



**Changer votre quotidien,  
préparer votre avenir**

**Le projet du snch  
pour les directeurs d'hôpital**

**Élections CAPN directeurs d'hôpital 2007**

# Changer votre quotidien, préparer votre avenir

## L'ardente obligation de repenser notre métier .....3

### Améliorer les conditions d'exercice de la profession

#### 1. Le constat

##### Une profession qui affronte des difficultés croissantes .....4

L'interrogation de la nouvelle gouvernance ..4

Une évolution démographique  
à préparer activement .....5

Une profession de plus en plus exposée ....6

Une vie privée mise à mal .....7

#### 2. Nos propositions .....7

Redéfinir le rôle des directeurs adjoints ....7

Repenser le fonctionnement des équipes  
pour le rendre compatible avec la vie privée ..9

Créer les conditions  
d'une mobilité voulue et valorisée .....10

Valoriser les parcours atypiques  
et la deuxième partie de carrière .....10

Gérer les aléas de carrière. ....10

Faire évoluer notre défense individuelle. ..11

### Préparer votre avenir

#### 1. À court terme .....12

Tirer tous les bénéfices du nouveau statut ..12

Clarifier et contrôler  
ses conditions d'application .....12

Corriger ses imperfections .....13

Faire du CNG  
une chance pour la profession .....13

Rouvrir le dossier des retraites .....14

Envisager la rémunération dans sa globalité ..14

#### 2. À moyen terme, faire des directeurs d'hôpital le grand corps du management public .....15

Pourquoi ? .....15

Depuis 2005, notre horizon a changé .....15

La santé est un des grands enjeux  
du XXI<sup>e</sup> siècle .....15

Il faut promouvoir le grand corps  
du management public .....15

Quelles conséquences ? .....16

Une EHESP à la hauteur des défis de la santé 16

Une carrière repensée .....16

Une formation continue obligatoire .....17

Une grille indiciaire et indemnitaire  
inspirée de celle de l'Igas .....17

#### Synthèse des propositions du SNCH ..18

## L'ARDENTE OBLIGATION DE REPENSER NOTRE MÉTIER

Le statut de 2005 concrétise une ambition de vingt ans portée par le snch : la parité avec les administrateurs civils. Jean-Olivier Arnaud et Alain Tanguy ont posé la dernière pierre de l'édifice obstinément bâti par leurs prédécesseurs.

Leur réussite nous permet de développer une nouvelle ambition pour notre corps. Elle doit répondre aux profondes mutations que subissent nos hôpitaux et nos conditions d'exercice professionnel.

Nos établissements sont à la croisée des chemins. Ils sont soumis à une concurrence exacerbée, sans équivalent en Europe et favorisée par le carcan juridique imposé à l'hôpital public. Parallèlement, la pression sur les ressources financières atteint un niveau sans précédent depuis la création de la sécurité sociale. La conséquence de ce double phénomène a été un affaiblissement du service public.

La nouvelle gouvernance offre une chance de revenir à un hôpital offensif, tel qu'il le fut dans les années 1970. Encore faut-il que son pilotage soit à la hauteur du défi. Le projet du snch insiste sur la nécessité de doter nos établissements d'un pilotage collégial avec décideur unique et d'une colonne vertébrale managériale forte.

Cela implique de repenser à la fois nos modes de fonctionnement, nos parcours professionnels, notre formation initiale. Les hiérarchies figées, les parcours rectilignes et les formations monolithiques ne sont plus d'actualité. Alors que le monde change, nos pratiques professionnelles doivent évoluer. L'avenir est à l'agilité professionnelle, aux carrières atypiques, au savoir-faire managérial.

Or, notre contexte professionnel est insuffisamment adapté à ce triple impératif. Les protections demeurent dérisoires au regard des responsabilités. Les modes de fonctionnement restent souvent traditionnels. Les carrières ne sont pas envisagées en termes de parcours enrichissant. Les projets de l'EHESP manquent d'ambition et sont décalés par rapport aux besoins de l'hôpital.

Le défi managérial n'a pas été pensé par les pouvoirs publics. Afin de le relever, le snch veut porter une nouvelle ambition pour le corps des directeurs d'hôpital.

Nous vous proposons de repenser radicalement nos conditions d'exercice professionnel afin d'œuvrer de façon plus sereine, plus efficace et plus enrichissante. Nous demandons les évolutions statutaires indispensables à l'émergence du grand corps du management public.

# Améliorer les conditions d'exercice de la profession

Tous le constat : les conditions d'exercice professionnel des directeurs d'hôpital se dégradent. Stress, emplois du temps surchargés, pressions grandissantes, incertitude du lendemain, solitude face aux responsabilités, vie privée malmenée : les sujets de plainte sont nombreux et récurrents.

Paradoxalement, cette évolution négative ne provient pas d'un abaissement du corps.

Malgré ses timidités, la nouvelle gouvernance a marqué une

Le directeur est au cœur de l'hôpital. Il est le garant de son fonctionnement, le pilote de son devenir.

nouvelle étape d'un long cheminement dicté par la nécessité de décloisonner le fonctionnement hospitalier et de maîtriser les dépenses. Désormais, nous sommes au cœur du fonctionnement hospitalier.

C'est nous qui devons gérer les antagonismes internes, contrôler la montée des coûts, digérer l'inflation législative, répondre aux alertes sanitaires, subir la pénalisation des réclamations, assumer l'imprévoyance du recrutement médical et soignant, pallier les incohérences des politiques sanitaires, imaginer l'hôpital de demain. **Nous et nous seuls, parce que nous avons toujours su le faire, parce que nous sommes les seuls à savoir le faire.**

Pour ne pas être écrasés par la lourdeur de notre mission, il est indispensable de repenser nos conditions d'exercice professionnel et la gestion de nos carrières. Il faut créer des protections et des recours à la hauteur de nos risques professionnels.

## 1. LE CONSTAT UNE PROFESSION QUI AFFRONTÉ DES DIFFICULTÉS CROISSANTES

Nous sommes confrontés à un triple défi : la nouvelle gouver-

nance, le choc démographique des départs en retraite, la surexposition aux risques. Cela impacte nos vies privées.

### L'INTERROGATION DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE

La nouvelle gouvernance bouleverse nos organisations. Mal appliquée, elle pourrait aboutir au dessaisissement et à la démotivation des directeurs adjoints. Bien mise en œuvre, elle renforcera leur positionnement stratégique.

#### Le risque d'un dessaisissement des directeurs adjoints

##### Par le haut : le conseil exécutif

Une mise en place mal conçue des conseils exécutifs pourrait rendre moins décisif le rôle du directeur adjoint fonctionnel et l'éloigner du cœur de la décision.

Dans ce contexte de **nouvelle gouvernance, où se situe le vrai pouvoir de décision ?**

La CME a perdu ses compétences stratégiques au profit du conseil exécutif. Il en ira de même pour l'équipe de direction. Selon l'approche retenue en matière de délégation de gestion, de participation au conseil exécutif, de relais avec le comité de direction, tous les directeurs adjoints ne seront pas associés aux prises de décisions. Au risque d'un éloignement du cœur de la décision et d'un déséquilibre dans le niveau de l'information stratégique des adjoints.

##### Par le bas : les pôles

La crainte existe que le directeur adjoint devienne un simple prestataire de service. Les pôles bénéficiant d'une délégation de gestion grandissante, les directeurs fonctionnels seraient progressivement transformés en simples exécutants.

## Hors classe



**Philippe BLUA**  
Directeur  
du CH de Calais



**Florence QUIVIGER**  
Directrice adjointe  
du CH Sud Léman Valserine

## L'opportunité d'un recentrage sur les missions de stratège et de manager

### La permanence : la direction fonctionnelle

Elle demeure le poste le plus fréquemment attribué aux directeurs adjoints. Toutefois, les titulaires de ces postes seront ce que les établissements feront de la nouvelle gouvernance : soit des **super experts**, soit des **régulateurs**, soit des **prestataires** vis-à-vis des pôles, soit des **impulseurs** de réforme. C'est un changement notable par rapport à la verticalité actuelle.

### La tendance : la direction « multicasquettes »

En sortie d'EHESP, nous assistons à la multiplication des postes pluriels : direction fonctionnelle/mission transversale/chef de projet.

Cette configuration est attractive pour beaucoup de directeurs adjoints. Ils y trouvent un contact avec le terrain plus fort et une bonne connaissance des fonctionnalités. Leur rôle est alors articulé entre **expertise, management de proximité et gestion de projet** avec une vue transversale.

L'expertise, le management de proximité et la gestion de projet bouleversent les anciennes verticalités.

Avec la nouvelle gouvernance, le directeur référent de pôle joue un rôle d'interface, d'impulsion, de stimulation et de structurations des projets de pôles et interpôles. Il est au cœur de la politique de contractualisation interne et doit avoir une vision d'ensemble et stratégique.

### La nouveauté : la direction « déléguée » de pôle

C'est un poste vécu comme « à risque » et une situation qui ne se produira vraisemblablement que dans les principaux hôpitaux.

Quand le directeur adjoint est affecté dans un pôle, se pose la question de son rattachement hiérarchique et de sa capacité à maintenir un positionnement dans la droite ligne des objectifs de l'établissement.

Le positionnement de ces directeurs doit être clairement affiché avec un rattachement au chef d'établissement. Toutefois, les médecins chefs de pôle souhaiteront inévitablement donner leur avis sur le choix et le rôle du directeur délégué. Faute de quoi, ils pourraient le considérer comme un contrôleur. Cela nuirait à la **coopération praticiens/directeurs, indispensable** pour que la délégation de gestion et la contractualisation interne soient efficaces.

## UNE ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE À PRÉPARER ACTIVEMENT

Les évolutions démographiques sont un enjeu capital pour notre corps. Comment assurer sa survie dans les zones géographiques peu recherchées et dans les petits établissements ? Comment créer les conditions d'une deuxième partie de carrière motivante ?

### Pas de vision nette de l'évolution des effectifs

L'évolution démographique du corps des directeurs est subie, alors qu'elle devrait être réfléchie et coordonnée.

Des **départs en retraite massifs** s'annoncent, susceptibles de diviser par deux le nombre de directeurs d'hôpital d'ici 2012.

En prenant l'hypothèse d'une stabilité du recrutement à l'entrée de l'ENSP par rapport à son niveau actuel (environ 70 à 80 EDH), les départs en retraite

annoncés feront « mécaniquement » passer notre corps de 3 400 à 1 600 personnes.

Parallèlement, de nouveaux acteurs sont apparus avec la création du corps d'attachés d'administration hospitalière et l'arrivée des DESS, parfois des DES, pour gérer les établissements annexes.

La publication de notre dernier statut a consacré l'idée selon laquelle les directeurs, moins nombreux, se recentreront autour des fonctions de pilotage et d'animation en s'appuyant sur des attachés d'administration hospitalière aux compétences techniques renforcées.

À ce jour, ce phénomène est subi plus que construit. **Il n'existe aucune corrélation entre les évolutions démographiques attendues chez les directeurs d'hôpital et les recrutements en cours chez les attachés et les D3S.**

### Le risque de créer des « déserts managériaux »

Les éléments de réflexion rapportés ci-dessus vont accélérer l'apparition de déserts managériaux. Ceux-ci sont déjà présents dans des zones rurales et/ou situées au nord-est de la France et au sein des établissements qui ne peuvent constituer des équipes de direction de taille suffisante.

### Héliotropisme, citadotropisme, « TGVtropisme »

Les études démographiques nationales montrent une croissance des zones urbaines ou maritimes situées au sud de la Loire. Le corps des directeurs d'hôpital n'échappe pas à cette tendance.



**Alain TANGUY**  
Directeur  
du CH de Saint-Malo



**Catherine LATGER**  
Directrice adjointe  
de l'hôpital Saint-Antoine

Les postes proposés à la mutation dans le Nord sont délaissés tandis que les candidatures sont pléthoriques pour les postes situés dans le Sud. En conséquence, les postes offerts aux EDH se situent pour près de 80 % au nord de la Loire dont une grande majorité dans le nord-est.

Seules les grandes métropoles desservies par le TGV contiennent d'attirer dans le nord du territoire. Toutefois, le turnover dans ces directions est bien souvent plus fort qu'ailleurs. Il est improbable que la prime prévue dans le nouveau statut suffise à enrayer ce phénomène.

#### Faible attractivité des petites équipes

La complexité croissante de la réglementation, **l'aspiration à travailler en équipe**, le besoin de s'appuyer sur des collaborateurs à forte technicité encouragent le corps de direction à privilégier des équipes de taille critique suffisante. **La répétition des gardes administratives** nuit également à l'attractivité des petits établissements.

#### La deuxième partie de carrière n'est pas pensée

Les possibilités de variation dans le métier de directeur d'hôpital sont relativement limitées. Il est possible d'être chef ou adjoint et, dans le second cas, de changer de spécialité. Mais il s'agit généralement d'animer une équipe au sein d'une direction d'établissement.

#### Or l'aspiration à changer de métier augmente

Dès lors, l'aspiration à changer de métier à un rythme plus ou moins rapide augmente. Pour éviter la lassitude. Par plaisir de découvrir de nouveaux horizons. Et plus la carrière est longue, plus l'aspiration au changement devient forte.

#### Or la durée de carrière va s'allonger

L'allongement de la durée de cotisation en 2003 est un tournant. Chacun sait qu'il y aura d'autres réformes qui aboutiront à de nouveaux allongements de l'exercice professionnel.

**L'exigence permanente du métier de directeur d'hôpital est usante.** Il convient de réfléchir aux évolutions de carrières des adjoints et des chefs d'établissement qui, après avoir enchaîné les défis hospitaliers, peuvent légitimement avoir envie de changer leur mode d'exercice professionnel à l'approche de la retraite.

### UNE PROFESSION DE PLUS EN PLUS EXPOSÉE

Cette situation résulte, pour l'essentiel, du rôle grandissant des directeurs dans l'organisation hospitalière. Elle provient

également du consumérisme. Sans la surestimer, ni craindre de l'affronter, nous devons être lucides devant cette évolution.

#### Postes fonctionnels : la tentation du CDD

Les principaux hôpitaux, par leur masse financière et leurs effectifs, sont désormais une des principales préoccupations des pouvoirs publics. D'où la volonté d'y nommer des dirigeants au mandat limité dans le temps, comme à la tête des grandes entreprises publiques.

Les deux derniers statuts ont marqué une progression de cette volonté, avec la création puis la multiplication des postes fonctionnels.

Malheureusement, **aucune solution satisfaisante n'est prévue à l'issue d'un passage sur un poste fonctionnel.** Cet impératif de performance vaut pour tous les directeurs. La part variable a permis de débloquer les primes vers le haut. Sa contrepartie est que des résultats jugés insuffisants ont désormais des incidences sur le revenu.

#### L'augmentation des responsabilités

Elle concerne les domaines juridique, financier et social.

#### La responsabilité juridique

Naguère, les victimes d'une erreur médicale acceptaient l'aléa médical ou réclamaient un simple dédommagement. Cette époque est révolue. Rarissime, l'incident médical est devenu impardonnable. Le contentieux pénal s'est développé. Responsable juridique de l'établissement, le directeur en a été la principale victime.

La récente loi permettant la condamnation pénale des personnes morales nous protège partiellement.

Malheureusement, une nouvelle menace émerge : l'instrumentalisation du droit pénal pour régler des conflits sociaux. Les plaintes pour harcèlement moral déposées à l'instigation de certaines centrales syndicales sont caractéristiques de cette pernicieuse évolution.

#### La responsabilité financière

Elle croît au rythme des déficits sociaux. Le passage à la T2A est une nouvelle étape. Jusqu'alors, les directeurs devaient réguler les dépenses. Désormais, ils doivent en outre maîtriser les recettes alors qu'ils ne contrôlent pas les tarifs, ni même les connaissent avant la fin de l'exercice.

Quel entrepreneur, hors du sanitaire, vend ses produits en découvrant leur prix après cession ?

Par sa position,  
le directeur est le  
bouc émissaire idéal.

## Hors classe



**Patrice BARBEROUSSE**  
Directeur  
du CH de Nevers



**Francis FOURNEREAU**  
Détaché - Secrétaire général  
de l'ARH Limousin

## La responsabilité sociale

Le projet du **snch** le constate : la sécurité sanitaire des Français repose désormais sur les seuls hospitaliers. Les cliniques n'y

Face à la détresse sanitaire et sociale, l'hôpital était l'ultime recours, il est désormais le seul recours.

ont jamais participé. Les médecins libéraux démissionnent souvent de leurs responsabilités en fuyant les gardes et leurs responsabilités légales. Les patients inscrits à la CMU le savent. Seul l'hôpital demeure.

Paradoxalement, c'est l'hôpital – et donc ses dirigeants – qui sera mis en cause en cas d'urgence mal prise en compte, de catastrophe sanitaire mal maîtrisée.

## L'inflation législative multiplie les risques d'infraction

Ce phénomène, dénoncé par le Conseil d'État, est particulièrement sensible à l'hôpital, dont l'activité est au carrefour de multiples législations, parfois contradictoires. Encore serions-nous heureux si l'inflation normative ne s'accompagnait pas d'une hypertrophie explicative. Si la pluie de circulaires – parfois inapplicables – ne s'ajoutait pas au foisonnement réglementaire... Aucun établissement petit ou moyen ne dispose des moyens humains pour s'assurer du strict respect des lois et normes. Même les principaux hôpitaux y parviennent de plus en plus difficilement. Nous travaillons dans une insécurité juridique grandissante.

## La précarisation des postes

Elle résulte de ces évolutions et augmentera inévitablement avec nos responsabilités et nos prérogatives.

Si on nous assied sur des postes éjectables, il faut nous prévoir des parachutes.

L'admettre est une chose. Accepter que cela se fasse sans contrepartie ni protection complémentaire en est une autre, que récuse le **snch**. La précarité des postes doit être compensée par des garanties de réaffectation.

## UNE VIE PRIVÉE MISE À MAL

La vie professionnelle des directeurs d'hôpital interfère de façon notable avec leur vie privée, que ce soit du fait des rythmes quotidiens ou des incidences de la mobilité.

## Des rythmes professionnels incompatibles avec la loi

La charge de travail incombant aux directeurs est rarement compatible avec la législation du travail. Rappelons

qu'ils figurent parmi les principaux utilisateurs du CET, que les temps partiels sont rarissimes, de même que les congés parentaux.

Les gardes, le logement dans l'enceinte de l'établissement, ou du moins à proximité immédiate, favorisent l'interpénétration entre vie professionnelle et vie personnelle, généralement au détriment de la seconde.

**Ces horaires de travail excessifs sont autant un phénomène culturel que la résultante de charge de travail effective.** Un cadre américain sera jugé peu performant s'il effectue trop d'heures supplémentaires. Son homologue français sera d'autant plus considéré qu'il quitte son bureau plus tardivement.

L'ambiguïté règne : les mêmes qui se plaindront d'être surchargés estimeront qu'un directeur se doit d'avoir des horaires extensibles. Au risque de **confondre présentisme et efficacité**. Nous adorons les réunions interminables, alors que leur productivité s'effondre après quatre-vingt-dix minutes.

## Une obligation de mobilité déstabilisatrice pour la vie de famille

Quand un administrateur civil fait sa mobilité, il change de station de métro. Quand un directeur fait sa mobilité, il déstabilise sa famille.

La mobilité est professionnellement salubre, mais elle est **difficile à concilier avec le travail du conjoint et la scolarité des enfants**.

Pour eux, le logement de fonction se transforme en handicap. Même une mutation à quelques kilomètres entraîne un déménagement, un changement d'école...

## 2. NOS PROPOSITIONS

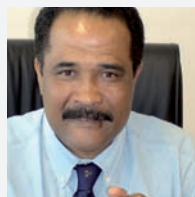
### REDÉFINIR LE RÔLE DES DIRECTEURS ADJOINTS

#### Mettre en relation la taille des équipes de direction avec la taille de l'établissement

Notre profession ne peut pas réclamer des mesures incitatives ou coercitives pour optimiser la répartition géographique des médecins et s'exonérer de toute contrainte en la matière.



**Érick LAJARGE**  
Directeur  
du CH de Gien



**Roland TOUSSAINT**  
Directeur  
du CH Louis-Domergue  
Le Lamentin  
(Martinique)

Demain **il serait inadmissible que les hôpitaux les plus attractifs puissent avoir des équipes pléthoriques quand d'autres auront du mal à avoir un seul directeur adjoint.**

Ce serait dangereux pour les établissements, privés d'un management adéquat. Ce serait dangereux pour le corps qui laisserait la porte ouverte à une arrivée massive de contractuels à ses marges puis en son sein.

Pour autant, il est inimaginable d'opter pour une affectation autoritaire des directeurs adjoints. L'efficacité managériale impose **la nomination par consentement mutuel** avec le chef d'établissement.

Le **snch** propose de **limiter la taille des équipes de direction en fonction d'un critère à déterminer.** Libre au chef d'établissement de compléter son équipe avec d'autres professionnels : D3S, ingénieurs...

Ce ratio pourra être revu selon les démographies respectives des corps de DH, D3S, AAH.

### **Sauf dans les principaux CHU, renoncer aux postes d'adjoint d'adjoint**

La concentration des équipes de direction au sein de départements fonctionnels est fréquente dans les CHU et certains très gros centres hospitaliers.

Or, les directeurs adjoints d'autres directeurs adjoints se sentent souvent coupés du chef d'établissement mais aussi du terrain. Ils se plaignent parfois de gérer les affaires courantes au lieu de traiter des décisions stratégiques.

Le **snch** propose de **renoncer à ces postes d'adjoint d'adjoint**, sauf dans les principaux CHU ou leur nombre devra être réduit.

### **Hormis dans les hôpitaux fonctionnels, pas de poste de directeur adjoint hors du conseil exécutif**

Le principal intérêt des hôpitaux de moyenne importance pour un directeur adjoint, c'est d'être en prise directe avec les grandes décisions stratégiques. Cela passe par une présence au conseil exécutif.

Aussi, le **snch** souhaite que les directeurs adjoints des établissements non fonctionnels soient **membres de droit du conseil exécutif.**

### **Rendre effective l'obligation des fiches de poste pour le recrutement des adjoints avec mention de la position dans l'organigramme**

Le décret d'octobre 2006 relatif au statut des PH est très en deçà de nos attentes, mais il a le mérite de prévoir des fiches de postes pour tout PH nouvellement nommé.

Ce que nous demandons pour les PH, nous devons l'appliquer pour les DH.

Instrument d'une nouvelle **culture managériale**, la définition de fiches de postes est indispensable. Elle doit mentionner le contour des missions de l'adjoint et son positionnement dans l'organigramme.

L'apparition du directeur délégué de pôle rend cette fiche de poste encore plus indispensable car son rôle change radicalement au gré des établissements et de leur taille. Un directeur référent de pôle ne saurait être sous l'autorité du médecin chef de pôle.

La clarification des fiches de postes est un incontournable sur lequel le **snch** exige la plus grande vigilance.

### **Établir un guide de bonnes pratiques de gestion des équipes : reporting du conseil exécutif...**

L'apparition des conseils exécutifs pose la question de la place

**Être ou ne pas être au conseil exécutif : cette question peut fracturer les équipes et décourager les candidatures.**

du comité de direction et son positionnement. Sans réelle association des directeurs adjoints à la décision, la motivation, la performance et la cohésion de l'équipe en pâtiront.

Comment motiver un adjoint qui se sentirait totalement exclu des choix importants ?

Comment lui demander d'être performant si son niveau d'information stratégique est faible ? Comment éviter les jalousies ?

Le **snch** conseille d'adresser une **synthèse systématique des débats du conseil exécutif** à toute l'équipe de direction.

Le **snch** souhaite le développement de la **gestion par projet** : chef de projet/lettre de mission du conseil exécutif/équipe had hoc...

Le **snch** propose la rédaction d'un **guide de bonnes pratiques** de gestion des équipes de direction sur le modèle de la charte du management qu'il fut le premier à construire.

### **Favoriser les directions communes pour les petits établissements**

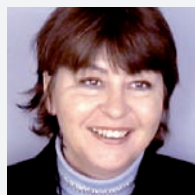
Une enquête récente auprès des directeurs d'hôpital révèle une forte aspiration au travail en équipe. Celui-ci manque aux adjoints des plus petits établissements.

Parallèlement, le besoin augmente de coopérer pour partager les expériences ou atteindre une taille critique.

## Hors classe



**Marie-Odile SAILLARD**  
Directrice adjointe  
du CH Gérard-Marchant à Toulouse



**Marie-Lillian MALAVIOLLE**  
Détachée - Directrice adjointe  
du CH de Mamoudzou (Mayotte)

Le **snch** propose de **miser sur la complémentarité et la solidarité des équipes de direction.**

Il souhaite favoriser les expériences de direction commune selon deux modalités : soit la gestion de plusieurs établissements par une seule direction, soit la fusion de tout ou partie des équipes d'adjoints et de leurs services, les hôpitaux concernés gardant chacun leur autonomie et leur chef d'établissement.

Cela implique une évolution du régime indemnitaire, notamment la création d'une **prime multisite.**

### Créer des postes de « directeurs experts » multisites au sein de GCS de territoire de santé

La complexification des dossiers et l'inflation réglementaire exigent une technicité que les établissements de petite et moyenne importance ont de plus en plus de mal à assumer.

Plutôt que de financer les sociétés de consultants et d'audits, Le **snch** propose la mise en place de directeurs experts sur un territoire donné. Ces postes seraient financés par plusieurs établissements qui trouveraient ainsi une ressource méthodologique et technique immédiate.

Cela constituerait une opportunité de deuxième carrière pour les directeurs les plus expérimentés qui ne souhaitent pas devenir chef d'établissement.

## REPENSER LE FONCTIONNEMENT DES ÉQUIPES POUR LE RENDRE COMPATIBLE AVEC LA VIE PRIVÉE

### Utiliser les directeurs experts pour pallier les absences longues

Le recours aux « directeurs experts » pourrait également compenser les absences longues des directeurs. Le coût de leur intervention pourrait être assumé par l'établissement concerné ou mutualisé via le CNG.

Ceci permettrait de faire face aux aléas de la vie privée (naissances, maladies...) ou d'accomplir des formations longues, sans pénaliser son établissement.

### Favoriser le temps partiel

Contrairement à une idée reçue, **le temps partiel est compatible avec le travail de directeur d'hôpital**, y compris celui de chef d'établissement. Claude Bébéar a dirigé Axa en pratiquant la semaine de quatre jours. Cela doit être faisable pour un hôpital.

Le **snch** fait trois propositions pour faciliter le temps partiel :

- qu'il soit précisé dans chaque fiche de poste s'il est envisageable ;
- que soient expérimentés les postes de direction en binôme ;
- que la part variable, proratisée durant le temps partiel, soit rétablie ensuite.

Par exemple, un directeur adjoint hors classe a une part variable de 2 500 euros. Il prend un temps partiel à 50 % durant deux ans. Durant cette période, sa part variable augmente de deux fois 10 %, soit 1 000 euros. (Le plafond de 10 000 euros x 10 % x 50 % x 2 ans.) Il a alors 3 500 euros de part variable. Actuellement, s'il revient à temps plein, ces 3 500 euros servent de base au calcul de la part variable suivante. En cas de rétablissement de la part variable, cette base serait portée à 4 500 euros.

### Promouvoir le télétravail

Le télétravail fut longtemps un concept plus qu'une réalité, faute de supports techniques suffisants. Désormais, les ordinateurs portables, la Wifi, l'Internet haut débit, les conférences téléphoniques le rendent possible.

L'hôpital ne l'utilise quasiment pas, quand d'autres entreprises s'y sont résolument lancées.

Là encore, le bris de quelques tabous faciliterait conciliation de la vie privée et vie professionnelle.

Mais pas de naïveté. Le télétravail confère une utile souplesse dans les horaires de travail, il peut également annihiler les derniers espaces de vie privée. Ses conditions d'usage sont déterminantes.

### Plus de souplesse dans la gestion des comptes épargne temps

Les jours de RTT non pris doivent pouvoir être payés à leur vraie valeur. Nous excluons une aumône forfaitaire.

Lors des négociations du protocole fonction publique hospitalière, le **snch** a réclamé une réforme des règles d'utilisation du CET. Il portait seul cette revendication, sans doute car elle concerne essentiellement les cadres.

Nous voulons :

- que les jours de CET puissent être pris à tout moment ;
- **avoir le choix entre capitaliser les journées de RTT ou se les faire payer ;**



**Jean-Olivier ARNAUD**  
Directeur général  
du CHU de Nîmes



**Philippe EL SAIR**  
Directeur  
du CH de Villefranche-sur-Saône

Classe normale

- un paiement des RTT à leur valeur réelle, c'est-à-dire au prorata du salaire annuel, prime comprise ;
- que les jours placés en CET fassent l'objet d'une cotisation correspondante par l'établissement d'affectation, dans un fonds national. Cela garantira la pérennité des droits acquis en cas de mutation.

### CRÉER LES CONDITIONS D'UNE MOBILITÉ VOULUE ET VALORISÉE

L'absence de mobilité bloque la progression dans la carrière plus sûrement et plus tôt que par le passé. L'**exigence de**

La mobilité est trop concentrée, trop coûteuse, insuffisamment valorisée.

**mobilité est légitime**, mais elle ne peut être pleinement admise que si les conditions sont réunies pour la rendre possible. Or la mobilité apparaît trop souvent comme une véritable course d'obstacles. L'obligation de mobilité est **trop**

**concentrée sur le début de carrière.**

Un parcours optimal implique deux mobilités en cinq ans. Les collègues nouvellement titularisés sont de facto incités à sacrifier le premier poste pour en faire un simple faire-valoir de douze mois, avant de muter sur un autre établissement où ils essaieront de changer de fonction au bout de quatre ans. Ils pourront ainsi passer hors classe dans les meilleurs délais.

Par la suite, tout encourage l'immobilisme.

Effectuer une mobilité géographique représente un coût net. Les frais de déménagement sont très **mal remboursés**. La part variable pâtit de la faible durée dans le poste d'arrivée. Bref, les frais augmentent et le traitement stagne.

Pourtant, la mobilité est indispensable au cours de la carrière. Elle développe les compétences, elle empêche l'inévitable lassitude qui naît des habitudes. Elle doit être encouragée, au sein des hôpitaux et hors d'eux.

### Au sein des hôpitaux, le SNCH formule trois propositions

#### 1. Fluidifier l'information sur les vacances de poste d'adjoint

Les postes vacants ou susceptibles de l'être doivent figurer sur un **site Internet actualisé** quotidiennement. Pour ces postes, la CAPN ne donne souvent qu'un avis postérieur à la nomination. Cela limite les possibilités de choix des candidats et des recruteurs. L'information doit devenir transparente et égale pour tous.

#### 2. Lutter contre les « primes d'attente » lors des mutations

Soit par l'instauration d'une **part variable minimale de 15 %** en cas de mutation géographique (changement de département pour les chefs d'établissement, changement d'établissement pour les adjoints). Soit par la création d'une **prime de mutation** de 1 000 euros, qui s'ajouterait définitivement à la part fixe après chaque mutation géographique.

### 3. Rembourser à leur vraie valeur les déménagements

Les **plafonds de remboursement sont ridicules** comparés aux frais réels. Ils doivent être au moins très significativement relevés, au mieux remplacés par un **remboursement sur facture**.

Le délai entre deux remboursements doit être **raccourci à trois ans**.

### VALORISER LES PARCOURS ATYPIQUES ET LA DEUXIÈME PARTIE DE CARRIÈRE

Le discours officiel prône la mobilité, la pratique institutionnelle la décourage.

Détachement, mis à disposition, disponibilité : les expériences menées en dehors du corps s'apparentent à un voyage dans l'inconnu sans certitude de retour. Surtout si la destination est lointaine.

**Les carrières atypiques se transforment parfois en impasses, alors qu'elles devraient être montrées en exemple.**

Les carrières atypiques sont la richesse de notre profession.

La mise à disposition, le détachement, la disponibilité, autant de modalités parfaitement légitimes et modernes d'exercer une carrière, à condition de favoriser ces positions.

Nous proposons trois mesures pour encourager les départs :

- créer un **observatoire des passerelles** pour veiller à ce que toutes les fonctions accessibles aux directeurs d'hôpital leur soient ouvertes. Le **snch** a récemment saisi le ministre pour obtenir l'accès aux TA. Cet observatoire aurait également pour mission de **promouvoir les directeurs** auprès des autres fonctions publiques et de **recenser sur un site Internet les offres** de postes accessibles aux directeurs ;
- disposer d'un correspondant au CNG pour conseiller et informer les directeurs d'hôpital souhaitant changer de fonction publique ;
- créer au sein du **snch** un réseau d'information via une catégorie spécifique des détachés et mis à disposition.

Nous faisons trois propositions pour faciliter le retour dans le corps :

- contrôler efficacement que les détachés et mis à disposition bénéficient d'une **évaluation régulière** ;

Une profession qui s'exporte est une profession qui réussit.

- définir les possibilités d'**inscription en LNA** des directeurs sortis du corps ;
- préciser les incompatibilités des détachés en ARH.

### GÉRER LES ALÉAS DE CARRIÈRE

La surexposition des directeurs d'hôpital augmente la probabilité d'en être victimes.

Ces accidents de parcours ne doivent pas **stigmatiser** les collègues qui les subissent, ni les priver définitivement de toute perspective de carrière comme c'est trop souvent le cas aujourd'hui.

La précarisation des postes ne doit pas déboucher sur une précarisation des carrières.

Le risque professionnel existe quelle que soit la valeur intrinsèque de l'individu. Il doit être anticipé et géré sereinement avec la volonté de **favoriser les rebonds**.

Le **snch** formule six propositions concrètes.

### 1. Prévoir un contrat de retour pour les collègues acceptant des postes difficiles

Négocié avant la nomination, il indiquerait les compensations financières et les modalités d'attente d'un nouveau poste au cas où un directeur nommé sur un poste particulièrement exposé devrait le quitter prématurément.

### 2. Offrir une prime de rupture de contrat pour les fonctionnels devant quitter leur poste prématurément

Son montant serait la part fixe augmentée du maximum de la part variable.

### 3. Prévoir une prime de compensation pour tout chef d'établissement ou directeur adjoint devant quitter son poste contre son gré

Son montant serait la part fixe augmentée du maximum de la part variable. Elle ne serait pas versée en cas de procédure disciplinaire valablement menée devant les instances et au cours de laquelle les droits de la défense auraient été respectés.

### 4. Sur les postes difficiles, rendre possibles les logements délocalisés

En cas de restructuration, il est parfois préférable que la famille n'habite pas sur place. Nous proposons qu'avec l'accord du ministère, deux logements puissent être pris en charge : celui sur place du directeur, celui délocalisé de la famille. Celui-ci pourrait être loué ou être compensé par une indemnité réévaluée.

### 5. Réaménager la prime de poste difficile

Son montant est ridiculement bas au regard des risques encourus et des restructurations attendues. Sa durée est trop longue sur un poste réellement difficile. Nous proposons de la porter à **15 000 euros sur trois ans**.

### 6. Développer les positions d'attente

Elles doivent être plus nombreuses, dédramatisées et favoriser les retours à un poste actif. Cela implique de :

- mettre en place une position de recherche d'affectation qui ne soit pas une voie de garage ;
- développer les congés spéciaux et les rendre possibles à tout moment ;
- prévoir une **position hors cadre** à l'instar de ce qui existe dans la préfectorale.

### Pourquoi une position hors cadre ?

Les préfets en bénéficient : ils exercent un métier sensible, ils sont des opérateurs, ils peuvent être démis de leurs fonctions... Nous sommes dans la même situation. Nous devons bénéficier de la même protection.

## FAIRE ÉVOLUER NOTRE DÉFENSE INDIVIDUELLE

Depuis quelques années, toutes les lignes ont bougé pour les directeurs d'hôpital. Les attentes ont évolué. Le **snch** doit les accompagner et vous accompagner. Les directeurs d'hôpital ne doivent pas être seuls dans les épreuves de leur carrière. C'est pourquoi, le **snch** a engagé une politique de nouveaux services

- personnalisés et spécialisés ;
- assurés par des professionnels reconnus, des militants expérimentés et des partenaires experts du **snch** ;
- très facilement accessibles.

Ces services concernent :

- le conseil en carrière ;
- le conseil en évaluation et en primes ;
- le conseil aux cadres détachés et mis à disposition ;
- le conseil retraite et patrimoine ;
- le conseil en matière de contrôles CRC et Urssaf.

Mais la profession est de plus en plus exposée. Des situations de crise nécessitent des réponses réactives. C'est pourquoi le **snch** a créé une hot line communication de crise accessible par tous à tout moment. Le même esprit doit amener le **snch** à mettre en œuvre une défense individuelle toujours plus réactive, pour assurer le soutien des collègues et ne pas les laisser démunis face à la surexposition de notre profession.

Le placement en garde à vue de plusieurs responsables hospitaliers au mois de décembre dernier témoigne de la nécessité de réagir vite. Dans cette affaire le **snch** s'y est employé.

Le **snch** s'engage à mettre en œuvre une charte qualité de la défense individuelle des collègues caractérisée par :

- une réponse à chacune des demandes dans un délai de 48 heures ;
- un suivi interne de chacune des demandes.

## Classe normale



**Christian SOUBIE**  
Directeur adjoint  
du CHU de Bordeaux



**Christelle COLLEC**  
Directrice adjointe  
du CHU de Brest

# Préparer votre avenir

Cet avenir a deux horizons.

Le premier part d'une analyse du présent. De notre cadre statutaire actuel, de ses conditions d'application, des potentiels qu'il recèle et que nous devons exploiter, des imperfections qu'il convient de corriger.

Le second se fonde sur notre ambition pour l'hôpital. Le projet du **snch** revendique un service public efficient, attractif et réactif.

Pour cela :

- les hôpitaux doivent être dotés d'un **pilotage stratégique fort** ;
- ce pilotage doit être assuré par un corps de direction bénéficiant d'une **culture managériale forte, de rémunérations attractives, d'une carrière dynamique.**

**Le pilotage stratégique et managérial est un métier à part entière.** Il nécessite une formation idoine et des compétences particulières. Il implique des modalités de carrière repensées et spécifiques.

## 1. À COURT TERME

Le statut de 2005 constitue une conquête historique pour la profession : il établit pour la première fois la parité avec les administrateurs civils.

Mais sa mise en œuvre n'est pas achevée et il a des imperfections, comme tout statut. Certains dossiers connexes restent en jachère, comme les retraites et les rémunérations annexes.

### TIRER TOUS LES BÉNÉFICES DU NOUVEAU STATUT

Nous y œuvrons à chaque CAPN, à chaque CCNP. Avec

Les textes doivent être interprétés au bénéfice des collègues, pas à leur détriment.

pour objectif l'application intégrale des textes et leur bonne interprétation, c'est-à-dire une interprétation au bénéfice des directeurs d'hôpital.

### Clarifier et contrôler ses conditions d'application

#### Concernant l'évaluation

Le **snch** demande que la formation des évaluateurs soit mise en place dans les meilleurs délais.

Il souhaite que l'entretien d'évaluation des chefs d'établissement sur emplois fonctionnels soit réalisé par le directeur de l'ARH, conformément au décret.

#### Concernant la part variable

Le **snch** exige le respect des textes, tout particulièrement **la fin de l'enveloppe fermée de l'AP-HP.**

Il demande que la part variable, proratisée l'année de sortie de l'EHESP, soit déproratisée lors du calcul de la prime suivante.

Le rattrapage de la part variable en cas de congé parental doit être organisé.

Afin de pouvoir se situer, les directeurs d'hôpital doivent être informés des taux moyens d'évolution des primes, comme auparavant pour la note.

#### Concernant les pratiques de la CAPN et de la commission des carrières

De nouveaux textes entraînent inévitablement des hésitations sur leurs modalités d'application. Ces hésitations doivent être rapidement levées, dans l'esprit d'une **interprétation généreuse et dynamique de la réglementation.**

## Classe normale



**Élise NOGUERA**  
Directrice adjointe  
au siège de l'AP-HP



**Marie-Christine HACHE**  
Directrice adjointe  
du CH de Seclin

Il faut clarifier les conditions d'inscription sur la liste nationale d'aptitude et les règles de prise en compte de la mobilité en GCS.

### Corriger ses imperfections

Le **snch** fait sept propositions :

#### 1. Éviter une démobilitation du corps par le blocage de la part variable

Il faut prévoir un relèvement du plafond de la part variable dès que 10 % des directeurs d'hôpital concernés l'atteignent ou supprimer ce plafond en appliquant le taux d'évolution de la part variable au montant de la part fixe.

#### 2. Réévaluer tous les cinq ans les autres primes

#### 3. Porter la prime d'établissement particulièrement difficile à 15 000 euros sur trois ans

Le montant et la durée de cette prime ont été fixés par une analogie sans fondement avec la prime pour établissement peu attractif. Passer trois ans à redresser un établissement connaissant de graves problèmes est déjà épuisant. Le faire pour 2000 euros par an est dérisoire.

Prise de risques et prise de responsabilités doivent être mieux encouragées

#### 4. Réévaluer les primes des chefs d'établissement

En 2005, le taux moyen d'évolution des primes des chefs d'établissement a été inférieur à celui de leurs adjoints. De facto, la prise de risque et de responsabilité est pénalisée.

Il faut accroître la part fixe et la part variable des chefs d'établissements pour y remédier.

#### 5. Tenir compte des mobilités antérieures à la classe normale

Certains collègues ont été très mobiles durant leur passage en quatrième classe. Une partie de ces mobilités est à prendre en compte.

#### 6. Élargir la notion de directeur de site dans les CHU

La notion de site est pertinente à l'AP-HP et dans quelques autres CHU. Elle ne l'est pas quand les pôles ont remplacé les sites. Les directeurs délégués de pôle dis-

posant de larges délégations de gestion doivent bénéficier de la même prime que les directeurs de site. À cet égard, les sites et pôles logistiques doivent être traités comme les pôles médicaux...

### 7. Étaler dans le temps la mobilité obligatoire

#### Faire du CNG une chance pour la profession

Le CNG doit permettre de passer d'une gestion des dossiers administratifs à une gestion des carrières.

La création du centre national de gestion n'a d'intérêt que s'il dispose des moyens financiers et humains pour aller au-delà des fonctions actuellement dévolues au bureau P3.

Il doit s'organiser pour gérer les nouvelles contraintes pesant sur les directeurs d'hôpital dans un esprit de dynamisation des parcours individuels.

#### Pour un CNG à l'écoute de la profession

La création de la commission des carrières a amélioré l'écoute des professionnels dans la gestion de leur corps.

Le CNG permet une nouvelle avancée. Il est impératif que le **snch**, parmi les autres syndicats représentatifs, puisse y faire valoir **sa conception du métier** de directeurs d'hôpital.

Le CNG doit conduire des analyses prospectives de la démographie des directeurs d'hôpital pour réguler avec pertinence la taille des promotions d'EDH.

#### Pour un CNG gestionnaire efficace de la mobilité

Il doit abriter l'**observatoire des passerelles** et faire la promotion du corps.

Il doit se doter d'outils de **conseil individuel** des directeurs d'hôpital. Être capable de faire du **conseil en carrière** et de proposer des **bilans de compétence**.

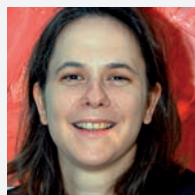
Il doit gérer la **formation continue liée à la mobilité**. Cet acquis du statut de 2000 est mal appliqué. La formation est souvent tardive, parfois inexistante.

#### Pour un CNG facilitateur de rebond en cas d'aléas de carrière

Pour le **snch**, la gestion des collègues en position de recherche d'affectation servira de test. Le CNG devra organiser une vraie prise en charge des personnes concernées : bilan de carrière, formation, **proposition de trois « vrais » postes**.



**Olivier SERVAIRE-LORENZET**  
Directeur adjoint  
du CH Sud-Francilien



**Claire MOPIN**  
Directrice adjointe  
de l'AP-HM

## Pour un CNG support financier de postes de directeurs experts « seniors »

Ceux-ci, placés sur des postes fonctionnels, conseilleraient les directeurs experts des GCS de territoire. Ils constitueraient un vivier pour les coopérations en faveur de systèmes sanitaires étrangers et les actions humanitaires que propose le projet du **snch**.

### ROUVRIR LE DOSSIER DES RETRAITES

En perdant ses primes et son logement, un directeur a parfois son revenu amputé des deux tiers au moment du départ à la retraite.

La réforme des retraites de 2003 est **injuste et inaboutie**.

Injuste car la perte du logement de fonction est totalement ignorée et que les primes en sont exclues pour l'essentiel. Or, les primes valorisent la valeur intrinsèque du directeur, son engagement pour l'hôpital.

Inaboutie car elle ne suffira pas à assurer l'avenir des retraites.

La réforme des retraites est bâclée, injuste, inaboutie

Le **snch** veut rouvrir le dossier des retraites pour réparer ces injustices, préparer et étaler les départs.

Le **snch** formule six propositions pour concilier l'intérêt des directeurs et l'équilibre des comptes du régime des retraites.

#### 1. Intégrer la part fixe dans l'assiette des cotisations de retraite

La part fixe est acquise de droit et éventuellement mensualisée. De facto, c'est un élément du traitement. Nous demandons donc son intégration dans l'assiette des cotisations de retraite.

#### 2. Accompagner toute nouvelle augmentation de l'âge de la retraite d'une intégration totale des primes

La pression démographique entraînera d'autres allongements des durées de cotisation. Le **snch** réaffirme sa position de 2003 : tout nouvel allongement doit s'accompagner d'une intégration totale des primes dans l'assiette des retraites.

#### 3. Permettre aux directeurs d'hôpital de choisir un allongement de la durée de travail contre une meilleure pension

Notre profession nous confère une espérance de vie parmi

les plus longues en France. Certains collègues souhaiteraient poursuivre leur activité après l'âge de 65 ans. Nous proposons de le permettre en échange d'un taux de pension majoré.

#### 4. Prévoir un départ progressif à la retraite

Cette proposition est complémentaire de la précédente car un temps partiel facilite l'allongement de la durée de travail. Les postes de directeurs experts seraient particulièrement adaptés à ce positionnement. Nous proposons, à partir de 65 ans, un possible cumul entre un traitement et une retraite, tous deux partiels.

#### 5. Créer une retraite complémentaire par capitalisation digne de ce nom

Cela aurait dû être le corollaire de la diminution des retraites par répartition. Ce système doit être attractif, garanti par l'État et basé sur le volontariat.

#### 6. Rendre possible l'accès à des prêts à taux préférentiel pour acquérir un patrimoine immobilier post-professionnel

Il est illogique que le 1 % logement ne s'applique pas aux personnes bénéficiant d'un logement par nécessité de service qu'elles vont perdre en partant à la retraite.

Il faut soit permettre l'accès au système de droit commun, soit proposer une solution alternative, par exemple en s'appuyant sur le CGOS.

### ENVISAGER LA RÉMUNÉRATION DANS SA GLOBALITÉ

#### Rendre possible l'amélioration des prestations sociales dans les établissements

Le **snch** souhaite que le CGOS puisse proposer des prestations complémentaires, soit à la demande individuelle (cotisation supplémentaire), soit à la demande d'un **comité d'entreprise d'établissement**.

Le **snch** réaffirme son **attachement au système mutualiste** français et hospitalier actuellement menacé par l'action des groupes d'assurance privée auprès des autorités de Bruxelles.

#### Faire adopter rapidement le décret sur les logements

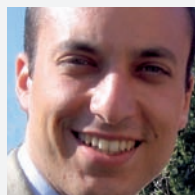
Le projet existant a pour mérite de :

- réaffirmer le droit au logement par nécessité de service ;
- légaliser les locations de logement pour nécessité ou utilité de service ;

## Classe normale



**Guillaume WASMER**  
Directeur adjoint  
du CHR d'Orléans



**François BERARD**  
Directeur adjoint  
du CH Sud-Francilien

- réévaluer substantiellement les indemnités compensatrices ;
- prévoir la prise en charge des fluides et de l'entretien immobilier.

Son adoption constituera une sécurité juridique pour les établissements et les bénéficiaires. Il égalisera les pratiques.

## 2. À MOYEN TERME FAIRE DES DIRECTEURS D'HÔPITAL LE GRAND CORPS DU MANAGEMENT PUBLIC

### POURQUOI ?

#### Depuis 2005, notre horizon a changé

Cette date marquera l'histoire du corps des directeurs d'hôpital. Pour la première fois, il a été **admis sans réserve dans la haute fonction publique**.

La parité avec les deux corps d'administrateurs est la reconnaissance de toute une profession, de sa qualité, de son efficacité, de son importance. Elle est le fruit de notre labeur quotidien.

Cette parité, c'est aussi l'enfant du **snch**. La signature du statut de 2005 par Jean-Olivier Arnaud, est la conséquence du statut de 2001 porté par Patrice Barberousse, du statut de 1988 obtenu par Gérard Vincent, des avancées arrachées par

Il y a deux ans, personne n'aurait osé parier que le nouveau DG de l'AP-HP serait un directeur d'hôpital.

leurs prédécesseurs à la présidence du **snch**.

Mais le statut de 2005 dépasse la simple parité. C'est le premier pas vers une **nouvelle conception** du cadre hospitalier.

En revendiquant la multiplication des postes fonctionnels, en mettant l'évaluation au centre

de la gestion des directeurs, en acceptant l'individualisation des primes, le **snch a fait le pari du dynamisme du corps et de la qualité de ses membres**.

Cette audace a effrayé. L'arrivée des barbares nous fut annoncée. Les administrateurs civils, les managers privés allaient envahir nos établissements, conquérir nos plus beaux postes.

Ce fantasme est démenti par les faits. Aujourd'hui, les **trois principaux hôpitaux français, les deux principales ARH, sont dirigés par des directeurs d'hôpital**. Aucun

président de conseil d'administration n'a jugé pertinent de recruter un administrateur civil. Ils sont peu nombreux à candidater, sans doute conscients de l'extrême difficulté de nos missions.

Nos vrais concurrents, généralement pour des fonctions extra-hospitalières, sont les magistrats de la Cour des comptes et les inspecteurs de l'Igas. Cela doit nous interroger.

#### La santé, un des grands enjeux du XXI<sup>e</sup> siècle

Le projet du **snch** le souligne : le sauvetage de la sécurité sociale sera une des principales préoccupations des pouvoirs publics durant les prochaines décennies.

L'aspiration légitime des Français à la santé, le renchérissement des soins, le vieillissement de la population augmenteront les dépenses sanitaires tout en rendant leur équilibre toujours plus instable.

**L'État doit revoir l'ordre de ses priorités et la hiérarchie de ses corps**. L'heure n'est plus à la construction des mines – elles sont fermées –, ni à la construction des ponts – on ne sait plus où les placer –, elle est à la régulation des dépenses de santé.

À ce jour, seuls les directeurs d'hôpital ont montré une réelle capacité à y parvenir.

#### Il faut promouvoir le grand corps du management public combinant missions de réflexion, d'expertise et d'action

Qui, mieux que nous, peut comprendre et gérer le système sanitaire ?

Notre efficacité est prouvée dans la maîtrise des dépenses et la prise en charge des populations. Pourtant, **l'utilisation de nos compétences reste en deçà de ce qu'elle devrait être**.

Nos gouvernants se sont souvent trompés dans leur planification sanitaire. La gestion des effectifs médicaux est la pire de leurs erreurs, hélas pas la seule. Ils sont déconcertés par la complexité du monde sanitaire et hésitent à trancher. Ils ont besoin de relais sûrs pour agir sur le terrain.

Les directeurs d'hôpital sont les mieux à même d'assumer cette triple mission de réflexion prospective, d'expertise des situations de crise et de capacité opérationnelle.

Encore faut-il en tirer les conséquences en termes de formation, de carrière et de rémunération.



**Doris GILLIG**  
Directrice adjointe  
du CH de Mulhouse



**Éric SIMON**  
Directeur adjoint  
de l'hôpital Paul-Brousse

## QUELLES CONSÉQUENCES ?

### Une EHESP à la hauteur des défis de la santé

La création de l'EHESP est une chance à saisir. Elle doit devenir l'outil essentiel de la réforme de l'hôpital en formant le grand corps du management public.

À l'heure de la mondialisation et de la construction européenne, l'EHESP doit faire le choix du grand large.

La simple translation de l'ENSP dans l'EHESP serait une erreur historique. Comme si opérateurs et régulateurs faisaient le même métier !

Le **snch** défend deux axes forts.

### La création d'un institut du management au sein de l'EHESP

Les hôpitaux ont besoin de managers qui les gèrent et les portent, pas d'administrateurs qui se bornent à appliquer des textes.

Le **snch** demande que cet institut forme les principaux acteurs du management sanitaire : directeurs, médecins responsables de pôle, médecins chefs de service, les présidents de CME...

Un autre institut formerait les régulateurs : Iass, Misp, Phisp... Des moments de rencontre

devront être maintenus.

Le management des établissements de santé est un métier que seuls des professionnels correctement formés peuvent assumer avec succès.

Le **snch** croit au **primat du projet pédagogique** qui doit répondre aux besoins nouveaux de formation initiale et continue des élèves.

Le **snch** demande une élaboration concertée du projet pédagogique de l'EHESP dans le cadre des instances de l'école, en particulier au sein du conseil d'administration et du conseil des formations où le **snch** a obtenu d'être représenté.

Le **snch** souhaite que l'institut du management soit dirigé à un directeur d'hôpital aux capacités managériales reconnues afin de comprendre les besoins des établissements.

### Une scolarité ambitieuse basée sur des partenariats prestigieux

Une école de haut niveau ne peut s'enfermer dans une logique franco-française, ni dans un sillon étroitement professionnel.

Les managers hospitaliers de demain doivent connaître les systèmes sanitaires étrangers pour s'en inspirer. Ils doivent recevoir un enseignement économique similaire à celui des business schools.

L'EHESP doit être un outil de réforme du service public, au service des besoins des établissements qui la financent.

Le **snch** demande que l'EHESP passe des partenariats avec les universités internationales renommées et les meilleures écoles de commerce françaises.

La scolarité doit être réaménagée selon sept principes :

- Une **formation individualisée** en fonction du cursus antérieur, scolaire ou professionnel, de l'EDH.
- Le développement des capacités managériales.
- Une formation théorique alternant cours à l'EHESP et **enseignement dans une université étrangère** ou dans une grande école de commerce.
- L'acquisition d'une **culture médicale** approfondie.
- Deux stages pratiques à l'étranger, dont au moins un en hôpital.
- L'acquisition d'un **doctorat professionnel**.
- La **transformation du maître de stage en tuteur**.

L'ambition de l'EHESP doit être de travailler avec Oxford, Bologne ou Harvard, avec l'Essec, HEC, l'ENA ou l'ENM.

Celui-ci participerait à la définition de la formation personnalisée de l'EDH, serait son référent pendant les stages et serait officiellement chargé de répondre à ses demandes de conseil durant la première année d'exercice professionnel.

Ainsi, l'EHESP offrira à ses élèves les meilleures formations au management des établissements. C'est cela l'ambition pour l'EHESP.

### Une carrière repensée

Le directeur d'hôpital évoluera dans un contexte professionnel de plus en plus sensible, interactif et technique. Si sa qualité est reconnue, il s'exportera encore plus facilement qu'aujourd'hui.

En contrepartie, la carrière sera vraisemblablement plus différenciée. Elle se répartira en quatre temps :

- **Le temps de l'opérationnel**. Celui où le directeur sera en poste dans un hôpital.
- **Le temps de l'expertise**. Quand il accomplira des mis-

## Classe provisoire



Classe provisoire  
**Véronique SOTH**  
Directrice  
de l'hôpital Saint-Sébastien  
de Rixheim



**Michèle SIGNORET**  
Directrice  
de l'hôpital local des Mées

sions d'audit ou de conseil dans le milieu sanitaire.

- **Le temps de l'expérience extrahospitalière.** Que ce soit auprès d'une autre administration, d'une association ou dans le sanitaire privé.
- **Le temps des entre-deux.** Celui de l'attente d'un nouveau poste, celui de la formation continue de longue durée.

### **Une formation continue obligatoire**

Une profession de haut niveau, travaillant dans un univers en perpétuelle évolution du fait du progrès médical, ne peut faire l'impasse de la formation continue.

Celle-ci doit devenir obligatoire et changer de dimension.

Les sessions courtes resteront nécessaires. Mais il faudra prévoir la possibilité – et les conditions matérielles – **de sessions de longue durée.**

La mise à jour des connaissances en matière de **techni-**

**ques médicales** et de **nouvelles technologies** devra être particulièrement encouragée.

Les premières sont notre cœur de métier. Les secondes fondent l'actuelle révolution postindustrielle. Les gains de productivité qu'elles peuvent générer sont immenses, leur impact sur nos organisations est encore inimaginable.

### **Une grille indiciaire et indemnitaire inspirée de celle de l'Igas**

Cela signifie une échelle de salaire commençant à l'indice brut 750 pour finir à la **hors-échelle E.**

Une nouvelle réflexion sur le système des primes et des indemnités sera également indispensable.

Les quatre temps professionnels évoqués supra ne pourront faire l'objet de primes et indemnités identiques. Par contre, les systèmes retenus devront favoriser l'alternance des positions au lieu de la pénaliser.

# synthèse des propositions

## Améliorer les conditions d'exercice de la profession

### Redéfinir le rôle des directeurs adjoints

- Mettre en relation la taille des équipes de direction avec la taille de l'établissement
- Renoncer aux postes d'adjoint d'adjoint s auf dans les principaux CHU
- Faire des directeurs adjoints des établissements non fonctionnels des membres de droit du conseil exécutif
- Rendre effective l'obligation des fiches de poste pour le recrutement des adjoints avec mention de la position dans l'organigramme
- Établir un guide de bonnes pratiques de gestion des équipes
- Favoriser les directions communes pour les petits établissements par la création d'une prime multisite
- Créer des postes de « directeurs experts » multisites au sein de GCS de territoire de santé

### Repenser le fonctionnement des équipes pour le rendre compatible avec la vie privée

- Utiliser les directeurs experts pour pallier les absences longues
- Favoriser concrètement le temps partiel
- Promouvoir le télétravail
- Permettre la souplesse dans la gestion des CET

### Créer les conditions d'une mobilité voulue et valorisée

- Fluidifier l'information sur les vacances de postes d'adjoints
- Lutter contre les « primes d'attente » lors des mutations
- Rembourser à leur vraie valeur les déménagements

### Valoriser les parcours atypiques et la deuxième partie de carrière

- Créer un observatoire des passerelles
- Disposer d'un correspondant au CNG pour conseiller et informer
- Créer au sein du SNCH un réseau d'information via une catégorie spécifique « détachés et mis à disposition »
- Contrôler efficacement que les détachés et mis à disposition bénéficient d'une évaluation régulière
- Définir les possibilités d'inscription en LNA des directeurs sortis du corps
- Préciser les incompatibilités des détachés en ARH

### Gérer les aléas de carrière

- Prévoir un contrat de retour pour les collègues acceptant des postes difficiles
- Offrir une prime de rupture de contrat pour les fonctionnels devant quitter leur poste prématurément
- Prévoir une prime de compensation pour tout chef d'établissement ou directeur adjoint devant quitter son poste contre son gré
- Rendre possible les logements délocalisés pour les postes difficiles
- Réévaluer et réaménager la prime de poste difficile
- Développer les positions d'attente et créer une position hors cadre

### Faire évoluer notre défense individuelle

- Garantir une réactivité accrue
- Mettre en place une charte qualité

# du snch

## Préparer votre avenir

### Tirer tous les bénéfices du nouveau statut

- Clarifier et contrôler ses conditions d'application
- Mettre en place dans les meilleurs délais la formation des évaluateurs
- Mettre fin à l'enveloppe fermée de primes à l'AP-HP
- Déproratiser la part variable l'année suivant la sortie de l'EHESP
- Organiser le rattrapage de la part variable en cas de congé parental
- Informer des taux moyens d'évolution des primes
- Clarifier les conditions d'inscription sur la liste nationale d'aptitude et les règles de prise en compte de la mobilité en GCS
- Réévaluer régulièrement le plafond de la part variable
- Réévaluer tous les 5 ans les autres primes
- Réévaluer les primes des chefs d'établissement
- Tenir compte des mobilités antérieures à la classe normale
- Élargir la notion de directeur de site dans les CHU
- Étaler dans le temps la mobilité obligatoire
- Faire du CNG une chance pour la profession

### Rouvrir le dossier des retraites

- Intégrer la part fixe dans l'assiette des cotisations de retraite
- Accompagner toute nouvelle augmentation de l'âge de la retraite d'une intégration totale des primes
- Permettre de choisir un allongement de la durée de travail contre une meilleure pension
- Prévoir un départ progressif à la retraite
- Créer une retraite complémentaire par capitalisation digne de ce nom
- Rendre possible l'accès à des prêts à taux préférentiel pour acquérir un patrimoine immobilier postprofessionnel

### Envisager la rémunération dans sa globalité

- Rendre possible l'amélioration des prestations sociales dans les établissements
- Faire adopter rapidement le décret sur les logements

### Faire des directeurs d'hôpital le grand corps du management public

- Créer un Institut du management au sein de l'EHESP et bâtir une scolarité ambitieuse grâce à des partenariats prestigieux
- Rendre obligatoire une formation continue adaptée
- Obtenir une grille indiciaire et indemnitaire inspirée de celle de l'Igas

