures. Un deuxième décret comprend la révision des situations et durées permettant la prise en charge des frais de changement de résidence. Négociés par le SYNCASS-CFDT depuis deux ans, ces textes ont été présentés au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière du 20 décembre 2017.

Cet ensemble de dispositions vise à compenser temporairement, et à titre personnel, les effets sur toutes les composantes de la rémunération, de la perte ou du déclassement d'un emploi fonctionnel. Elles concernent les trois corps de direction et n'interviennent que si l'établissement concerné est partie d'un GHT. Elles sont permises si les directeurs y ont intérêt et applicables sur la base d'un arrêté du CNG.

## RECONNAISSANCE DE L'EXERCICE TERRITORIAL

Des discussions avaient été engagées en 2016, puis début 2017 pour prendre en compte – au-delà de ce qui précède – les conséquences d'une implication des directeurs chefs d'établissement, directeurs adjoints et directeurs des soins dans les nouvelles dynamiques territoriales, dont évidemment les GHT. À la différence des évolutions indemnitaires pour les personnels médicaux, et malgré des concertations qui avaient abouti à un accord de mise en place de la prime d'exercice territoriale pour les directeurs et à la rédaction d'un projet de décret, ce travail n'a pas été suivi, malgré la promesse ministérielle de la précédente mandature. En effet, ce projet n'a pas été transmis au guichet unique des ministères chargés de la Fonction publique et du Budget avant le changement de gouvernement. Il faudra donc y revenir lors du prochain cycle de discussions. ●

**Société**Enquête  
« Parlons retraites »**Les résultats**

**D**eux ans après « Parlons travail », la CFDT a lancé une nouvelle enquête en ligne. Il s'est agi cette fois d'interroger les Français sur un sujet qui les concerne tous : la retraite.

Au moment où le gouvernement concerte les organisations syndicales sur l'épineuse question des retraites, la CFDT a donné la possibilité à tous les Français de s'exprimer.

Les résultats de cette vaste enquête ont été rendus publics le 18 octobre dernier. Quelque 120 000 participants, 14 millions de réponses cumulées... Les chiffres parlent d'eux-mêmes : l'enquête « Parlons retraites », est un incroyable succès. « *Le résultat va bien au-delà de ce que l'on pouvait espérer* », relèvent les secrétaires confédéraux Virginie Aubin et Florian Meyer, maîtres d'œuvre de cette étude XXL. La surprise est d'autant plus grande que l'éventail des profils d'internautes qui se sont connectés afin de répondre aux 153 questions est très large : des salariés du privé (44%), des agents du public (23%), des retraités (23%) mais aussi des apprentis, des intérimaires, des étudiants... Preuve, si besoin était, de l'intérêt que suscite le sujet. « *La masse des répondants est énorme*, insiste Annie Jolivet, économiste au centre d'études de l'emploi et du travail (CEET). Certes, ils n'ont pas été tirés au sort mais, comparé à d'autres études sur ce même thème, ils sont trente à quarante fois plus nombreux ! L'occasion pour la CFDT de présenter son manifeste en faveur d'un système porteur de progrès social. ●

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



**Parlons retraite**  
réaction de la CFDT



# focus

**Prospective**

## Le plan triennal de la CNSA

**Le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), réuni mardi 3 juillet, a approuvé un plan triennal de travail : « faire évoluer notre modèle de protection sociale et accompagner la transition vers une société ouverte à tous ».**

**L**e conseil de la CNSA a affirmé sa volonté de renforcer sa capacité d'orientation pour les missions qui lui incombent :

- garantir la bonne fin des financements de nos politiques de protection sociale, dans le respect des lois qui les régissent ;
- apporter au décideur public une contribution prospective, fruit des apports des parties prenantes.

Le conseil a fait le choix de mener une réflexion prospective sur trois années, autour de l'enjeu d'une société inclusive, ouverte à tous.

Le chapitre prospectif 2018 se fixe un cadre large en approfondissant les principes fondateurs et les caractéristiques d'une « société ouverte à tous quel que soit l'âge, la situation de handicap ou de santé », répondant en cela à l'impulsion conjointe de la ministre des Solidarités et de la Santé et de la secrétaire d'État, chargée des Personnes handicapées. Il prend ainsi part au débat de société sur l'évolution de notre système de protection sociale.

Ces travaux seront poursuivis par les chapitres prospectifs 2019 et 2020 qui en approfondiront les orientations selon deux axes complémentaires : l'approche domiciliaire et les financements de la transformation de notre système de protection sociale.

Le Conseil formule aujourd'hui des propositions pour « une société inclusive, ouverte à tous ». Le chapitre prospectif 2018 a été adopté à l'unanimité des membres du Conseil – les représentants de l'État ne prenant pas part au vote selon l'usage –, tout comme les thèmes des deux prochains chapitres prospectifs.

Le Conseil a par ailleurs approuvé le deuxième budget rectificatif 2018 de la Caisse. Il s'élève à 26,514 milliards d'euros. Ce budget permet de financer des mesures relatives à la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux prévues dans la feuille de route pour les personnes âgées, et ce pour un montant de 17 millions d'euros dès 2018. ●

**Emplois fonctionnels DH**

**Ajustements de la liste : une inadéquation du dispositif dont les effets s'accroissent !**

**L**a liste des emplois fonctionnels DH (EPS emplois de chefs et d'adjoints) a fait l'objet d'un ajustement après l'actualisation publiée en mai dernier, afin de tenir compte des directions communes actées au 1<sup>er</sup> juillet 2018 et de rectifier une erreur. Cela modifie le classement et impacte le nombre total d'établissements fonctionnels. En effet, trois regroupements en directions communes entraînent une diminution des emplois de groupe 3, laissant au total cinq places libres dans le quota de ce groupe. L'incohérence de la construction réglementaire des quotas au lieu de seuils financiers, accentuée sous l'effet de l'accélération de l'installation de directions communes, a pour conséquence des effets défavorables que le SYNCASS-CFDT dénonce depuis plusieurs années. Les responsabilités restent identiques pour les directeurs dont les établissements subissent un classement inférieur à l'issue du processus. Cela n'a plus aucun sens ! ●

## Handicap

### De nombreuses disparités sur le territoire

**D**epuis la création des maisons départementales pour personnes handicapées (MDPH), à l'instar d'autres établissements, les dotations globales n'ont pas ou très peu évolué alors que le nombre de dossiers a augmenté. Ces structures font face à un manque de moyens humains et financiers. En outre, des disparités en termes de droits ont été constatées, avec des taux d'attribution différents d'un département à l'autre pour une allocation : de 36 % à 92 % pour l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de 20 % à 78 % pour la prestation de compensation du handicap (PCH). Concernant les délais d'attente, seule une MDPH sur deux respecte la loi qui impose de répondre « avant 4 mois ». Il s'agit donc d'un axe prioritaire ! L'impact de la réforme de la « réponse accompagnée pour tous » implique un redéploiement des activités des établissements et une réorganisation, et cela semble se dessiner sans accompagnement des ARS, avec les départements dont les MDPH, mais également les partenaires de l'inclusion en milieu ordinaire. Chargé de mission en novembre 2017, Jean-François Serres, membre du Conseil économique, social et environnemental (CESE), a annoncé la création d'une mission sur la simplification administrative dans le domaine du handicap. Notamment sur les complexités normatives, il s'agit de traiter des conditions posées pour l'accès aux droits et dispositifs publics et les modalités selon lesquelles les nombreux intervenants se coordonnent dans les territoires. Le rapport est attendu pour fin 2019.

Un « prédiagnostic » validé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui confirme la nécessité d'identifier et de prévenir des risques accrus de ruptures de parcours et de développer la coordination entre les acteurs.

### STANDARDISER LE FONCTIONNEMENT DES MDPH

Dans son rapport, le comité Action publique (CAP 2022) préconise de renforcer le rôle de coordonnateur de la CNSA vis-à-vis des MDPH. En parallèle, ses membres insistent pour « standardiser » les processus appliqués dans toutes les MDPH mais aussi « harmoniser » les décisions des commissions spécialisées avec l'idée d'« unifier les décisions pour éviter les inégalités territoriales ».

Des propositions qui nécessitent une réflexion globale, nouvelle et concertée. ●

## Formation

### « Parcours Sup » appliqué

**Le SYNCASS-CFDT regrette une précipitation ignorant les inquiétudes des professionnels. Si les étudiants en soins infirmiers sont « des étudiants comme les autres », certaines réalités méritent d'être rappelées et enfin abordées, au risque de s'en voir imposer les effets non traités.**

#### JUSQU'EN 2018

##### Les modalités de sélection

Jusqu'à présent, la sélection pour les études paramédicales, notamment infirmières, s'organisait selon plusieurs modalités en fonction du parcours des candidats répartis en quatre listes :

- pour la **majorité** des candidats bacheliers de la liste 1 (entre 50 et 70 % selon les régions), la sélection était réalisée sur concours, avec une épreuve écrite d'admissibilité et une épreuve orale d'admission. L'épreuve écrite avait pour objectif d'évaluer la capacité à suivre la formation. L'épreuve orale concernait l'adéquation *a minima* entre la réalité de la formation et du métier et les représentations du candidat ;
- les **autres** candidats (entre 30 et 50 % selon les régions), bacheliers ou non, qui n'étaient pas issus directement de l'enseignement du second degré, se répartissaient en trois autres listes :
  - la sélection des candidats de la **liste 2**, aides-soignants et auxiliaires de puériculture (AS/AP) ayant au moins trois ans d'exercice, consistait en une épreuve

écrite d'admission (deux heures pour l'analyse écrite de trois situations professionnelles),

- la sélection des candidats de la **liste 3**, infirmières hors UE, consistait en une épreuve écrite permettant d'apprécier la maîtrise de la langue française, les connaissances dans le domaine sanitaire et social, les capacités d'analyse et de synthèse et les connaissances numériques,
- la sélection des candidats de la **liste 4**, candidats non admis à poursuivre les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de maïeutique et ayant validé les unités d'enseignement de la première année commune aux études de santé (PACES), consistait en une épreuve orale d'admission.

La sélection par concours avait pour objectif de préserver une égalité entre candidats de différents horizons, richesse pour la profession d'infirmier.

#### DÈS 2019

##### Les avantages escomptés des nouvelles modalités de sélection

Le 5 juillet, à l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) du CHU de Caen, les ministres de l'Enseignement supérieur/Recherche/Innovation et de la Santé/Solidarités ont annoncé que l'entrée en formation en soins infirmiers, à l'instar de l'entrée en formation de manipulateur d'électroradiologie médicale en 2018, se ferait selon la procédure « Parcours Sup », avec une sélection par dossiers adressés aux écoles, instituts ou universités choisis. Outre que cette décision traduit la volonté d'adhérer à des principes de sélection propres à l'enseignement supérieur, alignant clairement le processus d'inscription de cette formation sur l'université, des améliorations concrètes sont avancées pour ce changement :

- la mise en place de « Parcours Sup » permettra une **meilleure visibilité des formations paramédicales** qui, grâce à une notoriété



# aux IFSI **focus**

améliorée auprès des bacheliers, seront choisies plus facilement. Cet effet a été constaté pour les instituts de formation de manipulateur en électroradiologie médicale : leur attractivité a connu une embellie évidente. Cette augmentation de candidats est également favorisée par l'accessibilité gratuite. La disparition des frais d'inscription au concours, même si le risque de les voir glisser vers d'autres étapes de la formation n'est pas exclu, est un argument indéniable en faveur de l'égalité d'accès,

- la **sélection sur dossiers** écarterait également le soupçon d'inégalité attribuée à la sélection par concours au caractère trop aléatoire, qui ne rendrait compte, pour certains, que de la qualité d'une prestation à un moment donné, et le plus souvent très formatée en amont au cours de préparations coûteuses. Parmi les candidats, certains seront admis avec un « oui, si ». Ils feront l'objet d'un accompagnement personnalisé mis en place par les instituts. Les professionnels de la formation sont plutôt favorables à ce dispositif car ils y voient l'opportunité de préparer les candidats de manière optimale. Mais pour le moment, il reste à construire,
- la **disparition du concours** diminuera la charge et la responsabilité que constituait son organisation où se présentaient dans certains instituts des milliers de candidats. Tout cela à proximité de la charge de travail des épreuves du diplôme d'État et de la préparation de l'année suivante. Elle devra s'accompagner du renforcement des liens entre les équipes pédagogiques des instituts et les établissements d'enseignement du secondaire afin de préciser les attendus du dossier d'inscription.

## DES INTERROGATIONS SUBSISTENT

Cependant s'expriment aussi des motifs d'inquiétude, comme ce fut le cas lors des journées nationales du Comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC) à Strasbourg, où le président du comité de suivi de l'universitarisation a eu à faire face à un flot de questions de la part des professionnels de la formation.

- Ces inquiétudes concernent **les aspects techniques de la mise en œuvre** de « Parcours Sup ». Cette procédure exclut une partie des

étudiants. Si le maintien de leurs voies de recrutement n'est pas en cause, rien n'est dit concernant les effectifs, non négligeables selon les régions, accédant à la formation en soins infirmiers par les listes 2, 3 et 4, parmi lesquels se trouvent de nombreux futurs professionnels aux profils très appréciés. Pour les professionnels de santé et de la formation, il est indispensable de garder une hétérogénéité des parcours dans les promotions, pour préserver la richesse tant de la formation que de l'exercice professionnel.

- Le **temps de traitement des dossiers** à moyens constants est un autre point sensible, car si, pour le concours, la plupart des instituts, grâce aux frais d'inscription, pouvaient faire appel à des ressources et compétences externes pour la correction des épreuves écrites, cela ne pourra plus être le cas. Les conditions matérielles de traitement des dossiers, attendus plus nombreux, n'ont pas été anticipées. Pour les professionnels, chaque dossier méritera un temps suffisant d'examen pour garantir le respect dû à chaque candidature.
- La **détermination des critères de sélection** des dossiers est également une question importante : l'absence de critères de sélection communs peut aussi provoquer des inégalités d'accès entre instituts et régions, préjudiciables à la qualité des formations. Il semble que d'autres travaux soient prévus à ce sujet mais encore une fois, rien n'en est dit, et les organisations syndicales représentatives des directeurs des soins ne sont pas conviées.

» **Le SYNCASS-CFDT regrette une méthode trop peu participative, qui ne rassure pas sur la suite et ne peut que majorer l'insatisfaction. Compte tenu de l'ampleur des changements proposés, le SYNCASS-CFDT réclame la participation aux travaux du comité de suivi des organisations syndicales représentatives des directeurs des soins, concernés au premier chef dans leur exercice quotidien et des directeurs d'hôpital dirigeant les établissements de rattachement des IFSI publics. Il est grand temps que l'État associe ceux qui vont mettre en œuvre les décisions publiques !** ●



## Protection sociale 96 % des salariés protégés collectivement

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des salariés, entrée en vigueur en 2016 et fortement portée par la CFDT, est réussie.

Dans son étude de juillet, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) montre que 96 % des salariés (contre 75 % avant la loi) ont une couverture collective de santé. Avant la mise en place de ce dispositif, il existait des disparités de couverture et de prise en charge de la cotisation entre les petites et grandes entreprises, les secteurs d'activité et les catégories professionnelles. Ces disparités ont aujourd'hui régressé. Ainsi, les salariés bénéficient d'une protection dont la cotisation est prise en charge à au moins 50 % par leur employeur (58 % en moyenne).

La CFDT a fait de la couverture santé des petites et moyennes entreprises une priorité. Si un quart des très petites entreprises (entre 1 et 5 salariés) ne proposent pas encore de complémentaire santé, pour diverses raisons, le taux d'équipement a doublé. Les entreprises de 5 à 49 salariés sont plus de 90 % à proposer une complémentaire santé (98 % pour les plus de 50 salariés).

Comme la CFDT l'avait affirmé, le niveau de protection est aussi de bonne qualité puisque dans la moyenne du contrat responsable. Ce bilan positif participe à la qualité de vie des salariés.

Pour la CFDT, l'étape suivante doit être la couverture des fonctionnaires, des salariés de particuliers employeurs et des personnes en dehors de l'emploi. Elle s'engagera pleinement pour y parvenir. ●



## Fonction publique

# Égalité professionnelle : la négociation est ouverte !

Après une longue phase de concertations, le secrétaire d'État à la Fonction publique, Olivier Dussopt a ouvert, le 10 septembre 2018, la négociation sur l'égalité professionnelle femmes-hommes dans la fonction publique.



Retrouvez  
la déclaration  
CFDT Fonctions  
publiques



**E**n réponse aux différentes interventions, Olivier Dussopt a rappelé que la concertation a débuté en janvier, que chacune des organisations représentatives a été invitée à transmettre ses contributions, ce qui constitue une base riche pour la négociation.

Il a confirmé que la volonté du gouvernement est bien de construire un accord plus ambitieux que celui de 2013, qui aille plus loin en termes

de mesures et de contraintes, tout en réaffirmant l'attachement à la démarche intégrée.

La première version du projet d'accord est déjà relativement aboutie, avec pour objectif de concilier intelligibilité des mesures et précision juridique, le tout pour contribuer au respect du calendrier de la négociation et la pleine implication de l'ensemble des agents. ●

## Santé au travail

# Du rapport Lecoq à la politique de santé au travail dans la fonction publique

**R**édigé à la demande du Premier ministre, le rapport de la mission Lecoq-Dupuis-Forest, « La santé au travail et le renforcement de la prévention des risques professionnels », vient de paraître. Il doit servir de base à l'ouverture de prochaines négociations sur la santé au travail.

Bien que leur champ d'étude ait été circonscrit au secteur privé, les auteurs de la mission espèrent qu'il ouvrira la voie à une réflexion pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie au travail dans la fonction publique. La CFDT Fonctions publiques propose cette première contribution au débat (téléchargement ci-contre). ●



L'analyse  
de la CFDT  
Fonctions  
publiques



Le courrier  
adressé  
à la DGOS  
et  
Information  
de la DGOS



## AAH

# Mise en œuvre de la hors-classe

## DEUXIÈME RÉUNION DE CONCERTATION LES OPTIONS SE PRÉCISENT !

**A**près bientôt quinze ans de stagnation, le statut des attachés hospitaliers connaît une révision de sa construction indiciaire inscrite dans l'évolution prévue par le protocole PPCR signé par la CFDT. L'application de la grille A type prévue a pour autant été l'occasion de nombreux attermoissements et d'une succession de retards et de discussions, toujours en cours, amenant le SYNCASS-CFDT à s'engager dans un rapport de force en faveur d'une construction au plus près du statut des AAH de l'État. Après la parution du décret n°2018-506 du 21 juin 2018, le SYNCASS-CFDT a contribué à la concertation avec la DGOS pour définir les seuils budgétaires et les fonctions éligibles pour l'accès à la hors-classe.

# La correction des effets négatifs liés aux inversions de carrières

**L**ors de la dernière réunion de concertation, la CFDT a demandé dans un courrier adressé à la DGOS (lien ci-contre), une correction rapide des effets négatifs constatés lors du reclassement dans la nouvelle grille appliquée au 1<sup>er</sup> janvier 2017. En effet, le SYNCASS-CFDT a été alerté sur de trop nombreuses situations d'inversion de carrières. Certains attachés se sont en effet retrouvés, contrairement aux règles de la fonction publique, classés à un indice inférieur à celui qu'ils détenaient précédemment, entraînant une baisse de rémunération avec parfois une demande de remboursement de l'indu par les établissements.

La DGOS a bien adressé une information aux établissements, via la FHF, pour leur demander de surseoir à ces reclassements négatifs dans l'attente de la publication des modifications, mais cela reste insuffisant à ce stade. ●

## Financement et autonomie de la sécurité sociale

### Coups de canif !

La CFDT s'inquiète fortement des choix gouvernementaux annoncés lors de la commission des comptes de la Sécurité sociale en matière de financement de la sécurité sociale.

Lors de la présentation du PLFSS, le ministre des Comptes publics a en effet annoncé la fin de la compensation systématique des exonérations de cotisations sociales par l'État à la Sécurité sociale, remettant ainsi en cause la loi Veil de 1994. Motif ? La Sécurité sociale bénéficierait des créations d'emploi induites par les exonérations, et donc pourrait se passer du remboursement de celles-ci. Cette mesure concerne dans un premier temps la nouvelle désocialisation des heures supplémentaires, ce qui est pour le moins paradoxal alors que, selon les projections de l'OFCE, une telle mesure pourrait détruire près de 19 000 emplois d'ici à 2022 ! Elle s'inscrit en fait dans le prolongement des préconisations du rapport Charpy-Dubertret qui visent à transférer les éventuels excédents de la Sécurité sociale vers les caisses de l'État.

La CFDT refuse cette confusion qui remet en cause les principes d'autonomie et d'un financement exclusif et affecté de la Sécurité sociale. Elle constate par ailleurs que si excédents il y a, ils auront été obtenus principalement par la désindexation de la revalorisation des pensions et par une pression accrue sur les conditions de travail dans les hôpitaux publics ou les Ehpad, les conduisant au bord du gouffre.

La CFDT a souligné, à l'occasion de la sortie du plan Santé, la nécessité de prévoir un financement à la hauteur des besoins. À l'approche strictement comptable du gouvernement, la CFDT oppose la volonté d'une prise en compte des enjeux en matière de protection sociale.

Santé, perte d'autonomie, petite enfance, jeunesse : nos ambitions collectives doivent être assumées et financées dans une vision de long terme. C'est le sens des garanties que les constructeurs de la Sécurité sociale avaient veillé à inscrire dans la loi qui est aujourd'hui remis en question. Pour la CFDT, une génération ne peut s'accaparer les excédents et ne pas traiter la question de l'avenir : c'est irresponsable. ●

## Compte épargne-temps

### La portabilité interfonction publique bientôt possible

Le Conseil commun de la fonction publique (CCFP) du 17 juillet 2018, présidé par le secrétaire d'État Olivier Dussopt, a examiné quatre projets de décret, dont la portabilité du CET entre les versants de la fonction publique. C'est une revendication que la CFDT a été seule à porter pour la faire inscrire dans l'ordonnance mobilité et pour que le décret d'application voit le jour.

L'article 3 de l'ordonnance n° 2017-543 du 13 avril 2017 portant diverses mesures relatives à la mobilité dans la fonction publique a instauré le principe de la portabilité du compte épargne-temps (CET) en cas de mobilité du fonctionnaire auprès d'une administration, d'une collectivité ou d'un établissement relevant de l'un des trois versants de la fonction publique. Jusqu'à présent, cette portabilité n'était possible qu'à l'intérieur d'un même versant, contraignant en cas de changement de versant, soit au solde des congés épargnés avant la prise des fonctions, au placement au régime additionnel de la fonction publique ou à l'indemnisation, soit au gel des droits épargnés dans l'attente d'un éventuel futur retour. Il mentionne qu'en cas de mobilité dans la fonction publique – cela incluant la mobilité interfonction publique – l'agent concerné conserve le bénéfice des droits à congés acquis au titre de son CET. L'administration, la collectivité ou l'établissement d'origine adressera au nouvel employeur public, au plus tard à la date d'affectation de l'agent, une attestation des droits à congés épargnés par l'agent dans ce cadre. À compter de la date d'affectation de l'agent, les droits

sont ouverts et la gestion du compte épargne-temps est assurée par l'administration, la collectivité ou l'établissement d'accueil. Cette mobilité ne se traduira donc plus, pour l'agent concerné, par la perte ou le gel de ses droits acquis, puisqu'il pourra alors les utiliser, en partie ou en totalité. C'est un frein de moins à la mobilité pour les directeurs et un plus juste traitement dans la gestion de leur temps de travail. ●



L'analyse de la CFDT  
Fonction publique



## « Ma santé 2022 »

### Première réaction du SYNCASS-CFDT

Après les annonces présidentielles et ministérielles du 18 septembre 2018, denses en perspectives et en progrès... pour le futur, la réalité de notre quotidien n'en est pas moins sombre. Le PLFSS apportera aussi son lot d'innovations, sauf sur un point : la pression croissante sur des établissements à bout et le trop faible soutien à leurs responsables.

Consensuel dans les principes, « Ma santé 2022 » déploie des mesures décidées sans réelle concertation. Évitant l'obligation d'installation des médecins libéraux dans les zones les plus en difficultés, il n'en est pas moins contraignant pour les établissements publics, qu'il emportera dans une vague de remodelage et de fermeture de services et en leur imposant des contraintes accrues.

Pour donner des chances de succès à un plan sur le long terme, le SYNCASS-CFDT attend du gouvernement qu'il précise ses projets, qu'il réponde aux préoccupations des professionnels, qu'il lève les zones d'ombre qui subsistent, qu'il intègre dans les arbitrages la gestion de la phase de transition indispensable. Cela passe par une concertation étroite, notamment avec les syndicats de directeurs, qui auront à appliquer cette politique et à en assumer les exigences et les risques. ●

## Rapport HCAAM 2018

# Une contribution qui bouscule les professionnels ?

**Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a rendu public, le 5 juin dernier, son avis et son rapport au gouvernement sur la stratégie de transformation du système de santé. Les préconisations du HCAAM vont à contre-courant de la doxa, remettant en cause le modèle territorial articulé autour des établissements intégrés dans les GHT.**

**L**e HCAAM dresse le constat de l'épuisement de ce modèle et propose un « scénario de rupture », fondé sur les services à rendre à la population et structuré par un maillage de proximité, constitué de communautés de professionnels et d'hôpitaux communautaires. Il redéfinit le rôle des autres établissements de santé pour les missions de recours et de référence. Cet avis du HCAAM a suscité des réactions contrastées, mais c'est une vision globale et cohérente de l'ensemble des problématiques du système de santé et il a le mérite de lancer un débat nécessaire, là où le gouvernement s'est contenté d'une concertation très limitée et d'une rapide consultation numérique.

### **DES PROPOSITIONS EN RUPTURE AVEC LES RÉFORMES RÉCENTES OU EN COURS**

C'est à une importante refonte structurelle du système de santé que le scénario prospectif du HCAAM appelle, selon une logique de différenciation entre un réseau tissé au plus près des besoins de santé des populations et un recours concentrant expertise et technicité. Il insiste sur la nécessité de renverser la logique actuelle d'organisation de l'offre, en partant des services à rendre à la population et non plus de l'articulation de l'existant. Il s'appuie pour cela sur le socle de principes et de valeurs actuelles, mais que la réalité contredit sans cesse : accessibilité, qualité et sécurité, mais aussi gradation, juste orientation et continuité des soins.

Le HCAAM préconise la création systématique de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et d'établissements de santé communautaires pour organiser la réponse de proximité. Les CPTS auraient pour objet

de fédérer l'ensemble des acteurs du premier recours ambulatoire, en permettant leur coordination et la complémentarité de leurs membres, afin d'assurer la prise en charge au long cours, et dans leur lieu de vie, des patients atteints de maladies chroniques et des personnes âgées. Les CPTS n'auraient pas vocation à inclure des établissements de santé, mais seraient articulées avec un nouveau type de structure hospitalière, les établissements de santé communautaires, assurant une ligne d'hospitalisation de premier recours, recentrée sur des activités de médecine polyvalente, avec une forte dimension gériatrique.

Le HCAAM, qui suggère de confier le rôle d'établissements communautaires à des structures aussi bien publiques que privées, ne tranche pas sur la question de leur appartenance aux actuels GHT.

Pour l'offre de recours et de référence, le HCAAM conclut à la nécessité de la regrouper autour de plateaux techniques de dimension pertinente pour le fonctionnement médical et la qualité des soins. Concentrant les ressources spécialisées, chargés de la prise en charge des épisodes aigus, du portage des moyens techniques, de l'expertise, ces établissements n'auraient plus à intervenir dans la prise en charge de proximité, sauf exception. Il reprend ainsi un objectif d'organisation graduée et structurée de l'offre de soins, allant du bassin de vie pour la proximité à des territoires de dimensions variables selon la nature et le niveau de recours et de référence. Il considère aussi que l'accroissement de l'activité, lié au vieillissement, au développement des maladies chroniques et à la prise en charge des besoins mal couverts, ne pourra être assuré qu'en réorientant les patients pour un juste soin au meilleur coût.

La force de cette vision repose aussi sur l'appel à construire collectivement un « nouveau socle de valeurs communes cohérentes avec les enjeux de notre temps ainsi qu'avec l'organisation proposée ».

Pour le HCAAM, cela conduit donc à reconsidérer et adapter les principes antérieurs issus de la charte de 1927 (liberté de choix du praticien, d'installation, de prescription...) à la lumière du regroupement des professionnels de la proximité, pour que l'exercice isolé cède le pas à un fonctionnement d'équipe avec les moyens techniques et les ressources nécessaires, favorisant la bonne orientation dans des parcours complexes, la pertinence des prescriptions, les décisions pluridisciplinaires, le partage des informations, pour permettre une meilleure égalité d'accès aux soins en tout point du territoire national. Pour que son scénario de rupture constitue la « révolution » nécessaire, le HCAAM incite l'État à assumer son rôle stratégique en matière de santé, par la mise en place d'une stratégie à moyen terme et d'un pilotage déconcentré, notamment à l'échelon régional, ainsi que par l'adoption de nouvelles méthodes d'action privilégiant simplicité et rapidité, participation, responsabilité et autonomie.

Dans la logique qui a présidé à leur création, le HCAAM préconise notamment de confier aux agences régionales de santé (ARS) une responsabilité plus affirmée de régulateur des services rendus à la population, au-delà de leur mission traditionnelle de contrôle des acteurs de santé. Le HCAAM souligne la cohérence d'une telle évolution avec un schéma de régulation du système dirigé par la demande et non plus par l'offre, comme c'est encore le cas aujourd'hui.

**L'analyse du SYNCASS-CFDT** : certaines réactions, en amont de la publication de l'avis et du rapport, se sont focalisées sur les missions et la place des établissements de santé et le périmètre des GHT, là où le sujet est bien la refonte du système de santé français dans son ensemble, reprécisant et renforçant les responsabilités de chacun. Toutes les parties prenantes soulignent que l'hôpital public est mis à mal par les restrictions de ressources et l'insuffisante régulation, qui se traduit par les impasses de la démographie médicale et les déserts médicaux.

Le schéma prospectif du HCAAM ne constitue pas une remise en cause de l'hôpital, mais confirme au contraire son rôle propre et exclusif, au bénéfice des usagers, dans une articulation cohérente entre la proximité, le recours et la référence, qui remet finalement bien davantage en cause l'organisation actuelle des acteurs de la proximité que celle du système hospitalier.

L'avis du HCAAM a le mérite de recentrer la question de l'évolution du système de santé à l'aune de sa mission : répondre aux besoins de la population, dans un objectif d'égal accès aux soins, à travers une vision territorialisée, qui distingue un pilotage stratégique à l'échelon national, une régulation régionale, et l'animation et la coordination au niveau local par les professionnels eux-mêmes, tant en ambulatoire qu'en établissement. Cette contribution doit aussi être considérée dans la continuité de ses travaux antérieurs sur la modernisation du système de santé et ses avis sur l'organisation de la médecine spécialisée et le second recours, la refonte des politiques de prévention et de promotion de la santé. ●

*Le schéma prospectif du HCAAM ne constitue pas une remise en cause de l'hôpital, mais confirme au contraire son rôle propre et exclusif, au bénéfice des usagers.*



## LA POSITION DU SYNCASS-CFDT

**Le SYNCASS-CFDT partage la préoccupation du HCAAM d'une organisation répondant à l'intérêt général, ainsi que les valeurs fondamentales qui guident ses préconisations.**

Les pistes qui y sont exposées méritent d'être discutées et approfondies, notamment sur les sujets de la coordination et du financement, mais elles reprennent des principes essentiels :

- urgence du décloisonnement ville/hôpital et entre les secteurs sanitaire, social et médico-social ; structuration d'une offre de santé graduée ;
- coordination et implication de l'ensemble des acteurs ;
- priorité à la prise en charge des pathologies chroniques et aux conséquences du vieillissement de la population ;
- pilotage et régulation de l'offre, de l'allocation financière et de l'investissement.

Ce « modèle » alternatif à des politiques historiquement segmentées permet de projeter un cadre d'exercice professionnel différent pour tous les acteurs, y compris

les directeurs, redonnant du sens à leur engagement au service des populations. En conjuguant ainsi régulation, coopération, responsabilité et participation des acteurs, le HCAAM fait le pari de l'engagement individuel et collectif. Force de propositions sur tous les sujets qui préoccupent les responsables qu'il représente, le SYNCASS-CFDT entend participer aux concertations menées sur les projets qui ont été annoncés par le président de la République.

Au-delà des cinq chantiers déjà ouverts dans la stratégie nationale de transformation du système de santé, il rappelle que l'État ne saurait le réorganiser, sans impliquer dans la définition des politiques publiques tous les acteurs concernés, et, au premier chef, tous ceux qui auront à en porter la mise en œuvre.



## Rapport HCAAM

# Transformation du système de santé et perte d'autonomie **Ou la petite mélodie des musiciens de la fanfare de Brême**

David CAUSSE  
Directeur  
du développement  
et des partenariats,  
Groupe SOS

Moins connu que le Petit Poucet, il est un conte des frères Grimm<sup>1</sup> délicieux, celui des musiciens de la fanfare de Brême. Avec la délicatesse pédagogique propre aux contes et aux fables, il nous enseigne que la solidarité et la complémentarité donnent une force considérable, quand bien même l'âne serait épuisé, le chien affamé, les dents du chat usées et le coq presque aphone à force de s'être égosillé. Ces musiciens mal en point ne savaient pas très bien comment ils iraient à Brême et de quoi ils se sustenteraient en chemin. Mais ils avaient bien décidé d'y aller ensemble, ce qui fit alors toute la différence.

Il m'est arrivé régulièrement de proposer cette petite histoire à des collègues éreintés ou à des amis découragés, pour indiquer une perspective, apporter une respiration. Ils n'exerçaient pas tous dans le secteur hospitalier, social et médico-social, public ou privé non lucratif; certains étaient aussi pharmaciens d'officine, médecins ou infirmiers en exercice libéral.

La petite musique du HCAAM suit les canons d'une composition classique en matière de rapports officiels: sommaire structuré, écriture

économe avec beaucoup de sens en peu de mots. Mais comme pour la musique de Mozart qui peut paraître aérienne et ensoleillée – ce qui est très souvent le cas – il est certains passages et phrases musicales dont l'ampleur et la gravité pourraient faire préférer à des auditeurs casaniers de «*ne pas les rencontrer le soir au fond des bois*<sup>2</sup>».

Tel est le cas du rapport du HCAAM pour contribuer à la transformation du système de santé adopté le 24 mai 2018. Par l'importance

1. Jacob et Wilhelm Grimm

2. Image que je dois à Brigitte et Jean Massin, grands musicologues.

de certains développements, il m'a fait penser aussi à la grande valeur de celui du 23 juin 2011, portant la contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées. Lui aussi a fait date et il méritera pour sa part d'être lu, relu, au regard des discussions à venir sur le financement de la perte d'autonomie.

Commenter, c'est choisir. Le rapport complet de mai 2018 fourmille de clés de lecture et de perches tendues aux décideurs publics et aux gestionnaires, mais le format du billet qui m'a été demandé impose de s'en tenir à la proposition de quelques angles d'analyse : relations ville-hôpital, urgences, gigantisme hospitalier et études de coûts seront mes choix.

## LES RELATIONS VILLE/HÔPITAL

Avec sa proposition d'hôpitaux communautaires, avec des équipes médicales mixtes, le HCAAM insiste à juste titre sur le rétablissement de liens étroits et équilibrés entre la médecine de ville et les établissements de santé publics et privés, en proximité. Je me souviens, un peu gêné *a posteriori*, de toutes ces transformations de vacations d'attaché qui étaient confiées à des médecins libéraux en postes de praticiens hospitaliers à plein temps. Elles ont été réalisées dans les années quatre-vingt, et dans la plupart des centres hospitaliers généraux ; et les Ddass approuvaient les délibérations à tour de bras. Quelle sottise stratégique collective ! Je n'étais alors qu'un jeune attaché de direction qui accompagnait avec entrain le mouvement imprimé par ses aînés. Mais pas d'excuses commodes, ni de désistement : j'avoue bien volontiers mon absence totale de compréhension, à l'époque, de l'impact délétère de la disparition des médecins libéraux dans les équipes hospitalières. Les hôpitaux publics se sont alors déracinés, écartés beaucoup trop fortement de leur biotope, de leur terroir. Peut-être un jour s'étonnera-t-on aussi de tous ces nouveaux hôpitaux qui ont abandonné les centres-villes pour aller se loger – civilisation de la voiture et du parking à foison – à la périphérie. Notamment si l'on jette un petit regard oblique sur ce qui se passe depuis quelque temps pour les hypermarchés, de moins en moins fréquentés, avec le grand retour de la supérette suffisamment achalandée et accessible à pied facilement par une majorité de clients. « *Ce sont les hommes qui font l'histoire, mais ils ne savent pas l'histoire qu'ils font.* »<sup>3</sup>

Pour en revenir à l'enjeu d'une plus grande porosité des équipes soignantes, salariées

et libérales, j'ai été en mesure, 25 ans après cette mode managériale folle d'éradication des vacations d'attaché, à apporter ma petite pierre, à poser quelques cailloux blancs pour réouvrir ces chemins. J'avais d'abord tenté de toiletter et relancer les « cliniques ouvertes », un dispositif alors oublié dans un recoin du code de la santé publique, dans le temps de mes fonctions de DGA de la FHF. Je fus ensuite et dans mes fonctions à la Fehap, avec Yann de Kerguenec<sup>4</sup> pour la FHP, inspirateur et promoteur dans la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009 d'un dispositif renouvelé qui a permis alors (et qui permet toujours) :

- à des établissements de santé privés non lucratifs et privés de statut commercial sous OQN<sup>5</sup>, de recruter des médecins salariés, (les établissements facturent alors les actes desdits médecins à l'assurance maladie) ;
- tandis qu'en miroir, des établissements de santé privés non lucratifs PSPH puis Espic et des hôpitaux publics peuvent honorer des praticiens libéraux exerçant une activité hospitalière en leur sein<sup>6</sup>, et ce sans passer par l'édification compliquée d'un GCS ;
- bref, le pragmatisme girondin du territoire et de ses contingences salariées et libérales a pu ainsi être accueilli dans le cadre qui demeure (trop) souvent d'inspiration très jacobine et monolithique de la législation hospitalière et des statuts.

Oui, le HCAAM a raison : une activité hospitalière ne peut pas vivre et perdurer sans l'existence – voire la résilience qui doit être soutenue attentivement – d'un tissu de professionnels de santé en ville. Et inversement il ne peut y avoir d'installations durables en ville sans des solutions d'imagerie et de biologie, un plateau technique anesthésique et une gamme de spécialités convenablement accessibles. Fût-ce ensuite par hélicoptère et vers la métropole régionale, s'agissant des activités rares et des situations suraiguës. Plus j'y pense, plus je me dis que cette affaire, cette symbiose – « *association biologique durable et réciproque entre deux ou plusieurs organismes vivants* » – est tout aussi indispensable sinon urgente pour tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux pour

*Les Ehpad constituent l'équipement le plus important en nombre et le plus réparti dans les territoires de notre boîte à outils sanitaires, sociaux et médico-sociaux.*

3. De Raymond Aron pour certains, Karl Marx pour d'autres.

4. Remarquable directeur juridique de la FHP de cette période. Aujourd'hui directeur du conseil national de l'Ordre infirmier.

5. Les établissements de santé privés non lucratifs fonctionnant sous OQN sont beaucoup moins nombreux que les ex-PSPH et ex-DG (financés comme les hôpitaux publics). Il y en a environ 80, sur 750. Le travail à la Fehap apprend un peu à tenir les deux bouts de cette ficelle...

6. Et aussi des paramédicaux, ce qui est moins connu, mais se pratiquera de plus en plus souvent sans doute.

## BIO David Causse

Directeur d'hôpital (24<sup>e</sup> promotion EHESP 1985-1987), diplômé de l'IEP de Bordeaux et licencié en droit, David Causse a exercé dans des établissements publics (CH de Saint-Germain-en-Laye, CHRU d'Angers) et dans des organismes privés non lucratifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (Fondation L'Elan retrouvé, Groupe Pro-BTP, Groupe SOS aujourd'hui). Il a également été consultant et formateur (CNEH) et a travaillé en fédération: à la FHF, dont il a été DGA, à la Fehap, son précédent poste, comme coordonnateur du pôle santé social. Il est également directeur pédagogique associé du MBA « directeur de structures de santé et de solidarité » de l'Institut Léonard de Vinci (92), et chargé d'enseignements au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam).

personnes âgées et pour personnes handicapées. Qui ne sont pas dépourvus d'initiatives déjà, ni d'arguments solides et durables pour co-construire des pôles de santé avec la médecine de ville, voire apporter une contribution aussi décisive que pragmatique à sa reconstitution en exercice regroupé: qui avec des locaux mis à disposition d'un cabinet de groupe ou d'une maison de santé pluridisciplinaire, qui avec une solution partagée de télémédecine. N'oublions pas ici que les Ehpad constituent l'équipement le plus important en nombre et le plus réparti dans les territoires de notre boîte à outils sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Alors, ces hôpitaux communautaires préconisés par le HCAAM peuvent-ils n'être que de statut public? Et être tous affiliés à un groupement hospitalier de territoire (GHT), pilote d'un ensemble territorial ainsi hiérarchisé? Poser la question, c'est déjà pouvoir passer au point suivant.

### LES URGENCES ET LA RÉGULATION MÉDICALE URGENTE

De nombreux auteurs ont déjà et largement souligné à quel point l'augmentation continue du recours aux urgences hospitalières – et l'engorgement qui en est synonyme – font symptôme. C'est un précipité de moult dysfonctionnements des différentes strates opérationnelles, localement, et décisionnelles, au plan régional et national. D'autant qu'une admission aux urgences peut à la fois être légitime, au moment aigu, et avoir été évitable si l'on s'était organisé autrement. Parce que chacun reste dans son couloir, en galopant de son mieux. Et naturellement, tout le monde s'essouffle à défaut d'être déjà exténué:

- les indications et répondus des professionnels de santé libéraux (lorsqu'il en reste encore) renvoient trop souvent vers les urgences: ce qui est regrettable mais peut se comprendre après des horaires hebdomadaires de travail qui voisinent souvent les 60 heures;
- les structures médico-sociales transfèrent parfois trop vite, faute d'un temps paramédical financé sur de larges plages de leur fonctionnement;

- l'hospitalisation à domicile, ou en structure médico-sociale, met souvent trop de temps à se déployer et peine à trouver des médecins traitants pour déclencher moult prises en charge, sachant que l'ouverture pragmatique apportée par le décret du 5 mai 2017<sup>7</sup> – à laquelle je m'étais attelé dans mes fonctions antérieures à la Fehap – n'a pas encore pu être réellement saisie (à bon entendeur...);

- et *last but not least*, les urgentistes et régulateurs médicaux de statut public comme leurs organisations nationales se plaignent souvent de manière véhémement du désistement des autres professionnels de santé... mais ne trouvez-vous pas frappant qu'ils puissent revendiquer en même temps et constamment le monopole territorial de cette souffrance? Refus de l'idée que des structures d'accueil des urgences plus modestes maillent le territoire avec des temps d'ouverture diurnes<sup>8</sup>, hors nuit profonde. Refus de toute ouverture d'un service d'urgences dans d'autres établissements de santé pour partager la charge de travail dans les agglomérations. Alors qu'il est évident que les trop grandes structures d'urgences qui dépassent 50 à 60 000 passages annuels seront très souvent et involontairement maltraitantes pour les usagers et leurs proches. Il est vrai que dans certains centres hospitaliers, 80% des admissions proviennent des seules urgences. On y tient alors beaucoup, absolument; c'est aussi regrettable que compréhensible localement. Mais cette addiction au recrutement par les urgences engage alors une spirale négative redoutable: la proportion excessive prise par les soins non programmés désorganise les services hospitaliers en continu, décourage les professionnels des autres spécialités, et disqualifie rapidement leurs activités de soins programmées – poussées à hue et à dia – aux yeux de la population et des correspondants de ville.

Fort du constat que prendre les problèmes toujours de la même manière reproduit toujours les mêmes effets ou, plutôt, absence d'effets positifs, il m'apparaît aujourd'hui urgent de rendre pleinement solidaires l'âne exténué et le chien affamé, les dents usées et le chant détimbré. Pour revenir à la belle métaphore des frères Grimm.

Vu de ma fenêtre, je rassemblerais bien dans un même GCS territorial les professionnels de santé salariés et libéraux concernés, les



hospitaliers publics et privés et leurs collègues médico-sociaux pour la gouvernance et la responsabilité territoriale partagées des urgences, des Smur et du Samu. Ils pourraient alors mieux se connaître et se comprendre, pour viser ensemble une diminution du recours aux urgences et aux Smur, ainsi qu'une amélioration de la pertinence des soins non programmés : le symptôme du recours et de l'encombrement a en effet le grand mérite de pouvoir aussi être reformulé comme un objectif de diminution, et cela constitue *de facto* un indicateur de performance territoriale collégiale. Cela signifie aussi que cette dynamique peut rencontrer un modèle économique cohérent. Alors comment construire la régulation de ce dispositif ? En l'adossant aux trois légitimités de synthèse pouvant conjointement inciter puissamment à sa co-construction territoriale, et porter si besoin des arbitrages difficiles en cas de conflits :

- l'État - avec la délégation territoriale de l'ARS - mais qui ne peut demeurer isolé dans cette régulation délicate, car il est désormais beaucoup trop perçu par les libéraux, les hospitaliers privés et les médico-sociaux comme l'avocat du seul secteur public hospitalier pour être en capacité de porter seul des arbitrages légitimes et entraînants pour tous ;
- les élus locaux, car aucun élu expérimenté donc réélu ou rééligible ne néglige la médecine de ville, les pharmaciens d'officine et l'offre hospitalière et médico-sociale ;
- les représentants des usagers, qui portent la capacité d'interpellation et la fraîcheur indispensables, ce dont les instances officielles aux propos souvent convenus ont absolument besoin pour mieux saisir les sujets, et se ressaisir dans leurs rôles et responsabilités.

C'est sur ce trépied que pourront se construire de nouvelles solidarités transversales indispensables à la revitalisation sanitaire et médico-sociale des territoires. Comme l'écrit très bien la Conférence nationale de santé dans son avis du 25 mai 2017, il n'est pas plus opportun de loger le moteur de l'animation territoriale dans les seules communautés professionnelles territoriales de santé après avoir imaginé le situer au sein des seuls GHT !

La place des usagers et de leurs aidants, c'est peut-être d'ailleurs l'un des points faibles du rapport du HCAAM de mon point de vue. Il me semble qu'il sous-dimensionne les différents effets de l'évolution culturelle en cours et des



nouvelles manières dont elle va s'exprimer dans le système de santé et d'accompagnement social et médico-social. Y compris dans la saisine rapide des effets potentiels positifs des nouvelles technologies (téléconsultations, lunettes connectées, etc.).

### LE GIGANTISME HOSPITALIER

Le rapport du HCAAM emploie le mot « gigantisme », ce qui rappelle les mots déjà écrits - mais en des termes plus diplomatiques - dans le rapport de la mission présidée par Gérard Larcher<sup>9</sup> : sur les risques de dés-économies d'échelle au-delà de 600 à 650 lits. Cela va sans doute faire frémir quelques collègues DH bien certains pourtant de leur légitime réussite professionnelle, à la tête de très grands ensembles hospitaliers. Avant même que les GHT ne surviennent de surcroît, d'ailleurs. La question sera peut-être jugée désagréable par quelques-uns, mais l'interrogation est ainsi placée au beau milieu de la table, et pour longtemps. Pour ma part, il me semble que si le management ne se prête jamais à des certitudes péremptoires, il est possible toutefois de relever des constantes :

- <sup>7</sup> JO du 7 mai 2017, le dernier portant les signatures du gouvernement précédent. Il permet aux HAD d'organiser des prises en charge avec le « médecin désigné par le patient », ce qui à défaut d'un médecin traitant identifié ou mobilisable, permet une mise en action rapide de l'HAD par le médecin coordonnateur de l'HAD et ses confrères.
- <sup>8</sup> Actuellement, la réglementation interdit l'affichage d'un accueil des urgences si celles-ci ne fonctionnent pas 7 jours/7 et 24h24, ce qu'oublie allègrement quelques projets régionaux de santé récemment publiés.
- <sup>9</sup> Rapport de concertation sur les missions de l'hôpital, 10 avril 2008, p. 34.

*Il faut sortir d'une approche monoculaire et savoir aussi regarder la dépense de soins de ville et hospitalière qui peut être engagée en parallèle, avec des tarifs soins trop tendus dans les Ehpad.*

*Dès qu'il y a mise en jeu de prélèvements obligatoires, oui, il est logique de mener des études sur le coût de production des prestations servies, ainsi qu'une analyse en continu du bien-fondé du niveau des financements forfaitaires de toute nature.*

- le présentisme comme l'engagement individuel vis-à-vis des collègues décroît en proportion inverse de la taille des organisations. C'est également le cas de la disponibilité du management général vis-à-vis du personnel et de l'encadrement intermédiaire pour savoir répondre rapidement par oui, ou par non si nécessaire, mais rapidement ;
- plus les entités sont de taille importante, plus l'énergie est d'orientation centripète, absorbée par les enjeux de fonctionnement interne et leurs arbitrages. L'écoute des signaux extérieurs comme les interactions avec l'environnement s'estompent.

Bien entendu, il s'agit de propensions naturelles, et non de fatalités. Certaines options organisationnelles peuvent les atténuer, à la condition de rester conscients du phénomène. La culture et l'intensité de la solidarité partagées par les décideurs et les cadres intermédiaires jouent alors un rôle crucial. Comme nous le content les frères Grimm. Il me semble que l'on ne peut sérieusement réfléchir à la qualité de vie au travail sans regarder attentivement ce paramètre de la taille des structures, leurs effets attendus comme les indésirables.

### **DU BON USAGE DES DENIERS PUBLICS, ÉTUDES DE COÛTS**

Le HCAAM propose enfin qu'un organisme public soit chargé d'établir les tarifs et nomenclatures des uns et des autres, de la ville comme de l'hôpital ou du médico-social, sur la base d'études de coûts méthodiques. Enfin! Dès qu'il y a mise en jeu de prélèvements obligatoires, oui, il est logique de mener des études sur le coût de production des prestations servies, ainsi qu'une analyse en continu du bien-fondé du niveau des financements forfaitaires de toute nature. Et aussi de les publier pour nourrir le débat autant démocratique que technique sur les résultats comme

sur les méthodes de leur élaboration : pas seulement concernant les tarifs hospitaliers. J'ai plaidé souvent ce sujet dans mes contributions antérieures au HCAAM, comme dans mon activité de suggestion parlementaire à la Fehap, pour faire survenir des études de coûts aussi dans le secteur social (AHI) et médico-social (Ehpad, puis Seraphin). Aussi étonnant que cela puisse paraître d'ailleurs, cela s'est joué à fronts renversés : la demande d'analyse et de transparence sur les coûts n'était pas la demande des administrations centrales, plutôt en résistance devant cette démarche d'objectivation initialement, mais des professionnels ! Cela m'a pris du temps pour parvenir à l'adoption dans la LFSS 2010 du 11° de l'article L.14-10-1 CASF<sup>10</sup> ! Cela m'a pris deux années aussi pour convaincre de la nécessité d'une structuration législative des études nationales de coût portées par l'Atih, pour le champ hospitalier (LFSS 2017). Cette méthode et cette transparence doivent concerner aussi tous les crédits Migac, le forfait structure et aides financières et fiscales des cabinets libéraux et de MSP, comme demain les aides financières aux CPTS. Pour ceux qui douteraient de l'importance de la proposition du HCAAM, je recommande la lecture de l'article de mes collègues enseignants du Conservatoire national des arts et métiers sur la valeur économique de l'acte chirurgical<sup>11</sup>. La Cnam-TS, ceux qui y siègent et y travaillent ont aussi du pain sur la planche ! Et puis il y a lieu aussi de toujours faire avancer d'un même pas les nomenclatures et tarifs, dans une lecture réellement transverse ville/hôpital. Nous avons connu tellement d'exemples contraires concernant la radiologie, les consultations externes. Nous avons aussi besoin de connaissances et d'intelligences transverses pour la juste définition des tarifs soins dans les Ehpad : il faut sortir d'une approche monoculaire et savoir aussi regarder la dépense de soins de ville et hospitalière qui peut être engagée en parallèle, avec des tarifs soins trop tendus dans les Ehpad.

En guise de conclusion provisoire, considérons simplement que pour se tirer d'affaire, tous les musiciens de la petite fanfare de Brême – chacun avec sa nature et ses difficultés singulières – avaient compris qu'ils étaient exténués tous autant les uns que les autres, qu'ils seraient logés à la même enseigne et que la direction à suivre était bien établie en commun, qu'elle était bien la même ! ●

10. Compétence de la CNSA pour mener des enquêtes nationales de coûts.

11. A. Sommer, J. de Kervasdoué, « La valeur de l'acte chirurgical selon la CCAM a-t-elle un fondement économique ? », *RH* n°52, juillet 2013.



## Stratégie de transformation du système de santé

# Un plan ambitieux, des moyens limités, une contrainte accrue

Le président de la République a présenté le 18 septembre les grandes lignes et les objectifs de la « stratégie de transformation du système de santé », rebaptisée « Ma santé 2022 ». Dans la conférence de presse qui a suivi, les ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur ont détaillé une batterie de mesures encore imprécises : renforcer l'offre de soins pour faciliter l'accès à un médecin de ville, désengorger les urgences hospitalières saturées, améliorer la qualité de la prise en charge et enfin répondre au malaise des soignants. Analyse...



**Dossier de presse**  
**« Ma santé 2022 »**  
**Un engagement collectif »**



## Commentaire

**Un plan annoncé comme « ambitieux », avec moins de moyens...**

**D**u côté des moyens, ce plan respecte la philosophie annoncée par Emmanuel Macron selon laquelle le système de soins souffre d'un handicap d'organisation. Ainsi, il est doté de 3,4 milliards d'euros pris dans le budget des dépenses de santé jusqu'à 2022, soit 850 millions d'euros par an. L'essentiel des crédits est orienté en direction de la réorganisation du système de santé : 1,6 milliard pour la structuration des soins dans les territoires en ville et à l'hôpital, 500 millions pour la transformation numérique et 420 millions pour l'évolution des métiers et la formation. Sur le total de 3,4 milliards, il ne reste que 920 millions pour l'investissement hospitalier...

**C**onsensuel dans les principes, « Ma santé 2022 » déploie des mesures décidées sans réelle concertation. Évitant l'obligation d'installation des médecins libéraux dans les zones les plus en difficultés, le programme n'en est pas moins contraignant pour les établissements publics qu'il emportera dans une vague de remodelage et de fermeture de services et en leur imposant des contraintes accrues. Le SYNCASS-CFDT vous livre son analyse.

## UNE STRATÉGIE QUI VISE À TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ

Le plan gouvernemental est porté par une forte logique de coopération pour créer une communauté de santé responsable et engagée au service d'un soin pertinent et de qualité. Ce principe traverse l'ensemble de la stratégie, depuis la coopération entre les professionnels au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) renforcées pour un exercice médical plus collectif et coopératif, jusqu'à la coopération entre les hôpitaux tous statuts confondus, en passant par la formation des professionnels dans un même creuset pour apprendre à travailler ensemble, puis à des modes de rémunération forfaitaires qui associent les acteurs d'une démarche globale de soins.

**Cet ensemble a la vertu d'une volonté de cohérence**, inspirée du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), pour organiser le système de soins futur, et cela mérite d'être souligné positivement. Mais le gouvernement **n'a que peu de réponses probantes de très court terme** et il maintient une totale continuité politique dans l'allocation des ressources à court et moyen termes, dans le renforcement de la logique intégrative des établissements publics de santé par les GHT, dans celle issue de la loi HPST pour la gouvernance du système et dans la faible articulation des politiques sanitaires et médico-sociales.

Le SYNCASS-CFDT reconnaît l'ambition de certaines mesures dans une dynamique cohérente, qui va de la réforme des études médicales et la suppression du *numerus clausus*, de la première année commune aux études de santé (PACES) et des épreuves classantes nationales informatisées (ECNI) et se déploie dans l'exercice professionnel avec la mise en place de 1000 CPTS, devenant le cadre d'un exercice collectif. La création de 4 000 postes d'un nouveau métier d'assistants médicaux, réservé à l'exercice regroupé de ville, et la reconnaissance de compétences élargies des infirmiers de pratiques avancées ou des professionnels de santé engagés dans des protocoles de coopération ont pour ambition de redonner du temps aux médecins. **Cela conduira-t-il pour autant à des installations dans les déserts médicaux ?**

**Cependant le SYNCASS-CFDT déplore l'absence de vision réaliste pour l'hôpital** et la poursuite de la logique intégrative des GHT, mal calibrée, qui n'a guère fait ses preuves et qui complexifie la gestion. Bien sûr, la cohérence permise par un projet médical partagé est utile et certaines mutualisations peuvent l'être, mais les montages retenus organisent, sans le dire, la logique de fusion au risque de structures bureaucratiques. **Le renforcement de la pression budgétaire est devenu insoutenable et compromet l'avenir.**

*La carence majeure du projet gouvernemental est d'organiser le futur sans gérer le présent : les prochaines années seront encore plus dures pour les établissements, au risque de ruptures. Suppressions d'emplois, reports d'investissements et déficits sont les perspectives immédiates.*

Les réformes des statuts médicaux donnent une certaine « souplesse », par la simplification du statut des PH et la suppression du concours, réduisant les procédures au profit de l'efficacité dans la gestion des ressources médicales. La facilitation du recrutement de médecins contractuels, tout en restant encadrée, évitera également l'insécurité juridique dans des recrutements inévitables pour la continuité des soins. La gestion des ressources humaines médicales s'en trouvera confortée, pour mieux se préoccuper des conditions de travail des médecins et rétablir l'attractivité du secteur public. En revanche, sauf pour les infirmiers en pratiques avancées, l'immobilisme statutaire sera la règle pour les personnels non médicaux et les directeurs.

Le SYNCASS-CFDT note avec intérêt le projet de mise en place d'accords majoritaires sur l'organisation du travail, la qualité de vie au travail, la politique de l'emploi, la formation et la promotion professionnelle, l'action sociale ou la protection sociale.



Le gouvernement prend enfin en compte les travaux inexploités du « Pacte de confiance », auxquels la CFDT a largement contribué. Mais

si ce cadre mieux formalisé est utile, la pression budgétaire sur les établissements ne facilite pas cette modernisation du dialogue social.

## L'OUBLI DES PRINCIPALES PRÉOCCUPATIONS DES HOSPITALIERS

**Le principe consensuel de coopération qui guide la stratégie de transformation bouleverse, sans discernement, le paysage hospitalier par la concentration des établissements. Les conséquences n'en sont pas évaluées et menacent un équilibre de plus en plus fragile.**

- La logique intégrative est imposée par la centralisation de la gestion du personnel médical sur les établissements supports, par la mise en place d'une « CME de groupement » aux compétences élargies (ce devrait être une CMG – commission médicale de groupement), par un droit d'option vers la fusion « pour ceux qui veulent aller plus loin dans l'intégration ». Le GHT intégratif se trouve ainsi acté. Si les mutualisations sont « emballées » dans l'objectif louable de soins mieux coordonnés, ce sont bien des économies qui sont attendues, avec la fermeture de

services et la redistribution des autorisations d'activité. Penser que la gestion centralisée des médecins ferait disparaître le « mécano administratif » fait partie de la pensée magique des pouvoirs publics. Et les périmètres géographiques de nombreux GHT ont été fixés dans une perspective de coopération entre établissements, pas en vue d'une fusion qui aboutirait à des structures hypertrophiées, au risque de surcoûts et non d'économies.

**Pour le SYNCASS-CFDT, il est urgent de reconsidérer le modèle des GHT pour éviter de créer des monstres bureaucratiques dont la bonne gestion se trouverait finalement compromise.**

- La réforme succinctement évoquée du régime structurant des autorisations ne peut qu'accélérer la concentration des activités et

des ressources et précipiter une transformation radicale de la nature, de l'activité et de la taille des établissements actuels. Le plan lie sans ambiguïté l'organisation des ressources des établissements à leur positionnement dans chacun des trois niveaux de soins : de proximité, spécialisés et ultraspecialisés. Les chantiers ouverts, tant sur l'hôpital de proximité que sur « le CHU de demain » laissent augurer une nouvelle réforme, dont les contours sont incertains, et qui remettrait en question les rôles, les statuts, la gouvernance et le management.

- Les CPTS sont un niveau utile pour décloisonner le système, favorisant l'accessibilité par la proximité et la polyvalence. Le regroupement d'acteurs de santé d'un territoire et l'articulation avec les « nouveaux » hôpitaux de proximité et le médico-social, peuvent élargir l'offre locale à

la permanence des soins, aux « petites » urgences, à l'orientation du patient, au maintien à domicile, pour limiter les recours non pertinents à l'hôpital, en particulier pour les urgences et les actes inutiles ou redondants.

En choisissant de ne pas prendre la voie de la contrainte réglementaire et en s'engageant encore dans celle de l'incitation vertueuse, le plan d'actions parie sur la responsabilité et l'intérêt bien compris des professionnels, dans un esprit gagnant-gagnant. Mais ce pari est risqué, car la montée en charge sera lente et les modalités de financement ne sont pas clarifiées, laissant aux acteurs la responsabilité de la coordination, sans autre accompagnement que le soutien financier quand le rapport produit récemment par l'Igas préconise un « accompagnement très incitatif sous la responsabilité des ARS ».

*Il est loin d'être établi qu'une reprise très progressive d'activité par la ville suffira à désengorger l'hôpital, qui doit conserver les moyens d'éviter le risque d'une rupture des soins à la population.*

● La question du financement du système de soins est centrale et elle n'est pas du tout traitée. D'abord, passer l'Ondam à 2,5% ne le place pas à la hauteur de l'évolution des charges, chiffrées à 4%. Il faudra donc subir des coupes supplémentaires de ressources, par de prétendues « économies », et même si les tarifs 2019 restaient au niveau de 2018, le gel prudentiel en limitera la portée.

**Ensuite, cela n'entérine pas d'amélioration, tout au contraire :** la définition d'un Ondam à 2,3% tablait sur une inflation de 1,7%, soit une marge de 0,6 point. L'inflation étant désormais estimée à 2%, la marge n'est plus que de 0,5 point, non seulement pour financer l'existant, mais pour ajouter les mesures nouvelles de la stratégie de transformation du système de santé. Il faudra donc les prendre sur la base...

● Sans plus de précision sur les travaux en cours de la *task-force* sur le financement et la régulation du système de santé, on découvre néanmoins, dans un entrefilet en bas de page, l'annonce d'un modèle à venir de financement spécifique concernant les outre-mer qui laisse

perplexe. Les enjeux de santé publique de la population de ces territoires et les établissements méritent mieux que l'enchaînement de vagues promesses au fil de plans et de stratégies sans suite.

C'est pourquoi les présentations savantes du financement de « Ma santé 2022 » sont largement aléatoires, tout comme les prétendues marges de manœuvre dont disposeraient les acteurs.

 **Pour le SYNCASS-CFD, il est devenu impossible de faire face, dans des conditions acceptables, à la progression des charges, qui doit intégrer la croissance et le vieillissement de la population et du recours aux soins qui en résulte, le progrès technique et médical, le GVT, les mesures nationales décidées par l'État. En sachant que l'enveloppe de ville a été dépassée ces dernières années, chacun devine à qui on demandera les efforts. La « performance » des hospitaliers est d'avoir tenu jusqu'ici. Serrer encore la masse salariale est-il soutenable ? Où est la pause promise par le chef de l'État ?**

## DES ZONES D'OMBRE QUI NOURRISSENT L'INQUIÉTUDE

La formulation d'un changement de paradigme faisant du système de santé le « pilier de notre État providence » est séduisant. Mais que sont devenus le service public hospitalier et les missions qu'il assure ? Selon le dossier de presse, l'engagement des professionnels pour assurer la permanence des soins prendra la forme d'un contrat avec les ARS et conditionnera les financements et les autorisations d'activités. Le service public restera-t-il inscrit dans le code de la santé publique, avec sa garantie du service à tous et de sa continuité ? L'écrire et pouvoir le lire eût été préférable !

● Laisser aux acteurs la responsabilité et le devoir de s'organiser ne doit pas désengager l'État de la sienne. Un ensemble normatif cadrant suffisamment les missions et les exercices est un préalable

à la logique contractuelle et à des frontières estompées entre les exercices. Ainsi, si la mixité de l'exercice médical individuel s'étend aux activités en établissement, appelées « hospitalières », il reste nécessaire de s'inscrire dans les règles et le statut des structures, même si c'est au titre de la complémentarité et de la coordination et non de la concurrence et à travers des conventions et des contrats.

● Comment les établissements sanitaires et médico-sociaux pourront-ils gérer l'immédiat,

avec des ressources humaines et financières suffisantes, alors que les premiers fruits de la réforme nécessiteront des années et que les intentions gouvernementales sur la dépendance ne sont pas connues ? L'État doit rendre viable la transition, durant les 5 à 10 ans nécessaires pour aboutir à un modèle restructuré.

● Le plan d'actions aborde la question du management des hôpitaux, dont le partage de la décision avec le corps médical. Le copilotage entre les CME, les chefs de pôle et les directions existe déjà

*Aucun agent, de l'ASH au directeur, ne peut plus se contenter de lendemains qui chanteraient. C'est d'une respiration concrète dont les établissements ont besoin, car ils sont à bout.*

et il fonctionne, non seulement parce qu'il a été organisé en droit, mais par l'intelligence des acteurs. Et c'est bien ce qui a permis à l'hôpital public de tenir le cap et de s'adapter comme aucune autre organisation publique n'a eu à le faire depuis vingt ans. Quelques situations de blocage ne sauraient le faire oublier.

**Pour le SYNCASS-CFDT, il serait dommage de fragiliser inutilement la gouvernance en rouvrant des sujets de conflits. Pour plus de fluidité, mieux vaut revoir le fonctionnement des GHT.**

● Le plan conforte les ARS dans leur rôle de régulation et d'incitation, alors que la fusion des régions les a souvent éloignées davantage du terrain. Même à travers des délégations territoriales renforcées, cela a complexifié le dialogue de gestion et reporté des arbitrages sur les établissements et les acteurs. Poursuivre parallèlement la concentration des décisions à travers l'intégration des hôpitaux dans les GHT ne garantit ni la prise en charge de la diversité des besoins, ni la motivation des équipes de soins qu'on éloigne de plus en plus des centres de décision. Raccourcir « la chaîne managériale », comme les auteurs la loi HPST l'avaient déjà recherché, ne peut suffire de grille de lecture. La force de la fonction publique hospitalière est d'être une fonction publique d'établissements, pas la fonction publique de l'État !

● Le message de confiance adressé aux directeurs par le président de la République en introduction de son discours, n'apparaît pas dans le plan « Ma santé 2022 », qui élude la situation des responsables des établissements et l'évolution de la fonction de direction. Les projets portés dans le cadre de la transformation de l'action publique ne leur apportent guère de soutien, comme s'ils étaient des pièces détachables et interchangeables. La tentative récente de généraliser le recrutement

contractuel pour les fonctions de direction des trois versants en a été un signe tangible, tandis que certains directeurs généraux d'ARS voudraient revoir les modalités de recrutement pour avoir des directeurs à leur main.

*Au lieu de pointer la défaillance supposée du management là où les arbitrages nationaux sont irréalistes, les responsables des établissements méritent que leurs statuts soient confortés.*

● Il aurait été utile que le président ou le gouvernement s'engagent dans une autre simplification, celle des statuts de direction, passant par l'unicité statutaire des corps de DH et de D3S et l'alignement du statut des directeurs des soins sur les directeurs adjoints. Au vu de ce qui leur est demandé, cette évolution attendue reste légitime et urgente.

**Pour le SYNCASS-CFDT, il est grand temps de traduire dans la rédaction statutaire ce que les collègues vivent dans leur quotidien, et simplifier ainsi la gestion nationale et locale.**

● L'implication des directeurs et des équipes, portant à bout de bras le management pour maintenir la qualité et la sécurité des prises en charge, doit obtenir en retour la considération de leurs compétences et le soutien de leurs efforts et de leurs parcours professionnels. La digression du président de la République lors de son discours sur son souhait de voir confier aussi la direction des établissements à des médecins montre que la complexité et la technicité des fonctions de direction restent mésestimées.

**Pour le SYNCASS-CFDT, il ne faut pas confondre le souhait légitime des médecins de peser dans les décisions qui les concernent et l'exercice des responsabilités de la fonction de direction.**



## Commentaire Et sur les Ehpad ?

Mis à part quelques mesures ciblées sur les Ehpad et une volonté de décloisonnement affichée, le secteur médico-social est largement absent de la stratégie « Ma santé 2022 », renvoyant aux conclusions des concertations sur la réforme de la prise en charge de la dépendance ouvertes début octobre, pour une loi annoncée en 2019...

## LE FLOU À LEVER SUR LA RÉFORME DES ÉTUDES ET DES FORMATIONS

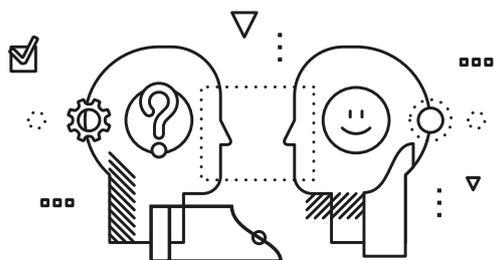
**Pour l'accès aux métiers et à la formation, le SYNCASS-CFDT soutient les aspirations déjà exprimées lors de la Grande Conférence de santé en 2015 à laquelle il avait participé. Leur reconnaissance dans les engagements du gouvernement est positive, mais les réponses apportées méritent mieux.**

● La suppression du *numerus clausus* pour les professions médicales ne se comprend que si l'on sait quels seront les effets futurs. Les études médicales resteront sélectives, sans le gâchis humain du couperet dès le début du cursus. Mais cette annonce politique n'est pas très différente de « numerus apertus » évoqué et repris par la presse. Maintenir mais relever le plafond aurait eu moins

d'effet médiatique. Pourtant, rien n'est annoncé sur la progression réelle qui sera peut-être modeste, selon la capacité des facultés et écoles et la disponibilité des terrains de stage.

● Pour le SYNCASS-CFDT, la perte d'attractivité des métiers paramédicaux a sans doute d'autres causes que celles avancées par le gouvernement. La possibilité du sentiment de bien faire son travail disparaît, faute de temps disponible pour les soins à réaliser. Avec la pénibilité qui résulte de la pression, c'est l'un des motifs centraux de la désaffection pour certains métiers, qui s'ajoute à la faiblesse de certaines rémunérations. À ces facteurs de découragement, la refonte des études ne répondra pas.

*Le SYNCASS-CFDT déplore le manque de concertation, qui ne peut se satisfaire d'un appel à contribution numérique et de rencontres à la sauvette avec les représentants des professionnels. La méthode de consultation des acteurs pour définir plus précisément les mesures et les traduire en droit ne peut être organisée dans le droit fil de celle, très insuffisante, qui a conduit à la définition de ce plan. C'est pourtant ce que prévoit le dossier de presse de la ministre de la Santé.*



## Commentaire

### Quid de la psychiatrie ?

**C**omment rebâtir notre système de santé pour les 50 prochaines années tout en faisant l'impasse sur la psychiatrie et la santé mentale ? Une simple allusion aux situations d'urgence. Des mesures d'urgence qui restent à cette heure à préciser, alors que les annonces détaillées de « Ma Santé 2022 », un peu plus tard le jour même par la ministre de la Santé, ne portent pas véritablement sur le court terme. Les seuls éléments financiers évoqués par le ministère à cette occasion ont concerné un nouveau fonds consacré à l'innovation, seule mesure véritablement inédite dévoilée le 18 septembre... Les attentes restent donc très importantes pour les collègues du secteur.

● Le SYNCASS-CFDT est favorable à certains ajustements proposés depuis longtemps, notamment la recherche d'un travail plus collaboratif fondé sur un apprentissage partagé, que la structuration des études infirmières permet déjà au cours des stages d'application. Il regrette cependant qu'ils n'aient pas reposé sur un diagnostic partagé, car évaluer le modèle actuel avec l'ensemble des acteurs concernés et le réajuster aurait été plus pertinent que la précipitation vers une universitarisation « miraculeuse » des professions paramédicales. Les passerelles, appelées à juste titre à se développer entre les premiers cycles des études en santé réformés, n'en auraient en rien été empêchées.

● Le SYNCASS-CFDT rappelle que la formation des directeurs et attachés à l'EHESP mérite aussi le regard des pouvoirs publics, tant pour veiller à la pérennité du modèle de formation des futurs responsables hospitaliers, que pour favoriser le développement de la formation continue dans tous les établissements et revoir le régime indemnitaire des élèves des trois concours.

➤ La formation est un volet essentiel des politiques de santé, car elle constitue un investissement indispensable pour tous les secteurs du système de soins. Ses évolutions nécessitent d'être mieux concertées, pour impliquer concrètement tous les acteurs.



## En conclusion

Pour donner des chances de succès à un plan sur le long terme, le SYNCASS-CFDT attend du gouvernement qu'il précise ses projets, qu'il réponde aux préoccupations des professionnels, qu'il lève les zones d'ombre qui subsistent, qu'il intègre dans les arbitrages la gestion de la phase de transition indispensable. Cela passe par une concertation étroite, notamment avec les syndicats de directeurs, qui auront à appliquer cette politique et à en assumer les exigences et les risques.



## Regards croisés

# Médecins hospitaliers : demain, une carrière ?

Propos recueillis  
PAR YVAN LE GUEN

L'évolution de la démographie médicale préoccupe particulièrement le SYNCASS-CFDT, que ce soit les difficultés d'accès aux soins relevées dans certaines disciplines ou l'apparition de zones géographiques de raréfaction du corps médical.

La résorption des déserts médicaux est un enjeu de santé publique majeur. Quelles sont les aspirations de ces nouvelles générations de médecins ? Que peut offrir l'hôpital à ces praticiens ?

Interviews croisées d'un jeune PH et d'un chef d'établissement.

### **Quelles sont les attentes des jeunes médecins (reprises pour certaines par l'ensemble de la profession) ?**

**Maxime MORIN** Elles sont connues et ne sont pas nécessairement propres au milieu hospitalier, elles traversent toute la profession: un exercice professionnel diversifié, plus varié au sein même de l'hôpital, voire mixte (public/privé ou sous différentes formes de salariat), pouvant évoluer au long de la carrière en fonction des moments de vie, de disponibilité ou de souhait d'engagement; un temps de travail maîtrisé; une pénibilité (impact de la permanence des soins) moindre ou davantage partagée; l'accès aux droits sociaux et syndicaux.

On constate aussi, par rapport aux générations précédentes et en lien avec l'évolution sociétale générale, une attente plus forte de reconnaissance (pas uniquement

matérialisée par le seul « statut social » du médecin notable), une réflexion plus prudente vis-à-vis de l'engagement durable, envers une clientèle comme envers un établissement, que constitue l'installation en ville ou l'entrée dans la carrière hospitalière, et une mobilité qui était moindre, voire inexistante précédemment. Cette modification est due en partie à la question du choix - « je reste où je suis bien, je pars si cela ne me convient pas » - mais aussi au grand nombre de propositions de postes disponibles partout sur le territoire. Cela découle aussi de la sociologie professionnelle : plus de couples comptant deux actifs; féminisation de la profession, sachant que les femmes sont plus amenées statistiquement à suivre leur conjoint que l'inverse; un rapport au temps long et à l'engagement (refus de CDI pour conserver sa liberté) qui marque tous les milieux professionnels.

*« La rémunération des débuts de carrières hospitalières doit être revue sans délai pour redonner du souffle à l'attractivité de la carrière. » Maxime Morin*

Ces manières d'aborder l'exercice professionnel ont des conséquences fortes sur le système : allongement du maintien dans la position de remplaçant en ville, souhait d'exercer en mode collectif voire pluriprofessionnel, choix de l'intérim dès le début de carrière, affirmation d'une « liberté » par rapport aux contraintes que sont les plannings d'équipe, les congés non choisis, la nécessité d'assurer la continuité et la permanence des soins ou la bonne couverture territoriale de l'accès aux soins.

**Sébastien ABAD** Les attentes des jeunes médecins sont plurielles. Elles présentent certes des points communs avec les aspirations qui furent celles de leurs aînés, mais également des différences et c'est sur ces dernières que nous pouvons nous concentrer. En effet les points communs sont connus. Les différences reflètent sans doute mieux le climat d'une époque. Point de « sinistrose » ni d'outrance pourtant, mais au contraire un regard réaliste sur ce que peuvent être leurs attentes.

Les jeunes médecins souhaitent œuvrer dans un environnement plus serein et qui ne soit pas perpétuellement contraint. Que des contraintes existent, c'est inévitable et inhérent à un système où le collectif prime sur l'individuel. Mais les tensions s'accumulent parfois au-delà du concevable : tensions sur le nombre de lits, tensions sur la durée moyenne de séjour devenue performative avec l'IP-DMS<sup>1</sup>, tensions sur les investissements, tensions sur le nombre d'internes affectés au service, tensions au sein des secrétariats, tensions au bloc opératoire... On frôle l'hypertension maligne. Revenir à un juste équilibre entre les devoirs et les droits s'impose.

Ils souhaitent aussi plus de flexibilité dans leur carrière alors qu'on semble actuellement assister à la tendance inverse avec des surspécialisations incarcérantes. D'ailleurs qu'est-ce qu'une carrière ? Se fait-elle encore dans un seul et même établissement tout au long de sa vie professionnelle comme c'était souvent le cas auparavant ? Ces mutations, qui sont la règle dans les corps de direction, se doivent d'être accompagnées. La carrière implique la capacité ou plus exactement la possibilité de se

projeter sur un temps long. Est-ce encore possible ? Est-ce encore possible en cette période de transformations permanentes aussi bien conjoncturelles que structurelles, parfois plus subies que décidées ? Mais alors que proposer ? Une réflexion sur le post-internat et le développement d'un suivi confraternel des projets professionnels, individualisés au sein des pôles et services, sont des mesures qui ne peuvent plus être différées.

Peut-être touche-t-on à la différence qui existe entre le métier et la profession, entre l'acquisition d'un savoir être et d'un savoir-faire ? Retrouver un fil conducteur. En ce sens, la notion de carrière est fondamentale plutôt que le rapiéçage informe qui fait d'une ressource un simple outil.

La plupart des jeunes médecins souhaitent retrouver un « hôpital académique » plutôt qu'un « hôpital entreprise » où ils ont perdu tous leurs repères. Ne plus être un simple numéro et se sentir respecté. Ils souhaitent pouvoir être formés de manière continue. Mais encore s'agit-il de clarifier un développement professionnel continu qui demeure illisible pour ne pas dire incompréhensible.

### **Quelles sont les attentes de la société, des usagers et des institutions (parmi lesquelles les établissements de soins) ?**

**Maxime MORIN** Les élus comme les usagers souhaitent ardemment le maintien du principe, mais surtout de ses déclinaisons concrètes, de l'égal accès aux soins pour tous.

S'ils sont sensibles aux notions de qualité et de sécurité des soins, revendicatifs quant à la prise en compte et au respect de l'utilisateur citoyen dans son orientation et sa prise en charge comme dans la répartition de l'offre de soins sur le territoire, ils sont également capables de se déplacer pour aller spontanément (ou de manière dirigée) vers les centres de recours et de référence qu'ils considèrent comme mieux à même de répondre à leurs besoins.

Les établissements tentent de leur côté de fonctionner en affrontant de très grandes incertitudes sur la ressource médicale « sûre » dont ils disposent. Les conséquences en sont connues et sont très critiquées : fermeture de services inopinée pour des durées non maîtrisées, SMUR « à éclipse », ajustements capacitaires, été comme hiver, contraints par la disponibilité médicale, allongement des délais de rendez-vous et incidemment « fuites » de

1. Indice de performance-Durée moyenne de séjour.

patients du territoire quand ne s'ensuivent pas des retards de prise en charge.

Pour assurer le respect de leurs missions de service public, qui incluent notamment la continuité de service, ils souhaiteraient retrouver la stabilité de la ressource nécessaire à leurs activités.

**Sébastien ABAD** Les usagers veulent des soins de qualité, faisant appel aux technologies les plus récentes et au respect des recommandations des sociétés savantes, avec une sécurité bien entendu optimale. Les institutions souhaitent une lisibilité de l'offre de soins et de sa permanence, avec une accessibilité de proximité aux plateaux techniques et ce surtout en France, y compris dans les zones les plus rurales. Un vœu pieux alors qu'«on» ne cesse de rationaliser en amputant çà et là, souvent sans concertation avec les soignants, les compétences de tel ou tel établissement au nom de la devenue sacro-sainte qualité. Les indicateurs n'ont-ils pas remplacé le bon sens ?

Sur le terrain, il est évident que l'hôpital a un rôle à jouer en venant compléter la médecine de proximité. Nous nous devons de conserver un système de soins humainement performant et équitable. Mais il a besoin de moyens !

Et n'oublions pas que pour être bien soigné, il faut des médecins qui soient eux-mêmes en bonne santé et en accord avec leurs principes, ceux-là mêmes qui leur ont fait «embrasser la carrière». Le nombre de *burn-out* témoigne de l'épuisement et de la perte de sens subis.

De même, la question de la précarité, parce qu'elle existe à l'hôpital en particulier chez les médecins étrangers, doit être traitée. Il en va de l'intérêt de tous et de la sécurité des soins.

### **Comment les attirer et les conserver au sein de l'hôpital public ?**

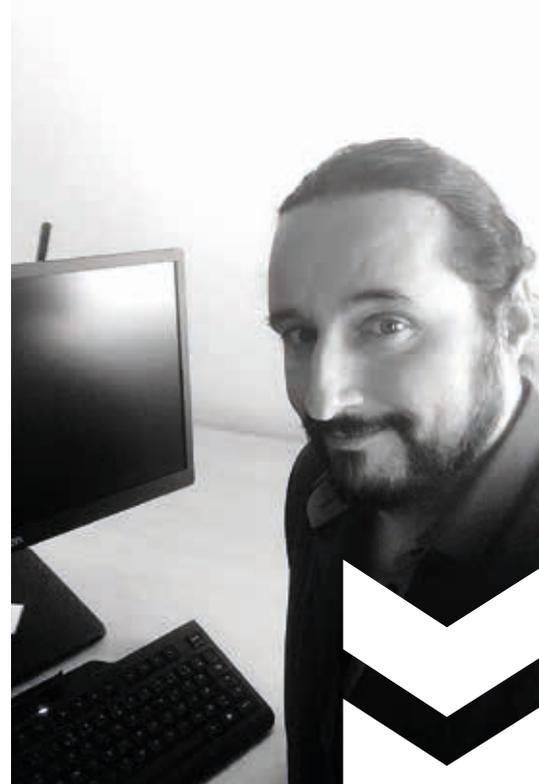
**Maxime MORIN** Il s'agit concrètement de créer les conditions d'un « choc d'attractivité » autour duquel de très nombreux acteurs concentrent leurs propositions.

Pour ce faire, il faut corriger certains archaïsmes statutaires. En premier lieu, en proposant d'amples mesures de simplification : fusion des statuts PHTP et PH TPA (encadrée pour que le temps réduit ne soit pas la porte ouverte à tout type d'exercice complémentaire, mais ouvert notamment aux nouveaux modes d'exercice en développement (centres de santé, salariat privé, exercice libéral, appui au secteur social et médico-social ; personnes âgées, handicapées,

enfance...); la réduction des statuts de contractuel trop nombreux et pas assez souples en matière d'intégration de carrières autres qu'hospitalières (reprise d'ancienneté, retour dans la carrière après contrats de clinicien, etc.); la révision simplifiée des conditions d'accès à l'autorisation d'exercice pour les médecins à diplôme étranger.

Ce travail réglementaire qui permettrait de mieux définir les deux grands modes existants d'exercice en établissements public de santé (le statut et le contrat) doit aussi s'accompagner d'une refonte des grilles. Les premiers échelons du statut de PH sont quasi « inutiles » et l'intérim s'est aussi développé sur les « brisées » d'un plafonnement contractuel qui ne répond pas aux situations aujourd'hui rencontrées sur le terrain (par exemple le choix d'exercer principalement comme remplaçant, par choix de vie et d'exercice, ce qui est différent de la « pige » intérimaire). La rémunération des débuts de carrières hospitalières doit être revue sans délai pour redonner du souffle à l'attractivité de la carrière. Les dispositions contractuelles doivent être plus souples, tout en restant régulées – ce qui a déjà été initié par exemple avec les contrats de cliniciens – en étant reliées au différentiel d'effectifs et de difficultés de recrutement des territoires et des établissements – pour éviter la « prise d'otage » de l'intérim.

**Sébastien ABAD** Avant de se demander comment attirer ou conserver nos confrères dans l'environnement hospitalier, sans doute faudrait-il d'abord s'interroger sur ce qui les fait partir ? Sans noircir le tableau, on constate que le développement de projets professionnels cohérents est souvent plus long et difficile à l'hôpital que dans les structures privées. Les étapes à franchir sont souvent nombreuses et redondantes. Et plus l'hôpital est important, plus la pyramide s'avère pentue et élevée. Il en est de même pour la recherche. Obtenir le matériel nécessaire, alors que les fonds ont été alloués (ce qui n'est pas évident non plus), est souvent long et fastidieux. Consulter dans de bonnes conditions s'avère également



## **BIO** Sébastien Abad

Praticien hospitalier au centre fédératif « Douleur, soins de support, éthique médicale » au CHU de Nantes.  
Conseiller syndical au SYNCASS-CFDT depuis 2016.



## BIO Maxime Morin

Niortais de naissance, rochelais d'adoption, bordelais (IEP) de formation, Maxime Morin est issu de la promotion 1992-1994 de l'EHESP.

Adjoint aux finances à l'AP-HP puis DRH à Mâcon, il est chef d'établissement depuis 2007, de Provins puis de Cherbourg (établissement support de GHT). Il est également membre du bureau de la CNDCH et anciennement délégué régional FHF Basse-Normandie.

Après un parcours militant au sein du conseil syndical du SYNCASS-CFDT, il en devient le secrétaire général adjoint en 2016.

de plus en plus compliqué. Par manque de locaux et de temps dédié. Parmi les plus convaincus, de plus en plus jettent l'éponge.

Il va falloir rapidement clarifier le statut des praticiens hospitaliers qui, comme le DPC, est complexe et quelque peu suranné. Et si des mesures incitatives sont mises en place pour l'entrée dans la carrière, il conviendra de ne pas oublier ceux qui sont à mi-parcours. La diversité des missions, dont l'enseignement et la recherche, doit être mieux reconnue.

La rémunération devient un élément non négligeable lorsque l'hôpital réfère de plus en plus au vocabulaire de l'entreprise. Un forfait d'astreinte opérationnelle à

42,64 € (brut) passant à 239,83 € (brut) en cas de déplacement de cinq heures cumulées est représentatif de l'écart qui existe entre le public et le privé. Le message du SYNCASS-CFDT à ce propos est clair : une rémunération juste et adaptée, tenant compte de nos responsabilités et de la pénibilité de nos exercices professionnels en améliorant nos garanties sociales.

Encore une fois, concernant le droit à la formation, en offrir non seulement les moyens mais également le temps.

### **Une intelligence territoriale pour revitaliser la formation et la GPEC ?**

**Maxime MORIN** L'examen des besoins en termes de ressources médicales doit progressivement aller vers une expression et un compromis entre les acteurs de terrain. La connaissance actuelle au niveau national de la réalité des moyens médicaux engagés dans les services des établissements est partielle (au-delà de la seule vacance statutaire, la position d'activité et les différents modes d'exercice contractuels ne font pas l'objet de recensement exhaustif). Les décisions sur le nombre de professionnels à mettre en formation sont dessinées à un niveau macro d'autant plus insuffisant que les étudiants sont ensuite libres de s'installer où ils le souhaitent.

La subdivision universitaire est le bon périmètre décisionnel, à la condition d'intégrer autour des responsables universitaires de spécialité l'ensemble des acteurs (ARS, élus, ordre, URPS, établissements, étudiants). Ce travail doit être impérativement relié à la définition des lieux de formation en mixant l'impératif de qualité pédagogique et d'encadrement avec la nécessité d'innover les territoires et de les faire découvrir pendant les études aux futurs médecins.

La possibilité de mettre sur pied des stages mixtes (ville/hôpital, mais aussi entre différents modes d'exercice salarié ou libéral : médecin scolaire, santé au travail, centres spécialisés type CAMPS<sup>2</sup>, CSAPA<sup>3</sup>, centre de traitement de la douleur, etc.) permis par la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales doit être exploitée pour éviter les stages isolés (en milieu rural par exemple) qui n'attirent pas ou plus les jeunes. De même que les postes partagés CHU/CH avec une visée de complément de formation ont revitalisé le statut d'assistant, il faut imaginer prolonger la troisième phase de la formation médicale d'un nouveau statut intermédiaire de début de carrière, propice à des poursuites de formation, de valence universitaire ou de recherche, d'exercice mixte « protégé » (allant du remplacement en cabinet de ville, généraliste ou spécialiste, à l'essai de nouveaux métiers ou nouvelles façons de l'exercer) et contingenté en durée, mais orienté vers les territoires en difficultés avec la ressource médicale.

**Sébastien ABAD** Le territoire. Voilà un mot désormais incontournable. Mais dans les faits qu'en est-il ? La formation médicale est d'une opacité dont nul ne saurait disconvenir. Une intelligence territoriale, oui... Mais plus que de discussions sans fin, certes nécessaires, sur la taille du territoire, nous devrions convenir de ce que nous attendons d'une telle intelligence. Quelles actions ? Quels membres ?

Nombre de missions l'attendent : permettre des recrutements à hauteur des actes à réaliser (et cesser d'envisager de déplacer le Dr X... ou le Dr Y... sur tel ou tel site du GHT quel que soit le nombre de kilomètres à parcourir chaque jour au nom de la « mission »), faire participer le corps médical aux décisions stratégiques sans que cela ne se réduise à d'innombrables réunions sans temps dédié, faire évoluer les compétences avec les nécessités des emplois via des formations de qualité immédiatement applicables dans les services, développer un réel suivi de carrières...

2. Centre d'action médico-sociale précoce.

3. Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Voir les corps de direction et les équipes soignantes s'emparer ensemble de la problématique et travailler selon une organisation dans la concertation. Et éviter surtout d'accoucher d'un nouveau monstre bureaucratique mort-né.

### **Des droits sociaux et syndicaux pour tous ?**

**Maxime MORIN** La demande est forte dans une population médicale en pleine évolution sociale : féminisation, couple travaillant tous les deux, besoin de gardes d'enfant, de jours enfants malades, etc. C'est celle de l'alignement des modalités de prévoyance et d'actions sociales, de couverture sociale au plan global, sur les droits dont bénéficient des agents de la fonction publique. De même que les questions de formation, de management d'équipe, de concordance d'organisation médicale et soignante, poussent à embrasser les problématiques des établissements sans disjoindre médecins et non médecins dans la réflexion, une politique sociale globale pour laquelle les établissements retrouveraient marge de manœuvre et autonomie (encadrée) est une perspective nécessaire.

Qui a peur des médecins ? Qui a peur des syndicats ? Qui a peur de médecins exerçant leur droit syndical au sein même de leur établissement ?

Si l'organisation des services et des activités comme la qualité des soins et des prises en charge trouvent naturellement leurs lieux de débats et d'expression au sein des instances actuelles des établissements, la question des conditions de travail et d'exercice des médecins se pose sur le terrain et doit disposer de modalités d'échanges. Pour ce faire, des représentants élus ou désignés, issus d'un processus de mesure de la représentativité syndicale parmi les médecins, doivent pouvoir porter les revendications là où les questions se posent, d'autant plus au regard des possibles conséquences qu'elles peuvent avoir sur le fonctionnement des services et le service à la population.

Il est urgent d'organiser des élections professionnelles chez les médecins hospitaliers, ouvrant une répartition de temps syndical et distinguant les niveaux (national, régional, local) et les moyens du dialogue social.

Il faudra aussi identifier les lieux de dialogue (au sein ou en dehors des instances existantes) et les connexions de ce dernier avec le dialogue

*« Le territoire.*

*Voilà un mot désormais incontournable.*

*Mais dans les faits qu'en est-il ?*

*La formation médicale est d'une opacité dont nul ne saurait disconvenir.*

*Une intelligence territoriale, oui...*

*Mais [...] nous devrions convenir de ce que nous attendons d'une telle intelligence. »*

Sébastien Abad

social existant avec les représentants des personnels non médicaux.

Il s'agit d'une position militante pour le SYNCASS-CFDT mais également d'une mesure d'équité et de justice.

Le chantier semble immense, mais il est à l'aune des problématiques qu'affronte le système de soin et des risques qu'il encourt en cas d'abstention face aux actions nécessaires à sa rénovation.

**Sébastien ABAD** C'est une évidence. Ne serait-ce que pour répondre à l'ensemble de défis dont nous avons brossé un rapide tableau précédemment.

Quelle représentation pour les médecins hormis la CME et le CHSCT ? On y retrouve d'ailleurs souvent les mêmes, et parfois pour très longtemps. La représentation syndicale éviterait l'entrisme. Les médecins ont droit, comme tout salarié, à une représentation syndicale, et ce alors que les élections professionnelles sont sans cesse renvoyées à « une date ultérieure ».

Une représentation des médecins est indispensable pour l'instauration d'un dialogue social local, actif et fructueux. Et ce avec des représentants syndicaux élus dans les instances, vivifiant un syndicalisme médical qui sera alors lui-même inséré dans un mouvement social réformiste, libre et responsable, représentatif et non corporatiste. Un cercle vertueux en quelque sorte.

Doit également être mis en place un dialogue régulier avec le ministère de la Santé et le Centre national de gestion permettant d'avancer sur tous les points d'achoppement.

La question de la représentation syndicale des médecins, eu égard aux défis qui nous attendent, est devenue une urgence. ●

## Directeurs en poste dans les outre-mer

# Tenir enfin compte de leurs conditions d'exercice

**Le SYNCASS-CFDT est aux côtés de tous les directeurs des établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux exerçant dans les outre-mer et réclame des réponses spécifiques aux difficultés chroniques qu'ils subissent. En avril, le syndicat est allé à la rencontre des collègues ultramarins pour préciser les enjeux de l'exercice de leurs fonctions et des prises en charge des populations.**



**Le SYNCASS-CFDT diffuse son analyse des échanges et formule des propositions pour l'amélioration des conditions d'exercice des directeurs. Il invite les collègues intéressés à lui faire part de leurs réactions et contributions.**

Ces rencontres ont été riches en échanges sur les thématiques de ces territoires : inégalités d'accès aux soins, risques climatiques et épidémiques, vieillissement et paupérisation de la population, distension des liens familiaux et sociaux remettant en question le maintien à domicile des personnes les plus âgées et les plus démunies...

Les conditions d'exercice particulièrement complexes des collègues ultramarins ont été largement développées et des propositions d'accompagnement ont été évoquées. Le SYNCASS-CFDT revendique que l'évolution du management des établissements soit favorisée dans les outre-mer, par l'action déterminée de l'État et le soutien aux directeurs.

Il veut que ce sujet reçoive enfin la place qu'il mérite de la part de l'État alors que le « livre bleu outre-mer », résultat de la consultation lancée en octobre, a été remis au président de la République par la ministre des Outre-mer. Il constituera, selon l'Élysée, la « feuille de route du gouvernement », avec en priorité l'« ancrage régional » de chaque territoire ultramarin, les « filières économiques » pour développer l'emploi localement, et la « différenciation » des territoires. Parmi les priorités également : les « fondamentaux » que sont la sécurité, la santé et l'éducation.

### **NOS REVENDICATIONS : AMÉLIORER LA SITUATION DES DIRECTEURS, STABILISER LE MANAGEMENT**

Le SYNCASS-CFDT a remis d'emblée une contribution écrite, comme il s'y était engagé. Il a été le seul. Dès ses courriers du 24 mars et du 9 juillet 2009, le SYNCASS-CFDT attirait

l'attention de la ministre de la Santé sur la situation des directeurs des établissements des outre-mer, avec plusieurs propositions d'actions portant sur la connaissance des situations, la clarification des procédures de nomination et de mobilité et le soutien aux équipes de direction. Mais si nous pouvions nous féliciter que ce dossier ait été inscrit dans les discussions ouvertes en 2009, traduites dans un engagement spécifique du protocole d'accord de 2011, rien n'a avancé malgré les annonces politiques et les bonnes intentions.

Le SYNCASS-CFDT entend donc compléter ses propositions à la suite des nouveaux échanges avec les collègues des outre-mer, lors de ses rencontres régionales aux Antilles et dans l'océan Indien. Les questions se posent de manière équivalente pour les trois corps de direction.

### **LE FERME SOUTIEN AUX ÉQUIPES DE DIRECTION**

Le SYNCASS-CFDT reste choqué par le traitement injuste de situations, remettant en cause le directeur ou l'équipe de direction, dans des conditions parfois éloignées du statut et du droit dans des exemples trop nombreux. Mais pour armer au mieux les directeurs, l'outil de la formation mériterait d'être plus systématiquement utilisé. Les postes en outre-mer sont des postes reconnus difficiles, les collègues ultramarins le savent. Formation et soutien doivent leur être garantis. Un engagement du CNG pour la mobilité et la prise en charge des formations et des stages en France métropolitaine (principe de la continuité territoriale aérienne) est de nature à accentuer la circulation des cadres de direction et le retour des directeurs originaires de l'outre-mer.

## L'ORGANISATION DE FORMATIONS ET LE RECOURS À L'EXPÉRIENCE

Le SYNCASS-CFDT insiste sur la nécessité d'un équilibre entre les directeurs ayant l'expérience et la maîtrise de la fonction, et les plus jeunes. Il serait aussi utile que des formations soient possibles avant la prise de poste puis au cours des fonctions en outre-mer, avec la prise en charge des déplacements. L'accès à la formation des directeurs y prenant de nouvelles fonctions (adaptation à l'emploi avant et directement après la prise de poste), des programmes ciblés sur des besoins spécifiques identifiés, organisés de manière délocalisée en présentiel, en MOOC ou à distance par les organismes de formation dont, au premier chef, l'EHESP qui pourrait inscrire des actions spécifiques et adaptées, sont à développer. Le principe d'actions de formation communes aux trois fonctions publiques, sur place, a été évoqué, ainsi qu'une formation favorisant l'insertion dans le tissu social local et la compréhension des réalités locales pour les fonctionnaires de métropole. L'utilisation de la visioconférence et la supervision ont été mentionnées dans le groupe de travail de la mission DHOS/CNG avant 2009 mais elles sont restées sans suite.

### Le SYNCASS-CFDT formule les propositions concrètes suivantes

- **La formalisation avec le CNG** d'une possibilité pour les directeurs ultramarins volontaires, chefs, adjoints et directeurs des soins, d'une mise à disposition courte (trois ou quatre semaines par an) dans un établissement métropolitain afin de renforcer leur pratique et leurs connaissances dans leur domaine de compétence, de confronter leur cadre d'exercice spécifique avec ceux de métropole, de prendre le conseil de pairs sur les problématiques rencontrées et d'enrichir leur expérience professionnelle. Un financement par le CNG de cette mise à disposition en surnombre serait facilitant.

- **L'application des dispositifs développés** par le CNG pour l'accompagnement des directeurs, ainsi que le codéveloppement associé au coaching personnalisé adapté aux situations d'exercice ultramarin différentes de l'exercice en métropole. Dans cet accompagnement, la



dimension éthique du contenu du travail de directeur dans des situations extrêmes est à prendre en compte. Le SYNCASS-CFDT demande l'organisation d'un programme de codéveloppement et de coaching individuel spécifique à la pratique ultramarine. Le mentorat est également à créer et à développer.

- **Le renforcement ponctuel des équipes** en période de crise. L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) est là pour le renfort soignant et médical, il faut inventer une possibilité d'appel aux volontaires à compétences managériales, les sélectionner en amont en fonction de cet objectif et faciliter les conditions matérielles d'intervention. La valorisation professionnelle de l'aide apportée en matière de management et d'organisation en phase aiguë des crises doit être assurée, par la prise en compte dans le parcours et le régime indemnitaire.

### L'ACTION PUBLIQUE DOIT ÊTRE CONFORME AU DROIT POUR ÊTRE COMPRISE DE TOUS ET ACCEPTÉE

Les rapports sociaux y prennent parfois des formes non respectueuses des personnes et des biens et même en dehors des situations

*Le SYNCASS-CFDT insiste sur la nécessité d'un équilibre entre les directeurs ayant l'expérience et la maîtrise de la fonction, et les plus jeunes.*



**Le SYNCASS-CFDT poursuivra son implication pour la mise en place d'un dispositif complet et opérationnel de signalement et de traitement des RPS pour tous les directeurs.**

de conflit, des comportements non conformes au droit sont trop souvent banalisés et tolérés. Le SYNCASS-CFDT demande que le soutien de l'État soit rendu plus visible. L'action préventive et la communication sont essentielles, de même que la pleine application du droit. Sans présager des responsabilités, on ne peut qu'être stupéfait de certaines interventions des services de l'État. Il est indispensable d'appliquer les règles de droit qui prévalent sur tout le territoire national. On ne peut retirer les cadres de direction, sous la pression locale ou cautionner des « protocoles » d'éviction des directeurs au nom du dialogue social. Cela compromet d'ailleurs aussi l'autorité de l'État. Il n'est pas possible d'admettre l'inertie des services extérieurs en cas de crise. Le soutien par les services centraux et locaux

de l'État est indispensable en cas de débordements, car l'impunité y incite et pousse aux actions illégales. À l'inverse, les erreurs ou les incompétences réelles ou supposées des directeurs doivent être traitées selon le droit commun, permettant la procédure contradictoire et la défense. La diffusion en cours de la Charte de l'éthique et de la responsabilité suppose dans la continuité un dispositif de signalement et de traitement de situations à risques, avec la création d'un espace de traitement des problématiques avérées. Cela nécessite aussi que l'administration s'engage explicitement dans cette voie et nous confirme sa traduction concrète, notamment dans les relations entre les directeurs et les DGARS, les DDCS et leurs équipes, par un déploiement large de la Charte.

### Abandonner les clichés

Le SYNCASS-CFDT souligne que ces propositions visent au bon management des établissements et à la modernisation des relations sociales dans les outre-mer. Il est aussi temps d'abandonner les clichés et de reconnaître :

- que les conditions de travail et de vie sont très souvent difficiles et éprouvantes ;
- que l'éloignement et le caractère insulaire affectent la plupart du temps les conditions de vie personnelle (emploi du conjoint, études des enfants, éloignement des bases familiales...);
- que la diversité des équipes est indispensable (profils, origines ultramarines et métropolitaines) ;
- que la résignation l'emporte parfois, conduisant à l'abandon d'un exercice dynamique.

### Inventer ensemble

Ces propositions appellent des formes de contractualisation de carrière à inventer, offrant des garanties aux intéressés et évitant que soient prises en compte par les pouvoirs publics et traitées uniquement les situations de crise ou de difficulté :

- des garanties de mobilité, permettant des débouchés après une période à convenir, engageant les pouvoirs publics ;
- la possibilité d'un retour outre-mer après une période significative en métropole ;
- l'évaluation et l'accompagnement professionnel par le CNG, sur demande.



**Le SYNCASS-CFDT poursuivra son implication pour la mise en place d'un dispositif complet et opérationnel de signalement et de traitement des RPS pour tous les directeurs.**

Un approfondissement du dossier passe nécessairement par une réflexion associant les personnels de direction des outre-mer, car les situations y sont diverses. Il peut aussi être recherché des informations auprès de directeurs y ayant exercé. Il serait trop tentant pour l'État de réduire leurs efforts à une caricature d'inefficacité, voire de défaillance managériale. Leur expérience est précieuse et riche d'enseignements pour définir un autre modèle de gestion des emplois et des compétences adaptées à la particularité des outre-mer. Au premier chef, il faut une volonté politique et administrative de faire évoluer le management des cadres de direction ultramarins et la capacité à entendre les attentes de ces directeurs. Il est bien évident que cela aura un retentissement direct et positif sur la qualité de gestion des établissements et celle de la prise en charge des populations. Il est indispensable d'inscrire les actions retenues dans la durée et de les mettre en œuvre en prévoyant d'emblée leur évaluation. Pour le SYNCASS-CFDT, cela ne peut plus attendre! ●



## Gouvernance

# Management des instituts de formation Entre clarifications et confusions

*Pour le management des instituts, divers dossiers se télescopent, au gré des arbitrages ministériels. Celui de l'universitarisation, traité sans démarche d'ensemble ni assez de concertation. Celui de la révision des modalités de gouvernance, avec des aspects positifs et des insuffisances, mais aussi des conséquences potentielles sur le management des établissements publics de santé. Celui du recrutement des étudiants, qui soulève encore des questions.*



Rapport de l'Igas



Rapport

Stéphane Le Bouler



### L'UNIVERSITARISATION À PETITS PAS, SANS ASSOCIATION SUFFISANTE DES PROFESSIONNELS

Le chantier de l'universitarisation se poursuit, après le rapport de l'Igas et celui de Stéphane Le Bouler, puis l'installation du comité de suivi le 14 mars 2018, avec la simplification des modalités d'admission dans les formations, la possibilité de recruter des enseignants-chercheurs en maïeutique, soins infirmiers, et réadaptation, l'établissement d'un cadre national simplifiant les relations institutionnelles et financières entre régions, instituts de formation et universités, la mise en œuvre de formations aux nouveaux métiers en débutant par les pratiques avancées infirmières à la rentrée 2018 et la reprise d'une réflexion sur les référentiels.

faits. Les professionnels de la formation en santé constatent une certaine appropriation par l'université de l'ingénierie pédagogique et des méthodes d'accompagnement personnalisé des étudiants. Écarter les apports et les compétences des équipes pédagogiques en place n'est respectueux, ni des personnes, ni de leurs fonctions. L'absence d'un pilotage partagé de ce chantier fait défaut.

### UNE GOUVERNANCE CLARIFIÉE, MAIS L'AJOUT D'UNE OPTION DE RATTACHEMENT À L'UNIVERSITÉ

Le SYNCASS-CFDT a participé entre 2015 et 2018 aux travaux de révision de l'arrêté sur la gouvernance interne des instituts de formation paramédicaux, avec d'autres partenaires et organisations syndicales. Suspendus en mars 2016, ces travaux n'ont repris qu'en janvier 2017. Cette période blanche a correspondu



**Pour le SYNCASS-CFDT**, la reconnaissance des directeurs d'instituts, affirmée dans les discours doit se vérifier dans les

aux ajustements fixés par l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé qui a inclus la coordination des écoles et instituts de formation paramédicaux publics dans les fonctions mutualisées des GHT. Cela concerne 446 instituts sur les 545 existants (chiffres du rapport Igas, 2013) soit 80 % des écoles et instituts.

Le double objectif fixé de la révision de l'arrêté était de répondre à la demande de plus de démocratie interne émanant des étudiants et de simplifier et améliorer la gouvernance des instituts. Aboutissant à une rédaction stabilisée après cinq réunions du groupe de travail, le projet d'arrêté a essuyé un avis défavorable du Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP) en novembre 2017. Présenté à nouveau en mars 2018 et recueillant un avis favorable, l'arrêté « gouvernance » du 17 avril 2018, relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, a finalement été publié au JO du 20 avril 2018 pour une application au 1<sup>er</sup> septembre 2018 !

Grâce à la CFDT et au SYNCASS-CFDT, certaines modifications visant les deux objectifs indiqués ont abouti. D'autres modifications, de dernière minute, se révèlent plus discutables, car déconnectées de la réalité des instituts publics, indissociables des établissements de rattachement.

#### **Un ajout non discuté au préalable qui ouvre la porte à un rattachement à l'université**

Ainsi, un paragraphe majeur dans l'article premier, qui n'a jamais figuré dans les versions proposées lors des séances de travail et de concertation, a été introduit par le ministère entre les deux réunions du Haut Conseil des professions paramédicales de novembre 2017 et mars 2018.

Ce paragraphe concerne la possibilité pour un institut, sur la seule délibération de l'instance compétente pour les orientations générales de l'institut mentionnée à l'article 2 de l'arrêté, à la majorité absolue des membres, de s'autodéterminer sur son rattachement à l'université : le rattachement à l'université bouleverse alors la gouvernance de l'Institut, telle que l'arrêté la prévoit. Cette option contrevient aux compétences du directeur de l'établissement public de santé, responsable juridiquement de l'institut, comme aux compétences du conseil de surveillance et du CTE. La question du financement par la Région n'est en rien précisée en pareil cas.

#### **Des modifications clarifiant l'exercice de la direction des instituts**

Suite aux propositions du SYNCASS-CFDT, soucieux du quotidien des directeurs des soins (80 % des écoles et instituts sont publics) et des cadres de santé-formateurs, diverses précisions et améliorations ont été obtenues :

- **la place du directeur d'institut dans la gouvernance** a été précisée. À l'article 2 de l'arrêté, on peut lire : « La coordination et l'information entre l'instance et les trois sections sont assurées par le directeur de l'institut. » Cette rédaction applicable aussi bien aux instituts publics que privés ne contrevient pas à la définition des missions des directeurs d'instituts publics, directeurs des soins, qui relève du décret statutaire, de portée juridique supérieure ;

- **la rédaction retient une terminologie en adéquation avec la réalité des instituts**, débarrassée de toute ambiguïté. Quelques exemples : le directeur d'institut aurait pu avoir pour suppléant un directeur des soins, ce qui prêtait à confusion. Les cadres de santé formateurs seraient devenus des enseignants... alors que c'est bien leurs compétences cliniques et organisationnelles qui justifient leur implication dans la formation... ;

- **l'allongement des délais de réunion des sections pédagogiques ou disciplinaires** à un mois au lieu de 15 jours entre la survenue des faits et la tenue d'une réunion, permet de respecter la procédure contradictoire et de constituer des dossiers rigoureux. Cet allongement était d'autant plus nécessaire que, dans le cadre des GHT, le nombre de directeurs agréés est de plus en plus restreint pour un nombre d'étudiants plus important ;

- **Le respect du débat contradictoire dans les sections pédagogiques et disciplinaires**, en modifiant les procédures. Certaines confusions concernant les motifs de saisine de chacune des sections ont pu être écartées. Le SYNCASS-CFDT a notamment obtenu une clarification des sanctions en matière disciplinaire, peu satisfaisantes dans la pratique, en s'appuyant sur celles existantes à l'université ;

- le SYNCASS-CFDT a proposé que **la vice-présidence du conseil de vie étudiante** soit attribuée à un étudiant, ce qui a été soutenu en particulier par les représentants des étudiants mais aussi par l'ensemble des autres acteurs ;



**Le SYNCASS-CFDT a proposé que la vice-présidence du conseil de vie étudiante soit attribuée à un étudiant. Cette proposition a été retenue par tous.**

● pour la **composition des instances et des sections**, le SYNCASS-CFDT a soutenu la désignation par le directeur de l'institut plutôt que l'élection, précédemment pratiquée pour certains membres. Il s'agit plus précisément des deux personnes chargées de fonctions d'encadrement et d'un médecin participant à l'enseignement dans l'institut. Le processus électoral préexistant était complexe et attirait peu de volontaires;

● le SYNCASS-CFDT a obtenu que la **mise en œuvre de l'année de césure**, réclamée par les étudiants par parallélisme de l'université, soit encadrée mais les modalités d'application réclameront une vigilance particulière, car le parcours des étudiants est censé professionnaliser en trois ans.

### **Des modifications déconnectées de la réalité et dont la plus-value reste à démontrer**

Le SYNCASS-CFDT regrette certaines autres dispositions peu probantes :

● les **confusions entre les sections pédagogique et disciplinaire** auraient pu être complètement levées. À l'article 18, « l'avertissement » prononcé par la section pédagogique emporte un sens plutôt disciplinaire. Les termes d'alerte ou de mise en garde, déjà utilisés dans certains instituts, auraient pu contribuer à mieux distinguer la section à vocation pédagogique de celle à vocation disciplinaire;

● dans les annexes, les principes retenus concernant la **représentativité des étudiants et des formateurs** au sein des instances et des sections sont discutables à plusieurs titres :

- la représentativité des étudiants s'organise à partir de la notion de promotion ou d'année de formation. Or, les effectifs de promotion varient du simple au quadruple. Les promotions d'étudiants masseurs kinésithérapeutes ou manipulateurs d'électroradiologie médicale ont rarement plus de 50 étudiants, tout comme les écoles de spécialité. Les promotions dans les IFSI sont en majorité de plus de 100 étudiants. Le SYNCASS-CFDT proposait une représentativité équitable à l'heure des regroupements d'instituts et d'écoles dans les GHT avec un représentant par tranche de 100 étudiants par promotion. Cela n'a pas été retenu,
- les annexes prévoient « un formateur permanent de l'institut de formation par promotion », sans tenir compte des effectifs.

*Le travail de relecture et de propositions du SYNCASS-CFDT associant les directeurs d'instituts a permis de peser et d'obtenir que le projet soumis à la concertation soit revu de manière plus équilibrée et réaliste.*

Depuis 2009, dans les Ifsi, mais aussi dans les autres formations, l'organisation se fonde le plus souvent sur les compétences et un système de formateur référent individuel par étudiant, pour un ou trois ans et non plus par promotion. Il aurait été préférable de conserver la formule antérieure et de l'aménager. La proposition du SYNCASS-CFDT de retenir un formateur permanent de l'institut au prorata du nombre d'étudiants soit un formateur pour 100 étudiants n'a pas été retenue,

- une nouveauté apparaît dans la composition de l'instance de pilotage et d'orientation : « le conseiller scientifique » dont le sens n'a pas été explicité, si ce n'est celui d'imiter l'université. Le SYNCASS-CFDT a proposé une formule plus adaptée : « *Un conseiller scientifique expert dans les domaines de la formation ou des sciences de l'éducation, ou tout autre domaine estimé pertinent par le directeur de l'institut qui le désigne.* » Finalement, cette proposition a abouti à un conseiller scientifique paramédical, ou médical en l'absence de conseiller scientifique paramédical, désigné par le directeur de l'institut.

Le travail de relecture et de propositions du SYNCASS-CFDT associant les directeurs d'instituts a permis de peser et d'obtenir que le projet soumis à la concertation soit revu de manière plus équilibrée et réaliste. Cependant, le SYNCASS-CFDT regrette qu'au motif d'un temps limité, certaines dispositions, dont la représentativité, n'aient pas fait l'objet d'un examen plus rigoureux et déplore le paragraphe de l'article premier introduit en dernière minute sans aucune discussion. Encore une fois, les règles du dialogue social ne sont pas respectées! ●



## Entretien avec...

# Dominique Perriot Président du comité national du FIPHFP

Propos recueillis par YVAN LE GUEN

### **Pouvez-vous présenter en quelques mots le fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) ?**

Le FIPHFP a été créé en 2006 pour favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans les trois versants de la fonction publique. Sa gestion a été confiée à la Caisse des dépôts et consignations, mais sa politique est définie par un comité national où sont représentés les employeurs des trois versants, les organisations représentatives du personnel ainsi que les associations œuvrant dans le champ du handicap. Il est financé par les contributions des employeurs qui ne satisfont pas l'obligation d'emploi à hauteur de 6 %.

Les principales missions du FIPHFP sont les suivantes :

- favoriser le recrutement de personnes en situation de handicap,
- aider au maintien dans l'emploi,
- soutenir la formation professionnelle des agents en situation de handicap,
- contribuer à un environnement professionnel accessible notamment dans le domaine du numérique,
- valoriser et soutenir l'apprentissage pour les jeunes en situation de handicap.

### **Que représente la fonction publique hospitalière (FPH) en termes d'insertion de personnes en situation de handicap ?**

Il faut préciser que 2,7 millions de personnes en âge de travailler sont reconnues handicapées, soit 6,6 % des 15-64 ans. Par ailleurs, le taux de chômage des personnes handicapées est de 19 %, contre 10 % pour l'ensemble de la population. Au 31 décembre 2017, 240 691 personnes handicapées étaient intégrées dans la fonction publique, soit un taux d'emploi de 5,49 %.

Pour la FPH, le taux d'emploi est de 5,5 %, soit 51 883 bénéficiaires de l'obligation d'emploi. Il me paraît important de signaler qu'en 2017, plus de 6 690 recrutements de personnes en situation de handicap ont été réalisés.

### **Quels sont les enjeux et les problématiques actuels du FIPHFP ?**

Les enjeux sont multiples, avec des points positifs et des données plus inquiétantes. D'abord, il faut souligner que le gouvernement a fait du handicap un enjeu majeur et notamment pour l'inclusion et l'insertion scolaire et professionnelle des personnes en situation de handicap. Il y a donc de fortes attentes de la part d'une population, aujourd'hui encore, souvent, écartée du monde du travail. Il faut savoir ensuite que le gouvernement a pris connaissance des rapports de la Cour des comptes et de l'Igas qui ont émis des critiques, assez souvent justifiées, sur

## Bio

Directeur D3S depuis 1996, Dominique Perriot a quitté fin septembre la direction de l'institut du Val-Mandé, à Saint-Mandé. Après neuf ans à la tête de cet établissement médico-social, seule structure médico-sociale publique pour enfants et adultes handicapés du Val-de-Marne, il succède à Richard Tourisseau et a pris, le 1<sup>er</sup> octobre 2018, la direction du groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), forme originale et

innovante de gestion d'établissements créée par le département du Val-de-Marne, très engagé dans la politique du grand âge.

Dominique Perriot assure désormais la gestion et la direction des treize établissements.

Par ailleurs, Dominique Perriot demeure jusqu'au prochain renouvellement prévu début 2019 président du comité national du Fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).

la pertinence de certains financements faits par le FIPHFP et certains choix de gestion qui ont pu être faits par le passé. La fusion du FIPHFP avec l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH) a été évoquée mais il semble à ce jour que la pérennité spécifique du FIPHFP ne soit plus remise en cause par le gouvernement.

### **Que pouvez-vous nous dire sur les difficultés financières actuelles du FIPHFP ?**

Le fonds est victime de son succès et nous devons nous en féliciter. Toutefois, plus le taux de 6% est atteint, plus les contributions des établissements, donc les recettes du FIPHFP, diminuent. Nous sommes passés de 164 millions d'euros en 2012 à 120 millions en 2017. Par ailleurs, les dépenses augmentent sensiblement et ne sont pas couvertes par les recettes, même si des efforts ont été réalisés.

### **Pour quelles raisons les dépenses augmentent-elles ?**

La spécificité du FIPHFP se situe dans l'accompagnement des agents en situation de handicap tout au long de leur vie professionnelle et plus nous avons de bénéficiaires de l'obligation d'emploi, plus il y a de coûts pérennes pour le maintien dans l'emploi par des aménagements divers des postes. Cette situation est particulièrement prégnante dans la FPH, où le vieillissement des agents et la rudesse de certaines conditions de travail auprès des malades, des personnes âgées ou handicapées rend indispensable l'accompagnement et d'adaptation des postes de travail. Si la baisse des recettes s'accroît, il y a un risque avéré de ne plus pouvoir assurer la mission de maintien dans l'emploi des agents. Les frais reviendraient alors entièrement ou partiellement aux employeurs. Si cette mesure était prise, elle impacterait les finances des établissements et, de fait, risquerait d'amener ces établissements à hésiter à recruter des personnes dont le handicap peut engendrer des frais importants. Il faut donc trouver de nouvelles ressources et favoriser la mutualisation entre établissements.

### **Que représente l'engagement de la FPH vis-à-vis des personnes handicapées ?**

Cette mission revêt pour le FIPHFP un caractère particulier, conscients que nous sommes de l'impact sociétal et psychologique de la présence de personnel (quel que soit le niveau du poste occupé) en situation de handicap auprès de malades, qu'ils soient valides ou eux-mêmes handicapés. Cela change le regard des soignants et des autres professionnels sur l'accueil des personnes handicapées dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux. ●





## Directeurs

# Conditions de tra et risques psycho

*Bien que les cadres de direction de la fonction publique hospitalière ne se plaignent que difficilement de leurs conditions de travail, le SYNCASS-CFDT dénonce depuis plusieurs années la dégradation de ces dernières et revendique des conditions d'exercice soutenables. Pour les cadres responsables au sein des établissements, confrontés à l'accentuation de la pression budgétaire, aux restructurations à marche forcée et aux tensions sociales, les hésitations d'une administration qui tarde à assurer leur protection dans les situations les plus aiguës sont incompréhensibles.*



NATHALIE MARCZAK



BRIGITTE ZIMMERMANN

**D**ans le contexte actuel, les professionnels ne retrouvent plus l'idée qu'ils se font de leur métier, les missions et les responsabilités qu'ils y associent et la qualité des relations professionnelles à laquelle ils aspirent en servant le service public. Quand on les interroge, ils disent qu'ils ont perdu le sens de leur travail, qu'ils ne savent plus où va le service public et qu'ils doutent de leur propre utilité.

Au fond, ce qu'ils ont perdu dans la dégradation des conditions d'exercice, dans l'accumulation de prescriptions, toujours plus paradoxales et déconnectées de la réalité, dans la mise sous administration provisoire ou l'encadrement par les PRE et les méthodes imposées, c'est leur capacité d'agir sur la réalité, l'espace pour exercer leur ingéniosité et leur intelligence professionnelle.

C'est pour cette cause essentielle que le SYNCASS-CFDT agit et défend des conditions d'exercice soutenables : la cause de l'individu au travail, l'idée d'un travail vivant qui prenne en considération les individus.

Un autre effet de la dégradation des conditions de travail, souvent négligé, bien que la rigueur des comptes publics soit exigée, ce sont les coûts que représentent les troubles psychosociaux : un coût humain et socio-économique. Outre l'altération de la santé et les coûts directs qu'elle entraîne pour chacun et collectivement (soins, indemnités), les coûts indirects auxquels les institutions concernées ont à faire face sont à prendre en compte : les coûts liés à l'absentéisme, au turn-over qui entraîne la rupture de continuité dans les

Ce recensement indispensable à l'élaboration d'un plan de prévention facilite l'analyse et le traitement des situations rencontrées. Même si nous ne pouvons ignorer que la complexité des relations humaines ne nous permet pas toujours de rentrer dans un cadre aussi rationnel, il permet d'élaborer les dispositifs les plus adaptés possible pour garantir le respect des droits des professionnels.

Soulignons que depuis 2011, nos travaux défendent la reconnaissance des conditions d'exercice particulières et souvent complexes en outre-mer et réclament un accompagnement spécifique des personnels de direction nommés sur les postes ultramarins, chefs comme adjoints.

La cartographie retenue (et reproduite ci-contre et pages 37, 38 et 39) permet une représentation des risques et des facteurs qui en favorisent ou en modèrent les effets. Les risques psychosociaux, catégorisés selon les travaux de Gollac et Bodier<sup>2</sup>, exposent à

des manifestations tant physiques que psychiques, bien connues des professionnels et des chercheurs en santé au travail, et largement documentées.

Les manifestations physiques les plus fréquemment observées sont les troubles musculo-squelettiques (TMS), des décès prématurés et un accroissement de la morbidité.

En ce qui concerne les manifestations psychiques, les professionnels observent qu'elles sont fréquemment précédées d'un surinvestissement et qu'elles peuvent se décliner depuis des troubles anxieux jusqu'aux épisodes dépressifs, plus ou moins

1. Commission créée par le décret n° 2016-1065 du 3 août 2016 relatif au Comité consultatif national de la fonction publique hospitalière.

2. Michel Gollac (sociologue du travail) et Marceline Bodier (statisticienne à l'Insee) ont rédigé en 2011 un rapport présentant l'ensemble des facteurs sur les risques psychosociaux référencé dans la littérature relative à ce sujet.

projets, l'accompagnement des équipes et la perte de compétences, majorant la démotivation et l'insécurité institutionnelle.

## DIFFICULTÉS DES CONDITIONS DE TRAVAIL ET SITUATIONS DIFFICILES

Les situations de travail qui présentent des risques psychosociaux doivent être reconnues, c'est pourquoi le SYNCASS-CFDT a défendu la réalisation d'une cartographie des risques psychosociaux dès 2017, en Comité consultatif national (CCN), commun aux trois corps de direction, puis en Commission des conditions de travail (CCT)<sup>1</sup>.

Illustrée par des situations observées et réelles, la cartographie retenue à partir de la contribution du SYNCASS-CFDT permet d'identifier clairement à quels risques sont exposés les personnels de direction.

*Pour le SYNCASS-CFDT, prévenir les situations difficiles, c'est donner du sens au travail, s'inscrire dans de bonnes pratiques managériales, préserver les personnes, les équipes, leurs fonctions et les protéger de manière adaptée.*

# 1/4 Cartographie des risques psychosociaux relatifs aux conditions d'exercice des directeurs de la FPH

## LES EXIGENCES DU TRAVAIL CONCERNENT INTENSITÉ ET DURÉE DE L'EFFORT REQUIS



### Situations concrètes connues

- Des périmètres qui s'étendent géographiquement et fonctionnellement ne permettant pas de réaliser du travail de fond
- Des intérim multipliés
- L'exigence implicite de disponibilité
- Les commandes venant de toutes parts et décrites comme urgentes et désorganisant le travail



### Facteurs d'apparition favorisants

- Organisations territoriales et structurelles sans prise en compte de leur soutenabilité
- Généralisation des technologies numériques de l'information et de la communication qui impose une réactivité permanente et une pression temporelle
- Contexte de foisonnement réglementaire, de multiplicité des interlocuteurs et de donneurs de consignes
- Successions des réformes organisationnelles de grande envergure (HPST, GHT...)



### Facteurs modérateurs

- Respect de la charte de l'éthique et de la responsabilité
- Définition des périmètres de responsabilité et des charges
- Relations professionnelles en confiance et bonne connaissance des compétences de chacun
- Maintien d'un équilibre vie professionnelle/personnelle
- Appui du service de santé au travail

# focus

## Oui, mais ! Il faut se garder des confusions : les situations de désaccord ne sont pas nécessairement des situations difficiles

« Le désaccord n'est ni un conflit ni un risque, mais le terreau fertile du management.

Le désaccord, c'est la divergence entre deux opinions particulières, exprimées par des individualités qui ont une personnalité, un métier, une formation, une expérience différente.

Ce n'est ni le bazar organisé, ni la porte ouverte à tout, ni la non-décision, ni une relation interpersonnelle difficile, ni un problème managérial ou hiérarchique, et pas non plus le début d'un harcèlement.

Et c'est bien de l'adjonction des points de vue que naissent les projets, les orientations, les idées.

Ne pas accueillir le désaccord, l'effacer, l'annihiler, c'est, en quelque sorte, tuer la réflexion, c'est empêcher l'innovation, la création, le dépassement de son propre univers personnel, qui proviennent de la confrontation d'idées. Et c'est une manière de nier l'autre, qui a forcément quelque chose à nous dire, à nous faire entendre, c'est récuser sa personnalité, ses idées, c'est aussi ne pas tenir compte de son expérience, de sa fonction, de sa responsabilité.

L'accord parfait, l'accord préalable, l'accord sans discussion est impossible et il est stérile voire dangereux car il révèle un univers normatif, voire non démocratique qui ne se reconnaît que dans le même.

Redonner ou donner toute sa place au désaccord, c'est préserver une marge de manœuvre sur la manière de faire, de gérer, de piloter qui est aujourd'hui mise en cause et c'est aussi faire valoir nos principes de management et nos valeurs. Rendre le désaccord fructueux, c'est le cœur de notre métier. »

Maxime MORIN  
Secrétaire général adjoint  
du SYNCASS-CFDT, 2017

## Promouvoir de bonnes pratiques managériales, la formation comme outil de développement, un suivi de la santé au travail et une protection fonctionnelle adaptée.

prolongés selon les profils des personnes, pouvant aller jusqu'au suicide. Ces troubles peuvent s'accompagner d'addictions.

De leur côté, les permanents et les élus du SYNCASS-CFDT sont aussi de plus en plus souvent interpellés par des collègues aux prises avec des situations conflictuelles dont ils ne parviennent pas à s'extraire, prisonniers d'un sentiment de culpabilité (« je n'ai sans doute pas fait ce qu'il fallait ») ou ayant perdu une bonne partie de l'estime d'eux-mêmes (« je ne suis pas à la hauteur »).

### DES PISTES D'AMÉLIORATION...

#### Redonner du sens au travail

La révolution numérique fait courir le risque de penser le travail humain et de traiter les travailleurs sur le modèle des machines de l'ère numérique, c'est-à-dire comme des outils programmables. Penser le travail humain sur le modèle d'un travail programmable signe de manière de plus en plus documentée l'enfoncement dans la déshumanisation du travail. Pendant que la gouvernance par les indicateurs et l'assignation d'objectifs insoutenables en nombre et en faisabilité progressent, un rapport récent de l'assurance maladie (« Enjeux et actions 2018 : les affections psychiques liées au travail ») montre que les affections psychiques liées au travail explosent. Celles-ci ont été multipliées par 7 en cinq ans.

Redonner du sens au travail, c'est commencer par se poser la question du sens de notre travail, lui donner une place dans nos pratiques managériales et ne pas cantonner le management à la quantification des actions, des objectifs et des résultats.

Que ce soit dans le projet managérial que chaque établissement doit élaborer ou dans la négociation collective, la question fondamentale est de donner aux individus l'opportunité de se saisir du contenu de leur travail et la manière de le faire, car il faut que chacun ait la possibilité dans sa vie d'être employé « à des occupations où il ait la satisfaction de donner toute la mesure de son habileté et de ses connaissances et de contribuer le mieux au bien-être commun » (Déclaration de Philadelphie adoptée en 1944 par l'OIT).

#### De bonnes pratiques managériales

Les bonnes pratiques managériales sont essentielles pour prévenir les situations difficiles et les recommandations en la matière ne manquent pas. On a même l'impression que plus les conditions d'exercice sont contraintes (plan de retour à l'équilibre, CREF, Copermo, organisation en GHT...), plus les recommandations se multiplient, s'ajoutant aux contraintes.

En matière de management, qui peut encore ignorer les méthodes qui garantissent la qualité de vie au travail ? Qui peut encore ignorer les principes à partir desquels un établissement peut être catégorisé comme un « hôpital magnétique » et largement promu par la HAS et l'ANAP ? Favoriser l'autonomie, accorder une place centrale à l'utilisateur, valoriser les compétences des professionnels et donner la possibilité d'expérimentations, en prenant le risque d'erreurs, mener une gestion ferme des ressources matérielles et du système d'information et souple des ressources humaines, donner une place à l'informel et réduire les strates hiérarchiques, agir à partir de valeurs ancrées et partagées notamment la qualité, associer tous les agents à la recherche de l'efficacité.

En dépit de la connaissance de ces principes, les organisations ne sont pas aussi nombreuses à les mettre en œuvre.

Lors du colloque organisé par le SYNCASS-CFDT sur les « relations professionnelles difficiles »,

Edouard Couty, médiateur national, et Nathalie Sanchez, directrice du groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency, nous l'ont exposé: pour eux, pas d'efficacité, ni de qualité des soins sans qualité de vie au travail.

Nathalie Sanchez cite la formule un peu provocatrice du chef d'entreprise indien Vineet Nayar: «*Les employés d'abord, les clients, ensuite.*» Ce qu'ils soulignent, chacun à sa façon, c'est la nécessité de co-construire et de s'appuyer sur la créativité des personnes, d'être à l'écoute, au sein de l'équipe de direction et plus largement. Pas de «système féodal» pour Edouard Couty, des «entreprises libérées» pour Nathalie Sanchez. Cette dernière insiste sur la nécessité de formaliser un projet managérial à partir duquel une nouvelle gouvernance pourra se mettre en place. Un projet managérial qui priorise le sens du travail pour chacun et pour l'organisation, et revoit notamment le processus de décision de manière à promouvoir autonomie et créativité des professionnels.

### La charte de l'éthique

D'une autre façon, la charte de l'éthique et de la responsabilité, projet porté de longue date par le SYNCASS-CFDT, s'inscrit bien dans cette préoccupation d'une gouvernance équilibrée qui prévient les risques psychosociaux:

- elle contient les principes d'un management responsable, tant dans l'exercice général du métier que dans l'animation d'équipe et le dialogue avec les autorités externes;
- elle explicite le sens de nos actions professionnelles;
- elle pose les conditions d'un management positif et coopératif;
- elle aborde les relations professionnelles sous un autre angle, au-delà de la technique et des procédures;
- elle réaffirme une culture du management non exclusivement fondée sur la logique de résultats mais aussi sur la qualité des soins et celle des conditions d'exercice;
- elle souligne les effets que toute action produit sur autrui, introduisant ainsi la notion de limites

aux logiques managériales et la nécessité de les inscrire dans un esprit collaboratif;

- elle redonne sa place à la singularité des situations et des personnes, établissant ainsi les conditions essentielles du compromis nécessaire aux activités hospitalières;
- elle décrit les principes d'action propices à la conciliation entre les exigences inhérentes à la qualité des services rendus, aux adaptations organisationnelles, à l'ampleur des besoins et à la rareté des ressources;
- elle place les relations de travail sous le signe du respect et de la confiance, garants du dynamisme d'un établissement;
- elle rappelle la nécessité d'un dialogue constructif et de qualité qui doit s'établir avec toute autorité extérieure;
- elle a pour vocation de constituer le socle de la construction d'un dispositif visant à identifier les risques et à prévenir les troubles psychosociaux qui menacent les cadres de direction dans leur exercice professionnel.

Le mode de diffusion de la charte revêt une importance cruciale car il influence sa force symbolique. Plus la charte est portée par le ministère, plus elle prend un caractère opposable. Validée par les directeurs généraux d'ARS, la DGOS et la DGCS ainsi que par le secrétariat général des ministères sociaux, elle a été présentée officiellement au Salon de la santé et de l'autonomie par la directrice générale de l'offre de soins et la directrice générale du CNG. La diffusion nationale en cours à l'ensemble des acteurs



### Charte de l'éthique et de la responsabilité



# 2/4 Cartographie

des risques psychosociaux relatifs aux conditions d'exercice des directeurs de la FPH

## LES EXIGENCES ÉMOTIONNELLES

LIÉES À LA NÉCESSITÉ DE MAÎTRISER ET FAÇONNER SES PROPRES ÉMOTIONS, AFIN NOTAMMENT DE MAÎTRISER ET FAÇONNER CELLES RESENTIES PAR LES PERSONNES AVEC QUI ON INTERAGIT LORS DU TRAVAIL



### Situations concrètes connues

- La gestion de crise qui nécessite de contenir une charge émotionnelle importante traversant les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales
- Les mises en cause personnelles:
  - dans le cadre de la représentation institutionnelle (procédures pénales, administratives, mise sous administration provisoire, contrôles et inspections)
  - dans les relations professionnelles (accusations de harcèlement, conflits sociaux...)
  - La pression liée au risque juridique, contentieux et judiciaire



### Facteurs d'apparition favorisant

- Contexte de « saturation émotionnelle » des établissements sanitaires et sociaux décrite par F.-X. Schweyer (docteur en sociologie, professeur à l'EHESP)
- Charge de la représentation institutionnelle, du maintien d'un climat institutionnel propice à la qualité des soins ou des PEC
- Grande confiance des directeurs dans leur capacité de résistance, et répugnance à témoigner de leur fragilité: exposition particulière des personnels d'encadrement



### Facteurs modérateurs

- Prise en compte de cette exposition à une exigence émotionnelle: formations initiale et continue
- Solidarité professionnelle qui permet les échanges au sujet de la charge émotionnelle
- Soutiens externes: débriefing, dispositif d'analyse de la pratique managériale au niveau pertinent (équipe de direction, ensemble managérial du GHT...), recours au service de santé au travail, etc.
- Équilibre vie professionnelle/personnelle
- Capacité personnelle de recul

# Cartographie

des risques psychosociaux relatifs aux conditions d'exercice des directeurs de la FPH

## AUTONOMIE ET MARGE DE MANŒUVRE



### Situations concrètes connues

- L'irrespect de la procédure des lettres de mission
- Les périmètres mal définis: fiches de poste imprécises ou inexistantes
- Les pressions, voire interventions parfois excessives des élus locaux et professionnels (CA, conseil de surveillance)
- Les pressions exercées par les autorités de tarification et de contrôle
- Les délégations aléatoires
- L'absence, voire le refus d'évaluation



### Facteurs d'apparition favorisants

- Hypercentralisation des décisions ou délégation sans limite
- Multiplication des procédures pour faire face aux risques juridiques et de sécurité de l'activité
- Réformes menées rapidement et/ou sans dialogue



### Facteurs modérateurs

- Qualité des relations instaurées avec/par le chef d'établissement et/ou les autorités de contrôle et de tarification: respect de la charte de l'éthique et de la responsabilité, relations professionnelles en confiance
- Connaissance des compétences de chacun et définition précise des délégations
- Maintien de l'autonomie dans le cadre d'un dialogue constructif (détermination d'objectifs, dispositif d'évaluation)
- Management participatif

## CONFLITS DE VALEURS



### Situations concrètes connues

- Tensions permanentes pour maintenir un équilibre entre exigence de qualité et ressources contraintes
- Saturation capacitaire et sans solution des structures d'accueil impliquant d'exposer les agents et les personnes accueillies à des risques ou à des pertes de chance



### Facteurs d'apparition favorisants

- Observation d'un surinvestissement de la notion d'intérêt général chez les professionnels du secteur public, affectés par la substitution d'une conception de « service au public » à une logique de service public opérée dans les projets de modernisation du service public (RGGP). *Rapport CNRACL/ Caisse des dépôts/Sciences-Po Bordeaux 2013, p. 20.* Travail réalisé non conforme aux convictions et représentations personnelles (« qualité empêchée »)



### Facteurs modérateurs

- Solidarité professionnelle
- Action syndicale
- Réflexivité personnelle

concernés devrait être accompagnée d'une lettre de la secrétaire générale des ministères sociaux.

Si l'amélioration des conditions de travail des équipes de direction passe par des règles d'une gouvernance respectueuse, elle passe aussi par la mise en place de dispositifs qui permettent de préserver les ressources individuelles et collectives de ces équipes. Ceux-ci doivent concerner autant leur santé que leurs compétences et leur réflexivité.

### Disposer d'un suivi de la santé au travail pour les directeurs

Certains pourraient se souvenir de la gêne éprouvée lors d'une visite annuelle alors que vous êtes en sous-vêtements et que le médecin du travail en profite pour évoquer avec vous la situation de Mme S... ou de M. X..., agent sous votre responsabilité.

Au-delà de cette situation anecdotique, il demeure difficile d'aborder nos difficultés au travail ou nos problèmes de santé avec un médecin avec lequel nous sommes amenés ensuite à travailler sur des questions similaires concernant les agents sous notre responsabilité sans générer une certaine confusion institutionnelle.

Depuis des années, le SYNCASS-CFDT réclame un dispositif de santé au travail dédié aux trois corps de direction, à la fois pour que ceux-ci puissent bénéficier d'un suivi sanitaire régulier et confidentiel, et pour documenter sérieusement les débats de la commission des conditions de travail.

La création d'un comité médical et d'une commission de réforme au niveau national, placés auprès du CNG et associés à un service de santé au travail spécifique pour les directeurs et les PH, s'impose ! Le protocole signé en 2011 en portait l'engagement.

### Encourager le développement des compétences et de la réflexivité

La possibilité de développer ses compétences et sa réflexivité pour les équipes de direction,

à titre personnel ou ensemble, doit également être un axe majeur de l'amélioration des conditions d'exercice. Les dispositifs de formation doivent être en mesure de s'adapter aux évolutions managériales, abordant notamment la question des modes de management et de la conduite du changement dans un environnement contraignant. Il est indispensable que les ressources consacrées à la formation des directeurs soient suffisantes mais aussi que la formation trouve une place renforcée dans le parcours des directeurs et des équipes de direction. Ce renforcement doit aussi concerner l'unité mobilité-développement personnel du CNG.

### Garantir aux personnels de direction une protection fonctionnelle adaptée

Quand un membre d'une équipe de direction est mis à mal, pour quelque motif que ce soit lié à son exercice, il doit pouvoir bénéficier de la protection de son administration. Cette alliance de base structure la relation que le directeur entretient avec son « employeur », l'État. Elle scelle une forme de loyauté mutuelle.

La protection fonctionnelle est cette garantie. Cependant, selon les situations (conflits hiérarchiques notamment), les voies de sollicitation peuvent mettre en porte à faux le requérant et les institutions (ARS, EPS).

Pour le SYNCASS-CFDT, le CNG, autorité investie du pouvoir de nomination, devrait assurer le suivi de la protection fonctionnelle. De la même façon, le recours à un déontologue spécifique placé auprès du CNG est nécessaire.

Si, pour le SYNCASS-CFDT, les situations difficiles doivent être évitées, quand des situations sont avérées, elles doivent être traitées de manière adaptée.

Actuellement, les sources de connaissance des situations difficiles sont multiformes. Elles vont du signalement à l'ARS, au CNG, voire au médiateur national, à des indicateurs plus subtils qui ne sont

*[...] Le SYNCASS-CFDT refuse que le directeur soit tenu comme seul comptable des politiques publiques et serve de bouc émissaire dans les tensions sociales qui crispent les établissements [...].*

pas relevés en tant que tels, mais peuvent être remarqués par le CNG : turn-over dans une équipe de direction, nombre de recours sur évaluation.

Il est indispensable, afin de favoriser la prévention et le règlement de situations à risques psychosociaux majeurs, de rendre le signalement plus lisible et son circuit accessible. Cela pourrait passer par deux méthodes complémentaires de recueil.

Actuellement, le SYNCASS-CFDT finalise avec les membres de la CCT un « formulaire de signalement de difficulté d'exercice » accessible aux professionnels sur le portail du CNG et une procédure de traitement par une cellule pluriprofessionnelle placée auprès du CNG et associant les représentants des directeurs, les professionnels du CNG et des compétences extérieures qualifiées.

Le SYNCASS-CFDT préconise également un bilan annuel de ces situations et de leur traitement par le CCN, sous la forme d'un rapport qui serait ensuite remis à l'Observatoire national de la qualité de vie au travail dont les travaux ont tout intérêt à intégrer des données concernant les personnels de direction. Rappelons que le plan national QVT ne constitue pas seulement un cadre d'actions pour les directeurs en responsabilité mais qu'il les concerne aussi en tant que personnels du secteur de la santé.

Dans un objectif de prévention, qui demeure une préoccupation majeure pour le SYNCASS-CFDT, ce rapport comprendrait également un suivi des indicateurs de nature psychosociale qui restent à déterminer en fonction de la possibilité de traitement des situations.

Ce suivi d'indicateurs suppose que le CNG puisse avoir accès à certaines données, ce qui reste à organiser.

Pour le SYNCASS-CFDT ce dispositif doit être articulé avec la médiation nationale en cours de définition réglementaire, et distingué des modalités de conciliation, organisées à l'initiative des chefs d'établissement, dans le cadre de leurs obligations d'employeur de protection de la santé au travail, de garantie des conditions de travail ainsi que de lutte contre les risques psychosociaux.

Nous attendons la clarification des modalités d'organisation et de recours au dispositif de médiation nationale.

## POUR CONCLURE

Si nous sommes sensibles à la volonté du ministère de vouloir s'attacher à notre qualité de vie au travail et aux risques psychosociaux, toutefois nous nous interrogeons : comment réfléchir à des actions de prévention, sans soulever aussitôt la question de la soutenabilité des politiques publiques, l'exigence d'un management éthique, permettant une responsabilité sociale et environnementale, la conciliation de la vie professionnelle et de la vie personnelle, la reconnaissance des responsabilités, et enfin le respect dû à nos fonctions ?

En ces temps troublés pour le système sanitaire et social, le SYNCASS-CFDT refuse que le directeur soit tenu comme seul comptable des politiques publiques et serve de bouc émissaire dans les tensions sociales qui crispent les établissements, dans l'expression des médias et dans des diagnostics expéditifs portés par la puissance publique elle-même.

Les modalités de la gestion nationale des cadres de direction, leurs conditions d'exercice et leur qualité de vie au travail sont indissociables de la stratégie de transformation du système de santé. ●

# Cartographie

des risques psychosociaux relatifs aux conditions d'exercice des directeurs de la FPH

## RAPPORTS SOCIAUX ET RELATIONS DE TRAVAIL

### Situations concrètes connues

Dans les équipes de direction :

- temps de dialogue et de débat nécessaire au recueil de l'adhésion aux orientations et décisions réduit *a minima*
- discriminations entre membres de l'équipe en fonction de critères d'âge, statuts, genres, nouveaux/anciens, premier cercle/deuxième cercle, etc.
- phénomènes de rivalité délétères et entretenues par le type de management

Au sein des établissements :

- conflits avec la communauté médicale, avec les présidents de CS/CA, les élus, les usagers et leurs familles, avec les intervenants externes et libéraux
- entre les établissements et les acteurs du territoire

### Facteurs d'apparition favorisants

- Modification des cadres d'exercice sans dialogue suffisant
- Définition imprécise des périmètres d'action des acteurs
- Défaut d'animation des équipes : management autoritaire et/ou affectif, négligence

### Facteurs modérateurs

- Instauration d'une culture de la négociation et de l'engagement : dialogue social notamment dans les périodes d'incertitude
- Solidarité professionnelle
- Équilibre vie professionnelle/personnelle
- Formation

## SÉCURITÉ SOCIOÉCONOMIQUE

### Situations concrètes connues

- Absence de prise en considération de facteurs familiaux dans l'accompagnement de la mobilité (propre à la FPH)
- Ralentissement de la carrière des femmes (maternité, âge)
- Difficulté à retrouver un poste après un détachement (risque de disponibilité d'office)
- Retour à l'emploi après un accident de la vie ou une maladie chronique et invalidante

### Facteurs d'apparition favorisants

- Reconfigurations généralisées (GHT) peu accompagnées
- Absence de service de santé au travail adapté

### Facteurs modérateurs

- Cadre statutaire protecteur
- Dispositifs qui tiennent compte des aléas au cours de la carrière
- Mesures « coussinets »
- Formation



## Protection de l'enfance - Mineurs non accompagnés

# Les établissements crient à l'aide !

*Les établissements de l'aide sociale à l'enfance font face à d'immenses difficultés rencontrées par les professionnels dans la politique d'accompagnement des mineurs non accompagnés (MNA) : procédure controversée d'évaluation de la minorité, mise à l'abri aléatoire, moyens insuffisants pour la qualité du suivi, défaut d'encadrement, alors que le nombre de situations augmente dans les territoires, parfois de manière exponentielle. Cette situation « d'exception » appelle une réflexion globale et concertée.*



Nicolas **KLEIN**  
 Directeur de l'EPD  
 Le Charmeyran  
 Maisons d'enfants  
 Les Tisserands et  
 Le Chemin en Isère

**E**n début d'année, lors d'un entretien sollicité par le SYNCASS-CFDT, une délégation composée de directeurs des différents champs de compétences de la cohésion sociale a rencontré la Direction générale de la cohésion sociale. À cette occasion ont été évoqués les enjeux forts qui sous-tendent les transformations importantes des politiques publiques du secteur, leur mise en œuvre extrêmement complexes par les directeurs concernés et aux conséquences éthiques indéniables. Le SYNCASS-CFDT a plaidé pour la mise en place d'une stratégie globale et concertée, n'oubliant pas les organisations syndicales pour se donner les moyens de réussir à dépasser les failles criantes des politiques publiques nationales et locales.

Le SYNCASS-CFDT souhaite apporter son analyse de la prise en charge des mineurs non accompagnés, portant aussi sur le sujet récurrent de l'articulation des politiques publiques de protection de l'enfance entre l'État et les départements.

## LE SYNCASS-CFDT ALERTE SUR LA SITUATION DE L'ACCUEIL DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS AU SEIN DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

À la croisée des politiques actuelles d'immigration et de protection de l'enfance, dont les objectifs ne convergent pas nécessairement, la situation des mineurs non accompagnés soulève de nombreuses questions. La clarification de la responsabilité de l'État dans la protection n'a pas résolu les difficultés spécifiques rencontrées par les mineurs à protéger et les professionnels en charge de leur accompagnement. C'est dans ce cadre que depuis le milieu des années 2000 a été mise en place l'organisation d'un dispositif d'évaluation des conditions de minorité et d'isolement (mise à l'abri) des jeunes personnes se présentant comme mineures sur le territoire français. Ce dispositif, confié aux départements dès l'origine, intervient ainsi avant l'admission dans le dispositif de mise en œuvre de la protection de l'enfance. La mise à l'abri conçue comme un accueil d'urgence est temporaire, elle sert à l'évaluation de la condition de minorité, financée par l'État.

La loi du 14 mars 2016<sup>1</sup> et le décret du 24 juin 2016<sup>2</sup> ont d'ailleurs stabilisé la compétence des conseils départementaux pour la mise à l'abri et l'évaluation des personnes se déclarant mineures non accompagnées. La décision du Conseil d'État du 14 juin 2017 est venue confirmer la légalité de ce décret<sup>3</sup>. Ce sont précisément l'effectivité de la protection dont ces enfants peuvent bénéficier et les modalités actuelles et souhaitables de la mise en œuvre d'un accompagnement qui posent aujourd'hui des problèmes récurrents. Depuis 2013, un dispositif de répartition des « mineurs non accompagnés »

entre départements a été instauré, en dépit de la résistance de certains à participer à ce qu'il convient de considérer comme un effort de solidarité nationale.

L'augmentation continue des arrivées (4 000 en 2010, 25 000 en 2017 et 40 000 estimées en 2018) aboutit à la saturation des capacités d'accueil des départements<sup>4</sup>. Au-delà de l'impact financier, elle vient soulever avant tout la question des conditions de vie de ces mineurs et de leur avenir dans notre pays.

La période d'évaluation cristallise l'essentiel des difficultés rencontrées par les départements. Les coûts à supporter pour les conseils départementaux lors de la phase d'évaluation de la condition de minorité sont très supérieurs à la compensation accordée par l'État, qui ne couvre que 10 % du total (le coût 2017 est estimé par l'Association des départements de



Rapport annuel  
du Conseil national de  
la protection de l'enfance



### ZOOM

## La dénomination « mineur non accompagné »

Les textes de référence de l'Union européenne, et plus précisément la Convention internationale des droits de l'enfant et la directive européenne 2011/95/UE du Parlement européen et du Conseil de l'Europe, désignent le mineur étranger non accompagné comme « un enfant âgé de moins de 0 à 18 ans [...] qui entre sur le territoire des États membres sans être accompagné d'un adulte qui est responsable de lui, de par le droit ou la pratique en vigueur dans l'État membre concerné, et tant qu'il n'est pas pris en charge par une telle personne ; cette expression couvre aussi le mineur qui a été laissé seul après être entré sur le territoire des États membres ».

Au regard de ces textes, il appartient aux États membres de l'Union européenne de protéger tout enfant dont la situation renvoie à ces deux éléments de minorité et d'isolement. Si en France la minorité est définie par le code civil dans son article 388, il a fallu attendre l'arrêté du 17 novembre 2016 pour définir que « la personne est considérée comme isolée lorsque

aucune personne majeure n'en est responsable légalement sur le territoire national ou ne la prend effectivement en charge et ne montre sa volonté de se voir durablement confier l'enfant, notamment en saisissant le juge compétent ».

Dès la loi du 5 mars 2007, les pouvoirs publics ont reconnu les dangers avérés encourus par les mineurs et ainsi affirmé la nécessité et la légitimité des services de protection de l'enfance à intervenir pour les protéger, sans pour autant les définir comme tels. En effet, l'article L112-3, alinéa 5 du code de l'action sociale et des familles (CASF) précise : « La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de leur famille et d'assurer leur prise en charge. » La minorité, la situation de danger et la privation temporaire ou définitive de protection familiale sont bien les critères permettant l'admission à l'aide sociale à l'enfance en droit français.

1. Loi 2016-197 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant

2. Décret du 24 juin 2016 relatif à l'accueil et aux conditions d'évaluation de la situation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille.

3. Selon les termes du Conseil d'État, le décret n'a « ni pour objet ni pour effet de transférer aux départements des missions que la loi confierait à l'État, notamment en matière d'état civil des personnes ou d'empiéter sur de telles compétences, notamment en matière d'accès au territoire français et de séjour sur ce territoire » CE 14 juin 2017.

4. L'augmentation constante du nombre de ces jeunes accueillis à l'aide sociale à l'enfance chaque année : 10 000 au 31/12/2015, 13 000 au 31/12/2016, 25 000 au 31/12/2017 ainsi que l'augmentation des arrivées de mineurs (flux) chaque année : 5 990 en 2015, 8 054 en 2016 et 14 900 en 2017. [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnpe\\_rapport\\_annuel\\_2017.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnpe_rapport_annuel_2017.pdf)

*La principale incidence de la progression des prises en charge de MNA concerne la charge financière, en lien direct avec les choix politiques pris par chaque département dans la mise en place de parcours d'accueil et d'intégration.*

France [ADF] à 1,3 milliard d'euros). Cela est totalement incompatible avec l'obligation de ne pas dépasser 1,2% d'augmentation de leurs charges de fonctionnement suite au nouveau pacte État/collectivités territoriales voté par le projet de loi de finances (PLF) de 2018. Pour y répondre partiellement, un financement exceptionnel de l'État pour leur prise en charge d'un montant de 96 millions d'euros a été affecté à la suite de l'accord trouvé avec l'ADF au titre de l'exercice 2017<sup>5</sup>.

La pression budgétaire ainsi exercée sur les conseils départementaux n'est pas sans incidence sur les établissements publics du champ de la protection de l'enfance. Ces derniers font également face au défaut d'harmonisation des pratiques d'évaluation bien que les textes aient gagné en précision (décret du 24 juin 2016 et arrêté du 17 novembre 2016) quant à l'incertitude juridique générée par les délais de traitement des recours et à l'absence de statut clairement défini en droit des personnes durant cette période. Le dispositif d'accueil et d'évaluation de la minorité doit être amélioré pour assurer le respect des droits et la protection qui doit ainsi être garantie à l'accueil des mineurs conformément aux droits européen et français

Au-delà des seules capacités publiques d'accueil initial, considérer cette mission en termes d'organisation de l'action publique de

la protection de l'enfance implique, là aussi, de reconnaître que les solutions ne relèvent pas que du seul management des établissements. En effet, cela relève nécessairement de coopérations multiples dans un maillage territorial impliquant les associations et, surtout, la participation active des services de l'État (éducation nationale, préfecture, police de l'air et des frontières...).

Pour l'accompagnement et la conduite des projets d'accueil au sein des établissements, il est urgent de prendre en compte la nécessité des besoins spécifiques de compétences, de pratiques professionnelles et d'outils adaptés aux particularités de ces enfants. Malgré leur investissement et implication, il faut reconnaître que les acteurs socio-éducatifs n'en disposent pas uniformément. L'intégrer engage des réflexions spécifiques dans un contexte où le principe de spécialisation des dispositifs en silos le dispute à l'accueil généraliste.

**Professionaliser nos pratiques est également une manière de conserver les places et rôles de chacun dans le cadre d'un exercice strictement professionnel et respectant cette mission de service public.**

Face à ce modèle d'accompagnement calé sur un accueil non spécifiquement organisé selon les moyens existants, tant les équipes professionnelles que leurs directeurs prennent leurs responsabilités et font face au flux sans pouvoir agir concrètement sur la fragilité et le dénuement extrêmes des situations. Ils constatent la recrudescence de comportements sociaux inadaptés, irrespectueux, délinquants, voire violents. **Ils s'épuisent à maintenir l'accueil des mineurs non accompagnés dans un cadre institutionnel, conforme au droit et aux règles de sécurité, seul rempart à l'exclusion invisible et souvent définitive.** La responsabilité de leurs missions s'exerce alors dans une ignorance collective s'apparentant au mieux au déni de réalité. **Pour le SYNCASS-CFDT, il est de notre responsabilité syndicale de dénoncer les insuffisances collectives que les acteurs ne peuvent que subir.**

**L'INADAPTATION DES STRUCTURES CLASSIQUES: IL FAUT ENCORE ARTICULER ET AMÉLIORER LES RÉPONSES**

Le constat est aujourd'hui largement partagé d'une inadaptation des structures « classiques » d'hébergement des mineurs non accompagnés

5. Arrêté du 23 juillet 2018 fixant le montant du financement exceptionnel de l'État pour la prise en charge des mineurs non accompagnés confiés à l'aide sociale à l'enfance sur décision de justice et pris en charge au 31 décembre 2017.

## ZOOM

### La situation en Guyane et à Mayotte

La question des mineurs non accompagnés ne se limite pas à l'hexagone. La Guyane et Mayotte, mais plus largement les départements d'outre-mer, font face à des arrivées importantes de migrants, dont un nombre important de mineurs, la plupart non accompagnés. Bien que ces flux migratoires

correspondent dans ces territoires à des déterminants spécifiques, le SYNCASS-CFDT réclame une étude approfondie de la question car plus encore qu'ailleurs les hôpitaux et les ESMS constituent le seul recours immédiat et sans réponse à la hauteur de la spécificité et de la quantité des besoins !

de plus en plus nombreux. L'effet nombre ne dispense pas de la réflexion sur la nature des structures existantes dont la quasi-universalité n'est plus à même de répondre aux enjeux.

Si l'hétérogénéité des projets et des organisations des établissements de protection de l'enfance est réelle depuis la décentralisation, elle repose sur les deux grands types d'établissement d'accueil à dominante collective :

- les foyers départementaux de l'enfance dont la mission historique est l'accueil d'urgence et qui répond à l'étape de la mise à l'abri (hébergement de première intention et évaluation nécessaire à l'étape suivant d'entrée dans le dispositif),
- les maisons d'enfants qui accueillent sur le moyen/long terme, accompagnant le parcours de ceux dont la minorité et l'isolement familial auront été reconnus.

Sur le plan général, la responsabilité du président du département dans la mise en œuvre des placements décidés par l'autorité judiciaire est, de manière criante, confrontée à la saturation d'un dispositif conçu initialement pour les mineurs et jeunes majeurs dont les familles se trouvent en difficulté momentanée ou durable, les empêchant d'en assumer la charge et l'éducation. Le phénomène de suractivité peut exister au sein des structures d'accueil, mettant de fait également en jeu la responsabilité des professionnels et, bien entendu, du directeur, responsable juridiquement en premier lieu.

Y faire résolument face nécessite une définition politique, administrative et juridique des rôles de chacun, sachant que nombre de structures doivent poursuivre leur adaptation en termes de moyens, de compétences et d'organisation pour l'accompagnement de toutes les personnes concernées. C'est à ce prix que le management des établissements par les directeurs deviendra soutenable et garantira l'efficacité. Répondre avec les moyens nécessaires aux missions correspondant aux spécificités clairement définies pour des durées adaptées aux besoins dans des contextes locaux particuliers (comme les zones frontalières, l'outre-mer...) ne peut relever que des choix locaux mais nécessite une politique publique nationale, garante de la solidarité républicaine.

 **Pour le SYNCASS-CFDT**, il y a urgence à garantir la même qualité de service public sur l'ensemble du territoire national, sans



remettre en cause la décentralisation de la protection de l'enfance. L'éparpillement des structures, l'absence d'avancée dans la démarche d'harmonisation des politiques de l'enfance, en dépit de la création récente du Conseil national de protection de l'enfance (CNPE) est regrettable. Par ailleurs, l'isolement des structures publiques parmi l'ensemble des acteurs intervenant dans ce domaine (associations) est renforcé par la difficulté d'être non seulement assez peu représentées mais aussi de ne pouvoir se positionner à leur juste et légitime place dans des instances départementales pluriprofessionnelles qui les administrent.

**Notre responsabilité est de rendre compte de la réalité qu'assument les directeurs du secteur dans un environnement de terrain toujours plus complexe. Elle est également de les défendre et de dénoncer les incohérences des politiques publiques. Les directeurs assument au premier plan la responsabilité des conséquences des arbitrages et des choix publics devant les usagers, les familles, les personnels et les autorités compétentes. Cela mérite la reconnaissance de leurs compétences largement déployées sur l'ensemble du champ sanitaire, social et médico-social.**

Le SYNCASS-CFDT rappelle pour cela l'importance et la nécessité d'une méthode respectueuse des corps intermédiaires indispensables à la défense de l'intérêt général. Ils doivent être considérés et écoutés ! ●

# Élections FPH 2018

## Le vote électronique des directeurs

Les élections professionnelles de décembre 2018 sont marquées par l'introduction du vote électronique pour les personnels de direction. Ayant déjà pu l'éprouver avec les praticiens hospitaliers, le Centre national de gestion est donc en train d'opérer la montée en charge en vue d'assurer la bonne tenue des élections pour les directeurs des trois corps (DH, D3S, DS).



### Dates clés

**29 septembre**

Le CNG publie la liste électorale.

**6 octobre**

Le CNG arrête la liste électorale pour le CCN.

**13 octobre**

Le CNG arrête les listes électorales pour les CAPN (DH-DS-D3S).

**Du 29 novembre au 6 décembre**

Les bureaux de vote électronique sont ouverts pour les trois corps de direction.

Cette année, les représentants siégeant au sein des commissions consultatives paritaires nationales (CAPN) et du comité consultatif national (CCN) vont être renouvelés. Les élections se dérouleront par vote électronique du 29 novembre (10 h à Paris) au 6 décembre (17 h à Paris) pour les trois corps de direction de la fonction publique hospitalière.

Le SYNCASS-CFDT, qui a voté favorablement à la mise en œuvre du vote électronique lors du comité consultatif national du 15 mai 2018, rappelle les différentes étapes à connaître, afin d'assurer une participation encore plus forte que lors des élections précédentes (près de 74 % de participation pour les élections aux CCN de 2014).

### LA MISE EN PLACE D'UN NOUVEAU PORTAIL D'ÉCHANGES ENTRE LES DIRECTEURS ET LE CNG

Ces scrutins auront pour particularité d'être dématérialisés : les directeurs voteront sur une plate-forme accessible via internet. Ce dispositif dématérialisé nécessite donc de préparer en amont ces élections, en recueillant auprès des directeurs des données à jour relatives à leur situation. Pour la directrice générale du CNG, « il a paru intéressant de saisir l'opportunité de ce rendez-vous électoral pour mettre en place un portail, première étape vers le développement d'un nouveau mode de relation entre le CNG et les directeurs qu'il gère ».

### UN RECUEIL D'INFORMATIONS ESSENTIEL POUR LE BON DÉROULEMENT DES ÉLECTIONS

Les électeurs ont reçu un courrier les invitant à renseigner les informations relatives à leur situation professionnelle, notamment leur adresse électronique, en se connectant au portail du CNG.

Cette phase de recueil de données a été essentielle pour l'organisation des élections et le bon déroulement du scrutin. Plus de 80 % des électeurs

ont renseigné le portail. Les autres électeurs recevront les identifiants et mots de passe nécessaires par courrier postal.

### LES SCRUTINS CONCERNÉS PAR LE VOTE ÉLECTRONIQUE

Tous les scrutins sont dématérialisés en 2018, soit quatre : le comité consultatif national devenu commun depuis 2016 et les commissions administratives paritaires nationales des directeurs d'hôpital, des directeurs des soins, et des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social.

### QUID DE LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES ?

Conformément à l'article 2 de l'arrêté du 13 juillet dernier relatif au vote électronique pour les élections des directeurs de la FPH, le traitement automatisé des données personnelles est déclaré auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Le CNG a par ailleurs fait appel à un expert indépendant pour assurer la bonne tenue des élections.

### POUR QUEL(S) SCRUTIN(S) ÊTES-VOUS AMENÉ À VOUS EXPRIMER ?

Un électeur vote :

- deux fois s'il exerce en établissement : c'est le cas général. Il vote pour le CCN et la CAPN de son corps ;
- trois fois s'il exerce en établissement dans le cadre du détachement dans un autre corps (DH ou D3S), soit pour le CCN et chacune des deux CAPN du corps d'accueil et du corps d'origine ;
- une fois, pour la seule CAPN de son corps d'appartenance, s'il est en détachement hors des établissements de la FPH ;
- une fois, pour le CCN, pour les collègues en établissement non encore titularisés dans le corps suite à inscription sur la liste d'aptitude (tour extérieur), ainsi que pour les inscrits sur les listes. ●



Le CNG informe les électeurs :



# #1.2 fiche pratique

## Handicap Faciliter la mutualisation dans un lieu de vie commun

La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) expose dans un guide les éléments nécessaires pour mettre en commun la prestation de compensation du handicap (PCH) de plusieurs personnes pour leur assurer un habitat inclusif ou partagé. Cette prestation regroupe plusieurs volets, séparés en deux catégories : les aides humaines et les aides techniques. La mise en commun se fait sur les volets concernant toutes les personnes associées et peut être partielle ou totale, selon les besoins. Explications.

**B**ien que très diverses dans leurs dénominations et modalités, les différentes formes d'habitat inclusif ont trois caractéristiques communes :

- l'habitat inclusif repose sur une organisation qui fait du lieu d'habitation de la personne en situation de handicap son logement personnel, son « chez soi » ;
- l'habitat inclusif conjugue, pour la personne en situation de handicap, la réponse à son besoin de logement et la réponse à ses besoins d'aide, d'accompagnement et, le cas échéant, de ce qu'il est convenu d'appeler la « surveillance » ;
- l'habitat inclusif vise toujours, en prenant en général appui sur la vie organisée à plusieurs, une insertion active dans le voisinage, la vie de quartier et l'environnement de proximité.

La mutualisation de la prestation de compensation du handicap (PCH) dépend de la nature des handicaps, de leur intensité, des impératifs des personnes et du territoire dans lequel elles vivent. Elle ne peut donc être définie de manière générique et « doit tenir compte des spécificités de chaque situation individuelle et de leurs projets de vie ». La DGCS précise également que « la mise en commun de la PCH attribuée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) n'a pas d'impact sur son montant ». Le projet de vie de chaque personne est au cœur de la démarche, c'est pourquoi il est important de sélectionner des projets pour lesquels plusieurs personnes ont les mêmes besoins.

**LE CADRE DE LA MISE EN COMMUN**  
La possibilité de mutualiser la prestation de compensation du handicap pour l'habitat inclusif requiert des vigilances :

- la mise en commun est réalisée à l'initiative de la personne handicapée, qui peut y mettre fin quand elle le souhaite ;
- la personne qui met en commun sa PCH n'a pas l'obligation d'en faire la demande auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Il est toutefois recommandé d'en informer le conseil départemental pour qu'un contrôle d'effectivité adapté puisse être réalisé ;
- les bénéficiaires doivent présenter au moins partiellement des besoins similaires ;
- la PCH attribuée à la personne ne peut être diminuée en raison d'une mise en commun, sauf pour l'ajuster aux frais qu'elle supporte effectivement ;
- la prestation est affectée à la couverture des charges pour lesquelles elle a été attribuée ; les heures non effectuées sont perdues.

### UNE PROCÉDURE SPÉCIFIQUE POUR UN PROJET DE VIE

Pour rendre effective sa mutualisation, la personne handicapée doit faire sa demande de PCH auprès de la MDPH en précisant ou non, selon son choix, sa volonté de mettre cette prestation en commun dans le cadre de l'obtention ou du maintien d'un habitat inclusif (la mise en commun ne doit pas être en contradiction avec le projet de vie de la personne).

Association ou établissement peuvent être sollicités par la personne, l'accompagner dans sa demande de PCH et faciliter son intégration dans l'habitat. L'opérateur accompagnateur doit alors informer la MDPH, le conseil départemental et l'ARS du projet, ainsi que la personne bénéficiaire des contraintes et obligations du dispositif.

La MDPH évalue la situation, identifie les besoins individuels de la personne en fonction de son projet de vie et élabore des réponses en fonction de la réglementation en vigueur qu'elle soumet à la CDAPH.

La CDAPH prend alors la décision d'attribution de la PCH, qu'elle transmet à la MDPH, laquelle la transmet au conseil départemental et à la personne (selon le territoire, elle informe ou non le département de la mise en commun).

Le conseil départemental verse aux prestataires les montants correspondant aux heures de PCH et contrôle leur utilisation en prenant en compte les besoins de toutes les personnes bénéficiaires de la mutualisation. Il se charge également de recenser les projets d'habitat partagé et inclusif auprès de l'agence régionale de santé (ARS), des MDPH, associations et services médico-sociaux ;

Enfin, les différents professionnels intervenant au titre de l'aide humaine doivent distinguer les interventions individualisées des actions collectives, notamment pour faciliter le contrôle de la MDPH.

### MISE EN COMMUN PARTIELLE OU TOTALE SELON LES MOYENS ACCORDÉS

Dans un dispositif d'habitat inclusif, où les personnes handicapées vivent dans des logements groupés, des aides humaines peuvent être mutualisées pour obtenir un accompagnement plus important grâce à la mise en commun partielle ou totale de la PCH. Lorsque le handicap des habitants nécessite un grand nombre d'heures de PCH, ils peuvent décider d'en partager une partie seulement pour assurer une surveillance d'amplitude maximale. Ils bénéficient en plus des autres heures pour des aides individualisées aux « actes essentiels de l'existence », choisissant librement l'intervenant qui les exécute. Ce double usage permet une « souplesse de réponse aux besoins quotidiens des personnes grâce à une présence permanente par les heures de surveillance mutualisées permettant des interventions non programmées ou non programmables lors des heures non couvertes, et particulièrement la nuit », précise la DGCS.

Lorsque la MDPH et la CDAPH construisent avec la personne un plan personnalisé de compensation du handicap nécessitant moins d'heures et pour lequel seul un accompagnement mutualisé suffit pour répondre aux besoins, l'ensemble des heures peut être mis en commun.

Cette solution est adoptée pour les personnes qui ne peuvent vivre seules et pour lesquelles une surveillance régulière est suffisante, sans qu'elles aient besoin d'un accompagnement permanent ni individualisé. ●



Guide de l'habitat inclusif  
pour les personnes handicapées  
et les personnes âgées

[https://www.cnsa.fr/documentation/guide-de\\_l-habitat-inclusif-pour-les-personnes-handicapees-et-les-personnes-agees](https://www.cnsa.fr/documentation/guide-de_l-habitat-inclusif-pour-les-personnes-handicapees-et-les-personnes-agees)

Attribution et calcul de la PCH  
logement guide d'aide à la décision  
[http://v2.handi-social.fr/wa\\_files/CNSA\\_1001\\_attributionetcalculPCHlogement\\_guideaideadecision.pdf](http://v2.handi-social.fr/wa_files/CNSA_1001_attributionetcalculPCHlogement_guideaideadecision.pdf)

Évolution de la prestation de  
compensation du handicap (PCH)  
[http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-046R\\_tome\\_1\\_.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-046R_tome_1_.pdf)

# Droit syndical

## Les directeurs ont les mêmes droits que tous les agents de la fonction publique hospitalière



### RÉFÉRENCES

**Loi n° 83-634 du 19 juillet 1983**  
modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires.

**Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986**  
modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

**Loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010**  
relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique.

**Loi n° 79-587 du 11 juillet 1979**  
sur la motivation des actes administratifs et loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

**Décret n° 86-660 du 19 mars 1986**  
relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

**Décret n° 88-676 du 6 mai 1988**  
relatif à l'attribution du congé pour formation syndicale dans la fonction publique hospitalière.

**Décret n° 2012-736 du 9 mai 2012**  
modifiant le décret n° 86-660 du 19 mars 1986.

**Décret n° 2013-627 du 16 juillet 2013**  
modifiant le décret n° 86-660 du 19 mars 1986.

**Circulaire n° DGOS/RH3/2013/275 du 9 juillet 2013**  
relative à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique hospitalière.

### LE DROIT SYNDICAL GARANTI AUX DIRECTEURS

Le statut de la fonction publique prévoit que les fonctionnaires participent par l'intermédiaire de leurs délégués siégeant dans des organismes consultatifs à l'organisation et au fonctionnement des services publics, à l'élaboration des règles statutaires et à l'examen des décisions individuelles relatives à leur carrière.

À cette fin, les fonctionnaires peuvent :

- créer librement des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats ;
- bénéficier d'un congé de formation syndicale, dans la limite de 12 jours par an ;
- se voir accorder lorsqu'ils sont responsables d'organisations syndicales représentatives, et sous réserve des nécessités du service, des décharges d'activité de service tout en étant réputés être en position d'activité ;
- être mis, sous réserve des nécessités de service, à la disposition des organisations syndicales nationales représentatives, tout en étant réputé être en position d'activité ;
- participer à une réunion mensuelle d'information syndicale pendant les heures de service, à condition d'avoir obtenu une autorisation d'absence sollicitée au moins trois jours avant la réunion et accordée sous réserve des nécessités de service ;
- bénéficier, sous réserve des nécessités de service, d'autorisations spéciales d'absence qui n'entrent pas en compte dans le calcul des congés annuels.

Il ne peut être fait état dans le dossier d'un fonctionnaire, de même que dans tout document administratif, des opinions ou des activités politiques, syndicales, religieuses ou philosophiques de l'intéressé.

Depuis peu, l'article 15 de la loi n° 83-634 reconnaît que les compétences acquises dans l'exercice d'un mandat syndical sont prises en compte au titre des acquis de l'expérience professionnelle, en particulier pour la promotion interne.

### LE CONGÉ DE FORMATION SYNDICALE

Le congé de formation syndicale permet de suivre un stage ou une session de formation organisée par un centre ou un institut figurant sur une liste ministérielle.

La possibilité de partir en congé de formation syndicale est limitée à 5% de l'effectif du corps.

La demande du congé doit être faite par écrit au moins un mois à l'avance. À défaut de réponse expresse au plus tard le quinzième jour qui précède le début du stage ou de la session, le congé est réputé accordé. Le bénéfice du congé ne peut être refusé que si les nécessités du fonctionnement du service s'y opposent. Les décisions qui rejettent des demandes de congé de fonctionnaires doivent être communiquées avec leurs motifs à la commission administrative paritaire au cours de la réunion qui suit l'intervention de ces décisions.

### LE DROIT DE GRÈVE

La grève est une cessation collective et concertée du travail pour des

motifs d'ordre professionnel. Tout fonctionnaire, y compris investi de fonctions de responsabilité comme le directeur, dispose du droit de grève. Les limitations au droit de grève ne concernent que les personnels d'autorité qui participent à l'action gouvernementale et les agents assurant le fonctionnement des services indispensables à l'action gouvernementale, la garantie de la sécurité physique des personnes ou la conservation des biens et du matériel.

Pour être licite, la grève doit faire l'objet d'un préavis, précisant les motifs du recours à la grève et émaner d'une organisation syndicale représentative. Le préavis doit parvenir cinq jours francs avant le déclenchement de la grève et doit fixer le lieu, la date, l'heure de début et la durée limitée ou non de la grève.

Les grèves tournantes, les grèves du zèle (réduction de l'activité) et l'occupation des locaux sont constitutifs d'une faute disciplinaire.

Toute journée de grève, quelle que soit la durée du service non fait, donne lieu à une retenue strictement proportionnelle au temps de grève effectué. Il appartient à l'administration de faire la preuve de l'absence de service fait pour justifier de la retenue sur traitement.

La limitation du droit de grève pour assurer la continuité du service s'applique également aux directeurs.

Les élèves directeurs en formation à l'EHESP relèvent des dispositions applicables à la fonction publique hospitalière et non de celles de l'État. ●

BASE RÉGLEMENTAIRE	TYPE D'ACTIVITÉ SYNDICALE	CONTINGENT D'HEURES OU DE JOURS AUTORISÉS
Article 6 Décret 86-660 du 19 mars 1986	Réunions mensuelles d'information	1 heure par mois ou 3 heures par trimestre
Article 13 Décret 86-660 du 19 mars 1986	• Congrès: syndicat, fédération, confédération... • Réunions des instances syndicales statutaires d'un niveau local, départemental, régional, national...	Accordé sur convocation de l'organisme directeur (syndicat): 10 jours par an et par agent mandaté pour les organisations syndicales non représentées au conseil commun de la fonction publique 20 jours par an et par agent mandaté pour les syndicats représentés au conseil commun de la fonction publique Ces deux limites ne sont pas cumulables.
Article 15 Décret 86-660 du 19 mars 1986	• Réunions d'instances: CCN, CAPN, commission de réforme, CGOS, ANFH... • Réunions et groupe de travail: projet social...	Accordé sur convocation délai de route + durée prévisible de la réunion + deux fois le délai prévisible de la réunion pour chaque élu ou mandaté
Article 41 7° Loi 86-33 du 9 janvier 1986 Décret 88-676 du 6 mai 1988	Formation syndicale	12 jours/an et par agent

# Taxe d'habitation

## L'ancien logement de résident en Ehpad, ce que dit Bercy

Conformément à l'article 1414 A et 1417, le dégrèvement instauré par l'article 5 de la loi de finances pour 2018 permet d'appliquer un plafonnement de la taxe d'habitation égal à 3,44% du revenu de référence, déduction faite d'un abattement allant de 5 516 et 11 311 € selon la taille du foyer fiscal. Applicables aux seuls logements libres de toute occupation, l'exonération, l'abattement ou le dégrèvement – précise le code général des impôts – sont accordés à compter de l'année qui suit celle de leur institutionnalisation.

**S**elon l'article 1414 du code général des impôts, sont par ailleurs exonérés de la taxe d'habitation afférente à leur habitation principale : les titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) ou de l'allocation supplémentaire d'invalidité, mais aussi lorsque le montant de leurs revenus de l'année précédente n'excède pas la limite prévue au I de l'article 1417 :

- les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ;
- les contribuables âgés de plus de 60 ans ainsi que les veuves et veufs ;
- les contribuables atteints d'une infirmité ou d'une invalidité les empêchant de subvenir par leur travail aux nécessités de l'existence.

Pour les autres, la taxe sur leur habitation principale se cumule à la taxe d'habitation dont doit s'acquitter tout résident lors de son entrée en Ehpad dès lors qu'il occupe un logement privatif. Un cas de figure qui a également fait l'objet de dérogations fiscales lors du vote des projets de lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) et de finances (LF) pour 2018 afin de compenser la hausse de la contribution sociale généralisée.

**Le ministère de l'Action et des Comptes publics a détaillé les mesures fiscales et dérogations applicables aux résidents d'Ehpad dans le cadre de leur assujettissement à la taxe d'habitation. Dans une question écrite, le député du Rhône Bernard Perrut (LR) s'inquiétait de voir des résidents encore soumis à la taxe d'habitation de leur ancien logement.**

« Quelles mesures le Gouvernement entend prendre, dans le cadre de sa réforme de la taxe d'habitation, afin que les personnes vivant en Ehpad ne soient plus assujetties à la taxe d'habitation pour le logement qu'elles n'occupent plus ? » Déposée le 13 mars

dernier, cette question a fait l'objet d'une réponse le 14 août dernier.

Conformément au code général des impôts, la taxe d'habitation « est établie au nom des personnes qui ont, à quelque titre que ce soit, la disposition ou la jouissance des locaux imposables ». De par la loi, les résidents d'Ehpad sont donc, au même titre que tout autre propriétaire, soumis au paiement de la taxe sur leur habitation principale. Et ce, même s'ils ne l'occupent plus. Or, souligne le député, « cette règle ne tient pas compte de la situation des personnes âgées et dépendantes, dont l'état physique ou mental ne leur permet justement plus de jouir de ce bien ». Partant du constat qu'un « nombre croissant de personnes âgées et dépendantes sont confrontées à cette obligation fiscale qui les plonge dans une situation matérielle difficile, compte tenu du coût très élevé de l'hébergement en Ehpad » et soulignant que les personnes qui occupent un logement privatif au sein des Ehpad doivent déjà acquitter la taxe d'habitation pour ce logement, le parlementaire s'interroge donc sur les mesures possibles pour rétablir un certain équilibre fiscal.

Réponse du ministère : pas question de multiplier les allègements en cas de jouissance de plusieurs résidences. « Les dispositifs d'allègement de taxe d'habitation sont réservés à l'habitation principale des contribuables, de manière à ce que leur choix éventuel de jouir d'une pluralité de résidences ne se traduise pas par une multiplication des allègements de fiscalité directe locale, au détriment des finances des collectivités locales et de l'État », justifie ainsi Bercy.

### UNE SITUATION DÉJÀ PRISE EN COMPTE, POUR L'ÉTAT

Au regard de la situation des résidents d'Ehpad, le ministère rappelle

néanmoins les dernières modifications législatives intervenues en leur faveur dans le cadre de loi de finances pour 2018. « En application de l'article 1414 B du code général des impôts, les personnes qui conservent la jouissance exclusive de la résidence qui constituait leur habitation principale avant d'être hébergées durablement dans un établissement ou service mentionné au 6° du I de l'article L.312 du code de l'action sociale et des familles ou dans un établissement de santé autorisé à dispenser des soins de longue durée [à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements], peuvent bénéficier, pour leur ancien domicile, des dispositifs d'allègement de taxe d'habitation prévus pour l'habitation principale. » Et notamment du nouveau dégrèvement instauré par l'article 5 de la loi de finances pour 2018, « dès lors qu'elles remplissent les conditions y ouvrant droit ».

Cette mesure, précise le ministère s'applique « même lorsque les membres du foyer fiscal de la personne entrée dans un établissement d'accueil spécialisé (conjoint ou personne à charge), qui résident dans le logement au jour de son départ, continuent à l'occuper ».

Une disposition dérogatoire au droit commun, juge l'administration, qui permet donc de prendre en compte la situation des personnes âgées institutionnalisées en offrant la possibilité aux résidents de condition modeste « de bénéficier des exonérations et allègements prévus au titre de l'habitation principale ». Et de rappeler enfin l'engagement présidentiel concernant la taxe d'habitation sur la résidence principale. Celle-ci, est-il écrit, sera « définitivement supprimée au plus tard à compter de 2021 ». D'ici là, aucune nouvelle mesure ne semble donc à l'ordre du jour. ●

# Santé au travail

## Des dispositions inadaptées à l'exercice professionnel des directeurs

Depuis des années, le SYNCASS-CFDT réclame que le droit, en matière de santé au travail, puisse s'appliquer concrètement aux directeurs dans des conditions compatibles avec les spécificités de leur exercice professionnel. Dans le cadre réglementaire actuel, c'est en effet le droit en vigueur pour l'ensemble des agents de la fonction publique hospitalière qui prévaut.

L'adaptation des organisations et des procédures aux particularités de positionnement des directeurs est réclamée de longue date par le SYNCASS-CFDT, qui a notamment obtenu l'inscription dans le protocole d'accord du 29 juillet 2011 de l'ouverture d'une réflexion sur les conditions d'accès à la médecine du travail et les modalités de prise en compte des risques médicaux et psychosociaux. L'accord retenait aussi le principe de la création d'un comité médical national et d'une commission de réforme nationale. Si la réflexion relative à la prise en compte des risques psychosociaux a bien avancé, au travers des différents travaux menés au sein de la commission des conditions de travail (CCT), les évolutions demandées en matière de santé au travail sont restées sans suite, alors même que la dégradation des conditions d'exercice des directeurs engendre des répercussions sur leur santé, menant parfois à des congés de longue maladie ou de longue durée, voire à la reconnaissance d'une inaptitude à exercer les fonctions.

### LE SUIVI DE LA SANTÉ AU TRAVAIL DES DIRECTEURS, UNE ORGANISATION À REVOIR

À ce jour, aucun travail n'a été entrepris pour organiser les modalités effectives de la santé au travail des directeurs. Le suivi de la santé des directeurs est donc réalisé par le service de santé au travail de leur établissement d'affectation, générant un phénomène de sous, voire de non-recours au médecin du travail

du fait du malaise bien compréhensible qu'ils peuvent ressentir à exposer des considérations intimes à la personne chargée aussi du suivi des agents qu'ils encadrent. Les craintes d'un non-respect de la confidentialité des informations échangées sont aussi un frein à la consultation du médecin du travail.

Il en résulte un suivi aléatoire de l'état de santé au travail des directeurs, pouvant conduire à un retard de prise en charge, y compris dans des situations très dégradées. Les directeurs ne peuvent néanmoins qu'être encouragés à s'adresser au médecin du travail de leur établissement quand leur situation le nécessite.

### LES ARRÊTS DE TRAVAIL POUR RAISON DE SANTÉ: UNE GESTION MIXTE, SOURCE DE CONFUSIONS

En matière de maladie, la mise en œuvre du droit commun est rendue difficile pour les directeurs, du fait des particularités de gestion des corps de direction, qui mêle les niveaux local et national.

Les arrêts de travail relevant de la longue maladie ou de longue durée doivent impérativement être adressés au Centre national de gestion (CNG), autorité investie du pouvoir de nomination des directeurs. Trop souvent, les établissements – ou les agences régionales de santé (ARS) et les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) pour les chefs d'établissements – et les intéressés eux-mêmes n'y songent pas. Les certificats médicaux ne sont alors

tout simplement pas traités ou sont conservés au niveau local, ce qui est inadapté, le CNG étant seul compétent pour prononcer toute décision relative à la position ou à la carrière d'un directeur.

Le CNG est ainsi seul compétent pour prendre les décisions d'arrêts de travail, de CLM et CLD mais ce sont aux établissements employeurs de mettre en œuvre les dispositifs aboutissant à cette décision, notamment en saisissant les comités médicaux départementaux et commissions de réforme.

Les comités départementaux sont compétents pour de nombreux sujets: prolongation des arrêts de maladie ordinaire au-delà de 6 mois, CLM et CLD, réintégration après 18 mois de congé de maladie ordinaire, de CLM et de CLD, aménagement des conditions de travail après congé de maladie ou disponibilité d'office, mise en disponibilité d'office pour raison de santé, reclassement dans un autre emploi suite à modification de l'état physique.

En matière d'accidents de travail, de trajet et de maladie professionnelle, c'est, selon le décret 88-386, l'employeur qui doit saisir pour avis la commission de réforme et qui décide de l'absence d'imputabilité. Dans le cas des directeurs adjoints, c'est donc le chef d'établissement qui est compétent en droit; pour les chefs d'établissements, il y a donc impossibilité d'appliquer le décret puisque les ARS et DDCS ne sont pas les «employeurs» et que le directeur concerné ne peut pas saisir pour lui-même. Ces dispositions sont sources de contentieux et créent des incohérences, le CNG ayant la compétence pour les décisions d'arrêts de travail, c'est pourquoi le SYNCASS-CFDT demande qu'il soit confirmé dans son rôle de décision d'imputabilité au service et ne pas dépendre des indications des établissements, ARS et DDCS.

**Le SYNCASS-CFDT appelle les directeurs à la vigilance et au suivi attentif de leur dossier en pareille situation, en effet, la méconnaissance des procédures de la part de certains acteurs fait parfois grief. ●**



### RÉFÉRENCES LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES

Loi n° 83-634 du 19 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH, art. 41-2° et 41-1

Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif aux médecins agréés, aux comités médicaux et commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des fonctionnaires, art. 24 à 27

Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière, art. 14 à 17.

# VOTRE VOIX NOTRE ACTION

## — ÉLECTIONS 2018 —



### La lucidité de nos analyses Condition de notre cohérence

Le SYNCASS-CFDT analyse la situation des directeurs et des établissements, sans complaisance ni facilité, et il alerte sur les choix publics et leur application. Comme il ne suffit pas de dénoncer, il est aussi force de propositions sur les dossiers sanitaires et sociaux et sur nos statuts. Car les deux sont liés et seule la cohérence peut permettre d'aboutir.

Analyser avec lucidité les arbitrages publics, les injonctions paradoxales, le financement rogné, ou les erreurs conceptuelles des GHT, pour enfin retrouver le droit à un management éthique : **c'est indispensable à nos fonctions et cela fait la différence.**

### L'indépendance face à l'État Condition de notre efficacité

Les responsables du SYNCASS-CFDT sont à temps complet à votre service. Ils n'ont pas à gérer leur carrière au cours de leur mandat. Ils n'ont pas à ménager leurs interlocuteurs publics, ni à pondérer leurs propos quand ils sont face à l'État. C'est pour cela qu'ils obtiennent des résultats pour les corps de direction et les collègues.

Nos élus et notre équipe nationale sont investis pour vous représenter et intervenir avec force dans toutes les instances et tous les lieux de discussion pour y faire valoir vos intérêts. **C'est indispensable pour réussir et cela fait la différence.**

### La responsabilité assumée Condition de notre exigence

Le SYNCASS-CFDT est mobilisé face aux menaces affectant la fonction de direction. Nous voulons impulser les actions collectives pour reconquérir, ensemble, les marges nécessaires à un exercice professionnel serein et à un management soutenable. Il n'est plus possible de laisser l'État faire ainsi, sans risques pour demain.

Notre choix d'agir est à la hauteur de l'urgence. Notre responsabilité assumée sera de savoir inverser la tendance, par une exigence forte face au ministère, grâce au soutien des collègues. **C'est indispensable pour agir et cela fait la différence.**

## Adhérer au SYNCASS-CFDT

Téléchargez le formulaire  
qui correspond  
à votre profession.



Formulaire à télécharger, à compléter et à retourner par voie postale (14 rue Vésale 75005 Paris) ou par voie électronique (contact@syncass-cfdt.fr).

Pour que l'adhésion soit effective, les documents (bulletin et mandat de prélèvement Sepa) doivent être dûment complétés et accompagnés du RIB du compte sur lequel seront prélevées les cotisations.

L'adhésion entraîne l'abonnement à une partie des publications du SYNCASS-CFDT.

### Être adhérent

- C'est être un acteur qui peut participer à la défense des intérêts de sa profession,
- C'est acquitter sa cotisation : le fonctionnement d'un syndicat dépend de ce geste et vous formalisez ainsi votre appartenance à la CFDT,
- C'est informer le syndicat de tout changement de coordonnées.

### Les permanents du SYNCASS-CFDT

- Apportent conseils et aide juridiques.
- Sont des interlocuteurs reconnus des institutions.
- Animent la permanence et favorisent la diffusion quasi instantanée des informations en leur possession (résultats CAPN, commissions des carrières, négociations...).

### Cotisations

Les cotisations sont calculées pour correspondre à 0,75% du salaire imposable. Toutefois, le montant minimal exigé est de 11€ pour les élèves de l'EHESP et de 14€ pour les autres salariés.

### La Caisse nationale d'action syndicale

La CNAS vient en aide aux adhérents dans le cadre d'une grève, d'un problème juridique ou en cas d'accident dans l'exercice des fonctions syndicales.

La CNAS assure un soutien aux syndicats engagés dans des actions juridiques pour la défense du droit syndical ou pour des dossiers présentant un intérêt général et collectif. Elle peut intervenir afin d'aider les militants CFDT subissant des sanctions du fait de leur activité syndicale.

Une demande de prise en charge s'effectue auprès du syndicat, et ce en amont de toute procédure. L'accord du syndicat doit précéder la saisie éventuelle d'un avocat et l'adhérent doit rester à jour de ses cotisations pendant toute la durée de la procédure.

La CFDT offre à ses adhérents une couverture des frais engagés dans toute procédure intentée contre eux dans le cadre de leur exercice professionnel.

*Un syndicat rigoureux,  
au service de ses adhérents.*

Toutes les informations sur le site

[www.syncass-cfdt.fr](http://www.syncass-cfdt.fr)



SYNCASS-CFDT - 14 rue Vésale - 75005 Paris

Tél. : 01 40 27 18 80 ● Fax : 01 40 27 18 22 ● [contact@syncass-cfdt.fr](mailto:contact@syncass-cfdt.fr)



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

PLUS DE 3 MILLIONS DE SOCIÉTAIRES NOUS FONT DÉJÀ CONFIANCE.

---

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

---



ASSURÉMENT HUMAIN

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

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

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