

Danielle Toupillier, directrice générale du Centre national de gestion

"Le dialogue social, c'est l'ADN du CNG : on est une petite start-up du service public"

Publié le 24/07/19 - 14h35



Après douze ans à la tête du Centre national de gestion (CNG), Danielle Toupillier s'apprête à passer la main début septembre à Ève Parier. L'occasion pour sa fondatrice historique d'expliquer à Hospimedia les clés de la réussite d'un organisme qui, une fois n'est pas coutume, est unanimement salué des partenaires sociaux.

Hospimedia : "En douze ans, vous avez fait du Centre national de gestion (CNG) un lieu de dialogue social unanimement salué. Comment êtes-vous parvenue à vous attirer les bonnes grâces syndicales là où, sur le terrain, les dirigeants hospitaliers se plaignent souvent de s'y casser les dents ?

Danielle Toupillier : Le dialogue social, c'est un peu l'ADN du CNG. Avec les responsables nationaux des directeurs et des praticiens, nous nous connaissons déjà depuis fort longtemps. Vu les sujets abordés, ça aurait pu tourner au vinaigre mais ce n'est pas le cas. Pour réussir la recette, je dirais qu'il faut une relation simple, sincère et de la transparence, le tout basé sur une démarche éthique d'un côté comme de l'autre. Le sentiment que nous travaillons pour l'équité et que nous avons chacun à notre place le sens des responsabilités et, ce qu'on attend de l'État je crois, de la réactivité. J'ai l'habitude de dire qu'au CNG, nous sommes une petite start-up du service public. Nous essayons d'avoir des champs d'innovation, de modernisation et des dispositifs d'accompagnement au changement qui s'adaptent au fil des demandes. Nous sommes très à l'écoute des milieux professionnels. Ça ne veut pas dire céder sur tout ni gérer ensemble. Non, nous ne cogérons pas. Mais nous sommes coresponsables. Et puis, nous avons des valeurs de service public partagées et un profond respect les uns pour les autres. On ne se pose pas de question. Si les syndicats ont raison et que nous nous sommes trompés, nous l'admettons. Si nous avons à donner une décision difficile, nous l'expliquons. C'est ce qui construit cette relation sans doute un peu particulière et, je vous l'accorde, assez rare.

Le fonctionnement du CNG n'est pas le fruit d'une personne, ce n'est pas "ma" personne, mais d'un collectif inspiré qui a beaucoup réfléchi au partage des valeurs.

H. : Justement, le CNG ne vous est-il pas trop personne dépendant ? La tache de votre successeur, Ève Parier (sa prise de poste est prévue le 2 septembre), n'en sera-t-elle pas plus compliquée ?

D. T. : Je suis extrêmement sereine quand à ses capacités à prendre en main le CNG (lire [ici](#) et [là](#) nos articles). Car son fonctionnement n'est pas le fruit d'une personne, ce n'est pas "ma" personne, mais d'un collectif inspiré qui a beaucoup réfléchi au partage des valeurs. Au CNG, nous sommes une espèce de balancier entre un État et des milieux professionnels. Et notre autre chance, c'est notre diversité : des fonctionnaires d'État, territoriaux et hospitaliers, des jeunes issus des milieux universitaires, des acteurs du privé, etc. Nous essayons de mixer les parcours et de faire une conjugaison de talents, comme sur le terrain les directeurs et responsables médicaux savent le faire. Nous avons également une très grande qualité d'écoute. Ça ne veut pas dire être immobile. Vous savez, le service public a un devoir d'adaptation par rapport à des attentes que l'on ressent, que l'on pressent, qui s'expriment ou pas. Nous essayons de décoder parfois ce qui n'est pas complètement dit par le haut encadrement. Dans le système sanitaire, social et médico-social, on parle beaucoup de l'État régulateur, contrôleur, inspecteur. En l'occurrence, nous sommes plutôt l'État partenaire et l'État exigeant mais bienveillant. Enfin, je dirais que nous sommes aussi une terre d'accueil pour des parcours compliqués. Avec un grand principe : on ne juge pas. Sauf quand nous sommes dans des dimensions disciplinaires et que la sanction est juste et légitime. Mais ce n'est pas le principe même : vivre la sanction ce n'est pas vivre un quotidien (lire notre [interview](#)).

H. : Quel regard portez-vous sur les difficultés actuelles des champs sanitaire et médico-social ? En douze ans, côté public, le moral ne s'est guère amélioré...

D. T. : Il y a un temps beaucoup plus compté, précipité parfois, qu'avant : tout va très très vite. Ça ne peut que générer des pressions, du stress. Le tout dans un contexte de maladie, de mort 365 jours/an et 24 heures/24, de fortes différenciations entre les personnels. Parvenir du coup à créer une unité institutionnelle, ça ne peut qu'amener des zones de tension. Les directeurs doivent en sus contenir les budgets, le climat social, les relations avec les élus. Ça les fait parfois être regardés comme des économistes et des comptables plutôt que des managers de la complexité et de la diversité. Je pense que cette image d'eux n'est pas exacte. Sans compter que le moindre événement psychodramatique est aujourd'hui immédiatement relayé dans les médias et sur les réseaux sociaux. Les temps heureux, on en parle très peu.

Avant, vous aviez naturellement vocation à vous dire "je pourrais un jour être chef". Aujourd'hui, être chef ce n'est pas une exception mais ça se raréfie. C'est une question extrêmement sensible.

H. : La nécessité de devoir territorialiser son métier est-elle désormais acceptée de tous ? Par exemple pour les directeurs, celle de devoir pour nombre d'entre eux lâcher l'espoir de décrocher à terme une chefferie d'établissement ?

D. T. : Effectivement, on s'oriente sur des métiers à très haute expertise et valeur ajoutée qui demandent une très grande transversalité mais avec en retour moins de postes de chef. C'est une question extrêmement sensible. Historiquement, le mouvement des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S) en sortie de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) était principalement de postuler chef. Mais depuis six-sept ans, beaucoup choisissent des

postes d'adjoint car l'isolement de l'exercice est compliqué à vivre. Inversement, un directeur d'hôpital (DH) est toujours systématiquement adjoint en sortie d'école. Mais avant vous aviez l'espérance, dans un fil de vie avec une progression à quinze ans, de prendre un jour une petite chefferie puis, dans un système *upgradé*, de monter de plus en plus haut jusqu'à atteindre le sommet : devenir pour quelques-uns directeur général d'un CHU. La carrière de chef était imaginée par tous. D'accord, tous n'y sont pas arrivés, tous n'étaient pas amateurs, d'autres n'en étaient pas capables et ont été d'ailleurs d'excellents adjoints. Mais vous aviez naturellement vocation à vous dire "je pourrais un jour être chef". Aujourd'hui, être chef ce n'est pas une exception mais ça se raréfie. Il faut donc envisager de travailler sur les parcours professionnels pour retrouver la passion d'un métier en l'exerçant de manière différente, dans la transversalité et la territorialisation. La coordination des réseaux, des filières de soins, des parcours patient ou encore des coopérations inter-établissements offrent des opportunités.

H. : À l'heure où le Gouvernement travaille à réformer la (haute) fonction publique, la fusion des corps de direction (DH et D3S), portée par trois syndicats sur quatre, vous paraît-elle inéluctable pour résoudre la crise des vocations ?

D. T. : Je ne pense pas que l'attractivité de ces métiers soit liée à une quelconque fusion. La grande différence entre DH et D3S est avant tout statutaire avec un exercice bien moins dynamique pour les D3S. Je ne suis pas sûre que ces derniers, s'ils vont de plus en plus chez les DH, s'y rendent pour des questions financières et statutaires. Mais je miserais davantage pour l'isolement de l'exercice, un des aspects les plus importants chez les D3S. Surtout quand ils voient les dynamiques actuelles de transformation dans le secteur sanitaire et qu'ils demeurent de leur côté encore très isolés dans leur exercice professionnel. Ils ont besoin de se raccrocher à des équipes, à des collègues (lire notre [interview](#)). Je ne peux pas dire que c'est un mouvement inévitable statutairement. Mais si on regroupe désormais dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et les directions communes des éléments bien plus différenciés qu'hier — nous assistons de plus en plus à des directions communes mixtes là où, auparavant, elles s'effectuaient par parité fonctionnelle —, ça peut effectivement faire bouger les lignes. Prenez les jeunes médecins : certains s'interrogent sur la mixité d'un exercice public-privé. C'est un peu le même mouvement de balancier finalement."

Propos recueillis par Thomas Quéguiner, à Paris