



# *Lettre d'informations syndicales*

## **DIRECTEURS ET DIRECTRICES**

**2024**

La lettre d'actualité de l'UFMICT-CGT à destination  
des directeurs et directrices

- ⇒ P.2 Sortir du management : Construire une Alternative dans l'Organisation du Travail
- ⇒ P. 15 NON au détricotage du statut des Directeur.ice.s de la FPH !
- ⇒ P. 16 Indemnité Compensatrice de Logement: 13 années sans revalorisation
- ⇒ P.17 La réforme des corps de direction FPH
- ⇒ P.21 Rencontres UFMICT-CGT avec le CNG
- ⇒ P.23 Maladie: nos droits sont démantelés
- ⇒ *ufmict@sante.cgt.fr* \*

*\* Si vous souhaitez vous désinscrire, si vous n'êtes plus concerné par notre activité, si vous ne recevez pas ce message sur votre adresse favorite, vous pouvez le faire en répondant à ce mail*

[syndicoop.fr/ufmict/category/directeur-trice/](https://syndicoop.fr/ufmict/category/directeur-trice/)  
[Linkedin : Ufmict collectif directeurs](#)

# *Sortir du management : Construire une Alternative dans l'Organisation du Travail*

## *Point de vue d'un directeur UFMICT-CGT*

Eric ROQUE, Directeur d'hôpital, Membre du Collectif national des Directeurs et Directrices de la Fonction Publique Hospitalière, Union Fédérale des Médecins, Ingénieurs, Cadres et Techniciens - Confédération Générale du Travail,

12-13 janvier 2023

1. La maîtrise des dépenses est l'objectif prioritaire réel du management actuel des établissements de santé et médico-sociaux publics

1-1 Le libéralisme s'est imposé dans les hôpitaux publics et établissements médico-sociaux

La santé publique est devenue un objectif secondaire pour le Ministère de la Santé, les ARS (Agences régionales de santé) et les établissements de santé et médico-sociaux.

Par exemple, les terminologies sont très symboliques. La notion d'offre des soins s'est imposée, reprenant les terminologies du marché: l'offre de soins répond à la demande, en conformité avec les lois du marché décrites par les théories libérales classiques. Ainsi, au niveau du Ministère de la Santé, la DGOS (Direction Générale de l'Offre de soins) reprend ces terminologies libérales. De 1970 à 2000, c'était pourtant la Direction des Hôpitaux; puis la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS); mais depuis 2010, c'est la DGOS, symbolisant ainsi la dérive libérale de la santé publique. Et si le secteur hospitalier public continue de s'effondrer, dans la logique libérale, le marché assurerait la relève (développement du secteur privé, dépassements d'honoraires, pratiques commerciales dans le secteur public).

Par conséquent, les directeurs-rices d'hôpitaux sont formé.e.s et évoluent dans un climat commercial et capitaliste et sont promu.e.s en fonction de l'atteinte d'objectifs économiques. Ainsi, des termes commerciaux se sont imposés aussi bien au niveau des dirigeants hospitaliers et de leurs hiérarchies au sein des ARS et du Ministère que des équipes d'encadrement ou des médecins: la recherche de performance, l'efficacité, les mesures d'économies, l'équilibre budgétaire, l'activité, la durée de séjour. Quel bilan a-t-il été fait des CREF (Contrat de Retour à l'Equilibre Financier) que tant d'hôpitaux ont subi comme des plans sociaux?

Et dans ces CREF si souhaités et observés par les ARS, les mesures portent le plus souvent sur la maîtrise de la masse salariale laquelle constitue la dépense principale d'un établissement de santé (70-85% des dépenses d'un établissement de santé). Ou bien des externalisations du personnel (nettoyage...) ou externalisation ou mutualisation d'activités (jardinage, blanchisserie, restauration...), souvent au profit de grandes entreprises privées?

D'ailleurs, les directeurs-rices sont suivi.e.s par les ARS dans la programmation et l'exécution budgétaire. Le reporting est devenu une véritable activité au sein des hôpitaux, avec des explications des écarts, des tableaux statistiques démultipliés. Le contrôle de gestion s'est ainsi développé; évidemment sans les outils et moyens humains pour répondre à toutes les exigences. Mais souvent les budgets sont votés et présentés aux ARS alors qu'ils ne sont pas sincères, car les objectifs financiers ne sont pas atteignables, mais les ARS n'ont pas les moyens humains et techniques de suivre la réalité de la vie de tous leurs hôpitaux et les dirigeants jouent sur

l'impré- visibilité de nos activités hospitalières. Comment savoir précisément à l'avance le taux d'absen- téisme de nos professionnel.le.s ou bien les prochaines crises sanitaires et épidémies?

La gestion des Effectifs Temps Plein Rémunérés (ETPR) est devenue la mission principale au ni- veau des DRH (Direction des Ressources Humaines). Le but est de « redéployer » les postes, pour ne pas dire les « supprimer ». Créer un nouveau poste est devenu exceptionnel, cela suppose de modifier les effectifs cibles que chaque cadre de santé et médecin commence à connaître par coeur dans son service. Les effectifs cibles ont noyé l'hôpital dans une bureaucratie de chiffres, avec par exemple des 0,3 ETP impossibles à recruter ou qui expliqueront un sureffectif constant avec des hôpitaux qui se retrouvent systématiquement en sureffectif car un 0,3 signifie générale- ment soit un 0 soit un 1 soit difficilement un temps partiel.

Ainsi, certains hôpitaux ont refusé de mettre en stage et de titulariser les professionnel.le.s pen- dant des années sur des postes vacants, pour économiser environ 10% des dépenses, puisque les contractuel.le.s sont moins onéreux. Désormais, avec la pénurie de personnel, les plans de résorption de la précarité sont apparus (Calais...). Pourtant la loi a toujours été simple et claire: le statut de fonctionnaire est la règle, mais les objectifs économiques justifiaient la violation de la loi avec l'assentiment des ARS.

La Tarification à l'Activité T2A s'est imposée dans les hôpitaux. Les ravages et contradictions et abus et insuffisances de la T2A sont reconnus par tous les spécialistes, y compris au plus haut niveau de l'Etat. Et pourtant la T2A est toujours là, car c'est un outil financier d'étranglement de l'hôpital, qui le soumet au déficit. Et par ricochet au fameux CREF lequel tient l'hôpital dans la ri- gueur budgétaire si désirée par les politiques libérales.

La T2A s'est accompagnée des études d'activités sur les territoires. Les parts de marché sont analysées pour chaque établissement. Au lieu de penser collectif, les directeurs-rices travaillent pour leurs propres chapelles: augmenter leurs parts de marché, prendre l'activité du voisin, public ou privé, attirer la « patientèle », la « clientèle ». Car le développement de l'activité est l'un des moyens d'augmenter les recettes budgétaires.

Dans ce sens, attirer un médecin signifie augmenter l'activité. Des pratiques abusives sont alors apparues dans le secteur privé, y compris non lucratif, par exemple payer grassement un méde- cin (davantage que dans le public d'où il ou elle vient, au minimum 7 000 euros nets par mois pour qu'il ou elle quitte le public et vienne dans le privé) tout en le ou la laissant travailler en libéral et constituer sa clientèle payée en honoraires. Le médecin bénéficie ainsi d'un salaire tout en cu- mulant une activité libérale à 100% et les avantages financiers, tandis que la clinique jouit des re- cettes des hospitalisations (la T2A). La clinique bénéficie en plus d'aides financières versées par les autorités ainsi que des avantages fiscaux (notamment l'exonération de Taxe sur la Valeur Ajou- tée). Le secteur public perd ainsi des médecins sans disposer des moyens de concurrencer. Les ARS ferment les yeux.

De plus, les directeurs-rices d'hôpitaux n'ont pas beaucoup de marges de manoeuvre: les coûts sont déterminés essentiellement par une masse salariale dont les règles dépendent du statut de la fonction publique. Sauf à réduire le nombre d'agents par lits et donc par usager, il est difficile de réduire la masse salariale. Nom grossier pour qualifier le coût des professionnel.le.s. Il est éga- lement compliqué de réduire l'absentéisme atteignant souvent les 15% en gériatrie, dans les Eta- blissements d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), en psychiatrie; attei- gnant des records auprès des professionnel.le.s âgé.e.s ou appartenant aux catégories B ou C (aides-soignant.e.s, Agents de Services Hospitaliers ASH, ouvriers). Les recettes sont uniformisées par la T2A, et les dirigeant.e.s peuvent difficilement faire varier l'activité sur un territoire don- né: les habitant.e.s sont également imprévisibles dans la maladie.

Pour financer quelques postes de travail nouveaux, les ARS ont inventé les Appels à Projets (fi- nancement de postes sur quelques années ou mois). La recherche de fonds, les fameuses pièces jaunes et recherches de mécènes; ces aspects sont renforcés pour cacher la misère de l'austérité budgétaire.

A noter que nombreux sont les directeurs-rices d'hôpitaux qui font de belles carrières lorsqu'ils ou elles deviennent des spécialistes de la finance (chefferies, emplois fonctionnels...). La DGOS ne donne pas de chiffres, mais la finance est devenue le passage obligé de la promotion. C'est pourtant le poste le moins exposé au quotidien hospitalier (usagers, gestion du personnel, technique) et le plus bureaucratique et déconnecté des réalités.

1-2 Par objectif budgétaire, les établissements publics ont vécu une réorganisation territoriale et pyramidale

La recherche de la performance et de l'efficacité explique en partie depuis la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, l'organisation autour des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). C'est la restructuration pyramidale autour de l'établissement support du GHT, entraînant le regroupement et les fusions d'établissements hospitaliers et établissements médico-sociaux dans le GHT, ainsi que la fin de l'autonomie des établissements médico-sociaux (notamment des EHPAD).

Les directeurs-rices perçoivent même une prime supplémentaire s'ils ou elles travaillent en direction commune, ou sur plusieurs sites. C'est très symbolique de l'incitation à regrouper, à mutualiser, à fusionner les équipes de direction, puis les organisations et leurs équipes.

Curieusement, cette réforme a abouti à une logique territoriale complexe et incompréhensible au regard du nombre d'habitants. Par exemple, le Var a 1 GHT pour tout le Département (1 085 000 habitants, 5 973 km<sup>2</sup>); tandis que le Morbihan a 3 GHT (761 000 habitants, 6 823 km<sup>2</sup>). Comment expliquer ces découpages? Il n'y a rien à signaler du côté du Ministère.

Désormais, les GHT se caractérisent par l'immensité et la complexité des territoires concernés, en particulier pour le travail des directeurs-rices. Nous avons même des GHT inter-départementaux (GHT Coeur Grand Est sur 3 départements: Meuse, Haute-Marne, Marne), et un GHT inter-régional (GHT Côte d'Or - Haute-Marne autour du CHU de Dijon; 2 régions Bourgogne-Franche-Comté et Région Grand Est).

1-3 La suppression des directeurs-rices de proximité et la recherche de nouvelles pratiques de management issues du privé sont les nouvelles réalités

Le développement des GHT signifie la suppression des directeurs et directrices de proximité. L'autonomie et le nombre de directeurs-rices sont diminués. Par exemple, le GHT Haute-Saône a 14 EHPAD gérés par 1 Centre Hospitalier.

Sans compter le nombre de postes vacants important selon les territoires (petits établissements de santé, EHPAD), la multiplication des intérimaires de direction qui durent, le cumul de directions d'EHPAD par les directeurs-rices restants ou le cumul de fonctions pour les directeurs-rices d'hôpitaux sont de plus en plus fréquents.

3

Il en résulte la réduction du nombre de directeurs-rices de la Fonction Publique Hospitalière (FPH): - 17,6% entre 2011 et 2021, soit un véritable plan social déguisé. Il restait 4 582 directeurs-rices au 1 décembre 2022.

Dans ce contexte, au-delà de l'effondrement du système hospitalier, nous ne pouvons que comprendre la faible attractivité des métiers de direction (en termes d'arrivées dans la FPH, 8 départs de professionnels hors FPH en 2021, versus une forte fuite en 21 mois: 4 démissions, 37 retours vers l'administration d'origine, 13 ruptures conventionnelles, 13 intégrations dans une autre administration), et un nombre de départs en retraite important (481 actés sur 2021-2023 et partiellement compensés, soit 102 départs non compensés), 202

disponibilités en cours. Les chiffres sont clairs: quasiment personne ne vient dans la FPH, nos directeurs-rices partent.

L'Etat qui nous parle de la Gestion Prévisionnelle des Effectifs et des Moyens (GPMC) a vu très juste: la pénurie de directeurs-rices incite au regroupement des établissements et à la baisse accélérée des effectifs des corps de direction et à l'éloignement progressif des dirigeants du terrain.

Désormais 8% de directeurs-rices contractuels sont recensés en 2022: souvent issus du privé, majoritaires en Ariège ou dans certains établissements (Sarrebourog/Saverne...), en fort développement y compris sur les postes les plus stratégiques (CHU Toulouse, CHU Nancy, CHU Lille...); ce qui interroge sur les orientations stratégiques des établissements concernés et la place de l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes de la Santé Publique, et son concours et sa formation de 25 mois pour être titularisé.e directeur.rice d'hôpital). Et nombreux sont les établissements à ne pas déclarer au Ministère leurs contractuels qui sont choisis librement.

Ajoutons encore le recours aux cabinets conseils. Ce sont des coûts moins visibles que les ETPR et moins contestés par les ARS qui les recommandent et parfois les financent. Des millions d'euros sont aujourd'hui dépensés par les hôpitaux alors que les fonctionnaires auraient pu faire le travail. Mais comme c'est désormais connu, certains cabinets ont bonne réputation nationale, au plus haut niveau de l'Etat. Cela quand bien même ils travaillent pour plus cher que les directeurs-rices d'hôpitaux pour un résultat controversé, sans avoir le plus souvent travaillé dans un hôpital.

1-4 La violence managériale s'est accrue avec un hôpital devenu une entreprise

L'intensification du libéralisme au sein des hôpitaux, sur le modèle des entreprises, soit « l'hôpital-entreprise », accélère la violence au sein des équipes de directeurs-rices, puis de l'encadrement, puis à tous les niveaux de la hiérarchie et des équipes, jusqu'aux usagers. La maltraitance est institutionnalisée, acceptée et devient un outil de management. Le Ministère, les ARS sont informés, les signalements se multiplient, mais la violence est couverte, les lanceur-se.s d'alerte sont écartés tandis que les maltraitants font de belles carrières et reçoivent parfois les honneurs.

Tout d'abord la concurrence entre les directeurs-rices pour l'accès aux postes (promotion et mobilité), et y compris avec des contractuels (8%), a été accélérée. Désormais, les chefs de établissements choisissent leurs équipes librement et demandent à d'autres de partir. Le statut de fonctionnaire ne garantit presque plus aucune protection, ni face à un contractuel choisi selon des critères arbitraires à la volonté du chef, comme dans le privé, ni face à des titulaires venant d'autres établissements. Le harcèlement et les discriminations sont devenues une véritable politique de management exercée par les chefs de établissements de santé, avec l'acceptation du Ministère qui ne saisit pas la justice même lorsqu'il est informé par des faits très graves de discrimination, notamment en raison du sexe, de l'état de santé ou de la situation de famille.

Nous sommes dans la généralisation du management brutal sur le terrain, et la tolérance par le Centre National de Gestion (CNG) et le Ministère de la Santé pour laisser les « mains libres » aux « managers »: placardisation (au-moins 5 cas d'adhérents ou sympathisants de directeurs-rices CGT connus par les autorités sans que le moindre petit doigt ne bouge), violences psychologiques, discriminations (handicap, état de santé, famille, syndicat, sexe...), harcèlement moral, « décès brutaux » (11 décès de directeurs-rices entre janvier 2021 et août 2022, certes pas tous liés au travail). Face à cette dégradation de la santé de certains directeurs-rices, aucune politique de santé au travail n'est vraiment menée, ni par le CNG, ni par le Ministère.

Ainsi, entre 2021 et mi-2022, plus de 100 signalements de directeurs-rices à la cellule Risques Psycho-Sociaux du CNG ont eu lieu. Il n'y a aucune enquête connue, pas un seul signalement à la Justice par le CNG: toute la maltraitance semble permise.

Les Chef.fe.s d'établissement le savent. Même lorsqu'ils ou elles violent la loi, et même lorsque le CNG et le Ministère critiquent leurs pratiques d'un côté, ces chef.fe.s bénéficient de promotions. Par exemple, un chef d'établissement signalé par son management brutal reçoit la légion d'honneur; un autre signalé au CNG pour ses hurlements envers ses agents ainsi que la prise de décisions illégales de réduction des primes en raison d'un accident du travail et d'un congé d'adoption est ensuite nommé membre d'un jury de concours national.

Le ou la chef.fe viole la loi, les victimes et les syndicats le signalent aux autorités, mais ensuite la ou le chef.fe reçoit les honneurs. Et leurs victimes doivent se battre pour survivre et se justifier, pour ensuite être mises dans un « circuit poubelle » du Ministère. Car le CNG préfère se débarrasser des victimes plutôt que de les aider. La victime sera marquée au fer rouge « directeur-riche en difficulté » et ne bénéficiera d'aucun soutien réel dans sa position professionnelle, ni évidemment d'aucune promotion, voyant ses possibilités de mobilité réduites mois après mois, étant contrainte de démissionner, de se protéger par un congé maladie, de quitter la FPH, ou étant parfois ensuite accusée d'insuffisance professionnelle et licenciée. Et pour remplacer les fonctionnaires, les contractuel.le.s sont intensifié.e.s en nombre. C'est aujourd'hui la pratique, si ce n'est la politique, du Ministère de la Santé.

Tous les collègues directeurs-rices savent ce qui se passe à gauche ou à droite. Tous les « managers brutaux » sont connus et répertoriés. Tous les placards sont listés par le CNG et les syndicats. Les turn over dans certains établissements et leurs réputations malheureuses sont discutés dans tous les cercles de directeurs-rices (Metz depuis des années...). Et tous les collègues savent qu'en cas de changement de Chef.fe d'établissement, il est possible de devoir faire les valises dans les jours suivants.

D'ailleurs, combien d'entre nous n'avons pas eu droit à cette fameuse phrase, dite différemment selon les subtilités de la brutalité managériale: « je veux que tu quittes l'établissement ». Après des années de service public, de sacrifices familiaux et personnels pour son travail, les directeurs-rices sont prié.e.s de dégager vers un ailleurs national incertain. Avec famille et enfants, maison et ami.e.s? Aucun syndicat ne dénonce cette dérive, à part la CGT.

Cette violence managériale fait l'objet d'une répercussion en cascade sur toutes les équipes et les usagers. Si un.e directeur.rice violent.e attaque son adjoint.e, cela continue avec ses secrétaires, ses cadres, ses médecins et autres agents, et parfois les usagers, et la chaîne des dérives est ouverte dans l'établissement.

S'ajoute également des pratiques contestables dans de nombreux établissements, car un établissement de santé est souvent le plus grand employeur communal, avec de multiples emplois convoités par des syndicalistes, des élu.e.s politiques et des familles installées. Les recrutements, les promotions, les formations sont parfois au centre de pratiques scandaleuses.

Désormais, nous constatons une fuite de nombreux directeurs-rices vers d'autres fonctions publiques et le privé, la retraite précipitée pour ceux ou celles qui peuvent y accéder, la maladie pour de nombreux collègues. Les concours n'attirent plus, alors que ce sont essentiellement des concours de catégorie A+. Les arrivées d'autres fonctions publiques sont ridicules (8 personnes en 2021), ce qui illustre notre faible attractivité et le désastre d'une mauvaise gestion des corps de direction de la FPH. Et si les directeurs-rices sont mal géré.e.s, comment pourrait-il en être autrement pour les autres professionnel.le.s de la FPH?

2- La Campagne pour les élections professionnelles 2022 a permis au Collectif National des Directeurs-rices UFMICT-CGT de proposer une alternative dans l'organisation du travail

2-1 Comment se positionnent les directeurs-rices dans ce contexte d'effondrement du système hospitalier et médico-social?

Le Collectif National des Directeurs-rices UFMICT-CGT s'est engagé dans la campagne pour les élections professionnelles 2022 au niveau des corps de direction. Nous avons posé une question managériale centrale: pour un directeur-riche, nous n'avons actuellement que le choix entre soit se soumettre ou soit se démettre.

Dans ce contexte, nous voyons plusieurs tendances de positionnement des directeurs-rices : il existe une minorité de soutien aux politiques libérales (en particulier au niveau des emplois fonctionnels de plus en plus soumis à l'aval politique), une majorité de critiques mais dans le maintien du système, une minorité de contestation et de refus (c'est dans cette minorité que nous retrouvons l'UFMICT-CGT, et aussi une partie de l'abstention).

Aujourd'hui la CGT, pour un.e directeur-riche, c'est le moyen de dire NON aux politiques libérales dont l'effondrement du système sanitaire et médico-social en est l'aboutissement. C'est le refus de l'hôpital entreprise. Une opposition à la T2A et aux cabinets conseils et multiples prestataires et profiteurs de l'argent public. C'est également revendiquer la prééminence du secteur public et questionner le secteur privé dans la santé et le médico-social. C'est également une protestation contre les abus managériaux pratiqués par la hiérarchie. Au-delà de la contestation et de la protestation, l'UFMICT-CGT veut également être force de proposition.

2-2 Le Collectif National des Directeurs-rices UFMICT-CGT a proposé une plateforme revendicative et 130 propositions

Le Collectif a proposé une autre vision managériale, fondée sur la prise en charge sanitaire et sociale de la population sur l'ensemble du territoire. C'est finalement l'exigence du service public que nous voulons inscrire dans nos métiers.

Nous estimons qu'il est fondamental d'assurer un droit d'alerte, notamment quand les moyens ne permettent pas de remplir les missions de service public ou bien quand les objectifs fixés par l'ARS vont à son encontre... Et de pouvoir saisir une expertise indépendante en cas de divergence avec l'ARS.

Nous voulons également retrouver ainsi le sens du travail en équipe. Donner de l'espace aux agents, avec une capacité d'agir, des marges de manœuvre financières. Nous proposons de reconnaître la citoyenneté du fonctionnaire, le rendant indépendant des pressions et des pouvoirs.

Nous estimons que nos responsabilités doivent se limiter aux moyens dont nous disposons. Aujourd'hui, nous sommes responsables de tous les problèmes et risques, sans les moyens de respecter les réglementations.

Nous avons également proposé une organisation du travail prenant en compte les conditions de travail et la santé des directeurs-rices. Il va de soi que le respect de bonnes conditions de travail 6

et de la santé des dirigeant.e.s implique celui de l'ensemble des professionnel.le.s des établissements.

Nos propositions visent également l'enracinement dans les statuts de la FPH. Nous voulons également des mesures d'attractivité pour nos postes (rémunération, création de postes...), une cartographie des postes et des règles nouvelles de promotion (égalité femme-homme) et de mobilité pour les directeurs-rices, une gestion nationale de toutes les carrières (paye, formation, santé...). Evidemment sur toutes ces propositions, le Ministère n'est absolument pas intéressé.

2-3 Le Collectif National des Directeurs-rices UFMICT-CGT a eu un résultat encourageant

Nos listes ont eu un fort impact sur la campagne. Concernant les résultats électoraux la CGT a progressé au final (un résultat de 3,7%) malgré l'abstention (30%) laquelle a fortement augmenté. La CGT est donc très

minoritaire dans les corps de direction, mais elle existe et est ainsi le caillou dans la chaussure du Ministère. La CGT progresse en voix et en pourcentage, tandis que les 2 principales organisations syndicales (OS) ont perdu des voix.

La CGT a pu déposer des listes pour le Comité Consultatif National des directeurs-rices d'hôpital, directeurs-rices d'établissements médico-sociaux, directeurs-rices des soins (CCN) et 2 Commissions administratives Paritaires Nationales (CAPN), ce qui n'était pas évident dans un contexte de peur de s'engager et de s'exposer, en particulier pour nos carrières. Nous avons également renouvelé plus de la moitié de nos candidat.e.s et de nos électeurs.rices.

Nous pensons avoir eu une forte influence sur les thématiques de campagne et après la campagne. Nous avons parfois eu l'impression d'être copiés, par exemple sur la thématique du temps de travail (une OS a cité les 60-70h de temps de travail hebdomadaire des directeurs-rices, nous avons dénoncé auparavant cet abus entre 50/60 heures).

Nous avons revendiqué la fusion des corps (DH/D3S), et rappelé que la CGT a été pionnière dans cette revendication depuis 2005; or une demande d'intersyndicale sur le sujet est venue immédiatement après l'élection (mais rien n'a été fait 6 mois après). Nous avons eu des exigences sur la rémunération (laquelle était taboue, compte tenu de nos avantages au regard des autres professionnel.le.s non médicaux de nos établissements), et force est de constater que d'autres OS ont également débuté à demander des revalorisations, même si ce n'est pas à la hauteur de nos 35/25%. De plus, nous avons vu des OS exiger un comité national médical pour les directeurs-rices, comme nous l'avions fait dès le début de la campagne.

Les listes et le vote CGT impliquent de nombreux collègues directeurs-rices rejeté.e.s par la hiérarchie (maltraitance, placardisé.e.s, harcèlement, maladie), ou bien déçu.e.s ou en colère. Ainsi, l'impact du management libéral est au centre de l'adhésion CGT.

3- Nous voulons une organisation du travail fondée sur le service public, avec des professionnel.le.s valorisé.e.s, bénéficiant de moyens ambitieux, engagé.e.s dans un collectif d'équipe

3-1 Retrouver le sens du travail, la mission de service public

Il est fondamental de revenir au coeur de notre mission de service public de santé et d'action sociale. Remettre l'importance du soin et de l'accompagnement social à la personne humaine au centre de nos établissements. Redonner un sens au travail à tous les professionnels. C'est ce qui manque cruellement dans nos établissements.

Rappelons qu'un établissement de santé est un lieu de vie, de la natalité à la mort, au service d'une population sur un territoire. La quasi-totalité des naissances ont lieu à l'hôpital et la large majorité des décès également. Un établissement médico-social a pour mission la prise en charge des personnes dépendantes (âge, handicap), ou la protection de l'enfance.

Donnons les moyens pour améliorer la qualité et la sécurité, aussi bien pour l'utilisateur que pour le/la professionnel.le. Cela dans une culture incluant un droit et un travail à l'erreur.

Ce service public hospitalier et de l'action sociale devrait avoir son fondement dans les textes de droits humains, en particulier l'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 proclamant un droit à la santé et à des services sociaux.

Ce sont des fondamentaux qui ont été oubliés ou écartés. Il a fallu la pandémie du COVID-19 pour que certain.e.s dirigeant.e.s réalisent le rôle stratégique des hôpitaux en France et en Europe. Une mise en parenthèse des logiques libérales a eu lieu au début de la pandémie, soit un aveu flagrant des limites de la politique libérale y compris par tous les dirigeants libéraux. Pour ensuite continuer après la pandémie à mener des politiques libérales désastreuses pour le système hospitalier lesquelles ont accélérées son effondrement aujourd'hui.

Le « service public hospitalier » avait même été supprimé par la Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, dite loi Bachelot, loi ayant consacré l'hôpital entreprise. Certes, 14 missions de service public avaient été maintenues. C'est avec la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé que le service public hospitalier est réapparu, mais cette loi a poursuivi une transformation du système hospitalier avec les GHT et la logique d'hôpital entreprise a été maintenue.

Ainsi, il est important de mettre fin à l'hôpital entreprise, aussi bien dans l'organisation et les pouvoirs de direction de l'établissement, que dans son financement (T2A) et dans la prise en charge financière des usagers. Il est fondamental de contester la part du secteur privé et de ses pratiques commerciales, en particulier au regard du financement public direct ou indirect. Nous devons également avoir une organisation cohérente des services publics sur tout le territoire.

Enfin, la logique du service public devrait inspirer l'ensemble des pratiques organisationnelles et managériales. Cela aussi bien pour les décisions stratégiques que dans les décisions au niveau de chaque service, y compris de l'agent. Le service public est également une façon de considérer l'utilisateur, non plus en client.e en comptant les prestations, mais en étant à son service sans compter.

### 3-2 Quand aurons-nous de véritables Politiques de Ressources Humaines?

La notion de « ressources humaines » est contestable, car cela revient à réduire la personne humaine à une marchandise, une « ressource », en lien avec les « ressources matérielles ». D'un autre point de vue, chaque personne est une richesse, de part sa culture, son expérience, son savoir, ses pensées ou ses opinions. Pour être plus neutre, nous pourrions simplement évoquer la « gestion du personnel ».

Quelques soient les termes utilisés, il est fondamental de ne plus réduire les professionnel.le.s de santé à de la masse salariale, impersonnelle, coûteuse, et corvéable sans limites. Chaque professionnel.le est une richesse, une ressource selon certain.e.s, en tous cas pas une statistique (ETPR...). Ainsi, nous devons redonner la place à la personne humaine dans un système bureaucratique déshumanisé.

C'est déjà une grande révolution, éliminer le logiciel libéral, de maîtrise des coûts et de la masse salariale. Accepter de recruter des compétences et des expériences; de les fidéliser et de les valoriser; de les promouvoir; de les former; de les payer en fonction du coût de la vie, des qualifications et de la pénibilité du travail et également de leur faire confiance en respectant une marge d'autonomie dans leur travail.

Pour ce faire, il est important d'accroître les compétences des professionnel.les en répondant aux besoins de formation. Le Collectif National des Directeurs-rices a fait la proposition de 20 jours de formation par an pour les directeurs-rices. Certains collègues sollicitent également un accompagnement technologique, par exemple en matière numérique avec les nouveaux outils de travail.

Par exemple, le congé de formation professionnelle n'est pas suffisamment rémunéré, et pour de nombreux collègues, c'est une perte financière, et ainsi un potentiel frein à la formation longue. Cela doit changer, car se former est une condition pour préparer l'avenir, aussi bien personnel que pour les établissements de santé.

De plus, les professionnel.le.s doivent avoir des perspectives de promotion, d'évolution ou de changement de carrière. Cela semble évident, mais dans la FPH, de nombreux collègues se retrouvent dans des positions pour lesquelles plus aucune promotion n'est possible. Cela est démotivant alors que la motivation est souvent le moteur d'un bon travail et d'un esprit d'équipe.

Certains collègues voudraient changer de métier au sein de la FPH, par exemple devenir cadre pour un.e infirmier.e; ou bien attaché.e pour un.e adjoint.e des cadres. Or les changements de carrière sont très compliqués, soumis à la volonté, voire l'arbitraire, des Chef.fe.s d'établissement, avec parfois des pratiques de corruption ou de favoritisme; à des concours difficiles et des formations longues peu accessibles; à des restrictions en raison du nombre d'emplois vacants sur place. Ainsi, de nombreux collègues sont frustrés d'une évolution de carrière barrée, figée, ainsi que des perspectives financières stagnantes.

Paradoxalement de nombreux établissements de santé manquent de compétences, de directeurs-rices, de cadres... Mais par manque de gestion du personnel à niveau régional ou interrégional, voire national, dans certains établissements les collègues souffrent du manque d'évolution de carrière, tandis que dans d'autres lieux, c'est l'absence de personnel formé et compétent qui limite la qualité du service public. Avec des faisant.e.s-fonction sous-payé.e.s, non-reconnu.e.s et exposé.e.s à des responsabilités pour lesquelles elles ou ils n'ont pas été payé.e.s, formé.e.s et promu.e.s.

Il peut arriver que des collègues veulent se réorienter vers d'autres secteurs d'activité, d'autres fonctions publiques, ou bien dans le privé, voire être indépendant. Dans ces cas, les passerelles sont peu nombreuses, car nos métiers sont dévalorisés dans le secteur privé et également dans les autres fonctions publiques. Donc il est difficile de choisir une nouvelle orientation, alors que l'envie est forte. En cas d'échec, les risques sont importants, la disponibilité d'office signifie en réalité le chômage pour de longues années, voire l'exclusion de fait de la FPH.

Par ailleurs, en cas de maladie, les professionnel.le.s perdent beaucoup de droits. Il est important de mieux assurer un accompagnement en cas de maladie, en particulier avec des droits plus avantageux.

Pour les collègues directeurs-rices, en cas de Congé Longue Maladie (CLM), après 1 année, elles ou ils perdent leur Indemnité Compensatrice de Logement ou leur concession de logement, ainsi que 50% de leur prime de fonction et leur prime de résultat. Tomber longuement malade signifie pour un directeur-riche, perdre la majorité de ses revenus du travail. Cela n'incite pas à se protéger en cas de maladie et certain.e.s continuent de travailler au détriment de leur santé. Pour évidemment mieux plonger dans la maladie et en sortir plus difficilement.

Or, souvent le CLM est utilisé car la maladie professionnelle n'est pas reconnue. Il est fondamental de reconnaître le burn out, la dépression liée au travail, les impacts du harcèlement et de la discrimination sur la santé.

Ainsi, nous demandons une véritable prise en compte de la santé des professionnel.le.s. Il est inadmissible qu'une large partie des établissements de santé n'aient pas de document unique, ne disposent pas d'un service de santé au travail, ni de médecin du travail, ni de psychologues du travail, ni d'assistant.e social.e au service des agents. Il est inacceptable que les professionnel.les de la santé doivent acheter leurs propres souris ergonomiques, car les directions refusent de réaliser les achats. Nos situations de handicap doivent être mieux prises en compte par l'employeur. Un travail de coordination entre le.la professionnel.le, le service de santé au travail et la direction mérite d'accélérer les aménagements de postes, l'accompagnement des agents ou bien les reclassements. Nombreux ignorent les dispositifs d'accompagnement, y compris les droits à temps partiel thérapeutique.

De plus, nous militons pour la retraite à 60 ans. Or les Gouvernements nous ont progressivement démantelé nos droits à la retraite, des 62 ans nous allons vers les 64 ans. D'ores et déjà, nos professionnel.le.s les plus âgé.e.s vivent un fort absentéisme pour raison de santé, en particulier les aides-soignant.e.s, les ouvriers et les ASH. Comment assurer le maintien dans l'emploi à des âges aussi élevés? Les établissements de santé sont laissés sans solutions et moyens de répondre à ces contextes de plus en plus pénibles. Sans compter le départ en retraite vers une baisse de niveau de vie, avec une perte de rémunération importante, plus de 50% pour les directeurs-rices (car les primes ne comptent pas pour la retraite et le logement de service est rendu).

Ces dernières décennies, la course à l'équilibre budgétaire a multiplié les réductions d'effectifs dans les établissements de santé. Supprimer les lits, fusionner les services, baisser les ETPR. C'était le principal objectif des DRH. Tout en parlant de qualité de vie au travail, histoire de mieux rémunérer quelques cabinets privés pour amuser les syndicats et faire illusion sur la réalité de nos hôpitaux.

Aujourd'hui, suite aux intenses suppressions de postes dans la plupart des établissements, alors que les professionnels fuient vers des retraites le plus rapidement possible, que les médecins et professionnel.le.s manquent, le Gouvernement voudrait rendre attractif nos métiers. Mais sans augmentation de salaire bien évidemment.

Pour les corps de direction, nous militons pour une augmentation du nombre de professionnels, en privilégiant le concours, avec un besoin de recrutement statutaire de 1 000 directeurs-rices et un passage des contractuel.l.e.s par l'EHESP.

Tandis que le Ministère ne propose rien pour favoriser l'attractivité de nos métiers, notre Collectif a fait des propositions pour une meilleure rémunération (notamment 35% en début de carrière et 25% à la fin), un droit à la mobilité (notamment pour motif familial), des droits à la déconnexion, des conditions de travail améliorées (un nombre d'heures de travail respectant la loi soit maximum 48 heures par semaine), la prise en compte des déplacements professionnels et de la charge de travail, la non-discrimination et l'égalité.

Par exemple nous avons dénoncé les discriminations à l'égard des femmes dans notre profession, car le corps des directeurs-rices d'hôpital est féminin à 53%, alors que seul 1/4 des chef.fe.s sont des femmes. Mais l'égalité femme/homme n'est pas un sujet de la GPMC pour le CNG...

### 3-3 Nous avons besoin d'investissements massifs dans nos établisse- ments publics

Nos établissements de santé et médico-sociaux manquent cruellement d'investissements. Les efforts nationaux sont en-deçà des besoins. Si le Ségur a avancé 19 Milliards d'euros pour les établissements de santé et médico-sociaux, la majorité de cette somme (13 milliards) est consacrée à la dette des établissements, certes corroborée à certains investissements passés.

Seuls 6 milliards sur 3/5 ans sont réservés au Fonds pour la Modernisation et l'Investissement en Santé (FMIS), dont 1,4 milliard pour le numérique en santé. Même un rapport du Sénat, si conservateur, du 29 mars 2022, critique ces politiques mal préparées et incohérentes.

Or en 2020, l'espace revendicatif de la Fédération Santé et Action sociale a calculé qu'il manquait 25 milliards d'euros d'investissements dans les hôpitaux pour la période 2010-2017, soit 4 milliards par an pour s'aligner au niveau de 2009 lequel était lui-même le plus élevé de la période 2002-2009. Nous pourrions estimer qu'il manquerait 24 autres milliards depuis 2017, ainsi que tous les manques de la période d'avant la loi HPST. Serions-nous à un besoin d'investissements de près de 70 milliards d'euros? Or nous en sommes très loin, même avec le Ségur.

Nous le voyons avec l'immobilier. Nos hôpitaux sont souvent vétustes, sales, incapables de respecter certaines normes sanitaires ou certaines règles de protection d'incendie.

Certaines chambres ont des champignons au mur, d'autres n'ont pas de douches. Nous n'avons pas d'argent pour peindre les grillages rouillés. Nos usagers en psychiatrie sont parfois hébergés dans des conditions indignes et honteuses, avec des plafonds dépeints, des meubles anciens et abîmés, des parcs délaissés (car le jardinier est désormais trop cher), des chambres non climatisées dans le Midi... Sans compter les ascenseurs en panne régulièrement car trop usés.

Quant aux bureaux administratifs ou certains services de consultation, parfois nous nous croyons dans le Tiers Monde, tellement qu'ils sont étroits, surchargés, vieux et sales. Dans certains EHPAD, la moitié des WC fuient (mais comme le plombier est trop cher, le non-remplacement d'un départ en retraite est plus économique à court terme) et il n'y a pas de moyen pour réparer. Si des politiques de développement durable étaient véritablement menées dans nos établissements, sur les énergies, l'eau, l'alimentation, les transports, avec de vrais budgets, du personnel, des directeurs-rices autres que des placardisé.e.s, nous pourrions mieux préserver la planète et faire des économies.

De plus, nous manquons de matériel mobilier et biomédical. Dans certains EHPAD, les personnes âgées ont des fauteuils roulants sans roues, ce qui ne favorise pas leur mobilité et autonomie; elles n'ont pas accès à du matériel de kinésithérapie, ni de lits électriques. Pareil en géronto- psychiatrie où un service tout neuf a été inauguré en 2021 avec des lits non électriques, ce qui ne favorise pas l'autonomie de la personne, ni les conditions de travail du personnel.

Dans certains établissements, le matériel biomédical est vétuste, utilisant de vieux appareils, avec des besoins en investissement important face à des multinationales de plus en plus captives. Il en résulte des pratiques médicales moins récentes, avec une qualité des soins réduite, des actes plus invasifs ou bien une durée de séjour plus longue.

Quant au système d'information, les retards et les échecs des politiques numériques en santé sont colossaux. Un désastre aussi bien au niveau de la sécurité que de la qualité que de l'interopérabilité entre établissements. Et la loi de 2016 laquelle prévoit une harmonisation du système d'information au niveau du GHT ne fait qu'accentuer ce découpage numérique par territoires, au profit des bénéfices scandaleux de multiples prestataires privés exploitants la misère de la politique publique numérique au niveau national.

Quant à l'endettement des établissements de santé, chacun contractualisant au niveau des banques, comme toute entreprise privée, il est clair que cette « autonomie » favorise les banquiers. Il est incompréhensible que les établissements de santé et médico-sociaux ne bénéficient pas des emprunts contractés par l'Etat au sein du Ministère des Finances, avec des taux beaucoup plus avantageux.

Par conséquent, c'est un véritable Plan Marshall que les établissements de santé et médico- sociaux ont besoin. Des milliards d'euros pour la santé et l'action sociale: pour les bâtiments, les mobiliers, le numérique et l'e-santé, l'accès à un endettement avantageux. Une véritable politique de développement durable. Nous en sommes très loin. Par contre, pour le militaire, l'argent est annoncé.

### 3-4 Organiser un collectif d'équipe au service de l'utilisateur

Le rôle d'un.e directeur-riche est de remettre son établissement autour des valeurs du service public. Il s'agit notamment du respect de la personne humaine, de l'organisation des soins sur tout le territoire, de l'égalité de tous, de la liberté de l'utilisateur, de la neutralité de l'établissement et des professionnels...

La stabilité financière de l'établissement ne serait plus le premier objectif d'un.e Chef.fe d'établissement, mais ce serait la mise en oeuvre de la mission de service public de la santé et de l'action sociale. Certes, il est important d'assurer une bonne gestion des fonds publics, mais pas d'en faire le graal de l'action publique. Et

c'est parce que les dirigeant.e.s remettraient la priorité dans la santé et l'action sociale, le service à la population, et uniquement dans son intérêt, que les professionnel.le.s reverraient un sens à leur travail: soigner et prendre en charge les patient.e.s. Et ce sens du travail motive les professionnel.le.s, les valorise dans leurs actions quotidiennes, justifie leurs efforts au-delà de la seule rémunération. Les dirigeant.e.s créent ainsi un collectif d'équipe.

Cela passe par le respect des Lois de la République. Dans de nombreux établissements, le harcèlement et les discriminations sont la politique managériale pratiquée. Ce n'est pas acceptable. La violence doit cesser du haut vers le bas. Des enquêtes administratives doivent être menées par les ARS et le CNG. La justice doit être saisie pour tous les cas de violence, de discrimination, de harcèlement. Les lanceurs d'alerte doivent être protégés.

Nos soignant.e.s ne peuvent pas travailler sereinement dans un climat de peurs, d'injustices. C'est alors un préalable incontournable de faire respecter la légalité républicaine dans nos établissements. L'autonomie des établissements ne doit pas signifier la tolérance de l'abus de droit. Il ne peut pas y avoir un esprit d'équipe dans un contexte de perversion et de mensonges et d'abus. De même que les recrutements, les promotions, les formations doivent se faire en fonction de critères d'égalité et de neutralité; et non en fonction des liens amicaux, familiaux, syndicaux ou politiques. Or c'est la situation actuelle dans de nombreux établissements.

Par ailleurs, créer un collectif d'équipe signifie également une reconnaissance de la pluralité et de la complémentarité des connaissances et des compétences de nos établissements et de leurs professionnel.les, qu'elles ou ils soient administratifs, médicaux, soignant.e.s, techniques, sociaux...). Non plus manipuler les uns par les autres, c'est l'étymologie de la « main » du « management », mais organiser et motiver un collectif en équipe, tous ensemble.

Trop souvent, nous opposons les uns aux autres. Nous cherchons des boucs émissaires. Par exemple, les informaticiens souffrent des violences psychologiques infligées par les soignant.e.s et les médecins lorsque les pannes informatiques surviennent. Or les informaticiens ne font que développer un outil obsolète et sous-financé, en sous-investissement depuis des décennies.

Le pouvoir exécutif lui-même cherche à mettre en valeur les médecins, contre les directeurs-rices au cours du premier semestre 2023. Comme si les directeurs-rices étaient responsables des carences et erreurs des politiques nationales, alors qu'elles ou elles ne sont que des exécutant.e.s.

Or un établissement ne fonctionne pas sans un.e cadre de santé, un.e informaticien.ne, un.e électricien.ne, un.e soignant.e... Notre pluralité et notre complémentarité méritent d'être affirmées.

Dans un système de santé de plus en plus pyramidal, avec des décisions prises en haut et éloignées du terrain, par des professionnel.le.s n'ayant jamais travaillé dans un établissement de santé, il est important d'être à l'écoute des acteurs du terrain. Il est fondamental de prendre en compte nos expertises plurielles. Nos professionnel.le.s ont besoin d'une autonomie de leurs actions, ce qui ne signifie pas un abandon, ni l'acceptation d'abus. Nous avons besoin de temps et de moyens de concertation et de coordination entre les acteurs de l'établissement.

C'est d'ailleurs ce qui est demandé dans la démarche de l'amélioration de la qualité des soins avec des temps pour les revues de mortalité et de morbidité et des retours d'expérience. Les réunions d'équipe sont nécessaires, avec de véritables échanges et des temps de parole garantis à tous.

Enfin, le soutien de la hiérarchie et l'apport institutionnel aux acteurs du terrain est nécessaire. Cela inclut la remontée des réalités des conditions de travail et la recherche de solutions par la hiérarchie. Or nos directeurs-rices s'intéressent beaucoup trop aux aspects financiers et à leurs perspectives personnelles de carrière plutôt qu'aux besoins de leurs professionnel.le.s et de leurs patient.e.s. Certain.e.s chef.fe.s d'établissements ne vont

même plus visiter leurs services de soins et se comportent comme des technocrates, spécialistes des tableaux excel et éloigné.e.s de la vie des unités.

C'est pourquoi nous devons soutenir l'existence et le retour des directeurs-rices de proximité sur le terrain. Cela passe par une organisation territoriale de la santé, y compris les GHT, et de l'action sociale cohérente et ambitieuse sur l'ensemble du territoire.

## **NON au détricotage du statut des Directeur.ice.s de la FPH !**

Nous allons vers une phase d'obéissance accrue au pouvoir politique des directeur.ice.s de la FPH, facilitée par l'élimination de notre statut de fonctionnaire.

La concurrence sauvage s'est accélérée avec les contractuel.le.s venu.e.s d'horizons pluriels, en contournant les règles de sélection de nos directeur.ice.s par le concours et la formation de 24 mois à l'EHESP. Plusieurs collègues se sont vu.e.s écarté.e.s de leurs postes, remplacé.e.s par des contractuel.le.s, mis au placard. Par la priorisation du recrutement de contractuel.le.s, ce sont aussi les possibilités de mobilité des fonctionnaires qui sont entravées. Selon le CNG, certains titulaires ne détiennent pas les conditions pour l'accès à certains postes... mais les contractuel. le.s, eux, n'ont pas à montrer patte blanche. Dans certains hôpitaux, les contractuel.le.s sont désormais majoritaires.

Le Gouvernement souhaite faciliter les conditions d'accès aux concours. Les niveaux de sélection aux concours seraient abaissés. Quant à l'attractivité de nos métiers, le Ministère ne se soucie guère des conditions de travail, de notre santé, des perspectives d'évolution et de nos rémunérations.

L'intérêt du concours et d'une scolarité de 24 mois à l'EHESP, avec parfois des mois de prépa-concours, serait relativisé. Le Gouvernement veut ouvrir les voies d'accès parallèles. D'autres fonctionnaires pourraient ainsi bénéficier d'une promotion après avoir obtenu de bons dossiers d'évaluation auprès de leurs chef.fe.s et surtout après un passage en commission soumise au choix du pouvoir politique et de l'administration.

Le Gouvernement souhaite également bien conditionner les promotions de grades au choix du Ministère. Désormais, peu importe l'expérience ou la mobilité, la promotion sera un choix politique. Forcément, ce sera le favoritisme politique qui va primer.

Enfin, les directeur.ice.s seraient classé.e.s selon leurs spécialités, à la discrétion du CNG. D'une fonction statutaire généraliste et plurielle, nous allons vers la spécialisation de nos fonctions et dans une logique de vivier. Nous ne savons pas qui, comment, quels critères, quelles possibilités de modification seraient possibles.

Ces mesures visent à assujettir davantage les directeur.ice.s au politique, à accentuer le copinage et le favoritisme, à fragiliser le statut de fonctionnaire, à accroître la concurrence pour les postes et à accélérer la transformation de l'hôpital en entreprise.

## *Indemnité Compensatrice de Logement: 13 années sans revalorisation*

+3,5% augmentation des loyers au 2e trimestre 2023

0% d'augmentation de l'indemnité compensatrice de logement (ICL) depuis 2010

En 2010, l'indice de référence des loyers était à 117,41 et aujourd'hui il est à 140,59; donc un loyer a pris presque 20% de hausse en 13 ans.

Les directeurs-rices de la FPH perdent en pouvoir d'achat et en qualité de vie.

Aucune revalorisation de l'ICL n'est prévue actuellement par le Ministère! Le Gouvernement se moque des directeurs-rices de la FPH!

D'ailleurs pourquoi les loyers ne sont-ils pas bloqués avec cette forte inflation?

# Rencontre UFMICT-CGT/ DGOS/CNG sur la réforme des corps de direction: la mobilisation des DH/DS/D3S doit s'amplifier...

La DGOS nous a proposé une rencontre bilatérale, avec le CNG. Nous interrogeons les participants sur le format, les objectifs de la réunion, sur leurs attentes; nous demandons si un PV de la réunion sera réalisé. Il n'y aura pas de PV. La DGOS ne nous reçoit que dans une logique de pure forme. Il s'agit d'un échange bilatéral en complément du travail fait en groupes. Néanmoins on nous propose cet échange afin de connaître nos demandes sur le sujet de cette réforme statutaire en cours.

Il n'y a pas d'agenda social prévu; les groupes de travail en cours se limitent à la transposition de la réforme de la haute fonction publique à la Fonction Publique Hospitalière FPH, ils s'achèveront probablement d'ici l'été, sans précision sur les dates. L'UFMICT-CGT souhaite une réelle négociation pour l'ensemble des 3 corps de directrices et de directeurs de la FPH. Actuellement le Gouvernement exclut de la haute fonction publique les DS et les D3S, ce que nous contestons.

Nous précisons que sur le sujet de cette transposition, une réelle négociation est demandée depuis de nombreux mois afin que les collègues directrices et directeurs DH ne soient pas floués d'une part et pour que les collègues D3S puissent obtenir la fusion qu'ils demandent depuis des années (et l'UFMICT-CGT dès 2005), et que les DS soient reconnues dans leurs métiers.

La logique de simple transposition au rabais de la réforme des administrateurs de l'Etat ne peut pas se soutenir. Il faut davantage d'ambition. Par bien des aspects, la situation actuelle fait offense aux directrices et directeurs en poste et décourage les futurs collègues. Les délais de mise en œuvre de cette réforme font injure aux directrices et directeurs FPH. **Nous demandons un calendrier précis, ferme et simultané pour les trois corps.** La situation des DS est encore plus catastrophique. Vu le nombre de départs en retraite, c'est une mise en extinction silencieuse. Ni plus ni moins.

## L'UFMICT-CGT établit les constats suivants pour nos corps de direction :

- Responsabilités croissantes,
- Diminution historique des effectifs,
- Manque d'attractivité et de sélectivité du concours,
- Absence de mixité sociale,
- Absence de transparence sur les carrières qui échappent au contrôle des CAPN pour l'essentiel
- Développement de l'arbitraire des décisions,

- Retrait du CNG qui se place de plus en plus en chambre d'enregistrement et de moins en moins en tant qu'AIPN (sauf en matière disciplinaire).
- Chaos de la gestion des effectifs par corps du fait des détachements massifs des D3S vers le corps des DH.
- Conditions de travail (charge de travail, déconnexion, vie pro-vie perso...) complètement passés sous silence
- Situations de harcèlement et de souffrances individuelles

**Sur la question de l'égalité femmes-hommes**, face au plafond de verre, nous demandons un plan d'action spécifique égalité femmes - hommes pour les directeurs et directrices FPH. Les femmes représentent 78% des effectifs de la FPH, soit le versant le plus féminisé mais aussi le plus malmené des trois Fonctions Publiques. Dans le corps des DH les femmes représentent 51.1% des effectifs, mais seulement 7% d'entre elles accèdent aux chefferies. Elles sont maintenues au grade d'adjointes alors que le différentiel d'âge n'explique plus cette situation depuis longtemps. A ancienneté égale 18% d'entre elles accèdent aux postes de chefs d'établissement avec 2.62 fois moins de chance d'accéder à une chefferie en comparaison des hommes du même corps. Pour le corps des D3S, il existe un différentiel de 14 points en défaveur des femmes pour l'accès à une chefferie alors que ce corps est fortement féminisé. Pour le corps des DS, c'est catastrophique : alors que 74.1% des effectifs sont des femmes, ce corps est en danger d'extinction car les départs ne sont plus remplacés avec des départs massifs en retraite prévus dans les années à venir.

#### **Sur la question de l'unicité statutaire des corps DH/D3S et de l'alignement DS:**

De manière générale pour les 3 corps, le diagnostic de l'UFMICT-CGT est clair : l'unicité statutaire est la seule réponse de cohérence pour gérer DH et D3S. La transposition ne concerne pas les D3S qui sont relégués à un no man's land statutaire unique en son genre. Pas des vrais hauts fonctionnaires mais pourtant un corps comparable aux DH. C'est à n'y rien comprendre. A l'Etat, on fusionne un tas de corps (15) dans un seul et on n'est pas capable de fusionner DH et D3S dans un seul cadre statutaire. La DGOS répond que la question des D3S est aussi à l'étude même si elle sera traitée indépendamment du corps des DH car il ne s'agit pas tout à fait du même métier. En fait, cette exclusion des D3S et des DS n'est que la marque des préjugés culturels défavorables du Gouvernement sur nos métiers.

Nous répondons qu'il faut stopper l'hémorragie des D3S vers le sanitaire faute de grilles indiciaires et de statut harmonisés et faciliter les mobilités entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Il faut mettre fin à cette injustice de grille de rémunération inférieure aux DH alors que le niveau de responsabilité et que le métier sont similaires.

#### **Concernant l'attractivité en chute libre de ces métiers, nous voulons un choc d'attractivité par :**

- une mise à niveau des grilles de rémunération et d'avancement, l'intégration progressive des primes par un système primes-points, par la priorité donnée aux recrutements par concours et le passage par l'EHESP.
- Remettre des règles simples en vigueur comme l'obligation de cartographier tous les postes, de publier tous les postes, de motiver tout refus de recrutement quand un poste est

republié... Bref mettre en place une GPEC cohérente et repérant pour les directrices et directeurs en poste.

- Réduire drastiquement le nombre d'emplois fonctionnels. Dans un contexte de stagnation des carrières, ces EF focalisent l'attention des pouvoirs publics depuis une décennie avec un nombre de textes incroyables passés en CSFPH et un système kafkaïen à gérer. Pour 10% des postes, on en oublie 90%.

**La question de la mobilité est un sujet central** qui ne se résout pas malgré les nombreuses alertes remontées au CNG. Les règles de mobilité sont à modifier et à sécuriser : il est anormal de ne laisser qu'aux seuls chefs d'établissement bien souvent le pouvoir de permettre ou de bloquer une mobilité par le jeu de cooptations dans lequel le CNG ne veut prendre aucun poids. Cela crée des situations inégalitaires et des souffrances chez des collègues qui ne parviennent jamais à se rapprocher de leurs familles dont ils ont la charge.

**Le logement de service et l'ICL ne doivent pas être remis en question** car c'est la contrepartie de nos sujétions et de nos gardes, pourtant de plus en plus difficiles à assumer en sus de la charge de travail habituelle quand on constate le niveau de difficulté dans lequel nos structures sanitaires et médico-sociales sont engluées. L'ICL est souvent supprimée quand nous tombons malades.

**Ainsi, sur les droits à rémunération pendant la maladie, l'UFMICT-CGT demande plus de transparence** et des règles claires sur les modalités d'attribution. D'ailleurs, sur la paye et la formation, entre autres domaines, l'UFMICT-CGT revendique la gestion des directrices-directeurs directement par le CNG pour appliquer une gestion égalitaire et éviter les abus des Chefs d'établissement.

**Les modalités d'évaluation doivent être revues en profondeur pour les 3 corps.** L'évaluation qui impacte non seulement l'évolution professionnelle mais aussi la rémunération des directrices et directeurs au regard de l'attribution de la part résultat pose problème et ne doit plus être menée seulement par le chef d'établissement, mais le CNG doit prendre sa part de responsabilité. Contrairement à l'administration centrale où plusieurs niveaux hiérarchiques et administrations RH garantissent une meilleure régulation, dans nos établissements les adjoint.es sont isolé.es face aux Chefs d'établissement, d'autant plus que le CNG refuse de réguler les abus. Les directrices et les directeurs se trouvent en dépendance hiérarchique de leur évaluateur, ce qui lui confère un pouvoir exorbitant sur des adjoint.e.s sans aucune régulation. Et laisse libre cours à toutes les dérives. Nous sommes alertés par des situations de souffrance au travail intolérables.

**Il faut repenser le régime de responsabilité et les possibilités des directrices et directeurs de signaler les dysfonctionnements** et obliger les interlocuteurs à une réponse. Nous exigeons la mise en oeuvre d'un droit d'alerte et la protection des lanceurs d'alerte. Sur la question de la procédure de demande de protection fonctionnelle, il existe toujours une singulière opacité.

**L'UFMICT-CGT demande de mettre fin aux situation précaires induites par les primes** au regard de la protection sociale des directrices et des directeurs. Près de 50 % de la rémunération des directrices et des directeurs est menacée lorsque nous tombons malades

ou quand nous prenons la retraite. D'ailleurs, nous demandons une étude sur le taux de remplacement moyen du dernier salaire, primes incluses.

**Nous demandons aussi que des mesures de prévention et de protection de la santé des directrices et directeurs soient prises et centralisées** : aujourd'hui il n'y a pas de suivi de santé au travail et les données de santé sont inexistantes ou difficiles à obtenir.

**Les données sur le handicap qui nous concerne aussi sont également inexistantes et taboues.** Aucun accompagnement adapté des situations n'est réalisé alors que ces accompagnements de maintien et d'intégration à l'emploi sont prônés et réalisés pour toutes les autres catégories professionnelles. Nous demandons qu'un bilan soit réalisé annuellement et que les alertes soient comptabilisées, analysées, prises au sérieux et suivies d'actions concrètes rapides et efficaces.

**Sur la procédure de recherche d'affectation**, nous souhaitons que ce sujet soit élucidé rapidement et que les données remontent sur le nombre de situations : il est inadmissible que des collègues se trouvent en perte d'emploi après une longue maladie ou après avoir été lanceur d'alerte. C'est une situation de mise à l'écart, une sanction déguisée, une double peine. Des postes doivent être réservés aux collègues en recherche d'affectation. Il est inadmissible que des postes restent non pourvus, puis soient proposés à des contractuel.les, alors que des collègues sont en recherche d'affectation parfois jusqu'à 5 années.

**Nous dénonçons également les placards** lesquels concernent plusieurs d'entre nous, en toute impunité et complicité du CNG.

# Rencontres du Collectif National des Directeurs-rices UFMICT-CGT avec le CNG, 8 et 14 décembre 2023:

Tout d'abord, nous avons donné un exemplaire de notre plateforme revendicative et exposé certaines propositions concernant le CNG (santé au travail, régulation des cas de brutalité managériale, centralisation de la paye et de la formation...).

Principale explication du CNG : Ils n'ont pas les moyens humains suffisants, sinon beaucoup de dossiers seraient déjà traités par eux...

L'UFMICT-CGT revendique bien une réforme du CNG...

Concernant l'absence systématique de réponse du CNG à nos courriers et courriels : ils devraient nous répondre...

Ainsi, l'UFMICT-CGT va les encourager à faire du dialogue social.

Concernant les situations individuelles abordées : les responsables du CNG disent découvrir les cas pour la première fois (même si au cours des mois c'est la deuxième, ou troisième...).

Car nous sommes l'UFMICT-CGT, nous allons continuer à les questionner sur le contenu des dossiers. Toutefois, ils ont été sensibles à nos arguments pour aider les directrices et les directeurs, notamment ceux victimes de chefs "brutaux".

Paradoxalement, le CNG s'inquiète pour certains Chefs d'établissement « brutaux », en particulier ceux qui ont déjà été condamnés par la justice pénale pour harcèlement car ils ont déjà "payé" et le syndicat ne « devrait pas trop en faire »...

Néanmoins, l'UFMICT-CGT continuera à dénoncer le management pathogène, même si cela déplaît au CNG, aux ARS, aux Chef.fes concerné.e.s.

Par ailleurs, le CNG dit ne pas pouvoir agir en amont lorsqu'un signalement leur est rapporté. Les responsables indiquent que cela relève du rôle des DG ARS et que s'il y a un problème, il faut ester en justice.

Eux ne signalent rien à la Justice (mais nous dans nos établissements, nous avons l'obligation de le faire, article 40 CPP). Donc, la leçon retenue est la suivante: victime de management pathogène (discriminations, violences, harcèlement, placard...), portez plainte au pénal, sinon le CNG ne fera rien. D'ailleurs, nous nous interrogeons sur le sens de la hiérarchie et de l'AIPN?

Le rôle du médiateur a été rappelé. N'importe quel directeur peut y faire appel (en passant par le CNG). Mais il faut que l'ensemble des parties soient d'accord. D'ailleurs certain.e.s pensent que la médiation est souvent une manoeuvre dilatoire.

De plus, nous avons demandé au CNG de clarifier les différents droits des directeurs-rices en cas de maladie, CITIS, CLM/CLD en lien avec la PFR et l'ICL, vu l'inégalité des pratiques sur le territoire. Refus du CNG, chaque Chef.fe engage sa responsabilité. C'est la justice qui va régler les cas...

Quel drôle de Ministère de la Santé !

Enfin, nous avons demandé pour la 2e fois que les PV des CCN soient diffusés sur internet, car ils nous concernent tous, directeurs-rices.

# Maladie: nos droits sont démantelés !

De nombreux collègues sont en maladie, CLM/CLD, CITIS.

Or, le Ministère réforme le statut des directeurs-rices de la FPH. En retard sur la fonction publique d'Etat, mais à la hussarde en quelques semaines. Avec aucun texte proposé actuellement pour les DS et les D3S.

Pourtant rien n'est proposé au sujet de nos droits sociaux par le Ministère, en particulier nos rémunérations en cas de maladie. Or, les pratiques sont variables d'un établissement à un autre, selon le bon-vouloir des chef.fes d'établissement.

La maladie, c'est une triple peine pour les directeurs-rices: la maladie, la stigmatisation managériale, la perte de revenus.

Ainsi, après 3 mois de maladie, des chef.fes d'établissement réduisent de 50% l'Indemnité Compensatrice de Logement (ICL) et la PFR.

Quid des collègues bénéficiant d'une prise en charge du loyer par l'établissement? Un collègue en logement de service a reçu la facture d'un demi-loyer. Si tous nous faisons des gardes, nous ne sommes pas traités de la même manière en cas de maladie.

En cas de CLM/CLD, la part fonction de la PFR peut être réduite de moitié, voire supprimée. La part résultat sera nulle. L'ICL peut être supprimée également. Cependant dans le décret la suppression du logement n'est pas obligatoire en cas de CLM/CLD . De retour de maladie, parfois l'ICL n'est pas rétablie car l'agent n'est pas en garde.

Pour le CITIS, la part résultat de la PFR peut être supprimée. Ce n'est pas prévu par les textes AT-MP, mais le CNG laisse faire.

En cas de temps partiel thérapeutique, la PFR peut être proratisée au temps de travail, soit jusqu'à 50%. Ce n'est pas ce qui est écrit dans les textes, mais le Ministère reste silencieux.

En cas de congé d'adoption, la part résultat a pu être supprimée pour un agent, entraînant 2 années de lutte. Aucune sanction disciplinaire n'a été édictée par le CNG à l'encontre de ceux qui ont des pratiques anti-sociales. Or, le Gouvernement nous fait des discours incantatoires sur l'égalité femme-homme...

Par conséquent, le Ministère de la Santé laisse détricoter nos droits et nos rémunérations en cas de maladie, par certains chef.fes d'établissement qui assument des pratiques anti-sociales et en se fondant sur quelques décisions de juges administratifs extrapolées. Lorsque les directrices et les directeurs adjoints se plaignent au CNG, à la DGOS, ils ou elles n'obtiennent pas de réponse. Elles et ils doivent saisir la justice qui tranche l'incurie organisée du Ministère après plusieurs années, en payant des frais d'avocat, en favorisant une jurisprudence incohérente.

Avec l'UFMICT-CGT, nous demandons l'égalité des droits lorsque les collègues tombent malades. Nous refusons la stigmatisation en cas de maladie. Nous n'acceptons pas les pratiques anti-sociales menées à l'encontre des directeurs-rices de la FPH. Nous exigeons une gestion nationale de la paye des directeurs-rices par le CNG.

## Ufmict-CGT collectif directeurs et directrices



01 55 82 87 57



/syndicoop.fr/ufmict/category/directeur-trice



UFMICT - Collectif directeurs santé CGT



### Thomas Deregnaucourt

Directeur d'établissement (EPDSAE)



07 89 24 64 33



thomas.deregnaucourt@gmail.com



### Sylviane Battajon-Pani

Directrice d'hôpital (EPSM)



06 99 12 60 71



sylvianepani@yahoo.fr



### Eric Roque

Directeur d'hôpital

DRH Centre Hospitalier Henri Guérin



06 66 82 68 32



eric.roque.cgt@gmail.com