



La ministre de la santé et des sports

**Rapport
de la Mission Cadres Hospitaliers**

**Présenté par
Chantal de Singly**

Rapport final

Propositions

11 Septembre 2009

Préface

Madame la ministre

La mission que vous m'avez confiée sur les cadres hospitaliers s'achève, je vous remets aujourd'hui le rapport qui en rend compte.

J'ai reçu cette mission avec enthousiasme et inquiétude.

Enthousiasme à la pensée des cadres, de ce qu'ils sont, ce qu'ils accomplissent, des espoirs et des attentes qu'ils portent, des interrogations justes qu'ils nous posent.

Inquiétude devant l'ampleur du travail à conduire dans un délai court, inquiétude de passer à côté des questions essentielles, de rester à la surface des choses, d'énoncer des pistes trop générales.

Avec le soutien de votre cabinet, et l'engagement de Bernard Verrier, rapporteur général, j'ai pu très rapidement mettre une équipe mission au travail, l'entourer d'experts, mobiliser des personnes ressources pour organiser les rencontres en régions que vous aviez souhaitées, créer un site internet. Notre objectif était d'aller vers les cadres, de leur donner la parole et de faire en sorte que dans la démarche même de la mission, les cadres soient associés aux décisions qui les concernent. Je savais que vous y étiez vous-même très attachée : vous aviez pris l'initiative d'ouvrir officiellement la mission par une visite dans un hôpital à Amiens le 3 avril 2009.

Au terme de ces mois intenses, je voudrais vous dire le grand plaisir que j'ai eu à animer cette mission. L'inquiétude initiale a rapidement laissé place à une forte mobilisation, encouragée par vous avec l'attention particulière que vous manifestiez à l'avancement de nos travaux, par toute l'équipe de la mission ainsi que les différentes personnes qui lui furent associées, encouragée aussi par les retours des cadres de terrain. Vous l'aviez senti, cette mission répondait à une véritable attente. J'espère que nous en avons perçu toute la portée. J'espère aussi que les propositions que nous formulons permettront réellement d'y répondre.

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée.

Chantal de Singly



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé et des Sports

La ministre

Paris, le 26 FEV. 2009

Chère Madame la directrice,

Les hôpitaux publics connaissent, depuis les années 1990, de profonds changements liés aux progrès des techniques médicales, à l'exigence légitime des patients quant à la qualité de leur prise en charge et au nouveau mode de financement des activités. Ces évolutions se doublent d'une multiplication des normes et des procédures de sécurité, tant dans le domaine du soin que dans ceux de la logistique, des infrastructures et des équipements techniques, de la gestion financière et humaine.

La réforme de la gouvernance hospitalière, initiée avec les ordonnances de mai 2005 et que le projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » parachève, a modifié les schémas organisationnels au sein des établissements de santé, en favorisant l'implication de professionnels aux compétences diverses, qu'elles soient pluridisciplinaires, spécialisées ou transversales. En associant, à la tête des pôles d'activité, les compétences des médecins, des cadres de santé et des cadres administratifs, elle est exemplaire de cette coopération entre métiers, désormais indispensable à une organisation des soins pertinente.

Qu'ils soient cadres de proximité, cadres « experts » ou cadres dirigeants, qu'ils appartiennent aux professions soignantes, administratives, logistiques ou techniques, les cadres hospitaliers sont un élément crucial du nouveau dynamisme dont je souhaite que la réforme soit porteuse.

Nous ne gagnerons le pari de l'efficience dans les établissements publics de santé qu'en y associant pleinement les cadres, c'est-à-dire tous ceux qui se trouvent en situation de concevoir, de fédérer, de piloter et de décider dans les organisations de travail hospitalières. Ces responsabilités commandent aussi un renouvellement profond de la fonction de cadre et sa valorisation.

Madame Chantal de SINGLY
Directrice de l'Institut du management
Ecole des hautes études de la santé publique
Avenue du professeur Léon Bernard
35043 RENNES – Cedex

C'est dans cette perspective que je souhaite vous confier une mission sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers.

Vous vous attacherez, en premier lieu, à définir le rôle et les missions des cadres dans la gouvernance hospitalière, en fonction des exigences de qualité, de sécurité et d'efficacité spécifiques aux métiers de la santé, et sans omettre aucun des secteurs de l'activité des hôpitaux. Vous étudierez, en particulier, les modèles de gestion qu'il convient de privilégier pour améliorer la motivation et l'attractivité des équipes hospitalières, autant que la prise en charge et la satisfaction des usagers du service public.

Vous vous interrogerez ensuite sur les modalités de recrutement, de sélection et de formation des cadres hospitaliers qui devront être choisies afin de concourir à cet objectif. Vous veillerez notamment à mettre en valeur l'enrichissement des parcours professionnels, la promotion de l'expertise et d'un enseignement fondé sur une véritable recherche professionnelle. D'une manière plus générale, vous proposerez des pistes de réflexion pour que la formation initiale des cadres et la formation tout au long de leur vie professionnelle les préparent mieux à exercer leurs responsabilités et à améliorer la viabilité des organisations.

Enfin, je souhaite que vous analysiez les actions que je pourrais mettre en œuvre pour valoriser et reconnaître la fonction d'encadrement dans les hôpitaux. En dehors des évolutions statutaires et de l'amélioration de la gestion des carrières qui pourraient être prévues, il s'agira d'étudier les modalités d'intéressement des cadres au regard de l'évaluation des performances.

Pour remplir votre mission, vous vous entourerez d'une équipe constituée de personnalités du monde de la santé, de l'enseignement universitaire et professionnel. Au-delà des consultations que vous mènerez, vous veillerez à organiser une large concertation. Afin de mieux connaître les aspirations et les attentes des cadres, je souhaite que chaque CHU organise une journée d'expression et de réflexion sur le thème des cadres hospitaliers.

Vous bénéficierez dans votre travail de l'appui des services du ministère chargé de la santé.

Vous voudrez bien me remettre vos conclusions à la fin du mois de mai 2009, après un point d'étape à mi-parcours.

Je vous remercie d'avoir accepté cette mission dont je souhaite qu'elle contribue de manière décisive à la modernisation et au dynamisme de nos hôpitaux.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Sommaire

Préface	2
Lettre de mission	3
Sommaire	4
Synthèse	5
Les propositions de la mission	13
1 - Pour une réelle politique managériale au sein de chaque établissement.....	14
2 - Pour une reconnaissance universitaire de la formation des cadres et le renforcement du lien avec le métier.....	15
3 - Pour une dynamique régionale du développement des compétences managériales et de soutien des cadres.....	16
4 - Pour un accompagnement national des projets et des innovations conduits par les cadres.....	16
5 - Pour valoriser les niveaux de responsabilités des cadres par les statuts et les rémunérations.....	17
6 - Pour porter et piloter les suites de la mission.....	17
Introduction.....	18
0.1 Qu'est-ce qu'encadrer ?	20
0.2 Les cadres hospitaliers.....	24
I- Relever le défi de la complexité de la fonction d'encadrement à l'hôpital	28
1.1 Le rôle central mais « invisible » des cadres dans l'organisation hospitalière.....	28
1.2. Comment les cadres répondent aux évolutions de l'hôpital	38
II Construire et développer les compétences des cadres hospitaliers	47
II.1 Repérer les futurs cadres.....	48
II.2 Mettre en place pour tous les cadres hospitaliers des formations initiales universitaires et professionnelles.....	50
II.3 Former tout au long de la vie professionnelle.....	56
II.4 Développer le conseil, l'expertise et la recherche en management.....	59
II. 5 Evaluer les pratiques professionnelles managériales.....	62
II.6 Investir des lieux de formation régionaux et nationaux.....	65
III Affirmer le positionnement des cadres au sein du système hospitalier.....	70
III.1 S'engager dans une politique managériale.....	71
III. 2 Organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement	78
III.3 Renforcer la reconnaissance statutaire et financière des cadres.....	80
Conclusion	91
Fiches de propositions statutaires	93
FICHE N°1 : LES CADRES DE SANTE.....	93
FICHE N°2 : LES CADRES ADMINISTRATIFS.....	96
FICHE N°3 : LES CADRES TECHNIQUES	100
FICHE N°4 : LES CADRES SOCIO-EDUCATIFS	101
FICHE N°5 : LES SAGES-FEMMES CADRES.....	102
Taux d'encadrement dans les établissements publics de santé	103
Remerciements	113
Liste des Membres et des Collaborateurs de la Mission.....	114
L'organisation de la mission.....	116
Sigles utilisés dans le rapport.....	120
Table des matières.....	122

Synthèse

« Maillon central », « pilier du service », « clef du changement », « référence permanente et solide »... les mots ne manquent ni aux directeurs ni aux médecins pour souligner le rôle essentiel que jouent les cadres à l'hôpital. Ces mots, les cadres les connaissent ; ils et elles les ont tant entendus, eux qui ne comptent ni leurs heures ni leur énergie, pour soutenir leurs équipes, repenser les organisations de travail autour de la qualité et de l'efficacité ou répondre aux nombreuses priorités qui s'imposent à eux. Mais au-delà des mots, quelle place occupent réellement les cadres dans l'organisation hospitalière ? Quelle confiance leur est-elle faite dans leur capacité à conduire leurs équipes ? Comment sont-ils associés aux décisions stratégiques de l'établissement ? Quelle reconnaissance reçoivent-ils et perçoivent-ils de ceux qui les encadrent et de ceux dont ils sont partenaires ?

Au moment où se déploient de nouvelles réformes de gouvernance hospitalière, modifiant en profondeur les hiérarchies, la répartition des compétences et les moyens pour atteindre les objectifs de l'institution, il était indispensable de poser au niveau national la question des cadres hospitaliers. Faute d'ouvrir ce débat, se prenait le risque de voir se figer des organisations encore plus complexes et moins lisibles pour les acteurs qui sont censés les animer. C'est pour cette raison que la ministre de la santé et des sports, Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, a décidé de confier à Chantal de SINGLY, directrice de l'institut du management à l'EHESP, une mission de réflexion et de proposition sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers.

La mission a souhaité s'entourer de l'avis d'experts ; à ce titre, elle a auditionné de nombreux spécialistes et représentants des cadres (180 personnes au cours de 60 auditions) et s'est appuyée sur un groupe de réflexion composé de chercheurs. Par ailleurs, elle a mis en avant la nécessité de donner la parole non seulement aux experts ou aux représentants mais aussi directement aux cadres eux-mêmes. De ce choix de méthode a découlé la place donnée à l'expression des cadres : dans la construction de la commission, majoritairement composée de cadres en exercice ; à travers les rencontres régionales qui ont réuni plus de 4000 cadres ; par des rencontres informelles avec des groupes locaux de cadres hospitaliers et enfin par le site internet créé pour la mission. Pendant trois mois, avec près de 23000 visiteurs, sur le forum, plus de 1100 inscrits ont échangé.

Une définition fonctionnelle

Parmi les différentes définitions possibles, la mission retient une définition fonctionnelle du cadre hospitalier. Quatre missions principales se dégagent :

- une mission de management d'équipes et d'organisations ;
- une mission transversale ou de responsabilité de projet ;
- une mission d'expert ;
- une mission de formation

Cette définition apparaît opportune à plusieurs titres : elle dépasse sans les ignorer les qualifications statutaires, elle s'adresse à tous les secteurs de l'hôpital, elle transcende sans les confondre les filières professionnelles, elle se décline aussi bien au sein qu'en dehors des différents niveaux hiérarchiques, elle correspond au mieux aux objectifs indiqués dans la lettre de mission.

Le champ traité par la mission

Selon les intentions de la lettre ministérielle, les cadres de direction, les directeurs des soins et les praticiens hospitaliers n'apparaissent pas dans le périmètre des emplois d'encadrement traités par la mission. Toutefois, si elles ne seront pas étudiées en tant que telles, les fonctions de direction et médicales resteront à l'évidence très présentes dans les réflexions et propositions de la mission dès lors que certains sujets ne pourront être appréhendés avec cohérence qu'en y intégrant l'ensemble de la ligne managériale.

Au regard des données fournies par la DHOS, les effectifs de cadres hospitaliers s'élevaient en 2007 à environ 45 000 personnes soit 5,6 % du total des effectifs non médicaux des établissements publics de santé. Si l'on ajoute à ce chiffre l'effectif des personnels « faisant-fonction de cadres », on approche les 6% des effectifs des établissements publics de santé.

*
* *

Est traité dans un premier chapitre le rôle des cadres et son évolution dans un hôpital confronté à des demandes sociales fortes et à des transformations rapides. Cela conduit la mission à proposer des organisations de travail portées par des cadres plus autonomes et dotés de capacité d'agir élargies. Cela conduit également à proposer en conséquence une évolution du recrutement et du développement des compétences des cadres (deuxième chapitre). Dotés de nouvelles responsabilités avec de nouvelles compétences, les cadres seront réellement positionnés dans l'organisation hospitalière en lien fort avec le niveau stratégique et mieux reconnus par une évolution de carrière et des rémunérations à la hauteur de responsabilités élargies et d'implication plus grande (troisième chapitre).

I- Relever le défi de la complexité de la fonction d'encadrement à l'hôpital

A l'hôpital comme dans tous les secteurs d'activité, les cadres sont en première ligne d'évolutions liées à l'exigence croissante de qualité et de sécurité, à l'accélération des progrès techniques et technologiques, aux mutations du rapport social au travail, au reengineering des organisations. Les cadres hospitaliers ont aussi à relever des défis spécifiques au champ du soin qui nourrissent la complexité de leurs fonctions.

Les cadres hospitaliers jouent un rôle central mais souvent invisible dans l'organisation hospitalière parce que le temps consacré à la coordination des actions, à l'encadrement des équipes, à l'organisation du travail ne sera jamais aussi visible qu'un acte de soin, l'utilisation d'un appareil ou un geste technique. Au cœur d'une organisation en profonde mutation, soumis, bon gré mal gré, à une distanciation progressive de son métier d'origine, le cadre hospitalier ressent, aujourd'hui plus souvent qu'hier, des difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle.

Et pourtant ces mêmes cadres se sont largement investis dans les évolutions en cours, convaincant leurs équipes, les soutenant dans l'action, produisant la transversalité et la cohérence à des niveaux techniques élevés. Ces mêmes cadres voient se dessiner des territoires de santé avec une complémentarité entre les soins et la prise en charge médico-sociale et imaginent leur place dans ces liens à créer et/ou à renforcer.

Pour poursuivre, ils ont besoin de nouvelles marges de manœuvre, d'une réelle capacité à décider. Ils ont besoin d'être aidés, dégagés de certaines tâches pour se consacrer à la dimension managériale de leur métier. Ils sont prêts à se former pour développer leurs compétences.

II- Construire et développer les compétences des cadres hospitaliers

La formation initiale aurait pu apparaître comme le point clef des propositions en ce domaine. Mais ce n'est pas le point de vue que la mission a développé en se situant pleinement dans l'approche par les compétences et l'activité. La logique compétence et la logique curriculum doivent se substituer à terme à la seule logique connaissance. Dans l'approche par les compétences, la construction et le développement de celles-ci ne relèvent pas seulement de la formation mais résultent de parcours professionnalisants dans des organisations dont la structure et le fonctionnement favorisent les apprentissages collectifs. La VAE devrait permettre de donner de la visibilité à la richesse de ces parcours et de faire le lien avec le diplôme acquis en formation.

II.1 Repérer les futurs cadres

Alors que l'extension de la dimension managériale pour les cadres fait appel à des capacités comportementales de plus en plus nombreuses, les hôpitaux ne se donnent pas suffisamment les conditions de détecter des talents de cadres. Et pourtant cette détection devrait pouvoir largement être mise en œuvre dès qu'il s'agit de concours interne et *a fortiori* lorsque qu'une ancienneté professionnelle est exigée pour se présenter au concours, comme c'est le cas pour les cadres de santé. Or, même pour ces derniers, repérer les personnes susceptibles de devenir cadres, tester leur capacité et les accompagner dans ce changement, cela ne se fait pas systématiquement. La mission préconise de mettre fin à la position bancale de « faisant fonction de cadre » et de rendre systématiques dans toutes les démarches de promotion interne professionnelle conduisant à l'encadrement, des mises en situation permettant de vérifier les réelles dispositions à manager.

II.2 Mettre en place pour tous les cadres hospitaliers des formations initiales universitaires et professionnelles

Même si la réforme de 1995 a uniformisé la formation initiale des cadres de santé quel que soit le métier d'origine et quelles que soient les perspectives d'exercice professionnel, les parcours de formation initiale de l'ensemble des cadres hospitaliers restent trop diversifiés et ne favorisent pas le développement d'une culture managériale partagée à l'hôpital : il faut poursuivre les pistes ouvertes il y a quinze ans. Aujourd'hui les différents cadres hospitaliers sont majoritairement formés dans des écoles professionnelles spécialisées et n'ont pas l'opportunité de se former avec d'autres cadres hospitaliers en formation initiale. L'engagement dans des diplômes universitaires est souvent le fruit de démarches individuelles sans aucun effet sur le positionnement et la carrière. Les écoles professionnelles délivrent des diplômes sans équivalence au niveau international. Parce qu'elle favorise l'ouverture et la mobilité, qu'elle s'appuie sur la recherche et donc la réflexivité et qu'elle s'est fortement engagée dans la professionnalisation, la formation universitaire doit mailler la formation des cadres hospitaliers.

Tels sont les constats majeurs en matière de formation initiale qui conduisent à deux propositions principales : élaborer un tronc identique voire commun à toutes les formations professionnelles de cadres, et leur donner une dimension universitaire. Ces mesures applicables aux différentes filières de cadres hospitaliers seraient accompagnées de mesures spécifiques

préconisées pour les cadres de santé, pour les cadres sages-femmes et pour les attachés d'administration hospitalière.

II.3 Former tout au long de la vie professionnelle

De même que la formation initiale doit préparer les futurs cadres à des responsabilités et des organisations en forte transformation, la formation continue doit permettre cette adaptation aux cadres en fonction. C'est l'enjeu général et majeur pour tous les cadres hospitaliers. Ce faisant, cette formation tout au long de la vie accompagnera aussi les évolutions de carrière proposées aux cadres. De manière spécifique, de nouveaux métiers de cadres apparaissent pour lesquels les formations ne sont pas nécessairement prêtes ou en tous cas pas suffisamment largement généralisables. C'est le deuxième constat fait par la mission. Enfin à un moment où les cadres expriment des souhaits de mobilité entre les filières d'encadrement et de manière générale entre les métiers d'encadrement de différentes fonctions publiques, ainsi qu'entre le public et le privé, il paraît très opportun de favoriser ces mobilités par des formations adaptées.

II.4 Développer le conseil, l'expertise et la recherche en management

Qu'ils soient managers d'équipes, experts chargés de missions transversales, ou formateurs, les cadres acquièrent eux-mêmes de l'expertise qu'ils n'identifient pas toujours comme telle ; il faut des demandes externes pour qu'ils mesurent le potentiel qu'ils ont ainsi mis en valeur. Experts, les cadres ont aussi besoin de l'expertise des autres. C'est sur ce développement croisé de l'expertise que la mission voulait porter un regard spécifique en imaginant des propositions qui les mettront en valeur et enrichiront les démarches de changements dans tous les établissements. Dans certains cas, l'expertise développée témoigne d'une véritable aptitude à la recherche qu'il paraîtrait particulièrement novateur et pertinent de mettre en pratique.

II. 5 Evaluer les pratiques professionnelles managériales

Partie intégrante de leur formation continue, l'évaluation des pratiques professionnelles est devenue une obligation pour les professionnels de santé, médecins et non médecins, que la Haute Autorité en Santé est chargée d'accompagner à cette fin. Si le management n'est pas directement visé dans ces évaluations qui concernent les pratiques de soins, il apparaît pertinent de le situer aussi dans la méthodologie du développement continu de la qualité, base de construction des EPP et ce pour plusieurs raisons. D'une part les principes de démarche qualité (dire ce que l'on va faire, faire ce que l'on dit, analyser les écarts et améliorer) ont du sens pour le management, d'autre part, cette culture d'EPP se développe dans les hôpitaux qui ont mis en place la commission des évaluations des pratiques professionnelles et construisent des outils ad hoc. Par ailleurs, à l'hôpital, ces évaluations portent souvent sur des pratiques d'équipe et incluent de ce fait une dimension managériale (coordination, interaction, communication). Enfin, le management est devenu un élément central de la certification des établissements de santé.

La mission propose d'utiliser la démarche des évaluations des pratiques professionnelles comme moyen de renforcer les capacités managériales à l'hôpital, en mobilisant les cadres eux-mêmes et leurs établissements, le niveau régional et la Haute Autorité en Santé. Elle ouvre aussi la question de la validation individuelle d'EPP en management en recommandant d'en faire un outil de suivi de l'évolution professionnelle individuelle (formations et réinvestissement des formations) et de la lier à l'évaluation individuelle.

II.6 Investir des lieux de formation régionaux et nationaux

Les transformations proposées pour la formation initiale et continue des cadres hospitaliers appellent deux choses, d'une part des lieux de formation accessibles à l'ensemble des cadres et plus généralement à tous les managers de l'hôpital (cadres hospitaliers, médecins et directeurs) et demain plus largement encore aux cadres des secteurs social et médico-social, d'autre part un rapprochement important avec les universités. Pour dépasser ces frontières, la mission retient le principe de créer dans les régions des instituts supérieurs de management en santé, qui auront vocation à développer sur un territoire les capacités managériales de tous les cadres, en liens étroits avec les universités et les acteurs régionaux en charge des questions de santé (y compris le secteur social et médico-social). Un maillage national épaulé par l'EHESP permettrait à ces instituts une harmonisation des pratiques, des développements d'axes spécialisés et complémentaires et des actions nationales en accompagnement des évolutions générales de l'hôpital et du système de santé.

III- Affirmer le positionnement des cadres au sein du système hospitalier

La question du positionnement des cadres dans l'hôpital renvoie à trois constats distincts mais complémentaires. En premier lieu, les cadres ne sont pas suffisamment impliqués dans les processus de décision de l'établissement ; en second lieu, ils sont faiblement représentés dans les instances institutionnelles ; enfin, leur reconnaissance statutaire et financière n'est pas à la hauteur des responsabilités qui leur sont confiées.

III.1 S'engager dans une politique managériale

Un positionnement clair dans l'organisation hospitalière et une implication plus grande dans les processus de décision, telles sont les attentes premières exprimées par tous les cadres, qu'ils soient dans des filières techniques, de soin, d'administration. Au travers d'une politique managériale propre à l'établissement, les cadres doivent être associés, à tous les échelons de la structure, aux décisions les plus importantes. Un mode organisé de participation des cadres aux décisions est indispensable. C'est vrai partout mais particulièrement dans les grands hôpitaux : plus la ligne hiérarchique est longue, plus la lisibilité et la cohérence managériales sont nécessaires. La mission préconise un engagement fort de tous les établissements hospitaliers dans une réelle politique managériale en les invitant à définir (ou redéfinir avec la nouvelle loi) leur organisation, à se fixer des priorités pluriannuelles concernant l'encadrement dans un projet managérial et à veiller à respecter et faire respecter les règles du jeu posées. La mission propose aussi que cette obligation de construire et d'afficher une politique managériale figure dans des décrets d'application de la loi Hôpital, Patient, Santé Territoire.

III. 2 Organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement

Le positionnement des cadres dans l'établissement implique aussi leur représentation institutionnelle. Sur cette question très discutée qui reçoit des réponses multiples, la mission a longuement débattu. Elle considère que la solution esquissée dans l'ordonnance de mai 2005 - à savoir la réunion de la CME et du CTE dans une seule instance incluant un collège cadre - serait la plus appropriée : elle garantit une représentation institutionnelle des cadres sans créer une instance supplémentaire et elle fait le lien entre le médical et le non médical. Mais quatre années après, force est de constater que les hôpitaux ne sont pas prêts et rien ne laisse penser qu'ils le seront à court terme. Il restait une alternative : la création d'un collège cadre en tant que tel, ou

l'intégration d'un collègue cadre dans le CTE. C'est la deuxième formule que la mission préconise, en recommandant que cette représentation des cadres au CTE se fonde sur une dynamique locale facilitée par la création d'espace-cadre et que les cadres élus au CTE soient aussi invités permanents à la CME.

III.3 Renforcer la reconnaissance statutaire et financière des cadres

La reconnaissance des cadres passe également par une mise à plat et une valorisation des carrières et des rémunérations. Nombre de dispositifs statutaires et indemnitaires sont aujourd'hui dépassés et inadaptés à la situation des cadres, à leur niveau de qualification, aux responsabilités élargies qu'ils assument et à leur place au sein de l'hôpital. Une réforme d'envergure est en cours dans la fonction publique concernant les grilles indiciaires, les niveaux statutaires et les régimes indemnitaires. Les cadres hospitaliers doivent y trouver toute leur place et leur spécificité doit être prise en compte.

Des carrières peu attractives et des responsabilités mal valorisées

Bien qu'ils soient de création récentes pour la plupart d'entre eux, certains statuts particuliers ne correspondent plus à ce que l'on est en droit d'attendre d'une gestion moderne des ressources humaines (c'est le cas en particulier du statut des attachés d'administration hospitalière) ou ne prennent pas suffisamment en compte les responsabilités inhérentes aux fonctions d'encadrement, notamment celles des cadres de santé, beaucoup plus lourdes avec la mise en place de la nouvelle gouvernance et l'organisation de l'hôpital en pôles.

Au-delà d'un manque général d'attractivité de leur statut, auquel la réforme en cours de la catégorie A devra s'attaquer, les cadres de santé connaissent deux difficultés particulières, constatées par la mission et largement corroborées par les réactions des professionnels lors des réunions interrégionales ou sur le forum Internet : un début de carrière peu valorisé et des responsabilités de cadre paramédical de pôle insuffisamment prises en compte.

Le corps des attachés d'administration hospitalière est en crise. La principale raison de ce phénomène tient aux difficultés statutaires qui elles-mêmes entraînent des stratégies alternatives de la part de nombreux établissements.

Le corps des adjoints des cadres hospitaliers est un exemple parfaitement significatif des ambiguïtés de corps classés dans la catégorie « B type » mais dont le niveau réel de recrutement externe est bien supérieur à celui du bac et qui peuvent occuper des fonctions d'encadrement hospitalier. Ces missions d'encadrement sont insuffisamment reconnues.

Les techniciens supérieurs hospitaliers exercent dans de multiples domaines de l'activité hospitalière. Si les fonctions d'encadrement des TSH sont clairement prévues par le statut particulier du corps, elles ne sont pas assez valorisées au regard des responsabilités parfois lourdes, dans des domaines sensibles pour l'établissement.

Les cadres socio-éducatifs, très présents dans les établissements sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, sont souvent moins « visibles » en établissement hospitalier où ils assument pourtant d'importantes fonctions de responsabilités et d'encadrement : direction de services sociaux ou éducatifs, encadrement des personnels sociaux et éducatifs, responsabilité de projets, relations avec les patients et leurs proches etc. Par ailleurs, ils ont un rôle déterminant à jouer dans l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur et la prise en

charge globale du patient. Leurs responsabilités et fonctions d'encadrement doivent être mieux prises en compte.

Des régimes indemnitaires dépassés et globalement insuffisants

Le régime des primes et indemnités spécifiques versées à la plupart des cadres hospitaliers n'est pas modulable ou l'est faiblement. En outre, le niveau global des primes d'encadrement est relativement faible.

A l'évidence, de tels dispositifs ne permettent pas une politique de rémunération indemnitaire tenant compte de la nature de l'emploi occupé par le cadre, de l'étendue des responsabilités assumées, de l'implication de l'agent ni de l'atteinte des objectifs.

Des propositions communes pour tous les cadres hospitaliers et des dispositions spécifiques

La mission estime cohérent que la réforme en cours, pilotée par le ministère en charge de la fonction publique, des grilles de rémunération et des dispositifs indemnitaires, soit le support de la mise en œuvre de ses propositions se rapportant aux statuts et à la rémunération des cadres hospitaliers.

Certains modes de recrutement et de gestion sont à moderniser ou à clarifier (notamment le recrutement des attachés et certains concours sur titres).

La mission présente en outre des propositions concrètes pour rendre les carrières plus attractives et mieux reconnaître les responsabilités dans les statuts. Il s'agit en particulier de valoriser plus qu'aujourd'hui d'une part la nomination dans un premier emploi de cadre de santé et d'autre part les responsabilités les plus lourdes, notamment celles de cadre de pôle.

Les systèmes indemnitaires doivent être radicalement réformés. Le régime indemnitaire doit être d'un niveau suffisant et adapté à la nature du poste occupé, à l'étendue des responsabilités, à l'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés.

Enfin, la mission propose de s'appuyer sans tarder sur la philosophie de la prime de fonctions et de résultats (PFR) et, dans ce cadre, d'une part qu'une véritable modularité soit instaurée (faisant varier la prime à la hausse ou à la baisse en fonction de l'atteinte des objectifs fixés), d'autre part que les montants des indemnités soient revalorisés par la fixation de plafonds plus élevés.

III.3.3. Engager la réflexion pour un intéressement collectif

Le gouvernement envisage de donner une assise juridique à caractère transversal pour l'intéressement collectif dans le champ des fonctions publiques d'Etat, territoriale et hospitalière. La mission propose que la déclinaison de l'intéressement collectif pour les cadres hospitaliers s'inscrive dans un processus largement concerté avec les partenaires sociaux. A l'évidence, les mécanismes de l'intéressement des personnels aux résultats, à ne pas confondre avec le régime indemnitaire qui est un complément individuel de rémunération, doivent être adaptés aux particularités des missions de l'hôpital, « producteur de soins ». Les indicateurs retenus devront être objectifs, simples, mesurables et si possible partagés.

*
* *

Au-delà de l'intérêt conjoncturel suscité par ses travaux, la mission appelle de ses vœux une véritable dynamique nationale sur la question de l'encadrement dans les établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. Elle préconise que le pilotage de la suite de ses travaux, et pas seulement de la mise en œuvre de ses propositions, s'organise sur la base d'une démarche de projet.

La mission invite l'ensemble de la communauté médicale et des dirigeants hospitaliers à porter un nouveau regard sur les cadres. Il leur appartient de construire avec les cadres les organisations où chacun pourra jouer pleinement son rôle au bénéfice des citoyens et des patients.

Les propositions de la mission

Pendant quatre mois, la mission a auditionné 133 personnes, réuni plus de 4000 cadres dans douze forum inter régionaux, discuté avec des groupes de cadres dans les hôpitaux; elle a ouvert un site internet pour les cadres hospitaliers qui a enregistré 23000 visiteurs 1100 inscrits et mobilisé plus de 500 contributeurs actifs. Elle a analysé les écrits de chercheurs, entendu des représentants des cadres, des directeurs, des médecins, des témoins.

De cette vaste consultation ressortent de nombreuses pistes pour répondre aux questions posées par la ministre, Roselyne Bachelot-Narquin sur le rôle, le positionnement, la formation et la valorisation des cadres hospitaliers. Les attentes sont grandes et les idées le sont aussi pour penser un nouveau modèle de « gestion » de l'hôpital et des cadres, où ceux-ci seraient pleinement reconnus, avec des champs de responsabilité élargis et se sentiraient en confiance pour conduire des projets et soutenir leurs équipes.

Le rapport de la mission explicite ces pistes en partant de l'évolution de l'hôpital et du rôle des cadres pour mettre en évidence le très fort besoin de nouvelles compétences et la manière d'y répondre. Les cadres, ainsi mieux recrutés et encore mieux formés, seraient plus écoutés dans les décisions stratégiques et disposeraient de marges plus grandes pour agir. Ces cadres devraient aussi bénéficier de carrières plus adaptées à ces responsabilités élargies.

En synthèse nous présentons ici trente six propositions concrètes qui nous semblent permettre d'engager une véritable politique de l'encadrement et donner aux cadres hospitaliers un signal fort.

Si toutes les actions relèvent d'une impulsion nationale, elles s'adressent à différents niveaux, celui des établissements, le niveau régional et le niveau national. Certaines intéressent les cadres hospitaliers en général et d'autres concernent une partie d'entre eux ; tout en cherchant les dimensions communes à tous les cadres hospitaliers, la mission n'a jamais cherché à gommer les écarts de niveau de responsabilité ou de champ d'action des différents cadres. Comme nous l'avons toujours dit en conclusion des rencontres interrégionales, les propositions s'adressent aussi aux cadres eux-mêmes. Ce sont eux qui avec la clairvoyance et le sens des négociations qu'ils manifestent savent comment faire bouger les organisations. Ce sont eux aussi qui les feront évoluer pour qu'ils s'y retrouvent mieux.

1 - Pour une réelle politique managériale au sein de chaque établissement.

Les rôles et missions :

Proposition n°1 : définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement à savoir, les rôles et positionnements de l'ensemble de l'encadrement (y compris médical) et les circuits de décision.

Proposition n°2 : rendre effective la participation des cadres aux décisions qui concernent leurs domaines de responsabilité.

Proposition n°3 : revoir les organisations pour renforcer le rôle managérial des cadres en allégeant leurs tâches quotidiennes par une organisation des logistiques et du système d'information autour de leurs activités.

Le recrutement :

Proposition n°4 : prévoir pour la promotion interne, avant l'entrée en formation d'encadrement, une période de mise en situation organisée, accompagnée et évaluée.

Proposition n°5 : recruter les cadres de santé par concours sur titre circonscrit à un entretien professionnel après obtention du diplôme.

Proposition n°6 : recruter les attachés d'administration hospitalière sur liste d'aptitude à l'issue de leur formation à l'EHESP.

L'évaluation des pratiques managériales :

Proposition n°7 : supprimer la notation et fonder l'évaluation individuelle des cadres sur la mesure de l'atteinte des objectifs fixés chaque année.

Proposition n°8 : utiliser la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles pour développer les compétences managériales individuelles et collectives avec le soutien de la Haute Autorité en Santé.

Le projet managérial :

Proposition n°9: rendre obligatoire l'identification d'un projet managérial comme une des composantes du projet d'établissement afin de préciser les engagements de l'établissement en matière de politique de l'encadrement.

La représentation institutionnelle :

Proposition n°10 : créer un collège cadre au sein du Comité Technique d'Etablissement.

Proposition n°11 : établir une présence des représentants de ce collège cadre à la Commission Médicale d'Etablissement.

Proposition n°12 : favoriser la création d'espaces cadres.

L'évaluation de la politique managériale des établissements en matière de conduite d'une dynamique de l'encadrement :

Proposition n°13 : évaluer les chefs d'établissement sur leur politique managériale.

Proposition n°14 : inclure dans le référentiel de certification de la Haute Autorité en Santé un item sur l'implication des cadres hospitaliers dans les processus de décision.

2 - Pour une reconnaissance universitaire de la formation des cadres et le renforcement du lien avec le métier.

Proposition n°15 : donner une dimension universitaire aux formations initiales des cadres, de santé, sages-femmes, techniques, administratifs et socio-éducatifs tout en garantissant leur dimension professionnelle.

Proposition n°16 : encourager des parcours universitaires pour les techniciens supérieurs hospitaliers et les adjoints des cadres hospitaliers ayant les responsabilités les plus lourdes.

Proposition n°17 : donner à la formation des cadres de santé une équivalence universitaire (60 ECTS au moins) permettant l'obtention d'un master dans un parcours de formation organisé incluant la validation des acquis de l'expérience.

Proposition n°18 : prévoir dès maintenant l'obtention d'un master pour les cadres de santé et les sages-femmes cadres en situation de cadre paramédical ou sage-femme de pôles.

Proposition n°19 : donner à la formation des attachés d'administration hospitalière une reconnaissance universitaire permettant l'obtention d'un master et prévoir pour eux un statut d'élève de l'EHESP.

Proposition n°20 : donner à la formation des cadres sages-femmes une reconnaissance universitaire niveau master.

3 - Pour une dynamique régionale du développement des compétences managériales et de soutien des cadres.

Les instituts supérieurs de management en santé :

Proposition n°21 : créer les Instituts supérieurs du management en santé, au niveau régional ou interrégional pour la formation initiale des cadres et le développement des compétences managériales de l'ensemble des managers hospitaliers (cadres, médecins managers et directeurs).

Une animation régionale des projets portés par les cadres :

Proposition n°22 : impliquer les institutions et acteurs régionaux concernés dans l'animation régionale des projets développés par les cadres des secteurs hospitalier, social et médico-social.

4 - Pour un accompagnement national des projets et des innovations conduits par les cadres.

Proposition n°23 : obtenir le soutien de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance à des projets de changements organisationnels conduits par les cadres.

Proposition n°24 : dédier des programmes hospitaliers de recherche clinique à la recherche en management impliquant des cadres.

Proposition n°25 : mobiliser la Haute Autorité en Santé sur le développement de la qualité du management et le soutien des évaluations des pratiques professionnelles en ce domaine.

Proposition n°26 : confier à l'EHESP une mission particulière sur l'animation du réseau des instituts supérieurs de management en santé (certification internationale, recherche, partage de

l'information et de l'expertise) et conforter son rôle dans le développement des compétences des dirigeants hospitaliers.

5 - Pour valoriser les niveaux de responsabilités des cadres par les statuts et les rémunérations.

Proposition n°27 : s'appuyer sur la réforme des grilles indiciaires en cours dans les trois fonctions publiques pour revaloriser les statuts des cadres hospitaliers.

Proposition n°28 : renforcer l'indice de début de carrière des cadres de santé pour garantir un différentiel significatif de rémunération entre le cadre et les membres de son équipe.

Proposition n°29 : créer un statut d'emploi accessible aux cadres paramédicaux et cadres sages-femmes de pôles.

Proposition n°30 : instituer un statut d'emploi de conseiller d'administration hospitalière (accès à la hors échelle A) pour les AAH investis des fonctions d'encadrement les plus lourdes.

Proposition n°31 : réformer et améliorer le régime indemnitaire des cadres (intégrer l'atteinte des objectifs).

.

Proposition n°32 : mener une réflexion sur l'intéressement collectif dans les établissements.

Proposition n°33 : renforcer le niveau de NBI pour certains cadres hospitaliers.

6 - Pour porter et piloter les suites de la mission.

Proposition n° 34: initier une série de recherches pour mieux situer les cadres hospitaliers et comprendre la spécificité des différents métiers de cadres hospitaliers ;

Proposition n° 35 : créer un espace internet pour les cadres hospitaliers en prolongeant le site mis en place pour la mission.

Proposition n°36: mettre en place une démarche nationale de projet (avec un chef de projet) impliquant la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la Direction générale de l'action sociale, en lien avec les principaux acteurs institutionnels.

Introduction

« Maillon central », « pilier du service », « clef du changement », « référence permanente et solide »... les mots ne manquent ni aux directeurs ni aux médecins pour souligner le rôle essentiel que jouent les cadres à l'hôpital. Ces mots, les cadres les connaissent. Ils et elles les ont tant entendus, eux qui ne comptent ni leurs heures ni leur énergie, pour soutenir leurs équipes, repenser les organisations de travail autour de la qualité et de l'efficacité ou répondre aux nombreuses priorités qui s'imposent à eux. Mais au-delà des mots, quelle place occupent réellement les cadres dans l'organisation hospitalière ? Quelle confiance leur est accordée dans leur capacité à conduire leurs équipes ? Comment sont-ils associés aux décisions stratégiques de l'établissement ? Quelle reconnaissance reçoivent-ils et perçoivent-ils de ceux qui les encadrent et de ceux dont ils sont partenaires au quotidien ?

Au moment où se déploient de nouvelles réformes de la gouvernance hospitalière, modifiant en profondeur les hiérarchies, la répartition des compétences et les moyens pour atteindre les objectifs de l'institution, il était indispensable de poser au niveau national la question des cadres hospitaliers. Faute d'ouvrir ce débat, se profilait le risque de voir se figer des organisations encore plus complexes et moins lisibles pour les acteurs qui sont censés les animer. C'est pour cette raison que la ministre de la santé et des sports, Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, a décidé de confier à Chantal de SINGLY, directrice de l'institut du management à l'EHESP, une mission de réflexion et de proposition sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers.

La complexité de la question, du fait du nombre de cadres concernés (45000), de la diversité des spécialités couvertes et de la variété des conditions d'exercice du métier de cadre dans une organisation elle-même complexe, interpelle l'hôpital. Cette complexité appelait une approche exploratoire ouverte à des experts différents : c'est le premier « parti pris » méthodologique retenu par la mission qui a auditionné de nombreux spécialistes et représentants des cadres (133 personnes au cours de 60 auditions) et s'est appuyée sur un groupe de réflexion composé de chercheurs. Le second, inspiré des nouvelles démarches de recherche et de la « démocratie participative » met en avant la nécessité de donner la parole non seulement aux experts ou aux représentants mais aussi, directement, aux personnes elles-mêmes, les experts et les profanes produisant ensemble le savoir. De ce choix méthodologique a découlé la place donnée à l'expression des cadres : dans la construction de la commission, majoritairement composée de cadres en exercice ; à travers les rencontres régionales, qui ont réuni plus de 4000 cadres ; par des rencontres informelles avec des groupes locaux de cadres hospitaliers ; et enfin à travers les échanges rendus possibles grâce au site Internet ouvert par la mission. Pendant trois mois, avec près de 23000 visiteurs sur le forum <http://www.cadres.creer-hopitaux.fr>, plus de 1100 cadres hospitaliers inscrits ont régulièrement échangé sur ce forum. Les informations ainsi recueillies sont particulièrement riches, trop riches sans doute pour être toutes retraduites dans ce rapport. Mais elles ont permis de construire une analyse et de fonder les propositions soumises à la ministre de la santé et des sports. Au-delà du rapport, la démarche engagée par la mission, qui a été encouragée et interpellée par les cadres, a suscité une dynamique qu'il apparaît indispensable

de maintenir et de développer. Ainsi, les changements qui pourront être impulsés en conclusion de la mission seront non seulement proposés aux cadres mais surtout portés avec eux et par eux. De même que la mission a tenu à donner la parole aux cadres, il est indispensable que les cadres soient parties prenantes et agissantes des transformations qu'ils attendent pour eux, et in fine pour l'ensemble de l'organisation, et donc pour les personnes accueillies et soignées à l'hôpital.

S'il est un point fort et largement exprimé par les cadres, c'est la demande d'être pleinement reconnu comme cadre. C'est-à-dire comme des acteurs capables de décider dans un champ de responsabilités bien identifié et d'apporter leur contribution à la construction de la stratégie, capables de s'engager sur des objectifs à atteindre, qui bénéficient du soutien de leur hiérarchie pour y parvenir, qui sont évalués sur l'atteinte de ces objectifs.

Des rôles et des missions clarifiés et renforcés pour tenir compte des évolutions de l'hôpital et de la société, des marges de manœuvre pour les exercer, une formation initiale et tout au long de la vie à la hauteur de ces responsabilités, une capacité de peser dans les décisions de l'hôpital et une reconnaissance financière de cette plus grande implication, telles sont les grandes lignes que nous retenons et que nous allons développer dans ce rapport qui est structuré en trois chapitres :

. Nous traiterons d'abord du rôle des cadres et de son évolution dans un hôpital confronté à des demandes sociales fortes et à des transformations rapides. Cela amène la mission à dessiner des organisations de travail portées par des cadres plus autonomes et dotés de capacité d'agir élargies (premier chapitre).

. Cela conduit en conséquence à proposer une évolution du recrutement et du développement des compétences des cadres (deuxième chapitre) : les formations initiales sont revisitées, les formations tout au long de la vie accompagnent des évolutions de responsabilité, et les changements engagés par les cadres bénéficient largement d'expertise et d'accompagnement ; certains peuvent s'inscrire dans des projets de recherche.

. Dotés de nouvelles responsabilités avec de nouvelles compétences, les cadres seront réellement positionnés dans l'organisation hospitalière en lien fort avec le niveau stratégique et mieux reconnus par une évolution de carrière et des rémunérations à la hauteur de responsabilités élargies et d'implication plus grande (troisième chapitre).

En préambule nous préciserons le champ de la mission en explicitant ce que nous entendons par la fonction d'encadrement en général et comment elle s'exprime à l'hôpital à travers les « cadres hospitaliers ».

0.1 Qu'est-ce qu'encadrer ?

Cadres et fonction d'encadrement

La mission s'est intéressée aux « cadres hospitaliers », qui, d'après les nomenclatures officielles et les statistiques existantes, sont au nombre d'environ 45.000 dans les établissements publics de santé. L'une des raisons principales dans la définition de ce « périmètre » est que les cadres sont, à juste titre, définis comme une composante et une force essentielles dans la mise en œuvre au quotidien des réformes en cours à l'hôpital. Les cadres font en effet le lien entre un « haut » constitué par les directeurs et autres dirigeants, et un « bas » constitué par le personnel hospitalier ni cadre ni dirigeant. Les cadres de santé font aussi le lien entre les médecins et les directions de gestion. C'est la raison pour laquelle la mission, au-delà du statut institutionnel des cadres hospitaliers, s'est intéressée à la *fonction d'encadrement*.

Par « fonction d'encadrement » nous désignons l'ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer, puis contrôler le travail des personnels ainsi encadrés. Ces activités contribuent d'une manière décisive à définir au quotidien les critères du « bon travail », donc certaines orientations de ce travail (d'où leur importance stratégique pour les réformes dans les organisations). La forme la plus explicite et connue de ces activités est l'encadrement dit de proximité, qui consiste à encadrer des personnels au quotidien et de manière directe (ex : cadre de santé) ou plus indirecte (ex : cadre supérieur de santé). Mais de manière encore plus indirecte, le personnel est aussi encadré par les procédures, décisions budgétaires, solutions techniques, dont s'occupent les « cadres experts », et aussi « en aval » par la formation, organisée par les cadres formateurs.

Le périmètre couvert par cette définition « large » de l'encadrement dépasse de loin les « cadres » proprement dits, pour inclure à la fois les « faisant fonction », mais aussi d'autres personnels qui, sans être cadres, exercent de façon permanente ou ponctuelle une activité d'encadrement. C'est le cas des responsables et gestionnaires de projet (ex : conduite d'une démarche d'accréditation) ou de certains techniciens de l'hôpital qui encadrent des personnels d'entreprises sous-traitantes. L'une des conséquences en est que le nombre de 45.000, qui n'inclut que les cadres statutaires, sous-estime largement le périmètre réel de la fonction d'encadrement.

Cette définition est à la fois plus large mais aussi plus restreinte que celle des « cadres », dans la mesure où une partie (minoritaire) des cadres n'encadre pas (ou guère) de personnels...

mais des dossiers. Ce sont ce qu'on appelle les « cadres experts ». Néanmoins, cette expertise, loin d'être seulement « technique », implique toujours, en référence aux réformes en cours, des choix dans plusieurs manières de gérer un dossier, donc dans des alternatives qui engagent la responsabilité (y compris personnelle) des cadres experts. C'est l'une des raisons pour lesquelles on emploie couramment le terme de « salariat de confiance » pour désigner les cadres, et cette confiance engage notamment leur loyauté à l'égard des orientations politiques en cours dont ils sont chargés de traduire en chiffres, solutions techniques, choix financiers et autres, les conséquences concrètes. On peut prendre comme exemple les logiciels informatiques mis en place dans la gestion hospitalière : ceux-ci peuvent avoir été conçus par des ingénieurs (cadres experts) qui estiment qu'il n'y a que les spécialistes pour pouvoir s'occuper d'informatique, ou par des ingénieurs plus « participatifs » qui estiment nécessaire d'associer le personnel à l'élaboration de ces logiciels. Le « produit informatique » sera de nature très différente dans ses applications, utilisations et appropriations, selon l'un ou l'autre de ces choix. Les cadres experts sont de ce point de vue bien inclus dans notre définition de la « fonction d'encadrement ».

Il en va de même pour les cadres formateurs. Ceux-ci sont inclus à juste titre dans la fonction d'encadrement pour au moins deux raisons. La première est qu'il y a, dans l'activité de formation, une dimension d'encadrement évidente dans le rapport formateurs/formés : maintenir la discipline dans un cours, contrôler le travail des formés et le noter, évaluer. La seconde est que les dispositifs pédagogiques choisis et les contenus enseignés contribuent de manière décisive à faire intégrer des idées, principes, connaissances, outils, qui « pré-cadrent » le travail des personnes formées en leur en fournissant certains codes et une certaine conception de ce qu'est un « bon travail ».

On comprend dès lors l'importance de cette fonction d'encadrement vis-à-vis des réformes en cours à l'hôpital. Car c'est elle qui fait le lien concret, quotidien, entre les directives reçues des directions générales et des responsables d'unité et le travail au jour le jour. C'est elle qui fait la « traduction » entre le caractère général et parfois abstrait des directives et les caractéristiques des personnels encadrés et des situations singulières locales. En ce sens, l'encadrement n'est pas une « courroie de transmission » mais bien un traducteur et un interprète, qui doit savoir adapter des principes généraux à des situations particulières, ceci de façon souvent très « personnelle » : la manière dont l'encadrement se positionne lui-même par rapport aux réformes, et est (ou n'est pas) intimement convaincu de leur bien-fondé, joue un rôle décisif dans la façon dont il tentera (ou ne tentera pas) de convaincre celles et ceux qu'il encadre. Cette position, intermédiaire par définition, fait que les cadres sont pris dans des contradictions, des conflits de loyauté et de « malaise » si récurrents qu'on peut les dire constitutifs de leur position spécifique. Ils expriment bien ce dilemme sur le forum Internet : *« loyal !!! Mais envers qui? (...) en tant que cadre de proximité, cette loyauté doit être universelle » « Ce qui apporte au quotidien, bien des désagréments. Même si on est le "lien" qui unit les différentes parties, à force de tirer sur la corde, elle se rompt »*

Le nombre de cadres et la diversité de l'encadrement diffèrent d'une organisation à une autre et dépendent notamment de trois facteurs : la plus ou moins forte standardisation et « automatisation » des tâches et activités, la qualification du personnel et le caractère plus ou

moins spécialisé et qualifié du travail. Dans des usines où le travail est fortement structuré et rythmé par des chaînes de montage, le taux d'encadrement peut être relativement bas car les salariés (ouvriers) sont encadrés par les machines. On peut penser que l'accroissement des procédures à l'hôpital et l'informatisation de certaines activités ont aussi pour effet d'y réduire le taux d'encadrement. De même, un personnel qualifié et diplômé, possédant un fort sens des responsabilités, notamment à l'égard des clients et usagers dans les entreprises de service (ex : les patients de l'hôpital), permet de diminuer le nombre d'encadrants dans la mesure où le personnel en quelque sorte « s'auto-encadre ». Enfin, dans certaines entreprises spécialisées en recherche et développement, comme des laboratoires ou des unités de conception de nouveaux produits, le nombre de cadres experts (ingénieurs, techniciens très qualifiés) est très élevé, bien que leur taux d'encadrement soit très faible quand chacun gère et dirige son propre travail. Le nombre de cadres et le taux d'encadrement à l'hôpital varieront donc selon l'organisation générale du travail, les qualifications des personnels et peuvent être différents d'une spécialité à une autre. Avec l'évolution constante des technologies et la création de nouvelles techniques de soins, ces variations vont probablement aller en s'accroissant. La formation et la qualification de l'encadrement hospitalier devront en tenir compte.

L'activité d'encadrement

L'activité d'encadrement proprement dite, celle qui concerne directement les personnels encadrés, connaît à la fois des spécificités selon les secteurs et des traits souvent très « personnels » et obéit à des mécanismes qu'on retrouve d'un secteur à un autre, d'un encadrant à un autre¹. Tout d'abord, c'est une activité où (tout comme dans la fonction de direction d'ailleurs) dominant l'incertitude, l'imprévisibilité et les tensions. L'un des traits constants de l'activité d'encadrement est qu'elle existe pour répondre à ce qui ne se passe pas comme prévu, qu'elle résout les problèmes de toutes sortes qui surgissent dans le travail, qu'elle met de l'huile dans des rouages qui parfois « grincent ». Cela en fait une activité dans laquelle on peut avoir à résoudre une diversité presque infinie de problèmes et, par conséquent, une grande variété de solutions : l'encadrement fait souvent « feu de tout bois ». Ce côté « fourre-tout » constitue l'une des spécificités de l'activité, commune à toutes les organisations.

Encadrer, c'est toujours plus ou moins « ferrailler », argumenter et contre-argumenter (par exemple, concernant le sens des réformes en cours). L'improvisation et l'adaptation aux situations sont de ce point de vue des caractéristiques essentielles de l'encadrement. Ce dernier est obligé tant bien que mal de créer des terrains d'entente (et donc parfois de compromis) avec les personnels et équipes encadrés s'il veut conserver son autorité. C'est d'ailleurs ce qui en fait l'attrait pour beaucoup d'encadrants, qui apprécient cet aspect imprévisible et anti-routinier de leur travail. Mais c'est aussi ce qui peut faire peur à d'autres encadrants, qui tentent de se réfugier

¹ Pour une analyse plus complète des différents « secrets » de l'activité d'encadrement en général, voir F. Mispelblom Beyer : Encadrer, un métier impossible ? Armand Clin, 2006, dont cette partie du Préambule s'est largement inspirée.

dans la gestion, les tableaux de bord, les plannings, et d'éviter les conflits qui sont toujours potentiellement présents dans le travail.

Une autre caractéristique générale du travail d'encadrement est que la personnalité de l'encadrant y joue un grand rôle, d'où l'importance de la loyauté et de la confiance (entre direction et encadrement). En effet, le cadre est là pour « personnaliser » les directives générales, selon deux sens du terme. D'une part, il y met sa propre touche personnelle, ses convictions, ses mots et son style. D'autre part, il les adapte aux personnalités, styles et convictions de celles et ceux qu'il encadre. Les dimensions sociales et personnelles sont ici indissociables. Et ces « styles propres » se rencontrent aussi d'une organisation à une autre (ex : styles plus ou moins participatifs ou au contraire autoritaires, gestionnaires et techniques, ou au contraire « humains et conviviaux »). Un bon exemple en est l'importance des différences de genre, qui jouent un rôle non négligeable dans l'activité d'encadrement, notamment à l'hôpital. On sait qu'outre les inégalités dans les chances d'accès aux postes « de pouvoir » dans les organisations (ce qu'on appelle le « plafond de verre »), perdurent dans les organisations des stéréotypes qui désignent tel travail comme plutôt « masculin » et tel autre plutôt « féminin » (les activités de communication, de gestion des ressources humaines et surtout de soins et de « social » en général, rentrent dans ces derniers stéréotypes). Qu'on soit cadre homme ou cadre femme n'est donc pas indifférent. Une femme cadre devra, par exemple, inventer des stratégies d'encadrement particulières si elle veut réussir à encadrer des équipes à dominante masculine, qui considèrent que leur travail ne peut être effectué que par des hommes et pensent qu'une femme ne peut pas les encadrer car « elle ne comprend rien » à leur travail.

Les divergences d'orientations au sein de l'encadrement

Les *manières d'encadrer*, les manières de faire, diffèrent donc d'un cadre à l'autre, tout en n'étant pas purement personnelles et totalement originales ou uniques. Ainsi, si les cadres n'ont généralement guère le choix d'effectuer ou de ne pas effectuer ce que leurs directions leur demandent de faire, ils ont de fait le « choix » quant à la manière de remplir leur mission. Les choix dans ces manières de faire sont très importants pour les modalités d'adhésion ou de rejet, d'appropriation ou d'incompréhension que le personnel encadré manifeste à l'égard des décisions et projets qu'on lui propose et impose. C'est le cas, par exemple, des démarches qualité et d'accréditation, largement répandues tant dans les entreprises que dans le secteur de la santé et le secteur social. Un « responsable de projet » peut mener ce type de démarches en s'entourant d'un « petit comité spécialisé », en rédigeant les procédures dans le langage spécialisé de la qualité, en n'y formant que quelques cadres, ou au contraire, proposer de former l'ensemble du personnel concerné en employant certains éléments de langage des salariés eux-mêmes dans les procédures, avec une large association de toutes les personnes concernées. Ces différences et divergences d'orientation caractérisent l'encadrement dans son ensemble.

0.2 Les cadres hospitaliers

L'hôpital, lieu d'exercice différent

Les cadres hospitaliers partagent une partie des traits généraux de l'encadrement présentés ci-dessus, mais ils ont aussi leurs particularités intrinsèques. L'hôpital n'est pas tout à fait une organisation comme une autre. L'hôpital occupe une place très particulière dans la société. On y naît, on y meurt, on y souffre, on y est soulagé, on y guérit. Parce qu'il est un lieu de vie et de mort, parce qu'il s'adresse au corps et à l'intimité profonde de la personne, l'hôpital doit inspirer confiance. L'étymologie même du mot, renvoyant au concept d'hospitalité, indique l'importance de la qualité de l'accueil et de la prise en charge du patient. On n'exerce pas à l'hôpital par hasard. Compétence, déontologie, respect : ce sont bien là les marques distinctives de toute profession hospitalière quels que soient les qualifications, les origines, les métiers, la place occupée. Dans ce contexte d'exercice à un haut niveau de risques encourus, de visibilité sociale et d'attention médiatique, le rôle du cadre hospitalier est déterminant.

Une définition fonctionnelle du cadre

Il devient dès lors indispensable de cerner au mieux ce que l'on entend par « cadre hospitalier » et par « fonction d'encadrement ». Curieusement, alors que l'expression « cadre », singularité très française semble-t-il, est particulièrement utilisée dans les conventions collectives et les statuts, il n'en existe aucune définition légale universelle². « *Cadre, quel mot mal choisi pour définir une fonction qui n'a pas de réelle limite ...* »³

La fonction publique, notamment celle de l'Etat, en donne une définition statutaire trop réductrice (la catégorie A) pour être retenue. Pour sa part, la mission retient une définition fonctionnelle du cadre hospitalier. Quatre missions principales se dégagent :

- une mission de management d'équipes et d'organisations ;
- une mission transversale ou de responsabilité de projet ;
- une mission d'expert ;
- une mission de formation (initiale ou continue).

Cette définition apparaît opportune à plusieurs titres :

- elle dépasse sans les ignorer les qualifications statutaires ; des activités de cadre peuvent être exercées par des agents de catégorie B voire C ou par des personnels « faisant-fonction » ;
- elle s'adresse à tous les secteurs de l'hôpital, quels que soient par ailleurs la taille de l'établissement (du CHU à l'hôpital local), ses activités principales

² A titre d'exemple, les définitions retenues par l'INSEE d'une part et les organismes de retraite complémentaire d'autre part ne se recourent pas.

³ Verbatim du forum Internet

(prééminence médecine, chirurgie, obstétrique ou santé mentale ou encore médico-sociale) et son mode d'organisation interne (pôles d'activités ou non) ou externe (réseaux, hospitalisation à domicile, groupement de coopération sanitaire de moyens, communauté hospitalière de territoire, etc.) ;

- elle transcende sans les confondre les filières professionnelles : soignante (soins infirmiers, de rééducation ou médico-techniques), sages-femmes, socio-éducative, administrative, technique et ouvrière ;
- elle se décline aussi bien au sein qu'en dehors des différents niveaux hiérarchiques : cadres encadrants (mission d'encadrement de personnels) et cadres non-encadrants ;
- elle correspond au mieux aux objectifs indiqués dans la lettre de mission, principalement centrés sur une approche fonctionnelle. Ainsi :
 - une mission de management d'équipes et d'organisations consiste à concevoir l'organisation (de soins, de gestion administrative ou technique) et à l'animer. En matière de soins ces enjeux d'organisation sont primordiaux et délicats car ils concernent aussi la place et le rôle des médecins auprès des patients. Cette définition intègre, pour les cadres encadrants, les différents niveaux d'encadrement. La précision est d'autant plus nécessaire que, selon les établissements ou les filières professionnelles, les dénominations correspondant aux différents niveaux d'encadrement ne sont pas identiques. On retiendra toutefois qu'au sein de la filière soignante l'expression « cadre de proximité » renvoie très majoritairement à une fonction d'encadrement de personnels de terrain exerçant au plus près du patient. Ainsi, le cadre de santé de proximité n'encadre pas de cadres alors que le cadre supérieur de santé encadrant peut avoir, et a la plupart du temps, une mission d'encadrement d'un ou plusieurs cadres. Ces mêmes différents niveaux d'encadrement peuvent se retrouver dans les autres filières.
 - une mission transversale ou de responsabilité de projet peut impliquer, dans différents domaines, la coordination d'actions ou de secteurs, ou l'exercice d'une mission de conseil, d'organisation ou de démarche qualité.
 - une mission d'expert est exercée par des cadres ayant approfondi un ou plusieurs domaines de leur fonction, au travers d'une formation validée et/ou de leur pratique.
 - une mission de formation s'exerce essentiellement en institut de formation, en qualité de cadre-enseignant.

Les quatre missions principales répertoriées ci-dessus peuvent être exercées en tout ou partie, c'est-à-dire à titre exclusif ou simultanément. La mission considère comme cadre encadrant tout agent investi d'une fonction d'encadrement de personnels, quelle que soit la part qui y est consacrée dans son temps de travail.

Le champ traité par la mission

Selon les intentions de la lettre ministérielle, les cadres de direction, les directeurs des soins et les praticiens hospitaliers n'apparaissent pas dans le périmètre des emplois d'encadrement traités par la mission. Toutefois, si elles ne sont pas étudiées en tant que telles, les fonctions de direction et médicales restent à l'évidence très présentes dans les réflexions et propositions de la mission dès lors que certains sujets (par exemple le positionnement des cadres, les liens hiérarchiques et fonctionnels) ne peuvent être appréhendés avec cohérence qu'en y intégrant l'ensemble de la ligne managériale (chef d'établissement, directeurs adjoints, direction des soins, médecins chefs de pôle).

Des éléments chiffrés

Au regard des données fournies par la DHOS⁴, au 31 décembre 2007 les effectifs de cadres hospitaliers s'élevaient à environ 45 000 personnes soit 5,6 % du total des effectifs non médicaux des établissements publics de santé. Les effectifs recensés sont les effectifs physiques titulaires et non-titulaires sur emplois permanents pour les emplois d'encadrement suivants : cadres de santé, cadres sages-femmes, cadres socio-éducatifs, attachés d'administration hospitalière, adjoints des cadres hospitaliers, ingénieurs et techniciens supérieurs hospitaliers dans les établissements publics de santé. Si l'on ajoute à ce chiffre l'effectif des personnels « faisant-fonction de cadres », on approche les 6% des effectifs des établissements publics de santé. Si on considère par ailleurs que les psychologues hospitaliers, bien que n'apparaissant pas dans ces données chiffrées, sont bien des cadres hospitaliers, ce taux de 6% peut constituer une référence pertinente.

Selon les filières professionnelles, les effectifs de cadres se décomposent comme suit :

- les cadres de santé, constitués à plus de 85% par les cadres infirmiers, sont environ 26400 et représentent près de 60% du total des effectifs des cadres hospitaliers ;
- les cadres administratifs sont 9 350 (environ 3 150 AAH et 6 200 ACH⁵) et représentent 1 cadre sur 5 à l'hôpital (21%) ;
- les cadres techniques sont 7 650 (environ 2 570 ingénieurs et 5 080 TSH⁶) et représentent 17% des cadres hospitaliers ;
- les cadres sages-femmes et les cadres socio-éducatifs sont respectivement près de 920 et 420.

Par ailleurs, la mission a pu disposer d'éléments de taux d'encadrement par filière dans les établissements publics de santé au 31 décembre 2007, par catégorie d'établissements et par région

⁴ Source SPE 2004 redressée avec SAE 2007. Tableau joint en annexe.

⁵ Sachant que si tous les AAH sont cadres (encadrants ou non), tous les ACH ne sont pas en situation d'encadrement, la mission ne disposant pas de l'effectif des ACH encadrants.

⁶ Pour les TSH, même remarque que pour les ACH.

dans les établissements publics de santé au 31.12.2004, certaines données pouvant être croisées (exemple : par catégorie d'établissements et par filière). Les tableaux sont joints en annexe. L'expression « taux d'encadrement » est ici à prendre au sens large, c'est-à-dire incluant les quatre principales missions indiquées plus haut (cadres encadrants et non-encadrants). Ces tableaux sont riches d'enseignements ; la mission n'en développera que quelques uns, parmi lesquels :

- les taux d'encadrement les plus élevés se situent dans les filières administrative (10% des personnels de cette filière sont des cadres) et technique/ouvrière (8,4%) ;
- le taux d'encadrement dans la filière socio-éducative (3,7%) est appréhendé sur les seuls établissements publics de santé et non sur l'ensemble des établissements de la FPH ;
- le taux d'encadrement le moins élevé est celui de la filière infirmière et rééducation, 4,4% des personnels de la filière étant cadres de santé ; dans cette filière qui réunit plus de 560 000 agents le nombre de personnels encadrés pour un cadre est beaucoup plus élevé que dans les autres filières : moins de 5 cadres pour 100 agents dans cette filière, étant entendu que ces 5 cadres ne sont pas forcément tous encadrants. Une des raisons de ce relatif sous-encadrement tient peut-être au fait que les médecins responsables d'unité jouent eux-mêmes un rôle d'encadrement. Ce constat relatif aux cadres de santé est particulièrement important.
- toutes filières confondues, le taux d'encadrement dans un hôpital local est deux fois moins élevé que dans un CHR/CHU (3,3 contre 6,2) ; en outre, la répartition des taux d'encadrement par filières dans les hôpitaux locaux est fortement atypique rapportée à la répartition nationale : le taux y est presque deux fois plus élevé dans la filière administrative (18,9% pour une proportion nationale de 10,1%), mais deux fois plus faible dans la filière soignante (2,2% pour une proportion nationale de 4,4%). Ces indications (3 cadres pour 100 agents toutes filières confondues et à peine plus de 2 cadres de santé pour 100 agents dans la filière soignante) renvoient au double constat d'équipes de direction plus resserrées, les cadres administratifs les secondant, et de fonctions d'encadrement plus polyvalentes, en particulier pour les cadres de santé, dans les établissements de petite taille (constat par ailleurs récurrent dans le secteur médico-social).
- s'agissant du taux d'encadrement par région, le constat est établi d'un taux proche de la proportion nationale (5,6 %) dans une grande majorité de régions. Le taux élevé en Ile -de -France (1 point au dessus de la proportion nationale) peut être lié à la taille des établissements et à un taux d'encadrement plus élevé à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (dans cette région, le taux d'encadrement dépasse la proportion nationale sur les filières administrative et technique, celui de la filière soignante restant identique à la proportion nationale). La mission ne connaît pas les raisons précises de taux d'encadrement parfois assez faibles (principalement sur la filière soignante), situés à pratiquement 1 point au dessous de la proportion nationale : densité plus forte qu'ailleurs de petites structures ? difficultés particulières (et si oui, conjoncturelles ou structurelles ?) pour pourvoir les postes de cadres de santé ? stratégies spécifiques des chefs d'établissement sur l'envergure, sur le ratio encadrant/encadrés pour les postes de cadres de santé ?

I- Relever le défi de la complexité de la fonction d'encadrement à l'hôpital

Les cadres hospitaliers vivent depuis quelques années les mêmes profondes transformations que celles vécues par l'ensemble des cadres dans tous les secteurs d'activité privés et publics, marchands et non marchands. La nouvelle gouvernance des institutions, les changements radicaux dans les organisations du travail, l'accélération des progrès techniques et technologiques, la mutation du rapport social au travail, sont autant d'éléments constitutifs du bouleversement de l'univers quotidien des cadres tous secteurs confondus. Les cadres hospitaliers ont aussi à relever des défis spécifiques au champ du soin qui nourrissent la complexité de leurs fonctions.

Les cadres hospitaliers jouent un rôle central mais souvent invisible dans l'organisation hospitalière parce que le temps consacré à la coordination des actions, à l'encadrement des équipes, à l'organisation du travail ne sera jamais aussi visible qu'un acte de soin, l'utilisation d'un appareil ou un geste technique. Au cœur d'une organisation en profonde mutation, soumis, bon gré mal gré, à une distanciation progressive de son métier d'origine, le cadre hospitalier ressent de plus en plus de difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle.

Qu'il soit manager, formateur ou expert, le cadre hospitalier épouse les évolutions en cours. Celles-ci appellent un éclatement des structures et beaucoup de pluridisciplinarité, mais aussi la forte nécessité d'une cohérence d'ensemble et des niveaux techniques très élevés. Sur le terrain, l'organisation de l'hôpital en pôles doit se faire en cohérence avec son positionnement sur un territoire de santé au sein duquel se réaliseront en complémentarité l'acte de soin et la prise en charge médico-sociale. Dans ce schéma, se dessine un net renforcement de la dimension managériale de la fonction d'encadrement⁷.

I.1 Le rôle central mais « invisible » des cadres dans l'organisation hospitalière.

Les cadres hospitaliers ont un rôle central dans la mesure où ils se situent comme intermédiaires entre la direction ou les médecins responsables d'unités et les personnels « de base » et dans la mesure où cette position est décisive pour le succès des réformes en cours, les cadres ayant en charge leur traduction concrète et quotidienne adaptée aux circonstances particulières qu'ils sont les mieux à même de bien connaître. On peut donc les appeler la « cheville ouvrière » des changements organisationnels, le pivot autour duquel le succès des projets « tourne ». En même temps, le travail qu'ils font pour assurer ce succès est un travail « ingrat », peu connu et mal reconnu. Il s'agit principalement d'un travail d'explicitation, de

⁷ Sur cette partie introductive, nous conseillons de lire les excellentes analyses produites par FX Schweyer, Philippe Mossé et Laetitia Laude pour la Mission et qui sont reproduites en annexe, Tome 2

conviction, de négociation, de compromis et de création de consensus, qui requiert le sens du dialogue, de la parole et de la communication. Ce travail est aujourd'hui à la recherche des moyens qui pourraient le rendre plus visible.

I.1.1 L'invisibilité relative et les formes de reconnaissance du travail des cadres.

La définition du « contenu concret » du travail des cadres hospitaliers, du point de vue des cadres eux-mêmes, de celles et ceux qu'ils encadrent et de leurs supérieurs hiérarchiques, est compliquée, incertaine et peu affirmée. « *Savons-nous clairement et simplement expliquer ce que nous faisons, ce que nous souhaiterions faire?* » « *Quel reflet nous renvoient les équipes, images de cadres absents du terrain ?* » Dans d'autres organisations comme les entreprises, notamment industrielles, une tradition de suspicion pèse sur le travail des cadres qui, comparé au travail ouvrier, est peu visible, peu traçable, peu démontrable. Certains salariés d'exécution se demandent même si les cadres travaillent. Les critiques faites à l'égard de ce qu'on appelle la « réunionniste⁸ » résident essentiellement dans le fait qu'on estime que se réunir, discuter, échanger, n'est pas vraiment un travail : « pendant qu'on se réunit, on ne travaille pas vraiment », entend-on dire. Néanmoins, une culture déjà ancienne en gestion et en management, ainsi qu'une littérature sociologique maintenant conséquente, ont réussi à donner une certaine consistance au travail des cadres d'entreprise, à le rendre plus lisible, mieux cerné et affirmé.

Pour différentes raisons déclinées ci-dessous, il n'en va pas de même à l'hôpital⁹, où le travail des cadres est assimilé à quelque chose d'invisible et de difficile à définir de façon précise, au point qu'on le compare parfois au travail ménager : « *quand c'est bien fait, cela ne se voit pas, il n'y a que quand ce n'est pas fait qu'on le voit* ». Autrement dit, un service « bien géré », où le cadre résout quotidiennement les problèmes qui se posent, règle les conflits, « bouche les trous » du planning, « fonctionne normalement » sans que l'on voie le lien entre les interventions constantes du cadre et ce fonctionnement. Dans un service où par contre, manque du personnel, où se produisent des erreurs, où il y a du mécontentement, on remarquera que le cadre « ne fait pas bien son travail ». Il y aurait donc une sorte de visibilité « négative » du travail des cadres qui ne contribue pas à le valoriser. Ceci est l'une des raisons pour lesquelles les cadres auditionnés et leurs représentants professionnels ou syndicaux insistent sur la nécessité d'une meilleure « reconnaissance » du métier.

I.1.1.a Les aspects de l'invisibilité du travail des cadres

La première cause de cette invisibilité est commune à tous les cadres quelles que soient les organisations dans lesquelles ils travaillent. Il s'agit de la difficulté à distinguer l'activité d'encadrement des métiers d'origine d'où les cadres sont issus, du fait que cette distinction est peu formalisée, peu « équipée » tant sur le plan statutaire, salarial, de formation, que symbolique. Qu'il s'agisse d'un « défi personnel », de « l'envie d'avoir une activité plus enrichissante » ou d'une

⁸ Il est vrai que certaines réunions sont mal organisées, trop longues voire inutiles

⁹ Même constat pour le secteur social et médico-social, dans lequel la fonction d'encadrement éprouve aussi de la peine à s'affirmer clairement et pleinement. Cela fait partie des nombreux points communs entre ces deux secteurs.

sollicitation reçue de la part d'un supérieur qui « pensait que j'en avais les capacités », les raisons de « passer cadre » semblent liées à des qualités qui n'ont rien de professionnel, qui n'ont pas été acquises pour tous dans des formations et qui ne sont pas formalisées. De plus, le fait qu'une partie des cadres le soient devenus parce qu'ils étaient « les meilleurs » dans leur métier d'origine n'opère pas non plus de distinction décisive par rapport à ce métier d'origine. Ces raisons apparemment personnelles et ces références constantes au métier d'origine ne contribuent donc pas à rendre le travail de cadre visible dans sa spécificité, bien au contraire.

S'y ajoute une raison spécifique au secteur hospitalier que l'on retrouve également dans le secteur social. Il s'agit de deux secteurs dans lesquels existe traditionnellement et subsiste encore aujourd'hui une culture du dévouement à autrui, à savoir les malades (ou les publics pris en charge), ainsi que le personnel médical de l'hôpital. Cette culture du dévouement, portée majoritairement par des femmes, va de pair avec une tendance à « s'effacer », à ne pas se mettre en avant, à sacrifier sa personne, jusqu'à faire des choses plus ou moins bénévolement sans réclamer de récompense. Là où, dans les entreprises, devenir cadre est vécu par les collègues d'antan comme le passage d'une barrière critiquée par les uns mais jalouée par d'autres, là où les cadres mettent en avant leur statut « socialement envié » et enviable, les cadres hospitaliers (surtout les cadres de santé) hésitent encore aujourd'hui à se prévaloir d'un statut et des pouvoirs qu'il implique. Ils sont confortés en cela par le fait que ce statut et ces pouvoirs paraissent souvent bien minces.

Le travail peu visible et peu « affiché » des cadres peut être constamment comparé au travail très visible, traçable, quantifiable même, des personnels soignants et des médecins. Faire une piqûre, faire la toilette, cela se voit, tout comme effectuer une opération. On peut ainsi affirmer « j'ai fait la chambre 3, j'ai lavé le patient Untel, j'ai donné les médicaments à Unetelle » tout comme « j'ai opéré durant 4 heures » avec un résultat visible en termes d'organes réparés ou remplacés. En revanche, s'entretenir avec une infirmière pour essayer de comprendre ce qui s'est passé durant la nuit, téléphoner à une autre pour lui demander de venir en urgence, prendre le café avec l'équipe du matin pour discuter de « tout et de rien » pour maintenir le dialogue, ou recueillir toutes les informations nécessaires au sujet du cas particulièrement compliqué d'un patient, ceci ne se voit guère et n'est que peu quantifiable. *« Le management c'est "tisser le lien invisible" qui conduit nos équipes vers le mieux pour le bénéfice du principal intéressé : le patient. C'est justement cette notion d'invisibilité, liée aussi au travail relationnel jamais quantifié, qui crée toute la difficulté dans la représentation que nos "collaborateurs médicaux mais aussi directionnels" ont de nous »*. Le peu de visibilité de ce travail de parole est peut être aussi l'une des raisons pour lesquelles une partie des cadres de santé se réfugie dans le fastidieux mais plus visible travail de mise à jour des plannings, dont les résultats en termes d'équipes au complet, d'absence de « trous » dans les services, sont immédiatement constatables.

Or, ce travail est devenu plus invisible encore avec la mise en place et la multiplication des procédures liées à la fois aux démarches qualité et certification et à la nécessité de se couvrir sur le plan juridique. Ces procédures, dont l'objectif est de rendre les activités et les process à l'hôpital mieux traçables et plus transparents, obéissent très majoritairement à une logique pour laquelle

n'est traçable que ce qui peut se « voir » : des actes, des comportements, des gestes, des dossiers, des appareils et des techniques. L'impact de ces procédures atteint alors les cadres dans leur travail quotidien d'une manière très paradoxale. D'un côté, il leur donne plus de travail car ces procédures exigent une activité de *reporting* importante (certains cadres se plaignent du fait que « cette paperasse nous éloigne du terrain », des équipes, de l'encadrement au jour le jour). Mais cela leur donne aussi plus de travail parce que les procédures ne pouvant pas tout prévoir, étant parfois multiples et incompatibles entre elles, voire parfois inapplicables dans certaines situations, les cadres passent leur temps à « rattraper » les effets des procédures, leurs ratages ou insuffisances, en effectuant une sorte de travail de « retrecotage »¹⁰ : pour que le travail réel soit fait, il faut parfois contourner les procédures, passer par d'autres chemins que ceux qu'elles indiquent, donc obtenir l'accord de la hiérarchie pour ces « exceptions », et prendre sur soi à l'égard du personnel concerné. Ces procédures intensifient donc le travail des cadres en les investissant de la tâche compliquée de parfois les contredire et devoir les contourner.

Il s'agit là de l'un des plus grands et plus compliqués des paradoxes de ces procédures pour les cadres : ils les investissent d'un surplus de travail qui normalement ne devrait pas exister. Les procédures étant faites pour que « tout soit prévu, traçable, contrôlable » et sous contrôle, le travail des cadres exigé parce que les procédures ne tiennent pas entièrement leurs promesses en devient quasi clandestin, illégitime, voire pour certains dirigeants, impensable. Voilà ce qui en renforce encore l'invisibilité. Cette invisibilité est atténuée du côté des supérieurs hiérarchiques des cadres si les uns et les autres travaillent en relation de confiance. Elle est au contraire accrue si cette confiance n'existe pas, car dans ce cas le cadre peut être dans une situation où il lui sera interdit de dire son travail de « rattrapage » des procédures. Et celles-ci étant avant tout destinées à retracer ce qui est constatable, le travail des cadres, du moins la partie parolière et dialogique, échappe encore une fois à la saisie des procédures qui contribuent, par leur nature et logique même, à ne pas le saisir.

1.1.1.b L'exemple de la gestion du temps par les cadres

Un bon exemple de cette difficulté à rendre le travail d'une partie des cadres hospitaliers visible est la gestion du temps, le leur et celui des personnes encadrées. Cette gestion du temps comprend des aspects banaux et apparents, « visibles » si on les note et remarque, comme la question du temps de travail des cadres : 35 heures ? Plus ? Un « plus » inclus par définition dans la mission des cadres supposés ne pas compter leurs heures ? Un plus pris en compte comme heures supplémentaires ?

Mais au-delà de ces questions courantes, dont les organisations professionnelles et syndicales s'occupent, il y a des aspects plus subtils et moins faciles à mettre en évidence, comme celui-ci. Par exemple, où commence et où s'arrête le temps de travail d'un cadre hospitalier (et, en partie, de n'importe quel cadre) ? Quand un cadre rentre à son domicile, il peut, quand il est

¹⁰ Cf. . Paule Bourret, « *Cadres de santé : le travail du lien invisible* », est largement consacré à cette activité de « retrecotage ». Syllepse 2006

d'astreinte comme cela arrive dans certains services, être appelé « chez lui » à tout moment (et cela peut même arriver quand il n'est pas d'astreinte). Dans tous les cas, il lui est impossible d'opérer une coupure radicale entre sa journée de travail et les problèmes résolus et surtout non-résolus, et son domicile privé : les préoccupations, soucis, pensées sur le travail, continuent d'occuper son esprit dans la sphère privée. Cela ne se « voit » guère, mais exerce pourtant une influence très importante sur la vie des cadres, au travail comme à leur domicile. Sans parler du fait qu'une partie des cadres apporte des dossiers à traiter à la maison, y reste joignable « au cas où », lit ses courriels professionnels durant le week-end, etc. La séparation entre lieu et temps professionnel et lieu et temps privé n'est pas simple à réaliser et selon leur expérience et leurs « valeurs » en termes de conscience professionnelle, les cadres s'y prennent différemment les uns les autres.

Un autre aspect de cette gestion du temps est la différence entre le temps quotidien, routinier, le court terme des temps des comptes-rendus (hebdomadaires, mensuels) et autres *reporting* de plus en plus prégnants¹¹, puis le moyen terme (des projets, des évaluations annuelles du personnel) et le long terme (celui, notamment, de la gestion de la carrière). Un cadre doit « jongler » avec ces différents temps, entre lesquels il y a des choix à faire et des compromis à régler : une partie de l'activité des cadres est ainsi dépendante des « classifications de priorité » qu'ils sont à même de faire, et qu'ils inventent en partie eux-mêmes, par expérience, apprentissage sur le tas, techniques transmises entre pairs. Là encore, ces arbitrages à faire entre des exigences plus ou moins opposées, sont très peu visibles et les cadres y sont peu préparés.

La plus ou moins grande visibilité ou invisibilité de leur travail diffère selon le type de cadres concernés. L'invisibilité est importante concernant les cadres de santé et probablement encore plus pour les « faisant fonction » qui n'ont pas le statut institutionnel de cadre pour se distinguer, s'identifier. Elle est probablement importante aussi pour ceux qui, techniciens sans statut de cadre, coordonnent des activités de sous-traitance, ce qui, concernant des personnels extérieurs à l'hôpital, n'est, ni de par leur statut, ni de par une définition fonctionnelle, officiellement reconnue comme activité d'encadrement.

Cette invisibilité est sans doute moindre pour certains chefs de projet. En effet, les démarches qu'ils conduisent comprennent des objectifs et des délais précis, sur lesquels ils seront évalués. De plus, elles impliquent de nombreux partenaires, qui par leur participation contribuent à donner une certaine visibilité au projet et à son responsable.

Il est probable aussi que les cadres administratifs souffrent moins du syndrome de l'invisibilité, dans la mesure où ils exercent des responsabilités et une expertise très « transversale », qui représente de nombreux points communs avec l'activité de cadres administratifs d'autres organisations que l'hôpital. De plus, le contenu du travail comme les résultats de cette activité administrative sont en principe plus facilement appréhendés que ceux des cadres de santé : nombre de dossiers rendus, délais respectés dans le traitement de telle ou telle procédure de gestion, mise en place d'une nouvelle procédure. Ces cadres administratifs, qui

¹¹ Il faut certes s'interroger sur la pertinence de certaines demandes de reporting

sont les bras droits des directeurs adjoints, sont de ce fait bien repérés et souvent « uniques » dans leur genre. On ne les appelle pas cadre administratif de la direction X, mais on les désigne par leur domaine spécialisé, ce qui donne de la visibilité : l'attachée du budget, la responsable de formation (certains ont des noms dédiés, « le chef du personnel » qui est l'attaché bras droit du DRH, le « chef des admissions/frais de séjours » qui gère l'accueil administratif des patients).

Enfin, pour ce qui est des cadres formateurs, c'est leur statut de formateur-enseignant, prestigieux ou du moins nationalement reconnu depuis plus d'un siècle, qui leur fournit une forme d'identification importante, même si cela met leur rôle de cadre à l'arrière plan.

Tout ceci explique que la demande de reconnaissance constitue un leitmotiv lancinant chez une partie des cadres hospitaliers. Cette demande de reconnaissance est adressée à leur hiérarchie immédiate. Elle a aussi été adressée à la mission durant les auditions, les rencontres interrégionales et via le forum internet. Une partie des cadres concernés associe cette exigence d'un rôle plus clairement reconnu à la défense et l'amélioration de la qualité des soins pour les malades. Et il est vrai qu'un cadre de santé peut, en contrôlant et en faisant des observations, en discutant avec des intervenants de différents métiers, en tenant des statistiques sur un temps long, accumuler une vision générale de la véritable qualité des soins offerte dans un service donné, du fait qu'il dispose d'une pluralité de regards : à la fois celui de la médecine et des soins, mais aussi celui de la famille, de l'entourage, d'autres intervenants intérieurs ou extérieurs à l'hôpital, de l'assurance maladie, etc. D'autres voient dans la constitution d'une culture managériale partagée tant par les différents cadres que les dirigeants de l'hôpital, la possibilité d'obtenir une plus grande visibilité. Enfin, un grand nombre de cadres a manifesté durant les auditions la volonté d'être mieux associé et plus en amont, aux projets et décisions qui les concernent.

I.1.2 Identités professionnelles et références aux métiers d'origine.

Sous le terme large de « cadres hospitaliers », se regroupent des salariés aux fonctions et aux missions multiples, qui ne se situent pas aux mêmes niveaux hiérarchiques et n'ont pas les mêmes spécialisations ni les mêmes attributions. La visibilité du travail des cadres hospitaliers est donc également freinée par cette diversité de spécialisations - dont celle qui différencie les cadres qui encadrent et ceux qui ne le font pas n'est pas la moindre. Parler d'une « identité professionnelle » est donc problématique. Une raison moins connue et moins reconnue de cette difficulté est qu'ils ne se positionnent pas tous de la même manière par rapport à leur travail, leur hiérarchie, leurs subordonnés et l'avenir de leurs organisations. Mais ce qui forme l'élément le plus important de l'identité professionnelle des cadres, c'est la façon dont ils se positionnent « en tant que cadre ».

I.1.2.a Cadres exécutants et cadres stratèges

De manière très schématique, on peut distinguer les cadres qui se positionnent comme des « cadres exécutants », soit de leur propre fait soit du fait de leur hiérarchie qui les maintient

dans ce positionnement, et une autre partie comme des « cadres stratégiques ». Les premiers font de la gestion de dossiers ou d'équipes au quotidien, « font tourner la boutique », s'investissent par exemple beaucoup dans les plannings pour ce qui est des cadres de santé et se réfèrent généralement aux métiers d'origine pour se construire une identité, affirmant qu'il est indispensable de connaître de l'intérieur les métiers qu'on encadre pour pouvoir les encadrer¹². Cette gestion au quotidien est évidemment toujours indispensable : c'est sur elle que repose une bonne partie du fonctionnement des soins et plus largement, de l'hôpital au service des patients. Néanmoins, une autre partie des cadres pense que cela ne suffit plus pour définir leur « cœur de métier », surtout si l'on veut être encore davantage acteur dans les réformes en cours. Les cadres « stratégiques » souhaitent contribuer à inventer du changement dans les organisations dont ils sont responsables, réclament plus de pouvoir pour cela et s'identifient moins à leurs métiers d'origine. Les métiers d'origine peuvent donc fonctionner à la fois comme référence dont il ne faudrait pas sortir et comme référence à partir de laquelle un certain enrichissement et une évolution de l'activité deviennent possibles, référence qui reste bien entendu précieuse dans la « communauté des soins » à l'hôpital.

Ces différences de positionnement dépendent aussi de la taille des établissements. Il semble ainsi que le modèle du « cadre exécutant » se rencontre encore assez souvent dans les très grands établissements avec une forte division du travail et une hiérarchie très affirmée, alors que celui des « cadres stratégiques » se rencontre plus fréquemment dans les petits établissements où les responsabilités des cadres peuvent être plus importantes qu'ailleurs.

Cette référence ou non-référence aux métiers d'origine est très importante à la fois pour l'avenir du métier de cadre et pour leur formation. La commission a longuement interrogé à ce sujet les organisations et personnes auditionnées. Si une majorité d'organisations professionnelles et syndicales semble encore partager l'idée que pour encadrer des personnels de soins ou techniques, comme pour les former, il est important d'avoir exercé ces métiers d'origine, ce soutien n'est pas absolu : ne pas avoir exercé les métiers encadrés est dit « compliqué » mais pas impossible. Certaines organisations professionnelles ont aujourd'hui dépassé cette idée. Et pour ce qui est des cadres auditionnés eux-mêmes, mais aussi les médecins, qu'il s'agisse des rencontres interrégionales, du site Internet ou des *focus groups*, tous ont cité des exemples de personnes encadrant des métiers qu'ils n'avaient pas exercés à l'origine.

1.1.2.b Peut-on connaître un métier sans en être ou en avoir été ?

La mission pense qu'il n'est pas impossible de connaître un métier que l'on n'a pas exercé. Des cadres hospitaliers eux-mêmes en ont fourni un certain nombre d'exemples. Nous avons

¹² Soulignons que cette référence aux métiers d'origine n'est pas une exclusivité ou une originalité du monde hospitalier, elle se rencontre aussi dans l'industrie et dans de nombreux secteurs techniques, où les cadres sont souvent « ceux qui connaissent le mieux le métier » et sont parfois encore capables d'intervenir sur des problèmes techniques compliqués que leurs subordonnés n'arrivent pas à résoudre. Néanmoins, avec l'évolution de plus en plus rapide des techniques d'un côté et les exigences croissantes en termes de « changements managériaux » continus d'un autre côté, la tenue à jour de ce savoir-faire là devient tout simplement impossible.

ainsi pu enregistrer des situations de cadres d'infirmières qui n'avaient pas été à l'origine infirmières, mais qui ont inventé leurs propres manières de « connaître » les métiers des infirmières encadrées. Nous avons rencontré deux formes pour acquérir cette connaissance :

- une première consiste à s'immerger, à accompagner les infirmières dans les services, dans leur travail auprès des malades et des médecins et à discuter beaucoup avec elles pour créer un climat de confiance tel qu'elles en viennent à « aider » spontanément le cadre pour lui apporter les savoirs spécialisés dont il aura besoin dans certaines situations ;
- une seconde (mais les deux vont généralement de pair) consiste à s'entourer dans une équipe d'un ou deux « experts du métier » : infirmières qui connaissent le mieux les différentes ficelles du métier et qui servent de « référentes » aux cadres de santé qui manquent de l'expérience du métier d'origine.

Une partie des cadres auditionnés défend ce modèle. Il est vrai qu'avec l'évolution rapide des techniques de soins, leur connaissance approfondie deviendra de plus en plus difficile à maintenir. Il convient d'ajouter que la question du rapport au métier d'origine se pose très différemment selon :

- les spécialités concernées : plus elles sont pointues, plus la "proximité ancienne" posera probablement problème. Plus elles sont "rapidement acquises", plus leur connaissance sera elle aussi facile ;
- les niveaux hiérarchiques concernés : plus on monte dans la hiérarchie, moins le métier d'origine est important.

Cette question se pose dans toutes les organisations, qui ont tenté plusieurs solutions :

- remplacer d'anciens agents de maîtrise ou contremaîtres "sortis du rang ouvrier", par de jeunes diplômés¹³. Cela ne fonctionne pas très bien, mais tout dépend aussi de la manière de procéder (un jeune diplômé peut passer par un "stage ouvrier" de quelques mois) ;
- permettre aux cadres, dans l'organisation des "parcours", de se familiariser avec différents services.

Dans tous les cas, la tendance générale est à la professionnalisation de l'encadrement par le biais du management (ensemble de méthodes et de techniques d'encadrement).

Ainsi, même si "savoir pratiquer" les métiers encadrés sera de moins en moins nécessaire, les *connaître* d'une manière ou d'une autre sera toujours important, du moins pour le "management de terrain" (mais cette connaissance peut s'acquérir "en marchant").

Pour mieux comprendre quelles sont les solutions originales trouvées par certains cadres qui n'ont pas l'expérience des métiers encadrés, il nous semble d'ailleurs indispensable de mener une enquête à ce sujet. L'un des défis, tant pour l'identité professionnelle des cadres que pour l'hôpital dans son ensemble, n'est-il pas d'inventer des formes d'encadrement, de management et de direction qui, tout en s'inspirant de certains outils du management, créeraient des formes de

¹³ Cf. P Trouvé *Les agents de maîtrise à l'épreuve de la modernisation industrielle*, L'Harmattan, 1997

professionnalisation originales, en partie spécifiques au secteur hospitalier, à sa culture et à ses traditions ?

I.1.3 Rôles, missions et responsabilités des cadres

Concernant les rôles, missions et responsabilités - sujets particulièrement sensibles - plusieurs thèmes transversaux ont été mis en débat tout au long du travail de la commission, dont les principaux sont :

- la nécessité de clarifier ces rôles et positionnement
- les bases de coopération des cadres au-delà des spécialisations par filières, rôles, missions. La seule « complémentarité » suffit-elle ou y faut-il aussi un minimum de partage dans les conceptions générales de la politique hospitalière et du travail ? On retrouvera ici la question du positionnement et des orientations chez les cadres hospitaliers.
- enfin, la question de la responsabilité des cadres, à la fois sur le plan moral et éthique, sur le plan juridique et pénal et comme forme « d'autonomie dans une sphère d'activités données », et ce notamment par rapport aux professions médicales.

I.1.3.a La hiérarchie au sein des pôles et le « poids » des cadres

Dans les relations au sein des pôles médicaux et médico-techniques, on parle volontiers du « trio » médecin-chef de pôle, cadre administratif de pôle et cadre (supérieur) de santé de pôle. Les travaux de la commission aboutissent à l'hypothèse que dans la réalité du fonctionnement de la plupart des hôpitaux, il est plus réaliste de parler d'un « triangle », dont le médecin-chef de pôle constitue le sommet et les deux cadres la base. Le pouvoir médical, l'autorité générale du médecin, lui confèrent un pouvoir et une capacité d'intervention qui ne sont pas comparables à ceux des deux éléments du trio.

Or, au regard des textes en vigueur, le médecin chef de pôle, s'il a une autorité fonctionnelle sur les cadres de son pôle, n'a pas d'autorité hiérarchique sur eux¹⁴. Cette distinction entre une autorité fonctionnelle proche qui demande aux cadres de faire le travail qu'il faut pour réaliser les objectifs du pôle et une autorité hiérarchique plus « lointaine », n'est-elle pas illusoire, les cadres étant de fait sous l'autorité quotidienne du médecin chef de pôle qui peut définir les grandes lignes de leur travail ?

Une telle situation peut être favorable si le médecin-chef et les cadres partagent les mêmes conceptions de la qualité des soins offerte aux malades, qualité globale dont les cadres doivent justement être les garants. Un médecin, surtout s'il reste un certain temps à la tête du pôle, peut d'ailleurs réussir à s'entourer de cadres avec lesquels il s'entend. Mais ce sont les situations dans lesquelles ce partage de conceptions et d'orientations n'existe pas qui peuvent poser problème. On peut alors se demander quel « contrepoids » les cadres peuvent représenter ? N'y aurait-il pas

¹⁴ Voir en annexe (tome 2) la note de Denis Debrosse et Pierre Simon, conseillers généraux des établissements de santé, sur le thème autorité fonctionnelle et autorité hiérarchique.

besoin de réfléchir à la manière d'investir les cadres d'un droit de regard et d'un poids supplémentaire pour pouvoir, à leur propre niveau, intervenir pour améliorer certains aspects de l'organisation de l'activité et de la qualité des prestations ?

I.1.3.b Spécialisations des cadres et formes de coopération : complémentarité et partage d'orientations

La commission a identifié un certain nombre de missions transversales, communes à toutes les filières, qui sont : la gestion des ressources humaines (animation d'équipes), la gestion de l'information, la gestion de l'efficience, l'évaluation et le suivi de la qualité et enfin la formation.

Ces missions transversales font ressortir le fait qu'au delà de leurs spécialisations, les cadres ont de nombreuses préoccupations communes et sont souvent confrontés à des problèmes analogues. Ce partage d'orientations généralistes constitue un socle important, non seulement pour la coopération entre cadres et autres personnels, mais aussi pour la cohésion du groupe cadres (et donc *in fine* pour la constitution d'une identité professionnelle). Mais cela dépend aussi du positionnement plus général des cadres : sortir des routines, inventer du changement, suppose de prendre un certain recul par rapport à ses fonctions habituelles et un sens stratégique de la coopération entre cadres et autres personnels.

I.1.4 La question de la « responsabilité » des cadres dans la définition de leur « cœur de métier ».

Avec la reconnaissance, le thème de la « responsabilité » des cadres est revenu très fréquemment dans les travaux de la commission. Comme l'indique une juriste¹⁵, le thème de la responsabilité à l'hôpital et dans les professions paramédicales est très polysémique, et cette polysémie peut poser problème quand on confond les différents sens du terme de responsabilité, quand un sens en cache un autre. L'un des aspects fréquemment cité est l'idée que les cadres ayant toutes sortes de responsabilités à assumer (au sens d'activités dont ils ont la charge), n'ont pas toujours les moyens de la bonne réalisation des résultats attendus qu'elles impliquent. De ce fait, leur responsabilité (y compris pénale) pourrait être engagée.

Or, même si elles sont médiatisées et spectaculaires, les plaintes de patients concernent avant tout l'hôpital représenté par son directeur et sont en fin de compte très peu nombreuses. On peut donc se demander, au-delà des aspects moraux et éthiques de la responsabilité individuelle, qui est celle de chaque cadre dans l'exercice de son métier (il est « responsable devant sa conscience » de la manière dont il travaille, « bien » ou « mal »), quelle est la portée réelle de cette insistance de la part des cadres sur leur(s) responsabilité(s), les moyens et supports

¹⁵ Dominique Thouvenin, professeure titulaire de la Chaire « Droit de la santé et éthique » à l'EHESP, a rédigé à notre demande une « Note d'analyse juridique relative à la responsabilité des cadres hospitaliers », reproduite en annexe Tome 2 et dont cette partie s'inspire largement.

dont ils disposent ? L'hypothèse avancée pour expliquer le sens réel de ce thème récurrent de la responsabilité est que, par comparaison avec le personnel médical et paramédical qui dispose d'une large autonomie dans l'exercice de son « art » dans le cadre de déontologies fortement affirmées¹⁶, les cadres hospitaliers (en particulier les cadres de santé) revendiquent eux aussi un espace de liberté et d'autonomie, notamment à l'égard de la hiérarchie administrative.

Cette revendication de « plus de responsabilités » s'inscrit donc de manière critique vis-à-vis de la posture du « cadre exécutant ». Elle implique de « sortir de la gestion au quotidien » et de se décharger de certaines tâches pouvant être assumées par d'autres (secrétariat, gestion des tâches administratives et de l'absentéisme, conception et suivi des plannings, gestion hôtelière au jour le jour, gestion des pharmacies, etc.). Les cadres pourraient ainsi être entourés « d'aides », de professionnels non-cadres qui prendraient en charge les tâches qui les empêchent aujourd'hui de s'investir pleinement dans l'innovation, le raisonnement clinique, l'analyse de situations, l'évaluation complexe de la qualité réelle des soins, voire la recherche. Des cadres mieux épaulés, moins nombreux et avec des responsabilités élargies : telle pourrait être l'organisation à projeter.

Cette revendication implique aussi la critique des situations dans lesquelles les cadres sont chargés de mettre en œuvre des décisions et des projets auxquels ils n'ont pas été associés « en amont », dès le départ. Cette demande de plus de responsabilités suppose une définition précise du cœur de métier du cadre, de son positionnement, de sa sphère d'autonomie. Cela supposerait également que les cadres assument les responsabilités qui sont les leurs dans ce périmètre : la demande de plus de pouvoir de la part des cadres impliquerait, si elle était acceptée, que les cadres assument aussi plus pleinement les conséquences de leurs actes.

I.2. Comment les cadres répondent aux évolutions de l'hôpital

L'environnement sociétal, institutionnel et fonctionnel de l'hôpital évolue beaucoup et très vite. Ces changements profonds ont eu un puissant impact sur l'activité des cadres hospitaliers, qui sont partie prenante et acteurs de cette évolution.

I.2.1. Des évolutions majeures

I.2.1.a Une demande sociale en extension relayée par une production normative à flux continu

Des attentes fortes

C'est peu dire que les attentes, voire les exigences à l'égard de l'hôpital se sont développées comme elles se sont développées à l'égard de tous les services publics. Après une très longue période pendant laquelle le patient paraissait plutôt soumis aux organisations hospitalières, aux actes médicaux et aux processus de soins le concernant, les trois dernières

¹⁶ Même si cette liberté a été atténuée avec la création des pôles de santé qui font des médecins chefs les « délégués » de la mise en œuvre de la politique de soins de l'établissement.

décennies ont connu une puissante montée en charge de la demande sociale, à la fois individuelle et collective. L'hôpital n'a pas échappé à ce mouvement de fond qui se traduit au quotidien par une vigilance particulière dans deux domaines précis : la qualité et la sécurité.

Par ailleurs le vieillissement, la précarité, le développement des maladies chroniques imposent transversalité, coopération, décloisonnement entre l'hôpital et les autres acteurs du système de santé.

Standards, normes et personnalisation

La question centrale aujourd'hui pour l'hôpital est de savoir produire et selon des standards un service personnalisé. Le patient exige de l'hôpital des soins de qualité. Il souhaite aussi être acteur du processus de soins. Il devient même producteur de soins (c'est un des enjeux de l'éducation thérapeutique). La délivrance des soins, marquée pendant longtemps par la primauté de l'acte de soin *stricto sensu*, a englobé progressivement la fonction de prise en charge, plus délicate à cerner (le cure et le care). Délivrer des soins de qualité implique de la part des professionnels le respect des normes, protocoles, références opposables définis en la matière ; le patient en attend l'assurance d'avoir la meilleure prise en charge, en tout cas le mode de prise en charge reconnu et validé par les autorités compétentes. Ce processus engage non seulement les personnes placées directement au contact des patients mais tous les professionnels hospitaliers : le respect des standards de qualité concerne toutes les activités de l'hôpital et c'est dans la continuité et la transversalité entre tous les services que s'apprécie la qualité globale et visible pour le patient : c'est d'ailleurs un des objectifs de l'organisation de l'hôpital en pôles. Qu'elles portent sur les questions de sécurité (délivrance des soins, utilisation des appareils biomédicaux, sécurité électrique, construction, restauration des patients, prévention des maladies nosocomiales, etc.), de traçabilité (traçabilité globale et traçabilités spécifiques), de qualité totale, les normes qui s'imposent à l'hôpital mobilisent tous les professionnels hospitaliers et les cadres sont garants de leur respect.

Dans le même temps, le patient veut être considéré comme une personne unique ayant des besoins particuliers, devant être pris en compte dans les soins qui lui sont prodigués au-delà des standards appliqués à tous (projet de soins individualisé). En outre, il estime de plus en plus souvent qu'il doit être acteur dans le processus qui conduit à un choix thérapeutique. Réussir l'« alliance thérapeutique » pour un professionnel de soin ou un établissement hospitalier, c'est associer les personnes soignées aux décisions de soin qui les concernent, en écoutant leurs attentes, en leur offrant éventuellement des alternatives. Il s'agit de reconnaître une expertise du patient sur lui-même et de trouver avec lui une réponse appropriée et personnalisée à la situation. Dans ce domaine aussi, c'est la souplesse permise par l'ensemble de l'organisation hospitalière (quelle que soit la proximité effective du patient) qui autorise cette adaptation et cette personnalisation des soins.

1.2.1.b Un management public plus centré sur l'efficacité et l'efficacité

Avec le « nouveau » management public est introduit le concept de performance dans le service public. Pour l'hôpital, il s'agit d'analyser le résultat en termes de qualité de soins pour les patients et d'impact sur leur état de santé, tout en mesurant les ressources mobilisées pour atteindre ce résultat. La performance d'un service public est une manière de juger la bonne gestion des ressources socialisées pour en garantir la qualité ; elle conjugue efficacité et efficacité et conduit tous les professionnels à s'interroger sur leur manière de travailler. Il s'agit de définir des objectifs précis, de créer des indicateurs fiables, de mesurer le résultat, d'évaluer les ressources mobilisées, de rendre compte (reporting) et bien entendu d'en déduire les transformations nécessaires.

A ce titre, la T2A apparaît comme un outil de meilleure connaissance des ressources mobilisées dans l'activité de soin et conduit les établissements à des choix d'activités qui doivent s'inscrire dans une vision régionale de réponse à des besoins de santé.

1.2.1.c La demande des personnels

Avec la mise en place des 35 heures, les cadres hospitaliers se sont trouvés confrontés à une gestion plus serrée de l'organisation du travail des équipes (situations de tensions plus fortes entre la gestion de son propre temps de travail et celle de son équipe, entre gestion individualisée performance collective), dans le contexte général d'une considérable évolution sociale du rapport au travail. En situation de tension sur l'organisation du travail, chacun attend encore plus de soutien de la part des autres, notamment de son cadre, lui-même aspirant à une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, dans un contexte, rappelons-le, de forte féminisation.

1.2.1.d Une prise en charge globale sur un territoire.

La question du passage de la notion de soins stricto sensu à celle de prise en charge globale du patient a déjà été évoquée. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires vient renforcer l'obligation d'une organisation territoriale des soins. L'hôpital est plus que jamais invité à sortir de ses murs et les cadres hospitaliers, toutes filières confondues, ont un rôle déterminant à jouer dans cette dynamique. Les activités de médecine, chirurgie, obstétrique tendent vers des séjours de plus en plus courts ; le relais pour une prise en charge en continu et individualisée doit se faire via l'accueil au sein du secteur social ou médico-social. Par ailleurs, l'hospitalisation à domicile, le maintien à domicile des personnes handicapées ou âgées dépendantes, les allers-retours entre le domicile ou l'établissement médico-social et l'hôpital nécessitent des modes d'organisation très différents de ceux d'aujourd'hui, auxquels les établissements publics de santé sont souvent peu préparés. Les cultures hospitalière et médico-sociale, malgré des progrès et des réussites indéniables, restent encore assez éloignées l'une de l'autre, alors que leur rapprochement est une nécessité absolue. Reste que - les professionnels le savent - ce qui unit les deux secteurs est beaucoup fort que ce

qui les différencie. La création et le fonctionnement des futures communautés hospitalières de territoire, l'animation des réseaux reliant l'hôpital et le secteur social et médico-social, nécessitent et nécessiteront demain plus encore les compétences et l'engagement des cadres hospitaliers pour penser et faire vivre les projets qui garantiront une prise en charge globale et individualisée des personnes via une offre coordonnée de soins sur un territoire. Les cadres hospitaliers sont bien placés pour faire en sorte que les soins dus à une personne ne s'arrêtent pas à la porte de l'hôpital. Ce sont des responsabilités et des champs de compétence nouveaux qu'ils sont prêts à investir et dont nombre d'entre eux se sont déjà emparés, en particulier les cadres socio-éducatifs.

1.2.1.e Les répercussions des organisations en pôle.

Une lente maturation

Depuis une vingtaine d'années maintenant, l'organisation de l'hôpital est sujette à débats : lui sont reprochés son cloisonnement et sa balkanisation qui conduisent à mettre le patient en marge alors qu'il devrait être en son centre. La loi de 1991 s'était déjà attachée à la question du décloisonnement. L'ordonnance d'avril 1996 avait ouvert la voie à des expériences de décloisonnement plus large avec la création facultative de centres de responsabilités. Avec la nouvelle gouvernance, en 2005 puis en 2009, il s'agit de sauter le pas et de rapprocher les cultures médicale et gestionnaire, de donner de véritables délégations à des ensembles de services : les pôles.

De réelles opportunités pour les cadres

Les membres de la mission ont souvent entendu que « *la nouvelle gouvernance pouvait être la meilleure et la pire des choses* ». Il est de fait primordial que lors de leur élaboration puis dans leur activité au quotidien, les pôles évitent certains écueils qui trahiraient l'esprit de la réforme. Par exemple, il ne s'agit pas de décalquer les anciennes directions fonctionnelles dans les pôles, ce qui annihilerait toute transversalité ; de même le risque d'un « patriotisme de pôle », au détriment du décloisonnement attendu, n'est pas négligeable ; des « pôles citadelles » dotés de budgets importants gérés en autarcie peuvent apparaître ; au sein d'un même hôpital des pôles « riches » et des pôles « pauvres », peuvent empêcher les équilibres indispensables au bon fonctionnement de l'établissement. On sait enfin la difficulté pour certains cadres, en particulier les cadres techniques qui exercent en transversal dans l'établissement, à se situer dans les pôles d'activité.

Au-delà de ces risques potentiels, par leur taille, leur cohérence (logiques médicale, technique, professionnelle et géographique) et les responsabilités nouvelles qui leur sont confiées, les pôles peuvent et doivent devenir des lieux où s'explicitent la stratégie, où se discutent des règles du jeu, où les professionnels sont plus impliqués et responsabilisés pour mieux adapter encore leurs pratiques aux besoins des patients. Les cadres ont une carte importante à jouer dans cette organisation nouvelle qui rapproche d'eux les centres de décision. Au sein des pôles d'activité clinique, le médecin chef du pôle choisira ses deux collaborateurs directs, l'un sur le versant soins et l'autre sur le versant administratif, les trois logiques (médicale, soignante, administrative) se déclinant dorénavant au niveau des pôles. Les cadres de pôle, dès lors que le médecin chef de pôle continue son exercice médical et organise son temps en conséquence, doivent y trouver des

marges de responsabilité et d'action non négligeables. De cette manière devraient être mieux mobilisées les complémentarités au sein de l'équipe d'encadrement médicale, paramédicale et administrative. En ce sens il s'agit d'une réelle valorisation de la fonction d'encadrement

I.2.1.f Le poids des technologies et des techniques

Avec le développement des progrès technologiques, des pratiques médicales, des protocoles de soins, les savoirs techniques ne cessent de se transformer et de se spécialiser. Les cadres hospitaliers, quelle que soit leur domaine d'intervention, à défaut de toujours tout savoir, doivent s'organiser pour disposer des expertises suffisantes dans leur équipe, ce qui implique des coordinations encore plus fortes entre les acteurs de disciplines différentes. En ce sens, le cadre est un traducteur, un « fabricant de cohérence¹⁷ », un expert en organisation. Il doit permettre la traduction des langages des différents experts et rendre accessible le langage expert aux profanes (professionnels, patients, usagers ou autres interlocuteurs de l'hôpital).

I.2.2 Les conséquences pour la fonction d'encadrement

Dans cet environnement qui a changé, dans une société qui redéfinit ses priorités et où l'hôpital est mis en mouvement, les cadres sont souvent en première ligne. Comment font-ils ? Comment le vivent-ils ?

Les professionnels, y compris les soignants, ne donnent plus le même sens à leur travail. Les patients n'attendent et ne veulent plus les mêmes soins. Les progrès scientifiques ont donné de l'espoir et les malades en ont pris conscience plus vite que les soignants. En même temps, ces progrès scientifiques ont été remis en question et la confiance n'est plus totale dans la médecine et l'hôpital. Comme le souligne François Dubet dans une analyse de ce qu'il appelle « le travail sur autrui »¹⁸ la relation soignant/soigné a changé sans pour autant qu'il y ait accord sur les valeurs qui permettront de la fonder. Dans cette attente les cadres doivent gérer et souvent « faire avec ». Leur place les expose fortement aux changements et plus encore aux résistances aux changements et aux réactions de toute la communauté hospitalière. Ils se trouvent face à des logiques, des demandes, des moyens et des ressources qui doivent être adaptés dans un autre système, un autre fonctionnement. Le rôle des cadres n'est plus le même. Il ne s'agit plus d'être les représentants d'une profession technique, ils exercent un autre métier. La référence reste leur cœur de métier, mais ils deviennent « manager ».

Ils doivent tenir compte des corporatismes qui resurgissent et des exigences catégorielles, mais doivent aussi avancer car le changement est inéluctable. Les cadres doivent accompagner le changement et s'adapter avec beaucoup de souplesse aux exigences multiples. Cette adaptation leur demande notamment de garantir la qualité et maintenir l'état de veille, de gérer les tensions,

¹⁷ Voir le texte, figurant en annexe Tome 2, « cadres de santé : faire face aux contradictions » de Laëtitia Laude, enseignante chercheure, institut du management EHESP

¹⁸ François Dubet, *Le déclin de l'institution*, Paris 2002

d'assurer l'efficacité et l'efficacité, de gérer le changement permanent, de répondre à des exigences simultanées et contradictoires, de coordonner des acteurs et des cultures différents et de conduire des négociations nombreuses et complexes.

1.2.2.a Maintenir l'état de veille (contrôles, protocoles, vigilances, traçabilité...)

L'évolution des besoins sanitaires et sociaux induit des évolutions réglementaires et organisationnelles multiples. Les cadres se trouvent dans l'obligation d'être en «  tat de veille ». C'est à eux que l'on demande des comptes en première intention sur l'organisation du travail, sur l'actualisation des protocoles, le dispositif de traçabilité des actes et sur l'utilisation des ressources et des moyens mis à disposition. C'est aux cadres que l'on demande d'anticiper des événements graves, de se mettre et de mettre leurs équipes « en ordre de marche pour le cas où ». Se trouve renforcée la fonction contrôle de l'encadrement. Elle devient centrale dans son activité et source de stress. La pression exercée par le niveau de responsabilité que cela suppose contribue à faire dire que les cadres sont très exposés. C'est là une des causes de la non-attractivité du métier. Or, cette dimension n'est pas suffisamment reconnue.

Pour maintenir cette vigilance devenue indispensable au bon fonctionnement de tous les services de l'hôpital, les cadres développent des stratégies nouvelles. Pour anticiper ils doivent se tenir informés, connaître les réglementations, structurer leur management. Pour faire face aux enjeux d'exigence accrue de traçabilité, de contrôle sur la qualité des processus et du résultat, le cadre doit pouvoir ajuster, arbitrer, se créer des marges de manœuvre pour permettre aux équipes d'adapter les soins. Pour y parvenir, le cadre hospitalier a besoin plus que jamais de disposer et de donner de la confiance, celle que ses supérieurs ont à lui témoigner et celle que ses collaborateurs doivent ressentir.

Ils doivent aussi développer des capacités à résister au stress pour exercer leur métier tout en respectant les nouvelles évolutions. Trop souvent la formation n'a pas suivie et ils sont démunis face à des situations complexes. Un des problèmes réside dans la confusion des rôles et des responsabilités de chacun. Les cadres ne sont pas tous très au fait de leur nécessaire niveau d'implication et de responsabilité.

1.2.2.b Gérer la tension entre standardisation et personnalisation des soins

Entre standardisation et individualisation, entre exigence du patient et contraintes imposées, le cadre hospitalier doit naviguer sans cesse et se positionner sur un curseur allant de l'idéal au possible. C'est à ce propos que l'on peut parler de « métier impossible », dès lors que l'idéal devient une norme, que l'on passe de la contradiction « idéal/possible » à l'inatteignable « prescrit/possible ». ¹⁹Il faut noter que cette tension n'est peut-être pas vécue de la même manière dans les pays où la recherche et l'expertise en soins sont plus avancées et les pratiques qui en découlent, mises en œuvre.

¹⁹ Voir sur ce point « L'idéal au travail » de Marie-Anne Dujarier. PUF et l'analyse de Laetitia Laude en Annexes, Tome 2 : Cadres de santé : faire face aux contradictions.

1.2.2.c Assurer l'efficience et l'efficacité

Avec le nouveau management public, une attention permanente est portée aux résultats, résultats par rapport à l'objectif, résultats par rapport aux ressources mobilisées. Efficacité et efficience font partie du vocabulaire quotidien de l'hôpital. Les cadres accomplissent leur métier dans un contexte nouveau, celui d'une rationalisation des moyens qui bouscule les perceptions. Ils doivent expliquer à leurs équipes les raisons de ces changements, concevoir et mettre en œuvre les outils de mesure pour suivre les résultats des actions engagées. Il leur faut aussi veiller à la qualité et la sécurité des soins, des actes techniques, de la gestion, etc. Si ceci est un facteur de dialogue renforcé entre cadres (cadres de santé, cadres techniques et cadres administratifs), le temps mobilisé pour ce nouvel aspect du métier est important et les cadres n'ont pas tous été préparés à cet enjeu majeur.

1.2.2.d Gérer le changement permanent

Les cadres ont été peu visés dans les réformes et sont pourtant les leviers du changement. Il s'agit d'un paradoxe à résoudre pour maintenir le cap de cette fonction qui, bien qu'ayant un rôle central, cherche encore des marques de reconnaissance. Comment font les cadres pour que toutes les réformes successives soient effectivement mises en œuvre sans trop de difficultés ? Le fonctionnement qu'ils utilisent repose essentiellement sur des capacités à expliquer, à décoder et à convaincre chacun et tous. Ils travaillent auprès de tous les acteurs de terrain qui le plus souvent n'ont pas accès à toute l'information pour connaître les tenants et les aboutissants de ces réformes (les cadres eux-mêmes n'ont pas toujours toutes les clés de lecture). Ils accompagnent inlassablement ou presque tous ces changements. Parce qu'ils sont en permanence bousculés dans leurs fonctionnements et leurs équipes, ils développent de nouvelles compétences pour comprendre ce qui se joue. Ils accèdent à des formations pour se donner les moyens de continuer à exercer leur métier. Ceux qui s'y retrouvent le mieux sont ceux qui ont des capacités à innover dans un contexte parfois flou, à entraîner des équipes et les fédérer autour de projets pour garder le cap.

1.2.2.e Coordonner en interne et en externe des acteurs et des cultures différents

Au cœur des organisations hospitalières, le « rôle pivot » des cadres les place aux interfaces de toutes les logiques des acteurs hospitaliers. C'est une des définitions que l'on entend le plus fréquemment les concernant. Pour autant, la question de leurs connaissances de toutes ces logiques de tous ces métiers n'est pas abordée : comment font-ils pour connaître, comprendre et créer du lien entre tous ?

Non seulement ils doivent connaître et comprendre mais aussi surtout être polyglottes pour être compris de tous et accompagner le changement, les changements. Cette compétence semble une évidence et pourtant ils se doivent de développer et de maintenir une réelle

ouverture, de poser un regard différent à chaque fois et remettre en question leurs certitudes. Ils continuent à s'ouvrir et accueillir les autres.

1.2.2.f Conduire des négociations nombreuses et complexes (personnels, syndicats, médecins, directions, patients, familles, autres interlocuteurs)

S'il est une dimension de la fonction d'encadrement qui prend une place prépondérante, c'est bien la négociation. En effet, les cadres se retrouvent de plus en plus souvent en situation de conduire des négociations complexes avec des interlocuteurs aussi différents que leurs demandes. On observe un déplacement de la gestion des situations de négociation vers l'encadrement. Les pôles font bouger les lignes et les jeux de pouvoir suivent cette vague. Des négociations, qui auparavant se faisaient soit entre professionnels au sein des équipes ou entre médecins eux-mêmes, soit avec les directions fonctionnelles et notamment la DRH pour les syndicats, sont maintenant du ressort des cadres de pôle. Les droits des patients et leurs attentes représentent un nouvel axe renforcé par le poids des associations et celui de la crainte de la médiatisation d'un incident mineur ou majeur. Les patients et leur famille s'adressent plus fréquemment aux cadres, premier relais de l'administration de l'hôpital, pour exprimer leur mécontentement et attendent des réponses concrètes de leur part, à défaut d'en recevoir de la part du corps médical et de l'administration.

Mais le changement le plus marquant et le plus difficile à gérer reste le domaine de la gestion des ressources humaines. Le rapport au travail a beaucoup changé et les professionnels mettent au premier plan leur vie personnelle. On laisse naturellement le cadre gérer les trous dans le planning, l'absentéisme de dernière minute.

Les directions fonctionnelles s'appuient fortement sur les connaissances et expertises des cadres. Ils en font des interlocuteurs privilégiés et les interpellent en première intention pour négocier des dossiers sans pour autant les impliquer dans la décision finale.

Pour toutes ces raisons, les cadres sont, de fait, très souvent soumis à des injonctions paradoxales qui complexifient les négociations et n'ont pas nécessairement été préparés à cela.

Invisibles et pourtant au cœur de l'organisation, les cadres vivent les changements liés aux transformations de l'hôpital. La pression des demandes de l'institution et des patients, la logique de la performance, l'attente des équipes, sur fond de nouvelles règles d'organisation et de fonctionnement des structures, renvoient plus que jamais au noyau dur de la fonction d'encadrement, à la richesse irremplaçable de l'alliance entre qualités personnelles et aptitudes professionnelles. Qualités personnelles autour de l'écoute, de la disponibilité pour son équipe, de la valorisation du travail des collaborateurs, de la rigueur déontologique et aptitudes professionnelles autour de l'acceptation et la gestion de l'incertitude, de la capacité à s'organiser, à prendre la mesure des contraintes, à se créer des marges de manœuvre dans une organisation en tension.

Ceci conduit à porter un nouveau regard (c'est en tout cas celui que la mission a posé) sur le métier de cadre à l'hôpital, sur ses dimensions déjà à l'œuvre mais mal connues et sur celles qui vont naître : une extension du champ d'action, de plus grandes marges à négocier pour adapter l'organisation aux résultats attendus pour les soins des patients, une nouvelle manière d'écouter, d'analyser, de proposer et de décider. Pour chacune des dimensions classiques du métier de cadre, manager, formateur et expert, apparaissent de nouveaux enjeux et donc de nouvelles compétences à développer.

II Construire et développer les compétences des cadres hospitaliers

Sur la formation des cadres, le débat était déjà ouvert. La mission l'a réactivé. C'est le sujet qui a le plus suscité de prises de parole sur le forum internet, il a toujours été très présent dans les débats régionaux et au cours des auditions. Les positions ne sont unanimes ni sur le constat, ni sur les évolutions à porter. Mais rares sont les demandes de ne rien modifier en ce domaine car l'accord sur la perception des changements majeurs pour l'hôpital et pour les cadres (cf. chapitre 1) interroge en conséquence les compétences des cadres, et donc la manière dont ils sont sélectionnés et préparés à exercer leur métier, ainsi que la possibilité de trouver tout au long de leur vie les ressources pour continuer à assumer leurs responsabilités.

La formation initiale aurait pu apparaître comme le point clef des propositions en ce domaine. Mais ce n'est pas le point de vue que la mission a développé en se situant pleinement dans l'approche par les compétences telle que les formateurs eux-mêmes l'expriment aujourd'hui. La logique compétence et la logique curriculum doivent se substituer à terme à la seule logique connaissance qui, pendant de longues années, a été le paradigme organisateur des parcours de formation. Cette logique présupposait que l'acquisition des savoirs constitués suffisait à un individu, après l'obtention d'un diplôme, pour occuper un poste avec une efficacité à peu près garantie. Dans l'approche par les compétences, la construction et le développement de celles-ci ne relèvent pas seulement de la formation mais résultent de parcours professionnalisants. Une organisation dont la structure et le fonctionnement favorisent les apprentissages collectifs en développant une logique de professionnalisation, est dite une « organisation apprenante ». Dans une entreprise apprenante s'opère une réflexion intellectuelle qui crée et développe la compétence collective. « *Ce sont l'intensité réflexive à l'événement et la diversité des événements auxquels un individu peut être confronté qui engendrent une expérience réellement transposable, qui génèrent un apprentissage* » (ZARIFIAN Ph, 2001). Les propositions de la mission concernent non seulement les formations initiales et continues, mais aussi les modalités de détection des futurs cadres, l'accompagnement des cadres par des ressources externes en conseil et expertise, la recherche en management ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles managériales comme incitation à un apprentissage réflexif continu. En conclusion de ce chapitre, nous proposons un dispositif pour mettre en œuvre ces transformations.

Tout en identifiant les questions spécifiques posées à certaines filières professionnelles, ces propositions qui s'adressent à tous les cadres hospitaliers doivent aussi contribuer à créer « *un groupe homogène doté de connaissances communes et de représentations partagées* » (Charles Gadéa et Sophie Divay, 2007). Au-delà des seuls cadres hospitaliers, ce sont tous les « managers » des hôpitaux, directeurs et médecins compris, que la mission imagine dans une vision partagée et associe donc dans le développement des compétences d'encadrement.

II.1 Repérer les futurs cadres

Alors que l'extension de la dimension managériale (cf. 1.3) pour les cadres fait appel à des capacités comportementales de plus en plus nombreuses, les hôpitaux ne se donnent pas suffisamment les conditions de détecter des talents de cadres. Pourtant, cette détection devrait pouvoir largement être mise en œuvre dès qu'il s'agit de concours interne et *a fortiori* lorsque qu'une ancienneté professionnelle est exigée pour se présenter au concours, comme c'est le cas pour les cadres de santé. Or, même pour ces derniers, repérer les personnes susceptibles de devenir cadres, tester leur capacité et les accompagner dans ce changement ne se fait pas systématiquement. La systématisation des « faisant fonction de cadres », selon l'appellation consacrée et discutable, qui devrait permettre de tester en « grandeur réelle » des capacités à encadrer, apparaît plus souvent comme la conséquence d'une difficulté à recruter des cadres que comme l'effet d'une politique de détection de potentiels de cadres.

La mission préconise de mettre fin à la position bancale de « faisant fonction de cadre » et de rendre systématiques des mises en situation permettant de vérifier les réelles dispositions à manager dans toutes les démarches de promotion interne professionnelle conduisant à l'encadrement.

II.1.1 Mettre fin à la position de faisant fonction de cadre

Aujourd'hui, c'est parfois l'étape « faisant fonction de cadre » qui permet de repérer ceux qui ont les talents de cadres. Cette étape est problématique car elle place des non cadres en situation de responsabilité, sans statut clair et avec toutes les dérives possibles. Sur le forum Internet de la mission, les expressions retiennent l'attention : « *cadres de substitution, exerçant les fonctions d'encadrement sans en avoir la formation ni la reconnaissance* », « *isolés et prisonniers des statuts nous perdons progressivement confiance en nous, car on se dit que notre compétence, certes reconnue, reste fragile car liée à certaines personnes (directeurs, collègues) qui nous connaissent, nous apprécient mais qui une fois parties nous laissent démunis face à la rigueur d'une institution qui traite mal celui qui ne rentre pas dans la bonne case, en dépit des efforts consentis* ». ²⁰

Devant la difficulté de recruter des cadres, nombre d'hôpitaux recourent à des personnes qui font fonction de cadres pour pourvoir des postes vacants ; la situation perdure à tel point qu'est parfois posée la question d'une politique de gestion des faisant fonction de cadres. Cette orientation visant à institutionnaliser les faisant fonction nous paraît discutable. La vacance durable de postes de cadres doit interroger à la fois sur les organisations de travail et sur la configuration des postes de cadres proposés. Ne faut-il pas s'orienter vers un allègement de certaines tâches aujourd'hui exercées par des cadres avec des soutiens techniques, logistiques et administratifs renforcés ? Les cadres demandent ces soutiens qui leur permettent de se recentrer sur leur métier ; à cette condition, une extension de leur champ de responsabilité peut devenir attractive. La mission reconnaît la difficulté pour les hôpitaux de changer les organisations de

²⁰ Extraits de la synthèse par Sylvie Cheroutre des débats sur le site internet de la mission (cf. annexes Tome 2)

travail, mais elle maintient son opposition claire à l'utilisation permanente et large des faisant fonctions pour combler des postes vacants.

II.1.2 Organiser, au sein de la promotion interne, la position de « cadre apprenant »

Des expériences réussies de faisant fonction de cadres, la mission conserve l'intérêt de mettre des personnes en apprentissage du métier de cadre et propose d'organiser une position de « cadre apprenant » : ce n'est pas un stage au sens d'une position statutaire dans la fonction publique, c'est-à-dire une période après nomination statutaire, mais un exercice accompagné près d'un cadre superviseur/tuteur, sur une période clairement définie avec des engagements mutuels spécifiés. Bien entendu, si l'agent est titulaire dans un emploi de la fonction publique hospitalière, il conserve sa situation statutaire jusqu'au moment où il sera nommé cadre. Pendant cette période, le cadre apprenant est amené à développer à la fois ses capacités managériales sur des situations concrètes qu'il doit analyser avec son tuteur et ses capacités théoriques. Plusieurs hôpitaux ont ainsi prévu des parcours accompagnés pour des personnes manifestant des dispositions et une appétence à l'encadrement. Dans les rencontres régionales ont été présentées plusieurs réalisations concernant les cadres de santé : celle du CHU de Nice, celle du CHU de Lille et celle du CHU d'Angers. Le CHU de Rouen a aussi été cité pour son innovation dans ce domaine.

Ces démarches s'organisent en général autour de trois étapes : le repérage des candidats potentiels, la mise en situation (apprentissage incluant une pratique réflexive sur les cas concrets rencontrés avec la supervision d'un tuteur), et l'évaluation/orientation. Il est proposé de contractualiser la relation ainsi établie entre le cadre apprenant, son tuteur et la direction de l'hôpital. Pendant la période de mise en situation devraient aussi être proposées des formations théoriques permettant de mesurer si le cadre apprenant sera en mesure d'entrer par la suite dans un cursus de formation incluant une dimension universitaire. A la fin de la période fixée, l'évaluation permet de décider avec le cadre apprenant quelle suite sera donnée à son projet :

- le cadre apprenant manifeste de réelles capacités pour la fonction d'encadrement et il est accompagné dans la préparation de l'entrée dans la structure qui lui permettra de suivre la formation de cadre ;
- le cadre apprenant n'a pas complètement fait la preuve de ses capacités pour la fonction d'encadrement, mais il a déjà manifesté des dispositions ; il a besoin d'un appui renforcé de tutorat et il peut bénéficier d'une période supplémentaire avec un autre tuteur éventuellement ;
- le cadre apprenant ne manifeste aucune aptitude pour la fonction d'encadrement et il lui est proposé de reprendre un poste de non cadre en envisageant éventuellement une autre évolution professionnelle.

Il faut noter que tous les secteurs de l'hôpital pourraient bénéficier d'une démarche de cadre apprenant ; même si elle a émergé principalement dans les unités de soins, elle est

transposable aux secteurs administratifs (pour préparer des adjoints administratifs à devenir adjoints des cadres hospitaliers ou des ACH à devenir attachés) et aux secteurs techniques (pour préparer des TSH à devenir ingénieurs).

Bien entendu, le recrutement de cadres hospitaliers par la voie externe, dans les conditions fixées par les statuts, garde toute sa place et toute sa pertinence.

II.2 Mettre en place pour tous les cadres hospitaliers des formations initiales universitaires et professionnelles

Même si la réforme de 1995 a uniformisé la formation initiale des cadres de santé quel que soit le métier d'origine et quelles que soient les perspectives d'exercice professionnel, les parcours de formation initiale de l'ensemble des cadres hospitaliers restent trop diversifiés et ne favorisent pas le développement d'une culture managériale partagée à l'hôpital. Il faut donc poursuivre les pistes ouvertes il y a quinze ans. Aujourd'hui, les différents cadres hospitaliers sont majoritairement formés dans des écoles professionnelles spécialisées, les Instituts de Formation des Cadres de Santé pour les cadres de santé, une école spécialisée pour les cadres sages-femmes, l'École des Hautes Etudes en Santé Publique pour les attachés, les Instituts Régionaux du Travail Social et d'autres structures pour les cadres socio-éducatifs. Seuls les ingénieurs et les cadres techniques sont issus de formations ne se limitant pas au contexte hospitalier, mais n'ont pas plus d'opportunité de se former avec d'autres cadres hospitaliers en formation initiale, nonobstant la formation d'adaptation à l'emploi des ingénieurs à l'EHESP. Certes, l'EHESP a depuis le 1^{er} janvier 2008 un statut lui permettant, à l'instar des universités, de délivrer des diplômes de l'enseignement supérieur. Mais ces formations initiales ne conduisent pas encore à ces diplômes. Les IFCS ont, pour la plupart, conclu des partenariats avec des universités mais sur des bases très disparates, sans maquette commune et à des niveaux d'équivalence divers. Aujourd'hui, l'engagement dans des diplômes universitaires est souvent le fruit de démarches individuelles sans effet sur le positionnement et la carrière. Les écoles professionnelles délivrent des diplômes sans équivalence au niveau international.

Parce qu'elle favorise l'ouverture et la mobilité, qu'elle s'appuie sur la recherche et donc la réflexivité et qu'elle s'est fortement engagée dans la professionnalisation, la formation universitaire doit mailler la formation des cadres hospitaliers.

Tels sont les constats majeurs en matière de formation initiale, qui conduisent à deux propositions principales : élaborer un tronc commun à toutes les formations professionnelles de cadres et leur donner une dimension universitaire. Ces mesures applicables aux différentes filières de cadres hospitaliers seraient accompagnées de mesures spécifiques pour les cadres de santé, pour les cadres sages-femmes et pour les attachés d'administration hospitalière.

II.2.1 Créer un tronc identique voire commun de formation pour tous les cadres hospitaliers tout en respectant les métiers et les filières professionnelles

La mission propose que tous les cadres hospitaliers, quelle que soit leur filière, bénéficient d'un tronc commun de formation. Devant les nouveaux métiers, la diversité croissante des situations professionnelles, les anciennes lignes qui délimitaient des territoires bougent, y compris à l'intérieur de chaque grande catégorie (santé /techniques/administratifs /médico-social). Il devient donc urgent de définir un noyau dur commun en lien avec les nouvelles formes de gestion tout en reconnaissant à chaque filière des espaces propres liés à sa technicité.

Ce tronc commun regrouperait les thématiques suivantes, à approfondir en fonction des postes occupés :

- les fondamentaux en santé publique ;
- les missions des établissements au sein du système de santé ;
- le management stratégique et la prise de décision ;
- l'environnement institutionnel et organisationnel, les points de vue économiques juridiques et sociologiques (spécificité de l'organisation hospitalière, champ de responsabilité des différents acteurs) ;
- l'hôpital comme organisation complexe, repérage des jeux de pouvoir et stratégies des différentes filières professionnelles ;
- les outils de pilotage et de gestion des ressources humaines, financiers, des investissements, de la qualité et des risques : leurs finalités, leurs méthodes, la recherche de l'efficacité et la culture de l'évaluation ;
- le management des organisations de travail et des équipes : le métier de cadre.

Idéalement, ces domaines de formation commune devraient être traités dans des groupes pluri-professionnels, ce qui suppose une articulation délicate entre les différents cursus des formations initiales, qui pourrait s'organiser au niveau régional dans des instituts supérieurs de management en santé (cf. infra 2.6) et en lien avec les universités (cf. infra 2.2.2). Cette pluri-professionnalité en formation favoriserait les interactions et la compréhension des rôles de chacun, permettrait la construction d'une vision commune et, renforcerait la solidarité entre cadres ainsi que leur capacité d'action commune. Il serait souhaitable que ces troncs communs soient parallèlement offerts aux médecins occupant des positions d'encadrement (médecins chefs de pôle, par exemple).

II.2.2 Donner une dimension universitaire à la formation des cadres

Le principe de donner une dimension universitaire à la formation des cadres semble largement admis. Les arguments qui réunissent tant les cadres et leurs représentants que les chercheurs ou les témoins rencontrés se situent à trois niveaux :

- le contenu de la formation,
- le rôle que peut jouer un diplôme universitaire comme « sésame » national voire international,
- l'ouverture en cours de l'université à d'autres secteurs professionnels.

Un autre élément moins explicite réside dans la reconnaissance que procure dans un monde hospitalier très fortement structuré par l'université l'obtention d'un diplôme universitaire. Enfin, la reconnaissance de la formation des infirmiers au grade licence conduit de nombreux cadres de santé à avancer le niveau master comme conséquence logique pour eux. La mission retient essentiellement la question des contenus, des méthodes pédagogiques et des publics, pour insister sur l'obligation d'une ouverture vers l'université. Au moment où l'accent est mis sur le développement de la culture de réflexivité dans les pratiques managériales, sur l'importance de l'innovation et de la gestion du changement, sur la nécessité de travailler avec les autres (cf. chapitre 1), les démarches de recherche inhérentes à la formation universitaire nous semblent une très bonne voie pour développer les compétences de cadres. Par ailleurs, l'ouverture à d'autres publics venant de secteurs d'activité différents nous semble être une opportunité pour confronter les pratiques managériales hospitalières à d'autres regards et apprendre de celles-ci. Les auditions d'acteurs du secteur de santé privé et d'autres entreprises, ainsi que les pistes proposées par les chercheurs auditionnés, montrent les similitudes et l'intérêt de tels rapprochements.

Une fois admis le principe de donner une dimension universitaire aux formations initiales des cadres hospitaliers, plusieurs questions se posent. Faut-il conserver les formations professionnelles en organisant des partenariats avec les universités ou confier aux universités toutes ces formations ? Quels niveaux universitaires faut-il viser pour les différents cadres hospitaliers ? Que faut-il faire des concours ? Comment organiser les parcours de formation ?

Une vision simplificatrice et unificatrice autour du concept de cadre hospitalier, anticipatrice d'une Europe où les cadres circulent facilement, conduirait à préconiser une formation universitaire au niveau Master pour tous les cadres hospitaliers. Les diplômes professionnels seraient supprimés ainsi que les écoles qui les délivrent. Au terme de ses nombreuses consultations, rencontres et débats, la mission ne retient pas en l'état cette orientation tout en considérant qu'elle ne peut être écartée à moyen terme, notamment pour les cadres de santé. En ce qui concerne les ACH et les TSH, il apparaît indispensable avant de conclure sur la place de l'université et le niveau de diplôme visé, d'étudier plus finement les responsabilités qui leur sont confiées, responsabilités extrêmement diversifiées selon les établissements. La mission recommande d'approfondir l'analyse de situations concrètes de travail des différents cadres et de rester en veille sur cette question de l'articulation avec l'université.

La mission préconise pour tous les cadres hospitaliers :

- un partenariat étroit entre des instituts à créer (cf. infra 2.6) et des universités pour que les formations professionnelles de cadres conduisent à des équivalences universitaires, avec le principe d'un tronc identique voire commun pour les filières de santé, socio-éducative, administrative, technique et logistique ;

- le remplacement progressif des modes de sélection sur épreuves par des modes de sélection sur titres : à partir du moment où l'inscription en formation de cadre sera couplée avec une inscription à l'université, il faudra imaginer un dispositif de sélection sur titres vérifiant à la fois les dispositions personnelles à devenir cadre (cf. 2.1) et les capacités à rentrer dans le cursus de formation ;
- d'encourager la poursuite du rapprochement des deux mondes universitaire et professionnel autour de projets concrets en formation initiale ainsi qu'en formation continue, expertise et recherche dans le domaine du management. Ces deux mondes ont à apprendre l'un de l'autre.

II.2.3 Les cadres de santé : aménager le concours de recrutement après l'obtention du diplôme de cadre, viser une formation qui sera équivalente à un master, prévoir dès maintenant le master pour exercer les fonctions de cadre paramédical de pôle

Aujourd'hui les cadres de santé sont formés en 10 mois dans les Instituts de formation des cadres de santé. Depuis leur création, ces derniers ont eu pour mission de réunir tous les cadres des différentes filières d'encadrement paramédical dont cadres infirmiers, cadres médico-techniques, cadres masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, etc. Ces instituts, au nombre de 37, ont développé des partenariats avec des universités qui permettent de coupler la délivrance du diplôme de cadre de santé, sous leur responsabilité, avec des diplômes universitaires (licence, niveau 1 du master, le niveau 2 pouvant être proposé en formation continue). Le diplôme cadre est obligatoire pour être recruté et rémunéré comme cadre. Outre le diplôme, les cadres (sachant qu'ils ont été admis à l'IFCS après réussite à des épreuves de sélection²¹), doivent se présenter à un concours pour être nommés. Les cadres de santé ont donc un parcours long. Ils font souvent une période de mise en situation (en tant que « faisant fonction »), une année préparatoire, la présentation aux épreuves d'entrée en IFCS, puis la formation en IFCS avec validation du diplôme et, enfin, le concours sur titre. Tous sont en demande de simplification.

La première mesure applicable à tous les cadres de santé consiste à alléger les procédures de recrutement après l'obtention du diplôme ; les cadres doivent être recrutés par concours sur titre sous forme d'entretien professionnel organisé par l'établissement qui les recrute. En tout état de cause, il faudra repenser le dispositif d'entrée en formation de cadres en fonction des accords passés avec l'université. Le statut des cadres santé devrait être modifié en conséquence.

Si, à terme, le niveau master devrait attester des compétences de tous les cadres de santé, il nous semble difficile de préconiser cette mesure pour une application à court terme. Ceci pour des raisons d'opérationnalité (capacité des universités à accueillir les futurs cadres et des établissements à les libérer pour une formation de 24 mois, coûts pour les personnes ou les établissements au titre de la promotion professionnelle) et parce que les changements

²¹ Et non après concours sur épreuve, expression communément utilisée mais impropre dans cette situation. En effet le concours, sur titre ou sur épreuve, consacre la nomination dans un emploi ou dans un grade ; or l'agent qui entre en IFCS ne sera nommé cadre, par concours sur titre, qu'après possession de son diplôme.

d'organisation (cf. 1.3) préalables à cet élargissement du champ de responsabilité des cadres ne pourront pas se généraliser rapidement. Mais il faut viser cet objectif en utilisant toutes les possibilités offertes par la VAE pour y parvenir.

La mission préconise que la formation des cadres de santé se fasse sur 12 mois, qu'elle s'organise dans les nouveaux instituts à créer (cf. infra) en lien fort avec les universités et qu'elle permette de réunir 60 ECTS, soit l'équivalent d'une année de master. Le diplôme de cadre est maintenu tant que la formation n'est pas assimilable à un master complet. Le contenu de la formation doit être retravaillé. Outre le tronc commun à tous les cadres hospitaliers, le diplôme doit prévoir un renforcement sensible de la dimension managériale, de la maîtrise de la qualité et de la gestion des risques. Cette formation concerne aussi bien les cadres managers d'équipe que les cadres dits « experts » en position transversale. S'agissant des experts spécialistes d'une technique de soins spécifique qui ne sont pas en position d'encadrement, la formation devra être repensée en lien avec l'évolution des pratiques avancées infirmières et autres expertises paramédicales.

Dès maintenant les cadres de santé de pôle couvrent tous des champs de responsabilités, justifiant qu'ils bénéficient, pour les exercer, d'une formation universitaire en management du niveau master. La mission propose de rendre ce master obligatoire.

Par ailleurs, les cadres formateurs en instituts de formation paramédicale qui vont désormais préparer des professionnels obtenant un grade licence, devraient eux-mêmes être recrutés avec le niveau universitaire master. A terme, cela pourra conduire certains d'entre eux à se mettre en perspective de préparer la thèse de doctorat en vue d'occuper des postes universitaires futurs. Pour les cadres formateurs, futurs enseignants chercheurs, cette évolution est étroitement liée au développement à l'université des sciences paramédicales. Elle se fera de ce fait de manière progressive et devra être accompagnée. Pour les cadres formateurs aujourd'hui en IFCS, la question de leur formation est liée à l'évolution de ces instituts (cf. 2.6). Mais que les IFCS soient maintenus ou complètement transformés, ils auront besoin de formateurs ayant au minimum un niveau master. La mission s'est interrogée sur le parcours professionnel des cadres formateurs et suggère que soit possible pour ceux qui le souhaitent une carrière partagée entre un exercice professionnel de cadres en établissement et une activité de formation.

II.2.4 Les cadres sages-femmes : formation de cadre conduisant au Master

Une seule école située à Dijon forme les cadres sages-femmes. Après avoir envisagé sa fermeture, la région de Bourgogne a prolongé son fonctionnement. Se pose la question du maintien d'une école spécifique pour les cadres sages-femmes.

La mission préconise d'offrir aux sages-femmes la possibilité de bénéficier des formations qui seront construites pour les cadres hospitaliers en étroite relation avec les universités, en leur proposant le tronc commun qui sera par ailleurs ouvert aux médecins en formation continue. Pour la partie spécialisée, ou plus technique, de leur formation de cadres, soit leur école nationale continuerait à l'assurer avec une articulation suffisante avec les universités pour permettre une

validation au niveau master, soit des universités prendraient le relais et la formation des cadres sages-femmes serait exclusivement assurée par des universités qui combindraient l'apport des UFR de sciences humaines constitutives du tronc commun de toute formation de cadre hospitalier et des UFR de médecine. Il faut noter que même si la formation de sage-femme amène au master, il ne nous semble pas problématique que la formation de cadre sage-femme conduise aussi à un niveau master : il s'agira d'un master en management en santé très différent du master validant les compétences de maïeutique.

II.2.5 Les attachés d'administration hospitalière : une formation de 12 mois à temps plein à l'EHESP conduisant au Master

La formation (initiale et d'adaptation à l'emploi) des attachés d'administration hospitalière (AAH) est source de frustration pour l'ensemble des acteurs : intéressés eux-mêmes, employeurs et EHESP. Le dispositif en vigueur est le suivant : formation initiale de 6 mois après nomination (à l'issue du concours ou par promotion interne) puis, dans les trois ans suivant la titularisation, formation d'adaptation à l'emploi (FAE) de 6 mois à l'EHESP. Il vise à permettre la formation la mieux adaptée, après un recul suffisant dans l'exercice des premières fonctions. En pratique, ce système fonctionne mal. Après sa nomination, le nouvel AAH investit ses fonctions et prend la mesure de son poste. Or, en période d'adaptation à sa nouvelle fonction, il n'est pas forcément disponible pour une coupure de 6 mois au titre de la formation initiale puis de 6 mois à nouveau au titre de la FAE ; de son côté, l'employeur éprouve de grandes difficultés à se séparer pendant deux fois 6 mois d'un collaborateur dont, par définition, il a le plus grand besoin. Enfin, l'EHESP ne peut se satisfaire de ne remplir que très imparfaitement, à son corps défendant, les missions qui lui sont imparties. En effet, la formation initiale n'est suivie que par 60% des attachés issus de la liste d'aptitude et seuls 13% des attachés parviennent à remplir leurs obligations en matière de FAE dans les délais prévus par les textes, alors que le dispositif de formation a été conçu pour consolider, voire parfaire les connaissances et la pratique des professionnels concernés. Il faut ajouter que la formation assez généraliste ne répond pas à certaines demandes des hôpitaux de disposer de spécialistes (gestion des ressources humaines, gestion financière, contrôle de gestion, achats...).

La mission préconise de :

- modifier les modalités de nomination sur le premier poste après concours (liste d'aptitude plutôt que rang de classement), de telle sorte que le chef d'établissement puisse nommer le candidat de son choix ;
- poursuivre et terminer la réflexion sur le rééquilibrage des effectifs respectifs des corps de direction et des AAH, ce qui doit conduire à une augmentation significative du nombre de postes d'AAH ouverts aux concours dans les prochaines années ;
- prévoir une formation initiale en continu pendant 12 mois coordonnée par l'EHESP, les futurs AAH étant placés sous statut d'élève. Le financement en serait assuré par une contribution des employeurs à l'EHESP, de même nature que celle dont ils s'acquittent aujourd'hui pour la formation des élèves directeurs d'hôpital, des

- directeurs des soins et des élèves DESSMS. Le surcoût devrait être compensé par une diminution corollaire d'un nombre correspondant d'emplois de direction ;
- veiller à intégrer un tronc commun « cadres hospitaliers » dans cette formation avec un partenariat EHESP et futurs instituts supérieurs de management en santé ;
 - renforcer les spécialisations complètement indispensables eu égard aux métiers émergents de l'administration (contrôleur de gestion, cadre administratif de pôle, acheteur, etc.²²) ;
 - demander à l'EHESP qui, avec son statut d'établissement d'enseignement supérieur a engagé une politique de transformation de ses formations initiales en formations diplômantes, de faire en sorte que la formation des AAH permette d'obtenir un master en intégrant une validation des acquis de l'expérience et/ou en offrant la possibilité de poursuivre en alternance le master après l'année à l'EHESP si le niveau d'entrée de l'AAH ne permet pas l'inscription en première année de master.

II.3 Former tout au long de la vie professionnelle

De même que la formation initiale doit préparer les futurs cadres à des responsabilités et des organisations en fortes transformations, la formation continue doit permettre cette adaptation aux cadres en fonction. C'est l'enjeu général et majeur pour tous les cadres hospitaliers. Ce faisant, cette formation tout au long de la vie accompagnera aussi les évolutions de carrière proposées aux cadres. De manière spécifique, de nouveaux métiers de cadres apparaissent pour lesquels les formations ne sont pas nécessairement prêtes ou, en tous cas, pas assez largement généralisables. C'est le deuxième constat fait par la mission. Enfin, à un moment où les cadres expriment des souhaits de mobilité entre les filières d'encadrement et de manière générale entre les métiers d'encadrement de différentes fonctions publiques, ainsi qu'entre le public et le privé, il paraît très opportun de favoriser ces mobilités par des formations adaptées. C'est par rapport à ces trois constats particuliers que la mission s'est attachée à formuler des propositions en notant par ailleurs que la politique de formation continue pour les cadres n'est pas toujours affichée dans les établissements et pas toujours élaborée avec les cadres. Il s'agit d'un thème de la politique managériale qui sera développé dans le chapitre 3 (cf.3.1).

II.3.1 Accompagner les changements liés aux évolutions majeures de l'hôpital

Les conséquences pour la fonction d'encadrement des évolutions majeures pour l'hôpital n'ont pas été systématiquement traduites en plan d'action de formation pour les cadres. Si la maîtrise de la qualité, en termes de protocole et de contrôle avec l'appui et le suivi de l'HAS, apparaît clairement dans les actions de formation, si la gestion du changement et la gestion de projet prennent une place plus importante, il n'est pas certain qu'efficacité et efficience soient réellement appréhendées par les cadres, que la négociation soit travaillée de manière

²² Voir Rapport DHOS sur les métiers sensibles, 2007

suffisamment opérationnelle en formation. Quant à la gestion des coordinations externes, elle est nouvelle pour bon nombre de cadres hormis ceux dont c'est quasiment le métier (notamment les cadres socio-éducatifs et les cadres de santé gérant des réseaux). Les évolutions liées à la gouvernance ont fait l'objet d'un plan d'action national conduit par le dispositif d'accompagnement des réformes au sein de la DHOS²³. L'action de ce dispositif s'est centrée sur les directeurs et les médecins, ainsi que sur les trios de pôles. Il faut désormais déployer l'action plus largement, notamment en direction des cadres.

En même temps qu'elle propose une refonte des programmes de formation initiale des cadres qui tiendra compte de tendances fortes à l'œuvre dans les hôpitaux, la mission recommande d'offrir aux cadres des actions ciblées en formation continue pour les soutenir dans la conduite des changements au quotidien. Elle suggère que les tronc communs qui seront organisés par les instituts supérieurs de management en santé soient ouverts au titre de la formation continue aux cadres, de même qu'ils devraient l'être aussi aux médecins, voire aux directeurs en fonction. Elle suggère que se multiplient des actions de formations/actions en « intra » ou en inter-hospitalier à l'instar de celles que certaines délégations ANFH ont mises en place pour accompagner les cadres²⁴. Elle appuie enfin les perspectives d'un déploiement près des cadres du nouveau dispositif d'accompagnement des réformes à l'occasion de la mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009 dite Hôpital Patients Santé Territoires.

II.3.2 Accompagner les évolutions individuelles de carrière

Même si les formations promotionnelles bénéficient aux cadres, il n'est pas inutile de rappeler l'importance de ces actions, à la fois pour souligner qu'il faut poursuivre l'effort mais aussi pour ajouter qu'il faut mieux lier ces démarches souvent individuelles à une politique de développement des compétences de l'encadrement. Nombreux sont les cadres qui nous ont fait part de leur déception de voir leurs efforts individuels de formation (inscriptions universitaires notamment) peu pris en compte dans la politique managériale de leurs établissements. Les propositions faites sur la détection de potentiels (cf. 2.1) incluent, comme nous l'avons souligné, un accompagnement en formation. En outre et en conséquence des propositions concernant la formation initiale, la mission recommande de tout mettre en œuvre pour permettre aux cadres ayant acquis des ECTS au titre de leur formation de cadres de poursuivre leur formation parallèlement à leur exercice professionnel pour acquérir un niveau master. Il faut par ailleurs noter que le master exigé pour les cadres de pôles se fera en formation continue. Enfin, dans des parcours professionnels où la validation des acquis de l'expérience jouera de plus en plus un rôle dans la reconnaissance du niveau de qualification, la formation continue sera un moyen de compléter et de mettre en perspective ces acquis.

La mission recommande donc de faire de la formation continue un outil puissant au service d'une politique de développement des compétences de l'encadrement et de l'inscrire comme tel dans les priorités du projet managérial.

²³ Mission animée par Denis Debrosse, conseiller général des établissements de santé

²⁴ Exemple de l'ANFH Nord Pas de Calais et du CHU de Dijon

II.3.3 Permettre la construction de nouveaux métiers de cadre

De nouveaux métiers de cadre émergent, qui n'ont pas pour l'instant donné lieu à des formations largement organisées et reconnues. La difficulté pour les directeurs d'hôpital de recruter des professionnels spécialistes dans ces métiers peut conduire à des recrutements de contractuels qui interrogent sur l'avenir de certaines catégories : le cas des attachés d'administration hospitalière en est une parfaite illustration. Ainsi, alors que les hôpitaux manquent de contrôleurs de gestion, les AAH qui pourraient remplir ces missions n'ont le plus souvent pas les compétences suffisantes ; bien entendu, ceci interroge leur formation initiale (cf. 2.2.5), mais devrait aussi se traduire par des efforts importants en formation continue. L'étude prospective sur les métiers sensibles conduite en 2007 par la DHOS fait un remarquable bilan de ces nouvelles compétences attendues pour 10 catégories de métiers ; 5 d'entre eux sont des métiers de cadre ou peuvent être confiés à des cadres : outre les métiers de cadre de santé, avec la distinction cadre de proximité et cadre de pôle, de cadre administratif de pôle, l'étude identifie les métiers de contrôleur de gestion, de responsable de système d'information et d'acheteur. Pour ces métiers, qui trouvent difficilement des candidats sur le marché général du travail, il faut réellement poser la question du développement de la formation continue. Certains opérateurs privés ou universitaires ont déjà commencé à proposer des actions pour les hôpitaux (ex. pour le contrôle de gestion). Les structures de formation les plus au contact du monde hospitalier et les plus innovantes proposent des formations préparant à ces nouveaux métiers de cadre par le biais de la promotion professionnelle. C'est le cas par exemple d'une formation proposée par l'Institut international supérieur de formation des cadres de santé (Hospices Civils de Lyon), qui vient de lancer, en lien avec l'Université de Lyon, une action pour former des TSH à l'encadrement de la restauration, formation qui devrait donner aux TSH un diplôme de niveau ingénieur.

La mission préconise d'exploiter largement l'étude prospective sur les métiers sensibles et de favoriser (sous forme d'appel national à projet) l'émergence d'actions innovantes portées par les universités, les structures publiques de formation (dont les IFCS et demain les instituts supérieurs de management en santé) et des entreprises privées de formation.

II.3.4. Favoriser les passerelles entre filières et métiers d'encadrement

Même s'il demeure un attachement fort à conserver l'appartenance à sa filière d'origine pour qui devient cadre et si cette appartenance est plus justifiée pour l'encadrement de proximité, une demande de mobilité s'exprime soit entre les différents métiers de l'encadrement hospitalier, soit entre l'hôpital et autres lieux d'exercice du management en santé, cliniques, établissements européens, soit entre hôpital et autres services publics. Ce sujet, souvent sensible, des passerelles entre mondes différents, renvoie bien entendu aux formations initiales et, de ce point de vue, l'orientation vers les masters sera un élément facilitateur. Mais il concerne aussi les formations continues et plus largement tous les dispositifs de formation longue que les ANFH s'attachent à faciliter pour permettre ces évolutions.

La mission encourage vivement ces actions qui favoriseront les mobilités et suggère en retour l'accueil à l'hôpital de cadres ayant des expériences dans d'autres mondes professionnels.

II.4 Développer le conseil, l'expertise et la recherche en management

Qu'ils soient managers d'équipes, experts chargés de missions transversales ou formateurs, les cadres acquièrent eux-mêmes de l'expertise qu'ils n'identifient pas toujours comme telle ; il faut des demandes externes pour qu'ils mesurent le potentiel qu'ils ont ainsi mis en valeur. Il est frappant de voir qu'au cours de quatre rencontres régionales (Angers, Lyon, la Réunion et Nancy) des présentations de réalisations de cadres ont été saluées par leurs collègues et ont donné lieu à des échanges de coordonnées pour que les uns bénéficient de l'expérience et de l'expertise des autres. Il est également intéressant de noter que le site internet de la mission a été l'occasion pour des cadres d'échanger sur leurs pratiques managériales, sur les difficultés qu'ils rencontrent et sur les solutions qu'ils imaginent. Experts, les cadres ont aussi besoin de l'expertise des autres. C'est sur ce développement croisé de l'expertise que la mission voudrait porter un regard spécifique en imaginant des propositions qui les mettront en valeur et enrichiront les démarches de changements dans tous les établissements. Dans certains cas, l'expertise développée témoigne d'une véritable aptitude à la recherche qu'il paraîtrait particulièrement novateur et pertinent de mettre en pratique.

II.4.1 Identifier les ressources, les compétences et les travaux de recherche internes en management des cadres pour les utiliser et les valoriser

L'« invisibilité » que les cadres expriment pour souligner que leur travail ne se voit pas (cf.1.1) vaut aussi pour leurs ressources, leurs potentiels, leurs expertises. Même quand leurs travaux ou leurs responsabilités externes sont administrativement connus, ils ne sont pas toujours exploités : combien de cadres visiteurs HAS sont-ils réellement sollicités pour partager leur expérience ? Combien de diplômés universitaires avec mémoire de cadres sont-ils réellement connus et discutés au sein de leur établissement ? Outre le fait que cette connaissance contribuerait à la reconnaissance qu'attendent les cadres, elle permettrait de mobiliser des compétences supplémentaires pour l'hôpital.

La mission propose de mettre l'accent sur les compétences et l'expertise des cadres en matière de management et d'en faire un facteur de développement des capacités de l'hôpital en ce domaine. Elle invite les établissements à les repérer, les faire connaître et les exploiter. Les manières de les mettre en valeur sont nombreuses : présentation lors d'une « journée management », publication dans les supports de communication de l'hôpital, mobilisation des cadres repérés pour leur capacité d'innovation dans des projets de l'hôpital, capitalisation de ces expertises et compétences pour diffusion et échanges au sein des futurs instituts supérieurs de management en santé, mise en ligne sur un site Internet dédié aux cadres, etc.

II.4.2 Favoriser les expertises croisées et les échanges inter-établissements de l'encadrement au niveau régional

Les rencontres régionales de la mission ont été l'occasion de partager et de mettre en valeur des projets portés par les cadres (cf. en annexe la liste des travaux présentés). Certains cadres ont émis le vœu que de telles rencontres se renouvellent, des directeurs d'hôpital et d'ARH ainsi que des délégués régionaux de la FHF organisateurs ont aussi fait part de leur souhait d'organiser des suites à ces journées. En région Midi-Pyrénées, l'ARH, la délégation FHF et les hôpitaux avaient déjà organisé une journée régionale des cadres hospitaliers pour conclure un important travail réalisé sur les cadres²⁵. Ces rencontres contribueront à ce que les cadres se connaissent, se fassent connaître dans leurs expertises ou leurs besoins d'expertise. Au-delà de ces échanges, de ces soutiens potentiels, peuvent se dessiner des coopérations hospitalières, un établissement mettant au service d'un autre un de ses cadres experts. Ainsi, lors de la rencontre interrégionale de la mission à Angers, a été présenté un partenariat entre le Centre de Santé Mentale Angevin et le CH de Saumur, le premier mettant à la disposition du second l'un de ses ingénieurs techniques pour y transposer une stratégie de maintenance. Ceci valorise le cadre et l'hôpital qui propose l'expertise, garantit à l'établissement demandeur une réponse de qualité et instaure des liens durables entre les établissements et leurs cadres.

La mission préconise donc l'instauration de rencontres régionales régulières des cadres hospitaliers. Les Agences Régionales de Santé et la FHF avec son maillage régional, devraient pouvoir organiser ces rencontres, avec l'appui, s'ils se créent, des instituts supérieurs de management en santé (cf. infra) ainsi que celui des organisations professionnelles et syndicales.

La mission encourage les établissements à établir des partenariats pour développer l'échange d'expertise en management hospitalier par des mises à disposition de cadres sur des missions spécifiques.

II.4.3 Solliciter l'Agence Nationale d'Appui à la Performance pour des appuis ciblés sur des projets portés par des cadres hospitaliers

Souvent porteurs de changement, impliqués comme membres d'équipe projet ou chefs de projets, les cadres se reconnaissent dans ces missions qu'ils acceptent volontiers. Les conduire à leur terme, les réussir exige des compétences spécifiques que n'ont pas toujours les cadres, mais qu'ils peuvent acquérir en formation et qu'ils pourraient aussi développer en situation à condition qu'ils bénéficient de conseil et d'expertise. Dans la lignée du projet « Equipage²⁶ » lancée par la MEAH dont elle a repris les attributions, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux qui vient de se mettre en place, pourrait apporter son concours pour soutenir spécifiquement les projets de changements organisationnels portés par

²⁵ Voir le document « Les cadres au cœur du projet » publié en mars 2009 (ARH, FHF, FEHAP)

²⁶ A la rencontre régionale de La Réunion le 24 juin a été présenté un projet conduit par deux cadres, un cadre de santé et un cadre administratif sur le circuit du médicament au service de réanimation polyvalente du centre hospitalier Félix Guyon, projet ayant bénéficié du programme Equipage et qui montre l'importance d'un accompagnement dans la durée par un consultant auprès de cadres hospitaliers

des cadres. L'inscription dans ses priorités d'un accompagnement spécifique mettant en valeur et soutenant l'implication des cadres est tout à fait envisageable. Les programmes portant sur l'accompagnement des pôles devraient se prêter ainsi naturellement à ce type d'action : les projets de chefs de pôles mobilisant plus et mieux les cadres pourraient être encouragés. Au-delà du soutien opérationnel particulièrement nécessaire et attendu des cadres, cela peut être aussi l'occasion de développer avec les cadres un travail autour de la performance, des objectifs et des missions des hôpitaux, de la mesure des résultats, de l'efficience et de l'efficacité.

II.4.4 Prolonger le site Internet de la mission cadres pour en faire un lieu national d'échange des pratiques managériales

Le site Internet de la mission a montré en deux mois (entre le 14 mai, date de son ouverture, et le 14 juillet où le recueil d'information pour la Mission a été clos) sa formidable capacité à faire interagir les cadres : 23000 personnes l'ont visité, près de 500 personnes l'ont utilisé de façon active avec des contributions, des réponses et des votes. Par des échanges constructifs et de très bon niveau, le forum a permis de faire émerger une « communauté cadre » active, responsable, consciente, très impliquée dans le fonctionnement de l'hôpital. Au-delà de la mission qui s'achève avec la production de ce rapport, il apparaîtrait extrêmement utile de maintenir ce lien national entre les cadres hospitaliers, pour plusieurs raisons, comme lieu d'échange, de soutien, entre les cadres sur tous les sujets les concernant – parmi lesquels le suivi de la mise en œuvre des mesures proposées par ce rapport -, mais aussi comme lieu de mise en commun et de discussion des pratiques managériales, lieu de production de nouveaux savoirs par les démarches collaboratives que permet un tel site.

La mission propose donc de conserver et faire vivre un site Internet dédié aux cadres hospitaliers.

II.4.5 Impulser la recherche nationale en management hospitalier par des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique spécifiques

Même si les recherches en management à l'hôpital conduites par des hospitaliers sont rares, elles devraient se développer parce que la formation universitaire des cadres va induire une production scientifique que les universités et des grandes écoles de management, ainsi que l'EHESP, doivent être en mesure d'accompagner.

Pour favoriser leur mise en place et leur donner une visibilité nationale, la mission propose de faire émerger des projets de recherche portant sur le management et conduits par des hospitaliers, cadres, médecins et directeurs, et le cas échéant de dédier un financement particulier à des PHRC sur ces thèmes.

Par ailleurs, la mission recommande de mobiliser des programmes de recherche universitaires pour encourager la production de savoir sur le management hospitalier à partir des questions que posent les cadres et l'ensemble des managers hospitaliers.

II. 5 Evaluer les pratiques professionnelles managériales

Partie intégrante de leur formation continue, l'évaluation des pratiques professionnelles est devenue une obligation pour les professionnels de santé, médecins et non médecins, que la Haute Autorité en Santé est chargée d'accompagner à cette fin.²⁷ Ainsi que le précise la Haute Autorité en Santé, « l'évaluation des pratiques professionnelles est une démarche organisée d'amélioration des pratiques consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles. Cette démarche est inspirée du *formative assessment* des anglo-saxons. Si le management n'est pas directement visé par ces évaluations qui concernent les pratiques de soins, il apparaît pertinent de le situer aussi dans la méthodologie du développement continu de la qualité, base de construction des EPP et ce pour plusieurs raisons. D'une part, les principes de démarche qualité (dire ce que l'on va faire, faire ce que l'on dit, analyser les écarts et améliorer) ont du sens pour le management. D'autre part, cette culture de l'EPP se développe dans les hôpitaux qui ont mis en place la commission des évaluations des pratiques professionnelles et construisent des outils *ad hoc*. Par ailleurs, à l'hôpital, ces évaluations portent souvent sur des pratiques d'équipe et incluent de ce fait une dimension managériale (coordination, interaction, communication). Enfin, le management est devenu un élément central de la certification des établissements de santé. Certes, il est important de ne pas réduire le management à une seule conformité à des référentiels si adaptés soient-ils, ni de l'enfermer dans une simple notion de « bonnes pratiques » : les relations humaines qui en sont constitutives introduisent trop d'imprévisibilité ou de variabilité pour imaginer que toutes les situations se gèrent selon un mode d'emploi préétabli.

La mission propose d'utiliser la démarche des évaluations des pratiques professionnelles comme moyen de renforcer les capacités managériales à l'hôpital, en mobilisant les cadres eux-mêmes et leurs établissements, le niveau régional et la Haute Autorité en Santé. Elle ouvre aussi la question de la validation individuelle d'EPP en management en recommandant d'en faire un outil de suivi de l'évolution professionnelle individuelle (formations et réinvestissement des formations) et de la lier à l'évaluation individuelle.

II.5.1 Référencer des « bonnes pratiques managériales »

Pour aborder la question des pratiques professionnelles de management, il faut disposer d'un référentiel de management. Dès l'accréditation selon la version V2, la Haute Autorité en Santé a produit des orientations pour le management et dans la dernière version (V2010, publiée en juin 2009) le chapitre 1 est entièrement consacré au management avec 9 références et 45 critères. Ces références ne renvoient pas explicitement au métier et aux responsabilités des cadres,

²⁷ Loi du 9 août 2004 et décret du 14 avril 2005

mais elles situent par grands domaines du management (stratégie, ressources, qualité et sécurité des soins) les actions attendues. Sur cette base et à condition de clarifier les rôles et missions des différents managers dans la conduite de ces actions, il apparaît possible de construire des bonnes pratiques managériales. Clarifier les rôles et les missions des cadres dans le système hospitalier est indispensable. C'est une attente très forte des cadres et la mission en fait une proposition en tant que telle (cf. 3.1). Les bonnes pratiques de management pour l'encadrement devraient être élaborées à plusieurs niveaux, dans chaque établissement avec l'appui d'une commission des évaluations des pratiques professionnelles, au niveau régional et national avec la HAS.

II.5.2 S'appuyer dans les hôpitaux sur une commission des évaluations des pratiques professionnelles

Les hôpitaux ont mis en place la commission des évaluations des pratiques professionnelles, commission émanant de la CME et concernée par les EPP autour de la clinique. Dans l'esprit de la Commission des EPP, soit comme extension de celle-ci, soit comme nouvelle commission, pourrait se mettre en place un groupe de cadres, directeurs et médecins chargés de définir des bonnes pratiques managériales dans des domaines particulièrement sensibles dans l'établissement et les modalités d'évaluation de ces pratiques.

II.5.3 Promouvoir la construction et la diffusion des bonnes pratiques managériales au niveau régional

De même que le niveau régional apparaît être le bon espace pour échanger sur les pratiques de management (cf. 2.4), c'est à ce niveau que devraient se confronter et se discuter des innovations en management, pouvant servir de base de bonnes pratiques à élaborer. Face aux défis de réorganisation des systèmes de prise en charge du patient avec la nouvelle répartition des compétences entre professionnels au sein des établissements de soins, des bonnes pratiques managériales émergent localement, autant de solutions, d'outils, de clés élaborées avec et par des cadres hospitaliers afin de faire rimer changement et excellence. Ces solutions trouvées localement devraient être partagées. La mission a mesuré à travers les rencontres régionales l'intérêt de ce partage. Systématiser les rencontres, développer des forums et points de rencontre entre les cadres hospitaliers, de la même manière que le corps médical le fait depuis longtemps, serait un moyen pour permettre aux bonnes pratiques managériales de ne pas rester des épiphénomènes mais de nouvelles solutions durables. Les Agences Régionales de Santé pourraient être les promotrices de cet élan régional.

II.5.4 Impliquer la HAS dans le développement des EPP managériales

La Haute Autorité en Santé peut-elle s'investir dans la mise au point d'évaluations des pratiques professionnelles managériales? C'est la question que la mission a posé à ses responsables lors d'une audition.

La HAS estime qu'une grande partie de ses productions peut en effet être utilisée dans la définition du nouveau référentiel d'activités et de compétences des cadres hospitaliers, et contribuer à ce titre à l'objectif d'une meilleure sécurisation des parcours professionnels et d'une valorisation des travaux des cadres hospitaliers. Ceci s'inscrit bien dans les priorités de l'agence qui souligne que « *le management des cadres hospitaliers est emblématique de la nécessité pour les hôpitaux de repenser l'articulation entre processus de prise en charge médico-soignante et processus de gestion, entre gestion stratégique et gestion opérationnelle, entre gestion institutionnelle et gestion de proximité* ».

Il est proposé que la HAS travaille au développement d'outils de gestion mis à disposition du personnel d'encadrement afin d'enrichir le processus d'activité sur la politique de qualité. A ce titre, cinq champs peuvent être définis : l'écoute des usagers et amélioration de la qualité ; les parcours de soins, standards de soins, analyse des situations à risque ; la qualité de l'accueil et l'information des usagers ; la démarche sur la sûreté des installations et la maintenance préventive ; l'interrogation sur la relation au travail et dans le travail. La HAS produit d'ores et déjà des documents relatifs à ces thèmes. Il ne s'agit plus que d'adapter ces outils à la lumière des conclusions élaborées dans ses travaux.

L'évaluation des pratiques professionnelles est maintenant étroitement liée à la formation continue autour de la notion de développement professionnel continu. L'un et l'autre se complètent. Le développement professionnel continu doit être un processus collectif et partagé, à l'image de toute activité à l'hôpital. Le rôle des cadres y est central. Ainsi que l'expriment les responsables de la HAS : « *Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives et comportent une dimension organisationnelle. Pour assurer le développement professionnel continu, l'établissement doit mettre en place un système de management et de responsabilisation qui rallie les gestionnaires et les soignants autour d'objectifs communs d'amélioration de la qualité des soins et des services et de la sécurité du patient. Il doit favoriser le processus de concertation et de décision, par une responsabilisation partagée des professionnels, acteurs et responsables du changement* ».

Les conditions semblent donc réunies pour impliquer le niveau local régional et national, la HAS veillant à l'articulation des trois, en impulsant comme elle l'a fait pour les EPP médicales un processus de production et de validation collectives. La HAS peut aussi mobiliser des ressources scientifiques sur le management par le biais des universités, des grandes écoles, de l'EHESP. Elle peut aussi coopérer aux actions de valorisation des pratiques managériales²⁸

²⁸ Citons à ce sujet le Prix du management des ressources humaines en santé, organisé par les magazines Décisions santé et le Quotidien du médecin, délivré en 2009 à 12 organisations de santé, dont 6 centres hospitaliers.

II.6 Investir des lieux de formation régionaux et nationaux

Les transformations proposées (cf. 2.2 et 2.3) pour la formation initiale et continue des cadres hospitaliers appellent deux choses : d'une part, des lieux de formation accessibles à l'ensemble des cadres et plus généralement à tous les managers de l'hôpital (cadres hospitaliers, médecins et directeurs) et demain plus largement encore aux cadres du secteur social et médico-social ; d'autre part, un rapprochement important avec les universités. Pour dépasser ces frontières, la mission retient le principe de créer dans des régions, des instituts supérieurs de formation de management en santé, qui auront vocation à développer sur un territoire de santé les capacités managériales de tous les cadres, en liens étroits avec les universités et les acteurs régionaux en charge des questions de santé (y compris le secteur social et médico-social). Un maillage national épaulé par l'EHESP permettrait à ces instituts d'harmoniser leurs pratiques, de développer des axes spécialisés et complémentaires et de mener des actions nationales en accompagnement des évolutions générales de l'hôpital et du système de santé.

II.6.1 Créer des instituts supérieurs de management en santé

II.6.1.a La nécessité de rapprocher en formation tous les acteurs de l'encadrement hospitalier.

Comme la mission l'a montré, des formations initiales avec tronc commun et des formations continues communes constituent une opportunité pour des cadres de mieux travailler ensemble et de faciliter le décloisonnement d'un monde hospitalier trop souvent divisé en corporatismes multiples. Echanger les regards de chaque profession sur l'hôpital permettra aux professionnels de saisir la complexité de leur institution et de clarifier les rôles et le positionnement de chacun. Au-delà des rapprochements entre cadres hospitaliers, l'enjeu est de partager avec tous les managers de l'hôpital - cadres, médecins et directeurs - des problématiques d'encadrement similaires et de contribuer à construire les contours du management hospitalier.

II.6.1.b Le choix de créer de nouvelles structures

La mission s'est longuement interrogée sur la manière dont pourraient se mettre en place les formations initiales de cadres avec leur tronc commun et la formation continue de tous les managers. Plusieurs options ont été envisagées à partir des établissements ou structures existantes : étendre le périmètre des IFCS, missionner chaque CHU pour qu'il mette en place ces formations au bénéfice des cadres de son territoire, confier toutes ces formations aux universités qui les intégreraient dans leurs formations existantes ou les géreraient dans des instituts spécialisés en leur sein, imaginer un rôle particulier des ARS en matière de formation.

Les solutions exclusivement universitaires nous semblent difficiles à mettre en œuvre dès maintenant, tant du point de vue de l'importance de la charge nouvelle qui en résulterait pour les universités que de la dimension professionnelle à garantir. Néanmoins la question reste ouverte. Quant aux Agences régionales de santé, ce n'est pas leur mission affichée et, alors qu'elles seront

à peine installées, il paraît difficile de leur demander d'en faire une priorité dans les mois qui viennent.

S'il faut saluer le travail accompli par les IFCS qui ont mis en œuvre le diplôme de cadre de santé et ont permis une inter-filiarité chez les cadres de santé, il ne semble pas possible de leur demander d'assumer seuls les transformations ambitieuses proposées. On constate une forte disparité entre les 37 IFCS existant aujourd'hui. Ils sont de tailles très différentes, avec des promotions variant de 30 à 180 étudiants. Leurs conceptions de la fonction de cadre de santé varient, de même que les approches pédagogiques. Leurs partenariats avec les universités sont très variables, certains n'en ont pas, d'autres permettent un accès en L, en première année de master ou en master complet. Les cadres de santé, sans rejeter en bloc la formation qu'ils ont reçue en IFCS, ne s'y retrouvent pas toujours. Ils l'ont exprimé sur le site internet de la mission : « *Après l'IFCS les cadres sont souvent en difficulté, il y a un décalage entre la théorie et le quotidien dans les services* » ; « *Les programmes doivent se rapprocher au plus près de la pratique quotidienne. Si aujourd'hui certaines personnes mettent en doute l'utilité de passer par un IFCS pour être un cadre de santé et repensent à la VAE ce n'est pas un hasard. La plus-value des dix mois d'études n'est pas toujours flagrante* ». « *Le programme ne comprend "que" six semaines de cours sur la fonction d'encadrement. Est-ce suffisant ?* » Pour pallier le « *décalage considérable entre ce que j'ai pu y apprendre et les compétences que l'on attendait de moi lorsque j'en suis revenu, estampillé "cadre de santé", (...) je me suis donné les moyens d'acquérir de nouvelles connaissances, puis de tenter de les traduire en compétences en suivant, dans le cadre de la formation continue, un master.* »

La mission propose de mettre en place de nouvelles structures qui se substitueraient aux Instituts de Formation des Cadres de Santé : les Instituts Supérieurs de Management en Santé. Ces instituts auraient un champ régional ou inter régional d'action : selon la taille des régions, il serait possible de proposer des regroupements autour d'un institut commun à plusieurs d'entre elles. Ces nouveaux instituts auraient vocation à intégrer les équipes des IFCS.

II.6.1.c Les missions des Instituts Supérieurs de Management en Santé

En partenariat avec les universités, les ISMS assureraient la formation initiale des cadres hospitaliers toutes les filières étant concernées, proposeraient pour l'ensemble des managers hospitaliers (cadres hospitaliers, médecins et directeurs) des actions pour leur formation continue, l'expertise et la recherche en management. Ils seraient aussi ouverts aux managers du secteur hospitalier privé. Ils rechercheraient des coopérations avec les structures de formation des cadres du secteur social et médico-social.

Répartis sur l'ensemble du territoire national, ils associeraient tous les acteurs ayant des intérêts dans le développement des compétences managériales en santé.

Parmi leurs actions clefs en formation initiale, les ISMS devraient construire le tronc commun (cf.2.2) offerts à tous les cadres hospitaliers en veillant à l'articulation de ce tronc commun avec les programmes des différentes filières d'encadrement. En lien avec les universités, ils assureraient la formation des cadres de santé, celle des ACH et celle des TSH ; ils

apporteraient leur contribution à la formation des AAH (avec l'EHESP), à celle des cadres sages-femmes. En formation continue, il faut souligner leur nécessaire implication dans l'élaboration de masters de management des pôles qui intéresseront les cadres paramédicaux et cadres sages-femmes de pôle ainsi que les médecins et les cadres administratifs de pôle. Ils seront en première ligne des changements importants à impulser au niveau du système de santé et constitueront des appuis solides pour les accompagner en région.

II.6.1.d La structure proposée pour les Instituts Supérieurs de Management en Santé

Présents dans la majorité des régions du territoire français, les ISMS auront donc chacun un périmètre de rattachement égal à une région, ou une inter région. Plusieurs entités devraient nécessairement fonder ces Instituts et faire partie de leur coopération constitutive : les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux (en tant que tels et/ou via des structures de coopération déjà existantes au niveau régional telles que les délégations régionales FHF), les universités, les ARS, les régions, des établissements privés de santé et/ou leurs représentants des établissements privés de santé,²⁹ etc. Plusieurs formules juridiques peuvent servir de support à la création des ISMS. Le Groupement d'Intervention Publique ou le Groupement de Coopération Sanitaire sont deux possibilités qu'il faudra étudier pour choisir la mieux adaptée aux missions des ISMS et aux acteurs à réunir pour les constituer. Le choix de la structure dépend bien entendu du mode de financement retenu.

Il paraît nécessaire d'imaginer un maillage national de ces instituts, pour les faire monter en puissance de manière concertée, pour rapprocher les projets de formation, pour harmoniser les démarches pédagogiques, pour imaginer des spécialisations/coopérations entre eux. Ainsi, les troncs communs de formation initiale des cadres hospitaliers pourraient être conçus de manière concertée entre les instituts.

Ce maillage pourrait être porté par :

- le ministère de la santé (DHOS) qui associerait le ministère chargé de l'action sociale (DGAS) ;
- l'EHESP ;
- la Conférence des Présidents d'Université ;
- le Centre National de Gestion ;
- la FHF ;
- l'assemblée des régions de France ;
- ainsi qu'une représentation professionnelle.

Cette mise en réseau des instituts supérieurs de management en santé devrait garantir des niveaux de qualité pédagogique comparables et des projets coordonnés. La mission recommande aussi que les instituts soient tenus de se faire certifier, si possible dans une vision européenne ou plus large encore.

²⁹ Les ANFH qui sont des structures de financement et non des formateurs eux-mêmes n'ont pas vocation à en être partie prenante

II.6.2 S'appuyer sur les acteurs régionaux en formation et recherche en santé pour renforcer l'action des instituts

Les Instituts Supérieurs de Management en Santé, s'ils sont créés, devront intégrer leurs démarches dans des environnements régionaux et académiques d'analyse des pratiques, de formation et de recherche. Il est essentiel que ces instituts s'appuient sur cet environnement pour croître. Qu'elles soient membres fondateurs ou seulement partenaires, les universités joueront un rôle essentiel dans le développement des instituts, non seulement pour assurer avec eux des formations et les valider ou co-valider, mais aussi autour de projets de recherche : les instituts n'ont pas vocation à devenir centres de recherche, mais pourront s'associer aux universités pour y contribuer. Des entreprises privées de formation et de conseil ont développé des expertises pointues en matière de management en santé. En matière de gestion privée de la santé et/ou en matière de management en général, des ressources sont mobilisables. Il appartiendrait aux instituts de les identifier et de lancer les coopérations ayant du sens pour l'action à conduire. Ils auraient naturellement des relations avec les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés au rang desquels l'ANFH joue un rôle central pour les hôpitaux publics.

II.6.3 Mobiliser l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique sur l'évolution des pratiques managériales à l'hôpital

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, héritière de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, est concernée à plusieurs titres par le développement des compétences des cadres hospitaliers et les recommandations de la mission en ce domaine. D'une part, elle est directement en charge de la formation initiale d'une catégorie de cadres hospitaliers, les attachés d'administration hospitalière. D'autre part, elle forme les dirigeants hospitaliers, directeurs d'hôpital, directeurs des soins, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Comme encadrants des cadres hospitaliers, ces dirigeants jouent un rôle déterminant sur le management de l'hôpital en général et sur l'action des cadres hospitaliers en particulier. En outre, avec son statut d'établissement public scientifique, culturel et professionnel, l'EHESP bénéficie des mêmes obligations et droits que les universités : elle peut délivrer des diplômes (LMD) et encadrer des recherches. Par ailleurs, elle s'engage dans une démarche d'adhésion à la conférence des grandes écoles - ce qui lui permettra aussi de s'en prévaloir pour faire reconnaître certaines de ses formations dans le registre des masters spécialisés des grandes écoles. Cette position particulière avec l'expérience acquise pour la formation du CAFDES en matière de certification de formation, pourrait lui permettre de soutenir les instituts supérieurs de management en santé. Parmi les départements de l'Ecole, l'Institut du Management dont la mission première est le développement du management dans le système de santé, peut jouer un rôle particulier, en collaboration avec toutes les ressources de l'EHESP, notamment le département Sciences Humaines et Sociales. Enfin, et c'est un atout pour les cadres, l'EHESP s'implique de plus en plus dans des réseaux internationaux et peut donc en faire bénéficier les managers de santé.

En ce qui concerne les attachés, la recommandation de la mission est, comme cela figure ci-dessus, d'en faire de vrais élèves à temps plein à l'EHESP (cf. 2.2) et de faire en sorte que leur

formation de 12 mois puisse les amener au master. Les responsables de l'EHESP travaillent sur la transformation de certaines de leurs formations initiales en diplômes sachant que les attachés qui entrent en formation n'ont pas tous un niveau de première année de master quand ils sont admis à l'EHESP. Il faut donc imaginer une organisation de la formation en lien avec les établissements qui permette néanmoins la délivrance du Master. De plus, pour que les attachés puissent bénéficier de la formation en tronc commun des cadres hospitaliers, l'EHESP devrait mettre au point un partenariat avec les ou des instituts supérieurs de management en santé chargés d'organiser cette formation commune à tous les cadres hospitaliers.

Près des instituts supérieurs de management en santé, l'EHESP peut apparaître comme un centre de ressources, c'est-à-dire un lieu apportant de la connaissance et de l'expertise en formation au management en santé, ouvrant ses laboratoires de recherche et ses coopérations nationales et internationales. A ce titre, elle pourrait animer le maillage préconisé ci-dessus. En outre, l'EHESP pourrait, à l'instar de ce qu'elle fait pour le CAFDES, certifier les formations initiales des cadres hospitaliers proposées par les instituts supérieurs de management santé. Elle pourrait aussi les accompagner dans des démarches de certification européenne ou internationale en les faisant bénéficier des réseaux de certification de écoles de santé publique auxquels elle appartient.

En charge de la formation initiale des directeurs d'hôpital, des directeurs des soins et des DESSMS, l'EHESP a la responsabilité d'ouvrir ces futurs dirigeants à toutes les dimensions du métier de manager : définir une politique de l'encadrement, fixer les règles du jeu des différents acteurs dans le contexte de leur établissement, orienter et soutenir le travail des cadres. Si les questions posées par les cadres sur leur positionnement, leur implication dans les décisions, leur valorisation ne relèvent pas que des directeurs d'hôpital, elles les concernent en premier chef. La présence de directeurs d'hôpital, d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et de directeurs des soins aux rencontres régionales, leur implication dans l'organisation de ces rencontres, les propositions écrites formulées par plusieurs d'entre eux à la mission, ont montré une capacité d'écoute et d'attention et une volonté de contribuer à répondre aux questions qu'ils perçoivent au quotidien. La mission préconise que l'EHESP soutienne cette mobilisation en travaillant avec les directions hospitalières (formation/action, séminaire de recherche, accompagnement sur le terrain des établissements) sur les questions fortes posées par les cadres et sur les préconisations de la mission qui sont directement à leur main.

L'un des regrets de la mission est de n'avoir pas suffisamment exploré les pratiques internationales en matière d'encadrement hospitalier. Il est vrai que les organisations et les perceptions diffèrent. Par exemple, quand on interroge des chercheurs britanniques sur le « middle management » dans leurs hôpitaux, ils parlent de la situation de docteurs ; en Allemagne les managers intermédiaires sont des cadres en gestion recrutés sur diplômes universitaires de gestion. Il nous semble qu'il y a matière à conduire des travaux de recherche comparatifs sur la situation des cadres hospitaliers.

La mission préconise aussi que l'EHESP utilise ses capacités de recherche, son réseau doctoral et ses contacts internationaux pour lancer un programme de recherche sur les pratiques managériales comparées, en association avec des équipes universitaires françaises et internationales reconnues.

III Affirmer le positionnement des cadres au sein du système hospitalier

La question du positionnement des cadres dans l'hôpital renvoie à trois constats distincts mais complémentaires. En premier lieu, les cadres ne sont pas suffisamment impliqués dans les processus de décision de l'établissement. En second lieu, ils sont faiblement représentés dans les instances institutionnelles. Enfin, leur reconnaissance statutaire et financière n'est pas à la hauteur des responsabilités qui leur sont confiées.

La participation aux processus de décision et la représentation institutionnelle ne se confondent pas. Une implication active des cadres dans telle ou telle instance de l'établissement ne garantit en rien leur réelle participation aux décisions prises, notamment celles qui touchent à leur champ d'activité et de responsabilité. C'est au demeurant une simple question de bonne gestion : comment un cadre peut-il efficacement appliquer et expliquer une décision à laquelle il n'a pas participé? Au travers d'une politique managériale propre à l'établissement, les cadres doivent être associés, à tous les échelons de la structure, aux décisions les plus importantes. Un mode organisé de participation des cadres aux décisions est indispensable. C'est vrai partout, et particulièrement dans les grands hôpitaux : plus la ligne hiérarchique est longue, plus la lisibilité et la cohérence managériales sont nécessaires.

S'agissant des instances institutionnelles dans lesquelles la voix des cadres doit pouvoir se faire mieux entendre, la question se pose avec plus d'acuité encore avec le prochain passage en catégorie A de l'ensemble des paramédicaux. Le risque est réel d'une dilution - voire d'une disparition - de la dimension cadres au sein des instances, du CTE par exemple. Plus qu'au travers de la création d'une instance spécifique aux cadres, qui « catégoriserait » ces derniers parmi l'ensemble des agents de l'établissement, la solution se trouve dans l'aménagement des instances elles-mêmes.

La reconnaissance des cadres passe également par une mise à plat et par une valorisation des carrières et des rémunérations. Nombre de dispositifs statutaires et indemnitaires sont aujourd'hui dépassés et inadaptés à la situation des cadres, à leur niveau de qualification, aux

responsabilités élargies qu'ils assument et à leur place au sein de l'hôpital. Une réforme d'envergure est en cours dans la fonction publique concernant les grilles indiciaires, les niveaux statutaires et les régimes indemnitaires. Les cadres hospitaliers doivent y trouver toute leur place et leur spécificité doit être prise en compte.

III.1 S'engager dans une politique managériale

Un positionnement clair dans l'organisation hospitalière et une implication plus grande dans les processus de décision : telles sont les attentes premières exprimées par tous les cadres, qu'ils soient dans des filières techniques, de soin, d'administration. Ceci peut surprendre dans des établissements qui sont fortement structurés par une double réglementation, celle d'une fonction publique et celles de normes professionnelles renforcées par des ordres professionnels. Chacun devrait être à sa place, une place connue et fixée dans des textes... Certes, mais en même temps qu'ils précisent par profession les rôles et les missions, ces textes cloisonnent. Ils mettent chaque profession, chaque métier dans un périmètre particulier sans expliciter suffisamment les positions des différents acteurs les uns par rapport aux autres, ce qui rend le travail de coordination de ces acteurs, donc le travail d'encadrement, encore plus délicat. Pour tenter de dépasser ces cloisonnements, les lieux de concertation ont été multipliés avec des commissions appelées à donner des avis. L'organisation hospitalière apparaît complexe, les circuits de décision peu lisibles et les cadres ne s'y retrouvent plus. Si l'ordonnance de mai 2005 sur la gouvernance a dessiné un nouveau cadre pour l'organisation de l'hôpital, elle s'est arrêtée aux grandes lignes. Faut-il aller plus loin dans l'explicitation des positions des uns et des autres ? Quelle part doit être fixée au niveau national ? Que faut-il déterminer au niveau de chaque établissement, de chaque pôle, de chaque unité ? Comment les principes généraux sont-ils appliqués et appropriés sur le terrain ? C'est toute la question des règles du jeu qui est posée, moins en terme de cadre fixé « une fois pour toutes » qu'en terme d'« accords à vivre » pour l'organisation hospitalière.

Il n'est bien évidemment pas question de remettre sur le métier l'écheveau d'une nouvelle réforme de la gouvernance hospitalière : l'ordonnance du 2 mai 2005 n'a pas été complètement mise en œuvre, le bilan de ses effets sur la production de soins n'a pas encore été établi, une nouvelle loi vient d'être adoptée le 21 juillet 2009, dont les décrets sont en cours de rédaction. C'est au niveau des établissements que doivent être travaillées ces règles du jeu. La mission préconise un engagement fort de tous les établissements hospitaliers dans une réelle politique managériale en les invitant à définir (ou à redéfinir avec la nouvelle loi) leur organisation, à se fixer des priorités pluriannuelles concernant l'encadrement dans un projet managérial et à veiller à respecter et faire respecter les règles du jeu posées. La mission propose aussi que cette obligation de construire et d'afficher une politique managériale figure dans des décrets d'application de la loi Hôpital, Patient, Santé Territoires.

III.1.1 Définir et clarifier l'organisation de l'établissement

« *Que veut l'institution, qu'attend-elle des cadres (cadres, cadres sup, dsi etc...).* » Les expressions des cadres sur le flou de leur rôle sont nombreuses sur le site de la mission: « *L'expérience que je me suis forgée au sein des établissements hospitaliers m'a convaincu que les cadres avaient une vision floue de leur rôle et de leurs missions sans doute en grande partie parce que les directions ont une vision tout aussi floue des rôles et missions de leurs cadres !* » Les directeurs d'hôpital perçoivent aussi cette interrogation et s'expriment sur ce besoin de clarification : « *La question centrale à laquelle il faudrait répondre serait : Quelle est vraiment la place du cadre de santé et qu'est ce que l'hôpital attend de lui ? Les fiches de poste de cadre évoluent-elles ? Sont-elles formalisées et partagées ?* » . « *La question à se poser est sans doute que doit-être un cadre aujourd'hui ? Quels objectifs au regard des moyens alloués attend-t-on de lui ? Quelles compétences attendues au regard de la fonction exercée et de la responsabilité qui lui est confiée ? Toutes ces questions restent encore très floues ce jour; de plus que devient la direction de soins, quel rôle va t-elle jouer dans le dispositif ?* C'est aussi un sujet récurrent des débats des cadres en « focus group » avec la mission qui interrogent à la fois les positionnements respectifs des filières -administratifs/soignants, techniques/administratifs--, les positionnements des niveaux d'encadrement -cadre, cadre supérieurs et directeurs des soins--, les relations médecins, directeurs et cadres.³⁰ Lors des rencontres régionales, plusieurs cadres ont exposé des démarches visant à préciser leurs rôles dans les organisations. Le management des pôles y a occupé une place importante avec des présentations de binômes (cadre de santé et cadre administratif de pôle à Montpellier, à Marseille, à Toulouse), voire de trios quand les médecins chefs de pôle se sont joints aux cadres (Elbeuf et Paris). De nouveaux métiers de cadres se dessinent ou se confirment, le coordonnateur des assistants de gestion à Nancy ou l'assistant de gestion coordonnateur à Bordeaux, le cadre de recherche en soins infirmiers à Limoges, le cadre de santé expert en système d'information à Bordeaux ou le responsable du projet utilisateur – référent soignant pour développer les projets du système d'information à Lyon, etc.... Parallèlement, au sein des pôles, les cadres travaillent sur leurs organisations, comme à Metz-Thionville. A l'AP-HP a été élaboré un guide précisant les fonctions respectives des cadres paramédicaux de pôles et des cadres administratifs de pôles. Des régions, comme Midi-Pyrénées³¹ ou la Picardie ont lancé une dynamique régionale pour travailler sur l'évolution des rôles et positionnements des cadres.

Ce « tour de France » en régions et sur internet exprime à la fois un foisonnement de questions et d'attentes sur les rôles et positionnement des cadres et une dynamique d'initiatives lancées dans certains établissements pour y répondre. Ceci laisse penser que, même si la tâche est ardue, il existe des ressources et des compétences pour travailler dans les régions et dans les établissements sur les organisations. Par ailleurs, les travaux importants conduits à l'initiative de la DHOS sur le répertoire des métiers et les métiers sensibles, sans oublier le dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières, attestent une expertise nationale en ces domaines. Pour autant, si nous considérons qu'il est indispensable de clarifier l'organisation managériale et que ceci concerne tous les établissements, il faut mettre au point une démarche générale pour y

³⁰ Dans la rencontre avec un groupe de cadres de l'AP-HM des ingénieurs ont insisté sur la nécessité de clarifier les relations avec les directeurs-adjoints, avec les attachés et les ACH. Au CH de Roubaix un accent a été mis sur les confusions éventuelles entre cadres supérieurs et cadres, sur le positionnement particulier des cadres en situation transversale eu égard à la direction des soins.

³¹ Le cadre au cœur du projet.....

parvenir. Il s'agit d'une part de préciser l'objectif de clarification attendu - que signifie « une organisation managériale définie » ? – et d'autre part de fixer une méthode de travail.

III.1.1.a L'organisation : fiche de poste et de mission, organigramme et circuit de décision

Se situer dans une organisation suppose de connaître ses missions et ses objectifs définis à partir d'une fiche de poste, de connaître son responsable hiérarchique, ses interlocuteurs en relation « fonctionnelle » et les personnes que l'on encadre, d'identifier comment sont prises les décisions dans l'organisation, à la fois les décisions intéressant directement son domaine d'activité et plus généralement l'ensemble des décisions de l'établissement. Si le répertoire des métiers³² permet de donner des repères généraux pour les postes et les missions, ceux-ci ne suffisent pas à expliciter pour un établissement donné ce qui est attendu de chacun. Chaque établissement doit préciser les missions qu'il confie en général aux différentes catégories de cadres (par filière et par niveau) et en particulier à chaque personne cadre dans la situation spécifique qu'il occupe. Un cadre résume très bien sur le forum internet ce qu'il convient de faire : « *La clarification de nos missions serait aussi selon moi un facteur de prévention de l'épuisement professionnel traduit parfois sous la forme d'un sentiment de découragement. La définition des missions va selon moi avec les compétences requises et se divise en deux parties: Des missions liées à la fonction = qui peuvent et doivent être définies à l'échelle nationale (DHOS) et qui peuvent se décliner selon la fonction cadre enseignement, hospitalier, médico-social, administratif...Des missions liées au poste = orientations stratégiques du poste définies par la direction de l'établissement en fonction du poste, des besoins de l'institution, des compétences du candidat. Les missions, responsabilités, moyens devront y être définies. Pourquoi ne pas envisager une forme de 'contrat', assorti d'une révision annuelle et permettent de constituer un socle à l'entretien d'évaluation. Je pense que cette clarification des missions, moyens, évaluation permettrait de répondre à bon nombre de nos attentes* ». Préciser les missions de chaque cadre - en concertation avec les cadres et les autres managers concernés - et le faire savoir dans l'hôpital, telle est la priorité.

D'une façon générale, la « nouvelle gouvernance » a conduit à remettre en cause les organigrammes antérieurs qui définissaient les domaines couverts et les rattachements en terme d'autorité entre les différents professionnels. La mise en place des pôles pose la délicate question du positionnement du cadre paramédical de pôle et du cadre administratif de pôle à l'égard du médecin chef de pôle. Dans les pôles de taille importante où, à côté des cadres paramédicaux de pôles ont été maintenus des cadres supérieurs, certains cadres supérieurs se sont émus de dépendre du cadre paramédical de pôle. Les cadres administratifs de pôles se sont interrogés sur leur lien avec les médecins chefs de pôles. De la même manière, la délégation de gestion aux pôles a modifié les procédures de consultation, de décision et de contrôle au sein des directions fonctionnelles. Une note de Denis Debrosse et de Pierre Simon, du 12 janvier 2009 jointe en annexe (tome 2), fait le point sur cette évolution qui conduit à différencier autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle. Connaître parfaitement ces principes est indispensable. Certaines

³² La publication de la nouvelle version du répertoire des métiers de la FPH doit intervenir en septembre 2009

questions posées par les cadres³³ sur leur responsabilité montrent le besoin de faire savoir au sein de l'hôpital les obligations et les protections juridiques qui s'appliquent aux cadres. La note déjà évoquée de Dominique Thouvenin sur ce sujet éclaire la question. Il ne serait pas inutile que les directions hospitalières veillent à partager avec tous les cadres, médecins compris, cette connaissance indispensable pour chacun de ses droits et de ses obligations dans le management de l'établissement.

Sur les circuits de décision complexes dans les hôpitaux avec un nombre important de comités et conseils appelés à donner des avis, la clarification est indispensable. L'ordonnance de 2005 et la loi HPST ont donné les lignes directrices. Il importe de les faire vivre dans le contexte de chaque établissement en explicitant les modes de décision. De ce point de vue, les témoignages venant du secteur privé laissent penser que les circuits sont plus simples et plus clairs ; un cadre du public l'évoque ainsi sur le forum internet: « *D'autres modèles existent, dans le privé où la place de l'encadrement est fondamentale et reconnue. Son rôle est défini ainsi que ses objectifs ; par contre c'est à lui de s'adapter à la structure et non l'inverse* ». Il faut observer que joue aussi la question de la taille des établissements ; les cliniques privées sont plus souvent de taille plus faible. Dans le secteur medico-social, nous n'avons pas noté cette difficulté de positionnement, peut être pour la même raison. Dans la dernière expérience présentée à Nancy, la cadre soignante d'un hôpital local du Jura, à Mouthe, qui joue aussi bien le rôle de cadre de proximité que celui de cadre de pôle, travaille en collaboration directe avec la direction de l'établissement et est fortement impliquée dans toutes les instances de son hôpital, CA, CME, CTE, CHSCT, ainsi qu'avec les différents services administratifs ; pour elle-même si la charge est lourde et si la solitude en tant que cadre l'est aussi, la question de sa place dans les circuits de décision ne se pose pas.

Au delà de la seule clarification des circuits de décision, la mission reprend à son compte une attente des cadres : être associés aux décisions concernant leur champ de responsabilité. Comme l'écrit un cadre sur le forum internet : « *Autant dire la difficulté dans un contexte où la responsabilité est constante et entière, sans avoir de pouvoir décisionnel. Nous devons accompagner les projets sans être concertés en ce qui concerne les modalités et les faisabilités. Tout ceci pour illustrer mon mécontentement et le constat fréquent, non seulement de ne pas être soutenue par la hiérarchie mais souvent discréditée dans ma prise de décisions et mon positionnement..Nous avons souvent le sentiment de naviguer à vue et d'évoluer au gré des turbulences sans entrevoir le cap qu'il faut atteindre. J'aimerais que ma fonction de Cadre de santé soit effective et reconnue, en participant aux prises de décisions et en disposant de moyens élémentaires et indispensables à la réalisation des missions qui nous sont confiées. Je pense avoir l'expertise nécessaire à l'évaluation du travail à réaliser et je souhaiterais que mes demandes ne soient pas sans cesse remises en question. Cela pourrait réinstaurer la crédibilité des cadres indispensable à la mise en place des nouvelles modalités de prise en charge* ». Comme le souligne aussi un autre cadre, les tenir à l'écart des circuits de décision est un gaspillage de ressource et d'intelligence, que les hôpitaux ne peuvent plus se permettre : « *Le rôle du cadre est central dans l'information des changements et des protocoles mis en place.* » ; « *Les cadres ne peuvent rester de simples exécutants des décisions prises* ». Cette demande très souvent exprimée par

³³ Les rencontres régionales ont été aussi le moment pour les cadres de s'interroger sur leurs responsabilités et d'exprimer leur inquiétude sur leur capacité à les assumer dans un contexte contraint notamment sur le plan économique.

ailleurs lors des rencontres régionales ressort aussi clairement des auditions. Le président de la conférence des directeurs de centre hospitalier évoque la mission qu'il a conduite sur la mise en œuvre de la RTT dans les hôpitaux. Il note que les cadres ont été trop souvent tenus à l'écart des contrats locaux alors que le débat portait sur les horaires de travail des équipes.

Tout cadre de santé, sage-femme, administratif, socio-éducatif et technique devrait pouvoir donner son avis et peser sur les décisions qui relèvent de son champ de responsabilité. Les cadres eux-mêmes ont une responsabilité importante dans l'association de leurs collaborateurs cadres aux décisions. Ils peuvent en effet encadrer des cadres et c'est sur eux que repose alors l'association de leurs collaborateurs aux décisions. Ils doivent aussi utiliser tous les espaces disponibles pour se saisir, intervenir et interpeler ; cela relève de leur responsabilité. Les pôles sont sans doute un espace privilégié de concertation : il est ainsi essentiel que les chefs de pôles avec les cadres paramédicaux de pôles et les cadres administratifs veillent à associer tous les cadres du pôle aux décisions les concernant.

La mission considère aussi que les cadres ne sont pas suffisamment informés au bon moment de la décision stratégique. Il arrive qu'ils soient informés par l'extérieur, ou par ceux qu'ils encadrent - via les organisations syndicales, par exemple - de décisions stratégiques pour leur établissement. Ceci est incompatible avec le rôle d'un cadre qui consiste aussi à relayer les décisions des dirigeants et à les mettre en œuvre avec leurs équipes. La mission attire donc l'attention des directions hospitalières sur l'importance de la communication managériale dans leur établissement. Et au-delà de l'information indispensable à assurer, la mission préconise aussi de garantir une association des cadres (qu'ils soient cadres paramédicaux ou administratifs de pôles, attachés dans des directions fonctionnelles ou ingénieurs) aux réflexions stratégiques³⁴. Certains hôpitaux ont imaginé des lieux pour cette association à la décision stratégique (la réunion des trios de pôles avec le président de la CME et les directions, par exemple) pour la nouvelle gouvernance de 2005. La question est posée *a fortiori* avec la loi HPST.

III.1.1.b Des orientations méthodologiques pour conduire cette clarification de l'organisation

En conclusion de cette question sur la conception et de la clarification de l'organisation, les rôles de l'encadrement (incluant managers médicaux et directeurs) et les circuits de décision, il faut évoquer la manière dont elles pourraient se faire. L'essentiel du travail relève des hôpitaux eux-mêmes à partir des textes et des contextes. La recommandation à l'égard des chefs d'établissement consiste à souligner la nécessité d'y impliquer les cadres eux-mêmes ainsi que les médecins managers, les directeurs des soins et les directeurs-adjoints. La mission considère qu'un accompagnement méthodologique devrait se faire au niveau régional, avec un portage direct ou un soutien et une incitation forte de l'Agence Régionale de Santé qui associera tous les partenaires de la région. A terme, on peut penser que des Instituts Supérieurs de Management en Santé (cf. 2.6) pourraient jouer un rôle majeur dans l'accompagnement méthodologique d'une telle

³⁴ Il faut bien entendu veiller aussi à l'association des directeurs –adjoints à la stratégie ; la question s'était posée pour des adjoints non présents dans le conseil exécutif, elle se pose de manière plus cruciale avec le directoire

démarche. Mais ils n'existent pas encore, et il faudra du temps pour les créer si la décision en est prise. Or la clarification des organisations ne peut attendre. Enfin, il est essentiel de soutenir et de coordonner au niveau national cette impulsion par un dispositif de capitalisation et de suivi qui assure auprès des cadres et des établissements la diffusion et le partage des informations, l'évaluation des initiatives et des expériences. Selon les cas, cette coordination pourrait être directement assurée par les services de la DHOS, ou bien par le groupe projet (cf. conclusion) qui piloterait la mise en place des décisions prises suite à la mission cadres, ou bien encore avec les outils de l'accompagnement de la réforme de la loi Hôpital Patient Santé Territoire. Quelle que soit l'option retenue, il y aurait grand bénéfice à accompagner le dispositif opérationnel par des travaux de recherche.

III.1.2 Se fixer des priorités en matière de management : le projet managérial

Bases d'une politique managériale, les règles du jeu de l'organisation permettent aux cadres de situer et de conduire leurs équipes et leur action au quotidien. Mais dans un hôpital en mouvement, avec des projets stratégiques visant à répondre aux nouveaux besoins de soin, le management est en première ligne et tout n'est pas écrit dans les règles du jeu. Il est indispensable de lier fortement l'évolution du management à la stratégie, d'abord pour tirer les conséquences des choix stratégiques sur le management et, ensuite, pour ajuster les priorités stratégiques aux ressources managériales. Comment développer une nouvelle activité de soins sans imaginer la manière dont elle s'insérera dans l'organisation existante (quel rattachement de pôle, quelles coopérations internes, quel impact sur la gestion administrative...?) Comment décider un regroupement d'activités, de structures, d'établissements, sans s'assurer des capacités managériales pour les conduire? Il est vraisemblable qu'une partie des échecs des restructurations hospitalières résultent d'une non prise en compte des ressources managériales nécessaires pour les réussir. A l'heure où s'affichent des coopérations fortes sur les territoires de santé, identifier les potentiels des managers - cadres hospitaliers compris - à porter ces changements, apparaît incontournable.

Il existe un espace pour travailler la cohérence stratégique et le développement du management : c'est le projet d'établissement. Même si dans ce projet ne figure pas explicitement la notion de projet managérial, nous proposons de l'inclure en tant que tel, à côté du projet médical et du projet de soins. Certains établissements ont déjà élaboré des projets intégrant le management, soit indépendamment du projet d'établissement (il peut s'agir de projets pour l'encadrement, par exemple), soit comme élément du projet d'établissement. A été évoquée la proposition d'en faire un volet du projet social. Aujourd'hui, le projet social ne nous paraît pas adapté à l'expression d'un projet de management : il est fait sans les médecins, il est principalement tourné vers les questions de vie au travail et il ne nous semble pas que les organisations syndicales, qui en sont très porteuses, accepteraient de faire du projet social un texte fondant des priorités d'action sur le management. Il nous semble aussi que l'affichage d'un projet de management est un gage que ce sujet des cadres dans l'établissement soit effectivement posé. Mais la question reste ouverte et à discuter avec cadres, médecins, syndicats et directeurs.

Elaboré à partir d'une analyse de l'organisation managériale et des priorités stratégiques (activités médicales et projet de soin) le projet de management doit préciser les priorités pluriannuelles pour développer les organisations et les compétences des managers avec des objectifs précis. Il devrait permettre de faire le bilan du fonctionnement des circuits de décision, de modifier et préciser ce qui doit l'être, d'inclure les impacts de la stratégie sur des responsabilités nouvelles à identifier, d'aborder des thèmes comme la communication managériale, la valorisation des cadres, etc. Mais le projet managérial doit être d'abord être lieu pour débattre dans l'établissement sur ce que doit être « un bon management » ou, si cela n'a jamais été entrepris auparavant, pour lancer une réflexion générale sur ce thème, ou pour s'assurer que les fondements posés sont toujours connus, acceptables et appropriés au contexte de l'établissement. Il est impossible de se fixer des priorités de management si ce préalable n'a pas été posé. Le projet managérial est aussi un moyen de fédérer les différents acteurs, de dépasser les oppositions entre soins et gestion économique, de mieux communiquer et de partager une culture décisionnelle au bénéfice de la communauté.

La mission préconise donc que tout projet d'établissement inclue un projet de management.

III.1.3 Faire vivre les règles du jeu et rendre compte du management

Avec des règles du jeu du fonctionnement hospitalier clarifiées, qui les associent pleinement au processus de décision, un projet managérial pluriannuel qui permet de remettre, si nécessaire, ces règles du jeu en débat et de le resituer dans les priorités stratégiques, les cadres devraient à la fois pouvoir mieux exercer leurs responsabilités et se sentir partie prenante de l'ensemble de l'organisation hospitalière. Faut-il préciser que des règles du jeu n'ont de sens que si elles sont réellement respectées. Si le projet managérial est l'occasion de réactiver ces règles une fois tous les 4 à 5 ans, il nous semble nécessaire d'insister sur le respect de ces règles au quotidien. De ce point de vue il faut à la fois des lieux de réflexivité interne et externe.

En interne le contrôle sur le respect des règles du jeu de l'organisation relève bien entendu du directoire qui peut être alerté par des questions posées soit en CTE soit en CME. Si comme nous le préconisons (cf. 3.2) les cadres sont en tant que tels représentés en CTE et si un espace cadre appuie cette représentation, les cadres disposeront des lieux pour débattre des règles du jeu managérial et intervenir. Avant cette saisine des instances, il est vraisemblable que dans une organisation hiérarchique clarifiée, les cadres auront pu évoquer auprès de leurs responsables les difficultés rencontrées dans leur positionnement de cadre ; le respect des règles du jeu concerne tous les managers, y compris bien entendu les médecins en tant que chef de pôle ou chef d'unité médicale, y compris aussi les cadres eux-mêmes vis-à-vis des cadres qu'ils encadrent, et de leurs équipes, de leur propres encadrants. Le chef d'établissement doit rester un recours pour les cadres si la ligne hiérarchique est parasitée.

En externe la question du management fait partie de l'évaluation des chefs d'établissement. La mission souligne que les directeurs d'ARS et du CNG devront, dans le cadre de leurs responsabilités en matière d'évaluation des chefs d'établissement, se donner la possibilité de s'assurer que l'hôpital s'est fixé des objectifs de la politique managériale et qu'ils sont mis en œuvre.

III. 2 Organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement

Donner des champs de décision clairs aux cadres et les associer à la réflexion stratégique, tels sont les axes forts que doit garantir une politique managériale qui leur reconnaît une place réelle dans les processus de décision. Mais le positionnement des cadres dans l'établissement implique aussi leur représentation institutionnelle. Les cadres hospitaliers et leurs représentants sont ainsi nombreux à réclamer un positionnement institutionnel clair de leur fonction au sein des établissements ; comme l'exprime l'un d'eux sur le forum internet « *Il s'agit de réfléchir à une réelle "démocratie d'élaboration" au sein des établissements.* ».

Sur cette question très discutée qui reçoit des réponses multiples, la mission a longuement débattu. Elle considère que la solution esquissée dans l'ordonnance de mai 2005 - à savoir la réunion de la CME et du CTE dans une seule instance incluant un collège cadre³⁵ - serait la plus appropriée : elle garantit une représentation institutionnelle des cadres sans créer une instance supplémentaire et elle fait le lien entre le médical et le non médical. Mais quatre années après, force est de constater que les hôpitaux ne sont pas prêts et rien ne laisse penser qu'ils le seront à court terme. Il restait une alternative : la création d'un collège cadre en tant que tel, ou l'intégration d'un collège cadre dans le CTE. C'est la deuxième formule que la mission préconise, en recommandant que cette représentation des cadres au CTE se fonde sur une dynamique locale facilitée par la création d'espace-cadre.

III.2.1. Favoriser la création d'un espace cadre dans chaque établissement

Des groupes de réflexion et d'échanges entre cadres se sont mis en place dans les hôpitaux, sur l'initiative des cadres, le plus souvent soignants, ou sur celle des directions hospitalières. La mission a étudié un panel de ces groupes³⁶. Leur appellation varie : collège de

³⁵ Extrait de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé : Art. L. 6144-6-1. - Le conseil d'administration peut décider, après avis conforme de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, de constituer à titre expérimental, pour une durée de quatre ans, un comité d'établissement se substituant à ces deux instances pour donner un avis sur les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1. Le comité d'établissement est composé à parité de représentants désignés par la commission médicale d'établissement, d'une part, de représentants désignés par le comité technique d'établissement proportionnellement au nombre de sièges détenus dans cette instance par les organisations syndicales et d'un collège des cadres, d'autre part. Le directeur préside le comité d'établissement.

³⁶ Elle s'est appuyée sur des informations communiquées en région³⁶. Leur appellation varie : collège de spécifique.

L'encadrement, comité de l'encadrement, collège du management, commission des cadres de l'établissement, comité de concertation cadre, conseil des cadres. Ce sont des lieux d'échange et de partage d'information, de soutien entre cadres qui contribuent à créer une culture et des références communes. Y sont invités, en permanence ou ponctuellement, des médecins, des directeurs. Leur organisation n'est pas toujours formalisée, mais néanmoins certains hôpitaux ont fixé un mode de désignation, le rythme de réunion et certains directeurs ont précisé avec les cadres les missions de ces comités. Ainsi les comités cadres sont consultés sur certains thèmes tels que la formation continue des cadres, la permanence de l'encadrement, le référentiel métier cadre, la communication et la diffusion de l'information ; certains comités cadres sont consultés sur les projets de développement et sont associés à l'élaboration d'un projet managérial quand il existe. Ces comités peuvent être amenés à désigner des cadres pour rejoindre des groupes de travail transversaux. Sous réserve d'une implication réelle du directeur, ces comités semblent répondre à l'attente d'une meilleure association des cadres à la vie institutionnelle. Mais la mission a perçu de fortes réticences à systématiser des comités de cadres qui deviendraient une instance supplémentaire à animer ; elle observe aussi que ces comités ne répondent pas toujours au besoin de décloisonnement entre les différents mondes de l'hôpital. Elle ne propose donc pas de les rendre obligatoires mais elle en recommande fortement la création, en laissant à chaque établissement, en fonction de sa taille, en fonction de ses projets, le soin de déterminer son espace cadre.

III.2.2 Créer un collège cadre au sein du CTE en relation avec la CME

Parallèlement à la constitution d'un espace plus ou moins formalisé d'échanges entre cadres, il est proposé par la mission de renforcer le positionnement institutionnel formel de l'encadrement au sein de chaque établissement. La mission estime nécessaire, à ce titre, la création d'un collège cadre au sein du Comité Technique d'Etablissement de chaque centre hospitalier.

En effet les expériences de Comité de concertation cadres sont jugées intéressantes mais trop fragiles et dépendantes de la motivation des acteurs locaux: *« Il faut un collège cadre officiel, avec un droit de vote dans les instances », « Chaque expérience s'est achevée en désillusions... Car, informels ou formels, quel poids réel ont ces instances "consultatives"? Aucune incidence sur les votes ou décisions stratégiques. Aucune légitimité légale. Forts de ces expériences, nous avons présenté des listes et avons des élus suite aux élections professionnelles. Selon moi, c'est cette option qui est la meilleure, au niveau local, régional et national. Encore plus avec un nécessaire collège cadre ».*

Membres du personnel non médical, les cadres sont à même d'apporter un éclairage particulier sur des questions comme le projet d'établissement, l'organisation interne de l'établissement, l'organisation du travail, la politique générale de formation du personnel (pour eux-mêmes et pour les personnels qu'ils encadrent). Dans le contexte actuel, des cadres peuvent siéger au CTE comme représentants de la catégorie A. Mais à terme, avec une catégorie A composée très majoritairement de non-cadres du fait du passage des paramédicaux en catégorie A, les cadres pourraient être totalement absents des CTE. La mission considère que les cadres

ont toute légitimité à être représentés en tant que tels. Dès lors que l'on crée un collège spécifique pour les cadres au sein du CTE, ses représentants seront, comme ceux des collèges déjà existants, élus par les personnels de l'établissement et bénéficieront de ce fait, d'une légitimité pour les représenter.

En outre la mission considère que les représentants élus des cadres au CTE devraient être des invités permanents à la CME. C'est une manière de les associer plus étroitement encore au débat institutionnel de l'établissement. Les cadres contribueraient ainsi à côté du représentant du CTE à la CME à renforcer l'articulation entre les deux instances. Cela serait peut être une étape vers la réunion des deux instances dans un comité d'établissement.

Enfin les membres du collège cadre du CTE devraient s'appuyer sur la dynamique locale de l'encadrement de l'hôpital. Ou bien il existe un espace cadre et ils devraient en faire partie et veiller à préparer dans cet espace l'expression de l'avis des cadres au CTE. Ou bien il n'existe pas d'espace cadre et il leur appartient de réunir les cadres pour débattre.

III.3 Renforcer la reconnaissance statutaire et financière des cadres

III.3.1 Des carrières peu attractives et des responsabilités mal valorisées

III.3.1.a Des adaptations statutaires indispensables

Un statut doit s'adapter au contexte institutionnel et non l'inverse.

Créé en 1986³⁷, le statut général des personnels de la fonction publique hospitalière s'inscrit dans le cadre de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires³⁸, cette dernière s'inspirant de la philosophie du statut général de 1946. Les hôpitaux et leurs personnels connaissent des contraintes particulières liées à leurs missions spécifiques : accueil de personnes fragiles ou vulnérables, fonction soin, ouverture 24h sur 24 toute l'année, etc. Ces fortes spécificités ont, de tout temps, justifié non seulement la construction d'un statut général propre mais aussi la reconnaissance de dispositions particulières en matière de rémunération, d'organisation des carrières et d'environnement statutaire en comparaison avec les règles applicables aux agents relevant des deux autres fonctions publiques. En ce sens, le statut s'est adapté aux exigences de l'organisation des soins en établissement hospitalier public. C'est dans le même esprit que certains statuts particuliers doivent aujourd'hui être aménagés. A défaut, ils

³⁷ Un statut national des personnels hospitaliers apparaît en 1955, remplacé par les dispositions du livre IX du code de la santé publique, elles-mêmes abrogées par la loi du 9 janvier 1986.

³⁸ La loi du 13 juillet 1983 constitue le titre 1^{er} du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales, le statut général des fonctionnaires de l'Etat (1984) en constitue le titre II, celui des fonctionnaires territoriaux (1984), le titre III et celui des fonctionnaires hospitaliers le titre IV.

risquent d'être considérés comme obsolètes, impossibles à réformer et au bout du compte rejetés. Un statut qui n'évolue pas finit par disparaître ou par être contourné.

Sauf exception, les statuts particuliers des cadres hospitaliers dans les différentes filières sont de création ou de rénovation récente : 2001 pour les cadres de santé et les attachés d'administration hospitalière, 2002 pour les sages-femmes cadres, 2003 pour les techniciens supérieurs hospitaliers, 2007 pour les cadres socio-éducatifs et les ingénieurs. Pourtant, certains d'entre eux ne correspondent plus à ce que l'on est en droit d'attendre d'une gestion moderne des ressources humaines (c'est le cas en particulier du statut des attachés d'administration hospitalière) ou ne prennent pas suffisamment en compte les responsabilités inhérentes aux fonctions d'encadrement, notamment celles des cadres de santé, beaucoup plus lourdes avec la mise en place de la nouvelle gouvernance et l'organisation de l'hôpital en pôles.

Les cadres de santé

Au-delà d'un manque général d'attractivité de leur statut, auquel la réforme en cours de la catégorie A devra s'attaquer, les cadres de santé connaissent deux difficultés particulières, constatées par la mission et largement corroborées par les réactions des professionnels lors des réunions interrégionales ou sur le forum Internet : un début de carrière peu valorisé et des responsabilités de cadre paramédical de pôle insuffisamment prises en compte.

Une entrée peu valorisée dans la fonction d'encadrement

Le dernier statut de décembre 2001 (application du protocole du 14 mars 2001 relatif aux filières professionnelles) a permis une nette amélioration globale de la rémunération des cadres de santé : 102 points d'indice brut (IB) supplémentaires en fin de carrière pour un cadre de santé par rapport aux ex-surveillants et 120 points en fin de carrière pour un cadre supérieur par rapport aux ex-surveillants chefs.

Souhaitant analyser la situation plus en détail, la mission a procédé, à partir d'une étude sollicitée auprès de la DHOS, à une simulation de l'évolution théorique de la rémunération mensuelle des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et des cadres de santé sur une période de 15 ans (1993 – 2009), en euros constants, à partir de leur situation respective en début et en fin de carrière. Les éléments pris en compte sont le traitement indiciaire et les primes et indemnités permanentes (indemnité de résidence, prime de service, indemnité de sujétion spéciale dite des 13 heures, prime d'encadrement et prime Veil). Il ressort en particulier de cette étude que, sur cette période de 15 ans, la progression de la rémunération entre le début et la fin de carrière a évolué de la manière suivante :

- pour un IDE : en 1993 + 49% et en 2009 + 58%
- pour un IDE devenant surveillant-chef ou cadre supérieur : en 1993 + 70% et en 2009 + 98%

Ainsi, l'évolution de la rémunération globale des cadres de santé est nettement à l'avantage de ces derniers par rapport aux IDE. Il faut toutefois remarquer que cette évolution est due beaucoup plus au niveau de la rémunération des cadres en fin de carrière. Autrement dit, le différentiel de rémunération entre un IDE en début de carrière et un cadre en début de carrière est relativement faible (moins de 20% en 2009). De ce fait, un cadre de santé débutant peut se retrouver avec une rémunération inférieure à celle de professionnels qu'il encadre même lorsque ces derniers sont peu avancés dans leur carrière.

La mission préconise que cette faible attractivité du premier emploi d'encadrement, marquée par une différence insuffisante avec la rémunération qui était versée dans l'emploi précédent, soit corrigée.

Des responsabilités de cadre paramédical de pôle mal prises en compte

La mission a déjà eu l'occasion de souligner le rôle clé tenu par le « trio de pôle » dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance. Au sein des pôles d'activité clinique, le praticien hospitalier, chef du pôle, voit ses prérogatives renforcées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. A l'évidence, les responsabilités du collaborateur direct du médecin chef de pôle sur la fonction soin ont considérablement augmenté. Le passage en pôle a élargi à la fois la taille des unités et le nombre de personnes encadrées, y compris l'encadrement de cadres de proximité (plusieurs centaines de personnes et 7 à 8 cadres de proximité pour un CHU de taille moyenne par exemple).

La situation se présente de manière assez proche pour les sages-femmes cadres en situation de cadre de pôle.

Ces lourdes responsabilités de management d'un pôle, tenues, sous l'autorité fonctionnelle du médecin chef du pôle, par un cadre supérieur de santé ou un cadre sage-femme et consacrées par la possession obligatoire d'un master ainsi que la mission le préconise, doivent être statutairement mieux prises en compte.

Les attachés d'administration hospitalière

Les emplois d'encadrement administratif à l'hôpital sont très majoritairement occupés par des attachés d'administration hospitalière. Le constat est aujourd'hui unanime et sombre : de création récente (2001), ce corps est en crise. La principale raison de ce phénomène tient aux difficultés statutaires qui elles-mêmes entraînent des stratégies alternatives de la part de nombreux chefs d'établissements et directeurs des ressources humaines. Cette situation est d'autant plus mal vécue par les intéressés que ce corps de catégorie A est recruté à un niveau élevé et que les responsables d'établissements et de pôle soulignent l'importance des attachés dans l'institution et la qualité de leur travail, leurs missions répondant à un haut degré d'exigence.

Des difficultés statutaires :

- les modalités de nomination, imposées par les contraintes interministérielles, se sont révélées peu adaptées aux caractéristiques de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière ; un établissement public de santé est doté de l'autonomie juridique, le chef d'établissement et son équipe ont besoin de pouvoir recruter les collaborateurs les mieux à même d'occuper les postes dont ils ont défini les profils ; ce n'est pas le cas aujourd'hui pour les attachés d'administration hospitalière issus du concours, dès lors que les modalités d'affectation sur leur premier poste obéissent au critère du classement au mérite ; un système de liste d'aptitude, qui ne remet nullement en cause le principe du concours, permettrait au chef d'établissement de recruter l'attaché d'administration de son choix ;
- la formation (initiale et d'adaptation à l'emploi) des attachés d'administration hospitalière, telle qu'elle est organisée aujourd'hui, pose de réelles difficultés. Celles-ci ont été analysées avec précision par la mission (cf. supra 2.2.5.).

Des conséquences néfastes :

- confrontés à ces lacunes et difficultés statutaires, les établissements délaissent le concours, se tournent vers d'autres formules pour s'entourer des attachés dont ils ont besoin et recourent soit au recrutement de contractuels soit à la seule promotion interne d'adjoints des cadres hospitaliers ;
- le statut particulier des AAH s'en trouve sérieusement déséquilibré ; ainsi le nombre de postes ouverts au concours est faible (75 postes en 2008) voire dérisoire (30 postes en 2009) et dans le même temps, la nomination dans le corps des attachés par la promotion interne d'adjoints des cadres hospitaliers est deux fois plus importante que le recrutement par concours ; malgré l'intérêt qui s'attache au développement de la promotion interne, il y a là une véritable perversion du statut des attachés d'administration hospitalière, le recrutement par concours devant rester la voie principale de recrutement ;
- un redressement de la situation est d'autant plus impératif qu'un travail ministériel de gestion prévisionnelle des emplois, métiers et compétences actuellement en cours doit aboutir à une augmentation, dans les prochaines années, du nombre des emplois d'attachés d'administration hospitalière par diminution corrélative du nombre global des emplois de direction.

Les adjoints des cadres hospitaliers

Les ambiguïtés sont connues dans la fonction publique des corps classés dans la catégorie « B type » dont le niveau réel de recrutement externe est bien supérieur à celui du bac et qui peuvent ouvrir sur des fonctions d'encadrement. Le corps des adjoints des cadres hospitaliers en est un exemple parfaitement significatif. Les adjoints des cadres hospitaliers peuvent occuper des fonctions d'encadrement dans toutes les catégories et tailles d'établissements, à des niveaux de responsabilité parfois élevés, par exemple en qualité de collaborateur direct du chef

d'établissement dans de petites structures ou d'assistant d'un chef de pôle dans un établissement hospitalier. D'un point de vue fonctionnel, les responsabilités incombant à de nombreux adjoints des cadres hospitaliers les rapprochent plus des attachés que des secrétaires médicales, nonobstant les réelles fonctions d'encadrement que ces dernières peuvent exercer par ailleurs (responsabilité de plusieurs secrétariats médicaux par exemple). Ces missions d'encadrement sont insuffisamment reconnues, notamment dans le contexte de la nouvelle gouvernance à l'hôpital et de la mise en place du nouveau dispositif de tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Les techniciens supérieurs hospitaliers

La situation des ingénieurs ayant fait l'objet d'importantes améliorations récentes, c'est, dans la catégorie des cadres techniques, celle des techniciens supérieurs hospitaliers (TSH) qui attire plus particulièrement l'attention. Ces professionnels exercent dans de multiples domaines de l'activité hospitalière. C'est à la fois une force, car il est peu de secteurs de l'établissement qui échappent à leur intervention, et une faiblesse, car cette diversité implique un exercice souvent sectoriel en même temps que transversal des fonctions, au détriment d'une vision précise des réelles responsabilités assumées, notamment d'encadrement. Si les fonctions d'encadrement des TSH sont clairement prévues par le statut particulier du corps, qui a été placé dans le classement indiciaire intermédiaire (CII) en 2003, elles ne sont pas assez valorisées au regard des responsabilités parfois lourdes, dans des domaines sensibles pour l'établissement.

Les cadres socio-éducatifs

S'ils sont très présents dans les établissements sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, les cadres socio-éducatifs sont souvent moins « visibles » en établissement hospitalier où ils assument pourtant d'importantes fonctions de responsabilités et d'encadrement : direction de services sociaux ou éducatifs, encadrement des personnels sociaux et éducatifs, responsabilité de projets, relations avec les patients et leurs proches etc. Par ailleurs, quels que soient leurs métiers et qualifications d'origine (assistant de service social, éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur technique spécialisé, éducateur de jeunes enfants), les cadres socio-éducatifs ont un rôle déterminant à jouer dans l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur et la prise en charge globale du patient. L'organisation de l'hospitalisation à domicile et le soutien au patient et aux proches qu'elle peut impliquer, le fonctionnement de l'hôpital en relation étroite avec le secteur médico-social, gage d'une prise en charge globale du patient, la création de communautés hospitalières de territoire, l'animation des réseaux reliant l'hôpital et le secteur social et médico-social, nécessitent et nécessiteront demain plus encore les compétences et l'engagement des cadres socio-éducatifs. Leurs responsabilités et fonctions d'encadrement doivent être mieux prises en compte.

III.3.1.b Des régimes indemnitaires dépassés et globalement insuffisants

A l'exception notable des emplois d'encadrement de la filière technique (ingénieurs et techniciens supérieurs hospitaliers³⁹), le dispositif des primes et indemnités spécifiques⁴⁰ versées aux cadres hospitaliers présente les caractéristiques suivantes :

- une absence totale de modularité pour les cadres de santé, les directeurs et directrices d'institut de formation et les sages-femmes cadres. Le montant de la prime d'encadrement est fixe et lié au grade.
- pour les cadres socio-éducatifs, un régime indemnitaire à la fois très faible et non modulable.
- une faible modularité pour les attachés d'administration hospitalière, les adjoints des cadres hospitaliers en situation d'encadrement et les secrétaires médicales coordonnatrices de secrétariat médical. Le montant des indemnités forfaitaires pour travaux supplémentaires est compris entre un taux moyen et un taux maximum du double du taux moyen.

A l'évidence, de tels dispositifs ne permettent pas une politique de rémunération indemnitaire tenant compte de la nature de l'emploi occupé par le cadre, de l'étendue des responsabilités assumées, de la valeur professionnelle de l'agent ni de l'atteinte des objectifs.

III.3.2. Des propositions communes pour tous les cadres hospitaliers

III.3.2.a Des réformes statutaires en cours

Les statuts particuliers des catégories A et B de la fonction publique hospitalière vont, pour la plupart d'entre eux, être prochainement modifiés dans le cadre de la réforme des grilles indiciaires engagée au niveau interministériel par les pouvoirs publics. Le statut particulier des infirmiers sera quant à lui réformé pour tenir compte de la reconnaissance au niveau de la licence de la formation des infirmiers, en application du dispositif LMD ; les statuts d'autres paramédicaux devraient suivre. Cette modification des statuts des personnels paramédicaux aura bien évidemment des incidences sur celui des cadres de santé.

Les propositions qui suivent s'inscrivent en cohérence avec les évolutions statutaires prévues. La mission recourt aux différents leviers possibles, lui paraissant les mieux adaptés au

³⁹ Les ingénieurs et TSH sont soumis à un système particulier dans la FPH : la prime de technicité pour les premiers et l'indemnité forfaitaire technique pour les seconds. Leur montant, fixé par le chef d'établissement en fonction de la valeur professionnelle du bénéficiaire, ne peut être inférieur au montant mensuel de l'indemnité de sujétion spéciale (13h) et ne peut être supérieur à un pourcentage du traitement brut mensuel indiciaire de l'agent (40% pour les TSH, 45% voire 60% pour les ingénieurs). Ces indemnités sont exclusives de l'octroi de la prime de service et de l'indemnité de sujétion spéciale.

⁴⁰ On entend par spécifique un dispositif propre au corps ou au grade considéré, à l'exclusion des autres indemnités ou primes permanentes versées à la quasi-totalité des personnels hospitaliers telles que prime de service, indemnité de sujétion spéciale dite des 13 heures, prime Veil (en faveur des soignants pour cette dernière).

résultat escompté, à savoir une amélioration de la rémunération globale des cadres, plus particulièrement ceux assumant des responsabilités d'encadrement de personnels. Ces leviers, utilisés seuls ou simultanément, sont le classement et l'échelonnement indiciaires, les points de NBI (nouvelle bonification indiciaire) et les primes et indemnités.

La mission estime cohérent que la réforme en cours, pilotée par la fonction publique, des grilles de rémunération et des dispositifs indemnitaires, soit le support de la mise en œuvre de ses propositions se rapportant aux statuts et à la rémunération des cadres hospitaliers. Elle n'en souhaite pas moins que l'ensemble de ses propositions soit inscrit dans un calendrier raisonnable et que les mesures liées à la rémunération ne subissent pas un décalage trop important dans leur mise en place par rapport aux autres.

Par ailleurs, au-delà du chantier statutaire d'envergure en cours, qui concernera nombre de cadres hospitaliers, la mission relève quelques particularités dans les modes de recrutement et de rémunérations pour certains de ces cadres, qu'il lui paraît important d'aménager ou d'améliorer.

III. 3 2.b Des modes de recrutement et de gestion à moderniser

Le concours sur titres, parfois décrié, doit être conforté.

Une des grandes innovations du statut hospitalier a été la création du concours sur titres. Celui-ci présente de solides avantages : il permet le respect du principe républicain du recrutement des fonctionnaires par concours⁴¹ tout en s'adaptant à la forte professionnalisation de la fonction publique hospitalière. Il est vite apparu qu'il serait absurde de recruter par concours sur épreuves à l'hôpital une infirmière qui doit en tout état de cause obligatoirement posséder le diplôme d'Etat correspondant pour exercer sa profession. Le concours sur titres préserve l'universalité des candidatures (publication du poste) et permet la meilleure adéquation possible entre le profil du poste et celui du candidat. Il est donc particulièrement bien adapté aux contraintes et exigences de beaucoup d'emplois hospitaliers, y compris d'encadrement.

Cela étant, la mission a entendu et lu certaines critiques à l'encontre du concours sur titres portant en particulier sur la lourdeur du dispositif (« *parcours du combattant* »⁴², longueur de la procédure due au délai de publication du poste) et son manque de clarté, par exemple des disparités d'un établissement à l'autre pour le pourvoi d'un même type de poste quant à la composition du jury et l'existence ou non d'un entretien avec le jury. Ces critiques sont parfaitement justifiées mais elles portent plus sur les modalités du concours sur titres que sur son principe. Un rappel opportun des procédures par la direction de l'hospitalisation et de

⁴¹ Si le recrutement est également possible et souhaitable par le biais de la promotion interne (liste d'aptitude, tour extérieur, etc.), le recrutement par concours, externe et interne, sur épreuves ou sur titre, doit rester la voie principale d'accès aux emplois de fonctionnaires ; il s'agit là d'un des principes fondamentaux de droit public, à savoir l'égalité d'accès de tous les citoyens, répondant aux conditions fixées par les statuts, aux emplois de fonctionnaires.

⁴² Verbatim du forum internet.

l'organisation des soins et si nécessaire, des aménagements statutaires ou de gestion doivent résoudre ces problèmes sans difficulté (cf. supra 2.2.3.).

Réformer en profondeur le recrutement des attachés d'administration hospitalière

Tirant les conséquences des sérieuses difficultés statutaires qu'elle a relevées, la mission a préconisé des actions précises pour y mettre fin (cf. supra 2.2.5.). Par ailleurs, la mission a pris connaissance, lors d'auditions ou sur le forum Internet, des positions prises en faveur d'une gestion nationale du corps des AAH. Elle a débattu de cette question. Eu égard aux enjeux du passage en gestion nationale d'un corps de la FPH, que la mission n'a pas eu la possibilité d'approfondir, il est proposé que la DHOS mène une réflexion sur ce sujet en associant l'ensemble des acteurs concernés (CNG, EHESP, FHF, organisations syndicales et professionnelles).

III.3.2.c Rendre les carrières plus attractives et mieux reconnaître les responsabilités dans les statuts

En tout état de cause, une réforme des corps classés en catégorie A dans les trois fonctions publiques est actuellement en préparation. Cette réforme devrait impliquer un rééchelonnement indiciaire complet des deux grades de cadre de santé et modifier le statut d'autres cadres hospitaliers. La mission se propose d'insister sur les actions suivantes :

Valoriser l'accès au premier emploi de cadre de santé

- Pour améliorer la rémunération des cadres débutants, prévoir un dispositif statutaire pour les cadres de santé construit de telle sorte que le gain indiciaire (en indices bruts) d'un agent prenant ses premières fonctions de cadre (1^{er} grade) ne soit jamais inférieur à 60 points par rapport à l'indice qu'il détenait dans son corps précédent ;
- maintenir ce nouveau différentiel de début de carrière en faveur des cadres de santé, lorsqu'aura été fixé le futur échelonnement indiciaire des IDE issu de leur classement en catégorie A.

Il est bien entendu préférable que cette valorisation indiciaire des cadres de santé nommés pour la première fois dans leur emploi, s'inscrive dans la réforme globale du statut particulier des cadres de santé. Toutefois, au moment où elle remet son rapport, la mission ignore le classement et l'échelonnement indiciaires qui seront retenus dans le futur statut ; elle estime donc primordial d'indiquer clairement son souhait de voir revalorisé de manière significative, dans les conditions énoncées ci-dessus, l'accès au premier emploi de cadre de santé.

Mieux reconnaître statutairement les responsabilités d'encadrement les plus lourdes

- Aux yeux de la mission, les responsabilités d'un cadre de pôle, à l'avenir confortées par la possession obligatoire d'un master, doivent situer ce dernier au niveau d'un attaché principal d'administration hospitalière. Il est proposé la création d'un statut d'emploi de cadre de santé ou sage-femme de pôle doté d'échelons conduisant à un indice identique à l'indice sommital du corps des AAH et accessible aux seuls cadres nommés dans ces fonctions;
- créer un statut d'emploi de conseiller d'administration hospitalière sur le modèle du statut correspondant dans les administrations de l'Etat. L'accès à cet emploi, doté d'un échelonnement indiciaire terminant à l'IB 1015 (hors échelle A sur échelon spécial), serait réservé aux AAH occupant des fonctions de haute responsabilité, notamment dans les équipes de direction des établissements ;
- saisir l'opportunité de la réforme en cours de la catégorie A dans la fonction publique pour rétablir, au profit des AAH, la possibilité d'accéder par détachement aux emplois de direction de la fonction publique hospitalière. Cette possibilité a en effet disparu avec les nouveaux statuts d'emplois de direction et le classement indiciaire y afférent ;

Par ailleurs, la mission estime qu'une réflexion sur la réforme du statut des sages-femmes cadres (3^{ème} et 4^{ème} grades du statut particulier) doit nécessairement intégrer la question du certificat Cadre sage-femme créé par le décret n° 70-1043 du 6 novembre 1970. Ce certificat n'est pas obligatoire aujourd'hui pour l'accès au grade de sage-femme cadre. Il serait logique qu'une revalorisation de la carrière des sages-femmes cadres passe par la possession obligatoire d'un master de management en santé (cf. supra 2.2.4.).

III.3.2.d Réformer radicalement les systèmes indemnitaires

Il a déjà été indiqué à quel point les différents dispositifs indemnitaires aujourd'hui en vigueur pour les cadres hospitaliers sont incompatibles avec l'exercice de l'encadrement d'aujourd'hui. Le régime indemnitaire doit être d'un niveau suffisant et adapté à la nature du poste occupé, à l'étendue des responsabilités, à l'évaluation professionnelle et au respect des objectifs fixés.

La mission propose de s'appuyer sans tarder sur la philosophie de la prime de fonctions et de résultats (PFR) et, dans ce cadre, d'une part qu'une véritable modularité soit instaurée, d'autre part que les montants des indemnités soient revalorisés par la fixation de plafonds plus élevés.

La prime de fonctions et de résultats

Instauré pour la fonction publique de l'Etat par le décret n° 2008-1533 du 22 décembre 2008, le dispositif de la prime de fonctions et de résultats a vocation à être étendu aux trois fonctions publiques, de manière progressive et en commençant par la filière administrative et les emplois de catégorie A⁴³.

Selon les termes mêmes du décret précité, la prime de fonctions et de résultats comprend deux parts : une part tenant compte des responsabilités, du niveau d'expertise et des sujétions spéciales liées aux fonctions exercées ; une part tenant compte des résultats de la procédure d'évaluation individuelle prévue par la réglementation en vigueur et de la manière de servir. Si ce dispositif apparaît pertinent pour les cadres hospitaliers et en tout état de cause mieux adapté aux exigences d'une gestion moderne des ressources humaines, sa mise en place doit à l'évidence être accompagnée d'une concertation approfondie, en particulier quant au processus futur de fixation des objectifs professionnels et d'évaluation des résultats obtenus.

Une modularité et des taux plus compatibles avec les niveaux d'encadrement

Dans l'immédiat, la mission propose

- l'instauration de la modularité et un taux maximum du double du taux fixe actuel pour les cadres de santé ;
- l'élargissement de la modularité et une augmentation significative des taux maximum pour les attachés d'administration hospitalière et les adjoints des cadres hospitaliers ;
- l'alignement des taux moyens et maximum pour les cadres socio-éducatifs et les sages-femmes cadres sur ceux réformés des cadres de santé ;
- la fixation du montant de l'indemnité forfaitaire technique des TSH occupant des fonctions d'encadrement dans une fourchette allant de 14% à 45% du traitement brut mensuel.

Bien entendu, l'instauration ou l'élargissement de la modularité des primes peut entraîner une variation du montant individuel à la hausse ou à la baisse en fonction de l'atteinte des objectifs fixés.

Les propositions détaillées de la mission, concernant les aspects statutaires et le régime indemnitaire des cadres hospitaliers figurent dans des fiches annexées au présent rapport.

⁴³ Extrait du rapport annuel sur l'état de la fonction publique : la PFR est appelée à s'appliquer dans un premier temps à la filière administrative. Dans le communiqué du 3 juillet 2008, le ministre du budget des comptes publics et de la fonction publique a proposé, parmi les mesures destinées à prendre en compte le mérite dans la rémunération, l'extension de la PFR à « l'ensemble des agents de catégories A et B de la filière administrative de la fonction publique de l'Etat d'ici 2011 ; et à terme pour les fonctions publiques hospitalière et territoriale ».

III.3.3. Engager la réflexion pour un intéressement collectif

Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, après une première apparition en 1991⁴⁴, la notion d'intéressement apparaît dans deux textes, l'un de portée législative et l'autre de niveau réglementaire :

- L'article L6143-7 du code de la santé publique (modifié en dernier lieu par la loi HPST du 21 juillet 2009) qui indique qu' « *après concertation avec le directoire, le directeur : [...] 3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement.* »
- L'article D6114-5 du code de la santé publique (créé par le décret 2006-1332 du 2 novembre 2006) ainsi rédigé : « *Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévoit des engagements précis et mesurables du titulaire de l'autorisation en vue d'améliorer le service rendu au patient et de renforcer l'efficacité de sa gestion par une meilleure utilisation de ses ressources et le développement d'outils de gestion. Le contrat peut prévoir des actions d'accompagnement et des mesures d'intéressement aux résultats constatés.* »⁴⁵

Si le support juridique institutionnel existe pour l'intéressement dans les établissements publics de santé, il reste à mettre en place au plan statutaire si l'on souhaite qu'il soit applicable aux personnels relevant de la fonction publique hospitalière et notamment aux cadres hospitaliers. La démarche est ici interministérielle et commune, dans son principe, aux trois fonctions publiques. A la suite du rapport remis au Premier ministre par le député Michel Diefenbacher, le gouvernement envisage de donner une assise juridique à caractère transversal pour l'intéressement collectif dans le champ des fonctions publiques d'Etat, territoriale et hospitalière.

La mission propose que la déclinaison de l'intéressement (collectif à ce stade) pour les cadres hospitaliers s'inscrive dans un processus largement concerté avec les partenaires sociaux. A l'évidence, les mécanismes de l'intéressement des personnels aux résultats, à ne pas confondre avec le régime indemnitaire qui est un complément individuel de rémunération, doivent être adaptés aux particularités des missions de l'hôpital, « producteur de soins ». Les indicateurs retenus devront être objectifs, simples, mesurables et si possible partagés. La mission a recueilli sur la question de l'intéressement de nombreux témoignages ; les positions sont très partagées, du refus catégorique à l'assentiment, en passant par le doute et la perplexité. Il est important de remarquer que les partisans de l'intéressement et ceux qui ne s'y opposent pas formellement ont tous indiqué la nécessité absolue de la plus grande rigueur dans l'élaboration des mécanismes : quels objectifs, quels indicateurs, quelle répartition, quels bénéficiaires, quel suivi etc. ? Si la mission partage totalement ce constat, elle n'en propose pas moins que la réflexion soit engagée pour un intéressement collectif des personnels d'encadrement aux résultats des établissements publics de santé.

⁴⁴ La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière prévoyait des mesures d'intéressement. En 1995, compte tenu des imprécisions du texte sur le contenu des mesures, le Conseil d'Etat avait estimé que les mesures d'intéressement ne pouvaient donner lieu à un intéressement pécuniaire et ne pouvaient porter que sur l'amélioration des conditions de travail. Ce dispositif, ainsi cadré par la jurisprudence, avait été mis en place par quelques EPS.

⁴⁵ Ce texte concerne les établissements de santé publics et privés.

Conclusion

Plus que beaucoup d'autres, le secteur hospitalier public est accoutumé aux réformes. La nouveauté tient à la continuité et à l'accélération du phénomène dans la période récente. La mise en place de la nouvelle gouvernance en 2005, confortée et ajustée parfois sur des points importants par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, s'inscrit dans un contexte d'adaptation permanente de l'hôpital et de ceux qui y travaillent aux réformes de structures, d'organisation et de fonctionnement. A ces réformes institutionnelles d'envergure vient s'ajouter pour l'hôpital et les hospitaliers la nécessité d'intégrer en continu les nouvelles techniques médicales et de soins et d'apporter les bonnes réponses aux multiples demandes d'un corps social exigeant. L'encadrement hospitalier est au centre du dispositif et la clé de voûte sur laquelle repose toute l'architecture du changement. Situé entre la direction, l'autorité médicale et les personnels, le cadre est à la convergence des décisions prises et des aspirations de ceux qui les appliquent. La motivation des cadres en toutes circonstances, leur intelligence des situations, leur place à risque mais privilégiée dans l'institution, représentant « la base » aux yeux de l'administration et représentant l'administration aux yeux de « la base », tout cela explique en bonne partie qu'au fil des réformes incessantes, « ça ait tenu » et que l'institution hospitalière n'ait pas imploré. Sans aucun doute possible, les cadres hospitaliers ont porté à bout de bras les démarches d'accréditation puis de certification et les ont fait réussir. Cet aspect bien réel est, lui aussi, resté largement invisible et confirme le paradoxe d'une reconnaissance acquise plus au sein de la société que de l'hôpital.

La mission tient à souligner qu'elle n'a pas pu explorer l'ensemble des très nombreuses pistes qui s'ouvraient à elle, ni investir de manière approfondie tous les champs de la problématique de l'encadrement à l'hôpital. A titre d'exemple, il aurait été très pertinent d'analyser les particularités de la fonction d'encadrement dans les très petites structures, de mieux identifier les différences tenant aux personnes soignées ou accueillies ; il aurait été de même intéressant d'observer la manière dont la fonction d'encadrement est appréhendée en Europe et au-delà.

Aujourd'hui, les cadres hospitaliers, toutes filières confondues, ont besoin de clarifications, de rectifications et d'améliorations dans les différents domaines d'exercice de leurs fonctions. Le tournant imposé par les réformes en cours ne pourra être pris qu'à ces conditions. Réalistes et clairvoyants, les cadres hospitaliers, dans leur grande majorité, sont prêts à relever les grands défis de l'époque pour peu que les pouvoirs publics et l'institution hospitalière leur en donnent la possibilité et les moyens. Le statut social des cadres hospitaliers doit être valorisé dans les différents domaines de leur activité : formation, positionnement, rémunération, évaluation. Au rebours du « délire procédurier »⁴⁶ souvent constaté, les propositions de la mission se veulent opérationnelles et pragmatiques. Elles visent, en sensibilisant aux fortes particularités de la

⁴⁶ Voir François Dupuis dans « La fatigue des élites », le capitalisme et ses cadres, (la République des idées – Seuil), page 80.

situation des cadres aujourd'hui, à clarifier, à mieux accompagner et surtout à redonner des marges de manœuvre aux hôpitaux et aux cadres eux-mêmes.

La mission a conscience que la mise en œuvre de ses préconisations passe d'abord par l'appropriation par les cadres, les médecins et les équipes de direction eux-mêmes, des grandes thématiques sur lesquelles elle s'est appuyée. Au delà, elle appelle de ses vœux une véritable dynamique nationale sur la question de l'encadrement dans les établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. Cette dynamique s'est incontestablement amorcée avec les choix méthodologiques opérés par la mission pour travailler. Les auditions, les rencontres interrégionales (y compris outre-mer), les rencontres informelles avec des professionnels, le forum Internet mis en place pour la circonstance, les prises de position ou réflexions à d'autres occasions, ont apporté un formidable témoignage de l'implication des cadres sur les sujets les concernant mais aussi de la confirmation de leurs fortes attentes.

C'est dire l'importance, pour cette dynamique nationale, de la double question du portage et du pilotage de la suite des travaux de la mission. Le portage doit se situer au niveau des pouvoirs publics, la ministre de la santé et des sports ayant sollicité elle-même cette mission de réflexion et de propositions sur les cadres hospitaliers. La mission préconise que le pilotage de la suite de ses travaux, et pas seulement de la mise en œuvre de ses propositions, s'organise sur la base d'une démarche de projet comprenant :

- La désignation d'un chef de projet d'un haut niveau dans la hiérarchie de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ;
- La mise en place d'un groupe projet associant, outre la direction générale de l'action sociale, divers acteurs institutionnels dont la fédération hospitalière de France, l'association pour la formation permanente des personnels hospitaliers (ANFH), l'école des hautes études en santé publique (EHESP). Ce groupe projet aurait à piloter le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des propositions de la mission, à proposer puis appliquer un calendrier de travail.

Parmi les nombreuses et fortes déclarations entendues ou lues par la mission au cours de ses travaux, une phrase vient à l'esprit : « *l'encadrement, ça attire et ça fait peur* ». Puissent les propositions de la mission conforter le premier sentiment et alléger le second.

Fiches de propositions statutaires

FICHE N°1 : LES CADRES DE SANTE

1. CONSTATS

1.1. La rémunération globale

- Le dernier statut de décembre 2001 (application du protocole du 14 mars 2001 relatif aux filières professionnelles) a permis une nette amélioration globale de la rémunération des cadres de santé. Ainsi l'indice brut (IB) de rémunération d'un cadre de santé en fin de carrière est passé à 740 contre 638 auparavant pour les surveillants, ces indices étant respectivement de 780 contre 660 pour les cadres supérieurs de santé par rapport aux anciens surveillants chefs.
- La mission a procédé, à partir d'une étude sollicitée auprès de la DHOS, à une simulation de l'évolution théorique de la rémunération mensuelle des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et des cadres de santé sur une période de 15 ans (1993 – 2009), en euros constants, à partir de leur situation respective en début et en fin de carrière. Les éléments pris en compte sont le traitement indiciaire et les primes et indemnités permanentes (indemnité de résidence, prime de service, indemnité de sujétion spéciale dite des 13 heures, prime d'encadrement et prime Veil). Il ressort en particulier de cette étude que, sur cette période de 15 ans, la progression de la rémunération entre le début et la fin de carrière a évolué de la manière suivante :
 - Pour un IDE : en 1993 + 49% et en 2009 + 58%
 - Pour un IDE devenant surveillant-chef ou cadre supérieur : en 1993 + 70% et en 2009 + 98%
- Ainsi, l'évolution de la rémunération globale des cadres de santé est nettement à l'avantage de ces derniers par rapport aux IDE. Il faut toutefois remarquer que cette évolution est due beaucoup plus au niveau de la rémunération des cadres en fin de carrière. Autrement dit, le différentiel de rémunération entre un IDE en début de carrière et un cadre en début de carrière est relativement faible (moins de 20% en 2009). De ce fait, un cadre de santé débutant peut se retrouver avec une rémunération inférieure à celle de professionnels qu'il encadre même lorsque ces derniers sont peu avancés dans leur carrière.
- La mission fait donc le constat que les responsabilités d'encadrement des cadres de santé sont insuffisamment prises en compte dans la structure des rémunérations.
- En outre, se pose la question de l'impact sur les cadres de santé du prochain classement en catégorie A des IDE dont le diplôme se situera au niveau de la licence dans le cadre de la mise en place du dispositif licence/master/doctorat.

1.2. Le régime indemnitaire

Le régime indemnitaire actuel des cadres de santé est différencié de celui des non-cadres par l'existence de la prime d'encadrement. Celle-ci est structurée autour d'un montant fixe par grade (en 2009, 91,22€ mensuels pour un cadre de santé et 167,45€ mensuels pour un cadre supérieur). Le principal inconvénient de ce dispositif est son absence de modularité ne permettant pas de valoriser financièrement des niveaux spécifiques de responsabilité en lien avec l'évaluation professionnelle du cadre.

2. PROPOSITIONS

En tout état de cause, une réforme des corps classés en catégorie A dans les trois fonctions publiques est actuellement en préparation. Cette réforme devrait impliquer un rééchelonnement indiciaire complet des deux grades de cadre de santé. La mission propose les actions suivantes :

2.1. Pour améliorer la rémunération des cadres débutants, prévoir un dispositif statutaire pour les cadres de santé construit de telle sorte que le gain indiciaire (en indices bruts) d'un agent prenant ses premières fonctions de cadre (1^{er} grade) ne soit jamais inférieur à 60 points par rapport à l'indice qu'il détenait dans son corps précédent.

2.2. Maintenir ce nouveau différentiel de début de carrière en faveur des cadres de santé, lorsqu'aura été fixé le futur échelonnement indiciaire des IDE issu de leur classement en catégorie A.

Il est bien entendu préférable que cette valorisation indiciaire des cadres de santé nommés pour la première fois dans leur emploi, s'inscrive dans la réforme globale du statut particulier des cadres de santé. Toutefois, au moment où elle remet son rapport, la mission ignore le classement et l'échelonnement indiciaires qui seront retenus dans le futur statut ; elle estime donc primordial d'indiquer clairement son souhait de voir revalorisé de manière significative, dans les conditions énoncées ci-dessus au 2.1 et au 2.2, l'accès au premier emploi de cadre de santé.

2.3. Aux yeux de la mission, les responsabilités d'un cadre supérieur de pôle, à l'avenir confortées par la possession obligatoire d'un master, doivent situer ce dernier au niveau d'un attaché principal d'administration hospitalière. Il est proposé la création d'un statut d'emploi de cadre de santé ou sage-femme de pôle, doté d'échelons conduisant à un indice identique à l'indice sommital du corps des AAH et accessible aux seuls cadres nommés dans ces fonctions.

2.4. Instaurer un mécanisme de variation de la prime d'encadrement des cadres supérieurs de santé à hauteur de 100% maximum au-delà du montant actuel de cette prime. Concrètement, ce dispositif permettrait le versement de la prime d'encadrement des cadres supérieurs sur des montants mensuels se situant entre 167,45€ (plancher) et environ 335€ (plafond). La partie variable

de la prime serait consacrée à la prise en compte d'une part des niveaux de responsabilité d'encadrement et d'autre part de l'évaluation professionnelle de l'agent. Inscrire ce mécanisme dans la dynamique d'instauration à moyen terme pour les cadres de santé du nouveau dispositif progressivement applicable à l'Etat (prime de fonctions et de résultats permettant une meilleure prise en compte de la performance individuelle des agents).

- 2.5. Dans le même esprit et selon les mêmes modalités, la prime d'encadrement des cadres de santé pourrait varier entre un plancher (91,22€ mensuels en 2009) et un plafond à hauteur de 100% (environ 182€ mensuels en 2009).

FICHE N°2 : LES CADRES ADMINISTRATIFS

1. CONSTATS

1.1. Les attachés d'administration hospitalière

Les emplois d'encadrement administratif à l'hôpital sont très majoritairement occupés par des attachés d'administration hospitalière. Le constat est aujourd'hui unanime et sombre : de création récente (2001), ce corps est en crise. La principale raison de ce phénomène tient aux difficultés statutaires qui elles-mêmes entraînent des stratégies alternatives de la part de nombreux chefs d'établissements et directeurs des ressources humaines. Cette situation est d'autant plus mal vécue par les intéressés que ce corps de catégorie A est recruté à un niveau élevé et que les responsables d'établissements et de pôle soulignent l'importance des attachés dans l'institution et la qualité de leur travail, leurs missions répondant à un haut degré d'exigence.

a) Des difficultés statutaires

- Les modalités de nomination, imposées par les contraintes interministérielles, se sont révélées peu adaptées aux caractéristiques de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Un établissement public de santé est doté de l'autonomie juridique, le chef d'établissement et son équipe ont besoin de pouvoir recruter les collaborateurs les mieux à même d'occuper les postes dont ils ont défini les profils. Ce n'est pas le cas aujourd'hui pour les attachés d'administration hospitalière issus du concours dès lors que les modalités d'affectation sur leur premier poste obéissent au critère du classement au mérite. Un système de liste d'aptitude, qui ne remet nullement en cause le principe du concours, permettrait au chef d'établissement de recruter l'attaché d'administration de son choix ;
- La formation (initiale et d'adaptation à l'emploi) des attachés d'administration hospitalière est source de frustration pour l'ensemble des acteurs : intéressés eux-mêmes, employeurs et EHESP. Le dispositif statutaire en vigueur est certes vertueux dans son principe : formation initiale de 6 mois après nomination (à l'issue du concours ou par promotion interne) puis, dans les trois ans suivant la titularisation, formation d'adaptation à l'emploi (FAE) de six mois à l'EHESP. Il vise à permettre la formation la mieux adaptée, après un recul suffisant dans l'exercice des premières fonctions. En pratique, ce système fonctionne très mal. Après sa nomination, le nouvel AAH investit ses fonctions et prend la mesure de son poste. Or en période de « montée en charge », il n'est pas forcément disponible, d'un point de vue intellectuel, professionnel et personnel, pour une coupure de six mois au titre de la formation initiale puis de six mois à nouveau au titre de la FAE ; de son côté, l'employeur éprouve de grandes difficultés à se séparer pendant deux fois six

mois d'un collaborateur dont, par définition, il a le plus grand besoin ; l'EHESP enfin ne peut se satisfaire de ne remplir que très imparfaitement, à son corps défendant, les missions qui lui sont imparties. En effet la formation initiale n'est suivie que par 60% des attachés issus de la liste d'aptitude et seuls 13% des attachés parviennent à remplir leurs obligations en matière de FAE dans les délais prévus par les textes, alors que le dispositif de formation a été conçu pour consolider, voire parfaire les connaissances et la pratique des professionnels concernés.

- Un régime indemnitaire peu adéquat. La modularité actuelle de l'indemnité forfaitaire représentative de travaux supplémentaires (IFTS) pour les AAH (écart de 1 à 2 entre le taux moyen et le taux maximum) ne permet pas aux chefs d'établissements de disposer de l'outil dont ils ont besoin pour mettre en adéquation d'une part le niveau du régime indemnitaire de l'attaché et d'autre part l'envergure du poste occupé et le degré de réalisation des objectifs. Au demeurant, si le taux moyen de l'IFTS des AAH est comparable à celui de leurs homologues des services déconcentrés de l'Etat, le taux maximum est 4 fois moins élevé et ne correspond en rien à l'importance des responsabilités exercées par un attaché d'administration hospitalière.

b) Des conséquences néfastes

- Confrontés à ces lacunes et difficultés statutaires, les établissements délaissent le concours et se tournent vers d'autres formules pour s'entourer des attachés dont ils ont besoin et recourent soit au recrutement de contractuels soit à la seule promotion interne d'adjoints des cadres hospitaliers ;
- Le statut particulier des AAH s'en trouve sérieusement déséquilibré. Ainsi le nombre de postes ouverts au concours est faible (75 postes en 2008) voire ridicule (30 postes en 2009) et dans le même temps, la nomination dans le corps des attachés par la promotion interne d'adjoints des cadres hospitaliers est deux fois plus importante que le recrutement par concours. Nonobstant l'intérêt qui s'attache au développement de la promotion interne, il y a là une véritable perversion du statut des attachés d'administration hospitalière, le recrutement par concours devant rester la voie principale de recrutement ;
- Un redressement de la situation est d'autant plus impératif qu'un travail ministériel de gestion prévisionnelle des emplois, métiers et compétences actuellement en cours doit aboutir à une augmentation, dans les prochaines années, du nombre des emplois d'attachés d'administration hospitalière par diminution corrélative du nombre global des emplois de direction.

1.2. Les adjoints des cadres hospitaliers

Les ambiguïtés sont bien connues dans la fonction publique des corps classés dans la catégorie « B type » dont le niveau réel de recrutement externe est bien supérieur à celui du bac et qui peuvent ouvrir sur des fonctions d'encadrement. Le corps des adjoints

des cadres hospitaliers en est un exemple parfaitement significatif. Les adjoints des cadres hospitaliers occupent souvent des fonctions d'encadrement importantes dans toutes les catégories et tailles d'établissements, à des niveaux de responsabilité parfois élevés, par exemple en qualité de collaborateur direct du chef d'établissement dans de petites structures ou d'assistant d'un chef de pôle dans un établissement hospitalier. D'un point de vue fonctionnel, les responsabilités pesant sur de nombreux adjoints des cadres hospitaliers les rapprochent plus des attachés que des secrétaires médicales, nonobstant les réelles fonctions d'encadrement que ces dernières peuvent exercer par ailleurs (responsabilité de plusieurs secrétariats médicaux par exemple). A l'évidence, ces missions d'encadrement sont insuffisamment reconnues, notamment dans le contexte de la nouvelle gouvernance à l'hôpital et de la mise en place du nouveau dispositif de tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

1.3. Les secrétaires médicales

La fonction d'encadrement confiée aux secrétaires médicales, notamment celle de coordonnatrice de secrétariat médical, est devenue plus exigeante avec l'organisation des établissements en pôle d'activité et doit être mieux valorisée.

2. PROPOSITIONS

2.1. Les attachés d'administration hospitalière

- modifier les modalités de nomination sur le premier poste après concours (liste d'aptitude plutôt que rang de classement), de telle sorte que le chef d'établissement puisse nommer le candidat de son choix.
- poursuivre et terminer la réflexion sur le rééquilibrage des effectifs respectifs des corps de direction et des AAH, ce qui doit conduire à une augmentation significative, dans les prochaines années, du nombre de postes d'AAH ouverts aux concours.
- prévoir une formation initiale en continu pendant 12 mois coordonnée par l'EHESP, les futurs AAH étant placés sous statut d'élève. Le financement en serait assuré par une contribution des employeurs à l'EHESP de même nature que celle dont ils s'acquittent aujourd'hui pour la formation des élèves directeurs d'hôpital, des directeurs des soins et des élèves DESSMS. Le surcoût devrait être compensé par une diminution corollaire d'un nombre correspondant d'emplois de direction
- veiller à intégrer un tronc commun « cadres hospitaliers » dans cette formation avec un partenariat EHESP et instituts supérieurs du management en santé.
- de renforcer les spécialisations complètement indispensables eu égard aux métiers émergents de l'administration (contrôleur de gestion, cadre administratif de pôle, acheteur etc.⁴⁷.)

⁴⁷ Voir Rapport DHOS sur les métiers sensibles 2007

- demander à l'EHESP qui, avec son statut d'établissement d'enseignement supérieur a engagé une politique de transformation de ses formations initiales en formations diplômantes, de faire en sorte que la formation des AAH permette d'obtenir un Master en intégrant une Validation des Acquis de l'Expérience et/ou en offrant la possibilité de poursuivre en alternance le master après l'année à l'EHESP si le niveau d'entrée de l'AAH ne permet pas l'inscription en première année de Master.
- créer un statut d'emploi de conseiller d'administration hospitalière sur le modèle du statut correspondant dans les administrations de l'Etat. L'accès à cet emploi, doté d'un échelonnement indiciaire terminant à l'IB 1015 (hors échelle A sur échelon spécial), serait réservé aux AAH occupant des fonctions de haute responsabilité, notamment dans les équipes de direction des établissements.
- saisir l'opportunité de la réforme en cours de la catégorie A dans la fonction publique pour rétablir, au profit des AAH, la possibilité d'accéder par détachement aux emplois de direction de la fonction publique hospitalière. Cette possibilité a en effet disparu avec les nouveaux statuts d'emplois de direction et le classement indiciaire y afférent.
- amener le niveau des indemnités des AAH à hauteur de celui des fonctionnaires homologues des services déconcentrés de l'Etat (variation de 1 à 8 entre le taux moyen et le taux maximum). Il s'agit donc de fixer la variation possible entre le taux moyen et le taux maximum (écart de 1 à 2 aujourd'hui) dans un écart de 1 à 8 et de lier la détermination du montant des IFTS aux responsabilités exercées et à l'évaluation professionnelle de l'agent. Le montant annuel au taux maximum pour un attaché principal pourrait ainsi atteindre 9752€ et 8536€ pour un attaché. Ces nouveaux montants seraient repris dans le cadre de la mise en place de la prime de fonctions et de résultats.
- mener une réflexion sur le passage des AAH en gestion nationale en associant l'ensemble des acteurs concernés (CNG, EHESP, FHF, organisations syndicales et professionnelles).

2.2. Les adjoints des cadres hospitaliers

Au-delà des mesures prévues dans le cadre de la réforme de la catégorie B :

- a) Augmenter de 10 points majorés la NBI actuellement servie aux ACH qui y ont droit.
- b) Sur le plan indemnitaire, faire bénéficier les ACH d'une mesure du même type que celle proposée pour les attachés d'administration hospitalière : montant des IFTS pouvant varier dans un écart de 1 à 8, tenant compte des responsabilités d'encadrement et de l'évaluation professionnelle. Le montant annuel au taux maximum pour un ACH pourrait ainsi atteindre 6718€ (1679,38€ actuellement).

2.3. Les coordonnatrices de secrétariat médical

Augmenter de 10 points majorés la NBI actuellement servie aux coordonnatrices de secrétariat médical.

FICHE N°3 : LES CADRES TECHNIQUES

1. CONSTATS

La situation des ingénieurs ayant fait l'objet d'importantes améliorations récentes, c'est celle des techniciens supérieurs hospitaliers (TSH) qui attire plus particulièrement l'attention. Ces professionnels exercent dans de multiples domaines de l'activité hospitalière. C'est à la fois une force car il est peu de secteurs de l'établissement qui échappent à leur intervention et une faiblesse car cette diversité implique un exercice souvent sectoriel en même temps que transversal des fonctions au détriment d'une vision précise des réelles responsabilités assumées, notamment d'encadrement. Si les fonctions d'encadrement des TSH sont clairement prévues par le statut particulier du corps, qui a été placé dans le classement indiciaire intermédiaire (CII) en 2003, elles ne sont pas assez valorisées au regard des responsabilités parfois lourdes, dans des domaines sensibles pour l'établissement.

2. PROPOSITIONS

Au-delà des mesures dont pourraient bénéficier les techniciens supérieurs hospitaliers dans le cadre de la réforme de la catégorie B :

2.1. Augmenter de 10 points majorés la NBI actuellement versée à certains techniciens supérieurs hospitaliers :

- a) Les TSH encadrant au moins 5 personnes bénéficieraient d'une NBI de 25 points. L'encadrement de personnels d'entreprises ou de prestataires externes ouvrirait droit à cette NBI.
- b) Les TSH encadrant au moins deux secteurs spécialisés d'un service technique ou exerçant en génie thermique ou à titre exclusif dans le domaine biomédical bénéficieraient d'une NBI de 35 points.

2.2. Fixer le montant de l'indemnité forfaitaire technique des TSH occupant des fonctions d'encadrement dans une fourchette allant de 14% à 45% du traitement brut mensuel.

FICHE N°4 : LES CADRES SOCIO-EDUCATIFS

1. CONSTATS

S'ils sont très présents dans les établissements sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, les cadres socio-éducatifs sont souvent moins « visibles » en établissement hospitalier où ils assument pourtant d'importantes fonctions de responsabilités et d'encadrement : direction de services sociaux ou éducatifs, encadrement des personnels sociaux et éducatifs, responsabilité de projets, relations avec les patients et leurs proches etc. Par ailleurs, quels que soient leurs métiers et qualifications d'origine (assistant de service social, éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur technique spécialisé, éducateur de jeunes enfants), les cadres socio-éducatifs ont un rôle déterminant à jouer dans l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur et la prise en charge globale du patient. L'organisation de l'hospitalisation à domicile et le soutien au patient et aux proches qu'elle peut impliquer, le fonctionnement de l'hôpital en relation étroite avec le secteur médico-social, gage d'une prise en charge globale du patient, la création de communautés hospitalières de territoire, l'animation des réseaux reliant l'hôpital et le secteur social et médico-social, nécessitent et nécessiteront demain plus encore les compétences et l'engagement des cadres socio-éducatifs. Leurs responsabilités et fonctions d'encadrement doivent être mieux prises en compte.

2. PROPOSITIONS

2.1. Aligner les montants fixes de la prime d'encadrement des cadres socio-éducatifs sur ceux des cadres de santé : 1^{er} grade 91,22€ mensuels et cadres supérieurs 167,45€ mensuels.

2.2. Instaurer pour les cadres socio-éducatifs un dispositif de variabilité et un montant maximum identiques à ceux proposés pour les cadres de santé (montants maximum 182€ mensuels pour le 1^{er} grade et 335€ mensuels pour les cadres supérieurs). Il s'agirait ici également d'une étape intermédiaire vers l'instauration d'un dispositif de prime de fonction et de résultats.

FICHE N°5 : LES SAGES-FEMMES CADRES

1. LE STATUT

1.1. La mission estime qu'une réflexion sur la réforme du statut des sages-femmes cadres (3^{ème} et 4^{ème} grades du statut particulier) doit nécessairement intégrer la question du certificat Cadre sage-femme créé par le décret n° 70-1043 du 6 novembre 1970. Ce certificat n'est pas obligatoire aujourd'hui pour l'accès au grade de sage-femme cadre. Il serait logique qu'une revalorisation de la carrière des sages-femmes cadres passe par la possession obligatoire d'un master de management en santé, au moins pour les sages-femmes cadres en situation de cadre de pôle.

1.2. Il est proposé la création d'un statut d'emploi de cadre de santé ou sage-femme de pôle, doté d'échelons conduisant à un indice identique à l'indice sommital du corps des AAH et accessible aux seuls cadres nommés dans ces fonctions.

2. LES INDEMNITES

Les montants de la prime d'encadrement des sages-femmes cadres sont identiques à ceux actuellement applicables aux cadres de santé. La mission propose en faveur des sages-femmes cadres un ajustement sur les montants réformés de la prime d'encadrement des cadres et cadres supérieurs de santé et l'instauration d'un mécanisme de variabilité, en fonction de l'atteinte des résultats, s'inscrivant dans l'optique de la mise en place programmée de la prime de fonctions et de résultat.

Taux d'encadrement dans les établissements publics de santé

Taux d'encadrement par filière dans les établissements publics de santé au 31/12/2007

Source : SPE 2004 redressée avec SAE 2007

Champ : Personnels titulaires et non titulaires sur emplois permanents des établissements publics de santé de la France entière (hors hôpitaux militaires)

Filière	Effectif physique de cadres (1)	Effectif physique total	Taux d'encadrement
Administrative	9 356	92 295	10,1%
Soignante et de rééducation	24 515	562 544	4,4%
Socio-éducative	419	11 187	3,7%
Médico-technique	2 766	39 002	7,1%
Technique et ouvrière	7 656	90 636	8,4%
Ensemble	44 712	795 664	5,6%

(1) Il s'agit des effectifs physiques :

- pour la filière administrative, des AAH et des ACH
- pour la filière soignante et de rééducation, des cadres de santé infirmiers et de rééducation et des cadres sages-femmes
- pour la filière socio-éducative, des cadres socio-éducatifs
- pour la filière médico-technique, des cadres de santé
- pour la filière technique et ouvrière, des ingénieurs hospitaliers et des TSH

Taux d'encadrement par catégorie d'établissements dans les établissements publics de santé au 31/12/2004

Source : SPE 2004 (données brutes)

Champ : Personnels titulaires et non titulaires sur emplois permanents des établissements publics de santé de la France entière (hors hôpitaux militaires)

Catégorie d'établissements	Effectif physique de cadres (1)	Effectif physique total	Taux d'encadrement
CH	18 646	366 827	5,1%
CHR-CHU	15 638	252 662	6,2%
CHS	6 043	83 628	7,2%
HL	1 276	38 944	3,3%
NDA*	115	1 707	6,7%
Ensemble	41 718	743 768	5,6%

*Non dénommé ailleurs (syndicat interhospitalier...)

(1) Il s'agit des effectifs physiques des AAH, ACH, des cadres de santé infirmiers, de rééducation et médico-techniques, des cadres sages-femmes, des cadres socio-éducatifs, des ingénieurs hospitaliers et des TSH

Taux d'encadrement par catégorie d'établissements et filière dans les établissements publics de santé au 31/12/2004

Source : SPE 2004 (données brutes)

Champ : Personnels titulaires et non titulaires sur emplois permanents des établissements publics de santé de la France entière (hors hôpitaux militaires)

Catégorie d'établissements	Filière	Effectif physique de cadres (1)	Effectif physique total	Taux d'encadrement
CH	Administrative	4 351	42 482	10,2%
	Soignante et de rééducation	10 663	262 498	4,1%
	Socio-éducative	130	3 650	3,6%
	Médico-technique	1 165	16 881	6,9%
	Technique et ouvrière	2 337	41 316	5,7%
Total CH		18 646	366 827	5,1%
CHR-CHU	Administrative	2 974	32 456	9,2%
	Soignante et de rééducation	8 530	170 873	5,0%
	Socio-éducative	131	2 518	5,2%
	Médico-technique	1 323	18 212	7,3%
	Technique et ouvrière	2 680	28 603	9,4%
Total CHR-CHU		15 638	252 662	6,2%
CHS	Administrative	1 089	8 876	12,3%
	Soignante et de rééducation	4 232	59 891	7,1%
	Socio-éducative	183	3 456	5,3%
	Médico-technique	94	714	13,2%
	Technique et ouvrière	445	10 691	4,2%
Total CHS		6 043	83 628	7,2%
HL	Administrative	557	2 945	18,9%
	Soignante et de rééducation	646	29 907	2,2%
	Socio-éducative	11	239	4,6%
	Médico-technique	8	240	3,3%
	Technique et ouvrière	54	5 613	1,0%
Total HL		1 276	38 944	3,3%
NDA*	Administrative	31	282	11,0%
	Soignante et de rééducation	59	1 098	5,4%
	Socio-éducative	0	12	0,0%
	Médico-technique	2	56	3,6%
	Technique et ouvrière	23	259	8,9%
Total NDA		115	1 707	6,7%
Total		41 718	743 768	5,6%

*Non dénommé ailleurs (syndicat interhospitalier...)

(1) Il s'agit des effectifs physiques :

- pour la filière administrative, des AAH et des ACH
- pour la filière soignante et de rééducation, des cadres de santé infirmiers et de rééducation et des cadres sages-femmes
- pour la filière socio-éducative, des cadres socio-éducatifs
- pour la filière médico-technique, des cadres de santé
- pour la filière technique et ouvrière, des ingénieurs hospitaliers et des TSH

Taux d'encadrement par région dans les établissements publics de santé au 31/12/2004

Source : SPE 2004 (données brutes)

Champ : Personnels titulaires et non titulaires sur emplois permanents des établissements publics de santé de la France entière (hors hôpitaux militaires)

région	Effectif physique de cadres (1)	Effectif physique total	Taux d'encadrement
Alsace	838	15 629	5,4%
Aquitaine	1 720	35 213	4,9%
Auvergne	929	17 190	5,4%
Basse-Normandie	958	17 251	5,6%
Bourgogne	1 177	22 775	5,2%
Bretagne	2 125	40 199	5,3%
Centre	1 479	31 773	4,7%
Champagne-Ardenne	1 006	19 353	5,2%
Corse	202	3 214	6,3%
Franche-Comté	801	16 447	4,9%
Guadeloupe	128	3 380	3,8%
Haute-Normandie	1 058	21 043	5,0%
Ile-de-France	9 410	142 623	6,6%
Languedoc-Roussillon	1 577	25 704	6,1%
Limousin	711	12 185	5,8%
Lorraine	1 755	30 753	5,7%
Martinique	321	4 497	7,1%
Midi-Pyrénées	1 617	31 847	5,1%
Nord-Pas-de-Calais	2 376	45 006	5,3%
Pays de la Loire	2 237	41 071	5,4%
Picardie	1 357	25 979	5,2%
Poitou-Charentes	976	18 450	5,3%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 074	50 669	6,1%
Réunion	126	2 022	6,2%
Rhône-Alpes	3 760	69 495	5,4%
Total	41 718	743 768	5,6%

(1) Il s'agit des effectifs physiques des AAH, ACH, des cadres de santé infirmiers, de rééducation et médico-techniques, des cadres sages-femmes, des cadres socio-éducatifs, des ingénieurs hospitaliers et des TSH

Taux d'encadrement par région et filière dans les établissements publics de santé au 31/12/2004

Source : SPE 2004 (données brutes)

Champ : Personnels titulaires et non titulaires sur emplois permanents des établissements publics de santé de la France entière (hors hôpitaux militaires)

région	Filière	Effectif physique de cadres (1)	Effectif physique total	Taux d'encadrement
Alsace	Administrative	252	2 661	9,5%
	Soignante et de rééducation	480	10 760	4,5%
	Socio-éducative	7	208	3,4%
	Médico-technique	39	423	9,2%
	Technique et ouvrière	60	1 577	3,8%
Total Alsace		838	15 629	5,4%
Aquitaine	Administrative	300	3 509	8,5%
	Soignante et de rééducation	1 126	25 255	4,5%
	Socio-éducative	19	434	4,4%
	Médico-technique	93	1 496	6,2%
	Technique et ouvrière	182	4 519	4,0%
Total Aquitaine		1 720	35 213	4,9%
Auvergne	Administrative	204	1 727	11,8%
	Soignante et de rééducation	534	12 523	4,3%
	Socio-éducative	8	181	4,4%
	Médico-technique	49	784	6,3%
	Technique et ouvrière	134	1 975	6,8%
Total Auvergne		929	17 190	5,4%
Basse-Normandie	Administrative	225	2 221	10,1%
	Soignante et de rééducation	554	12 424	4,5%
	Socio-éducative	8	145	5,5%
	Médico-technique	60	573	10,5%
	Technique et ouvrière	111	1 888	5,9%
Total Basse-Normandie		958	17 251	5,6%
Bourgogne	Administrative	293	2 462	11,9%
	Soignante et de rééducation	707	16 169	4,4%
	Socio-éducative	4	219	1,8%
	Médico-technique	57	955	6,0%
	Technique et ouvrière	116	2 970	3,9%
Total Bourgogne		1 177	22 775	5,2%
Bretagne	Administrative	462	4 238	10,9%
	Soignante et de rééducation	1 235	29 121	4,2%
	Socio-éducative	19	358	5,3%
	Médico-technique	127	1 757	7,2%
	Technique et ouvrière	282	4 725	6,0%
Total Bretagne		2 125	40 199	5,3%
Centre	Administrative	369	3 431	10,8%
	Soignante et de rééducation	806	22 708	3,5%
	Socio-éducative	18	467	3,9%
	Médico-technique	92	1 319	7,0%
	Technique et ouvrière	194	3 848	5,0%

Total Centre		1 479	31 773	4,7%
Champagne-Ardenne	Administrative	235	2 192	10,7%
	Soignante et de rééducation	551	13 688	4,0%
	Socio-éducative	6	203	3,0%
	Médico-technique	67	881	7,6%
	Technique et ouvrière	147	2 389	6,2%
Total Champagne-Ardenne		1 006	19 353	5,2%
Corse	Administrative	49	424	11,6%
	Soignante et de rééducation	121	2 149	5,6%
	Socio-éducative	2	39	5,1%
	Médico-technique	11	161	6,8%
	Technique et ouvrière	19	441	4,3%
Total Corse		202	3 214	6,3%
Franche-Comté	Administrative	185	1 788	10,3%
	Soignante et de rééducation	462	11 817	3,9%
	Socio-éducative	3	131	2,3%
	Médico-technique	44	772	5,7%
	Technique et ouvrière	107	1 939	5,5%
Total Franche-Comté		801	16 447	4,9%
Guadeloupe	Administrative	53	519	10,2%
	Soignante et de rééducation	63	2 424	2,6%
	Socio-éducative	3	70	4,3%
	Médico-technique	0	64	0,0%
	Technique et ouvrière	9	303	3,0%
Total Guadeloupe		128	3 380	3,8%
Haute-Normandie	Administrative	233	2 254	10,3%
	Soignante et de rééducation	617	14 996	4,1%
	Socio-éducative	10	268	3,7%
	Médico-technique	52	947	5,5%
	Technique et ouvrière	146	2 578	5,7%
Total Haute-Normandie		1 058	21 043	5,0%
Ile-de-France	Administrative	1 902	18 713	10,2%
	Soignante et de rééducation	5 426	99 251	5,5%
	Socio-éducative	174	2 574	6,8%
	Médico-technique	730	8 605	8,5%
	Technique et ouvrière	1 178	13 480	8,7%
Total Ile-de-France		9 410	142 623	6,6%
Languedoc-Roussillon	Administrative	353	3 067	11,5%
	Soignante et de rééducation	792	17 795	4,5%
	Socio-éducative	11	344	3,2%
	Médico-technique	90	1 351	6,7%
	Technique et ouvrière	331	3 147	10,5%
Total Languedoc-Roussillon		1 577	25 704	6,1%
Limousin	Administrative	173	1 197	14,5%
	Soignante et de rééducation	397	8 666	4,6%
	Socio-éducative	7	135	5,2%
	Médico-technique	31	529	5,9%
	Technique et ouvrière	103	1 658	6,2%
Total Limousin		711	12 185	5,8%
Lorraine	Administrative	364	3 398	10,7%
	Soignante et de rééducation	1 044	21 834	4,8%
	Socio-éducative	22	364	6,0%
	Médico-technique	88	1 511	5,8%
	Technique et ouvrière	237	3 646	6,5%

Total Lorraine		1 755	30 753	5,7%
Martinique	Administrative	55	605	9,1%
	Soignante et de rééducation	169	3 013	5,6%
	Socio-éducative	6	62	9,7%
	Médico-technique	20	243	8,2%
	Technique et ouvrière	71	574	12,4%
Total Martinique		321	4 497	7,1%
Midi-Pyrénées	Administrative	362	3 371	10,7%
	Soignante et de rééducation	919	22 458	4,1%
	Socio-éducative	13	435	3,0%
	Médico-technique	98	1 517	6,5%
	Technique et ouvrière	225	4 066	5,5%
Total Midi-Pyrénées		1 617	31 847	5,1%
Nord-Pas-de-Calais	Administrative	522	5 323	9,8%
	Soignante et de rééducation	1 366	31 804	4,3%
	Socio-éducative	27	569	4,7%
	Médico-technique	140	1 902	7,4%
	Technique et ouvrière	321	5 408	5,9%
Total Nord-Pas-de-Calais		2 376	45 006	5,3%
Pays de la Loire	Administrative	455	4 302	10,6%
	Soignante et de rééducation	1 229	29 631	4,1%
	Socio-éducative	11	440	2,5%
	Médico-technique	100	1 688	5,9%
	Technique et ouvrière	442	5 010	8,8%
Total Pays de la Loire		2 237	41 071	5,4%
Picardie	Administrative	281	3 060	9,2%
	Soignante et de rééducation	828	17 878	4,6%
	Socio-éducative	16	390	4,1%
	Médico-technique	80	1 106	7,2%
	Technique et ouvrière	152	3 545	4,3%
Total Picardie		1 357	25 979	5,2%
Poitou-Charentes	Administrative	211	2 049	10,3%
	Soignante et de rééducation	587	13 413	4,4%
	Socio-éducative	5	241	2,1%
	Médico-technique	54	768	7,0%
	Technique et ouvrière	119	1 979	6,0%
Total Poitou-Charentes		976	18 450	5,3%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Administrative	621	6 290	9,9%
	Soignante et de rééducation	1 820	34 616	5,3%
	Socio-éducative	31	679	4,6%
	Médico-technique	223	3 040	7,3%
	Technique et ouvrière	379	6 044	6,3%
Total Provence-Alpes-Côte d'Azur		3 074	50 669	6,1%
Réunion	Administrative	22	221	10,0%
	Soignante et de rééducation	74	1 408	5,3%
	Socio-éducative	2	26	7,7%
	Médico-technique	10	135	7,4%
	Technique et ouvrière	18	232	7,8%
Total Réunion		126	2 022	6,2%
Rhône-Alpes	Administrative	821	8 019	10,2%
	Soignante et de rééducation	2 223	48 466	4,6%
	Socio-éducative	23	893	2,6%
	Médico-technique	237	3 576	6,6%

	Technique et ouvrière	456	8 541	5,3%
Total Rhône-Alpes		3 760	69 495	5,4%
Total		41 718	743 768	5,6%

(1) Il s'agit des effectifs physiques :

- pour la filière administrative, des AAH et des ACH
- pour la filière soignante et de rééducation, des cadres de santé infirmiers et de rééducation et des cadres sages-femmes
- pour la filière socio-éducative, des cadres socio-éducatifs
- pour la filière médico-technique, des cadres de santé
- pour la filière technique et ouvrière, des ingénieurs hospitaliers et des TSH

Effectifs de cadres de santé, AAH, ACH, Ingénieurs et TSH dans les établissements publics de santé au 31/12/2007

Source : SPE 2004 redressée avec SAE 2007

Champ : Personnels titulaires et non titulaires sur emplois permanents des établissements publics de santé de la France entière (hors hôpitaux militaires)

Corps	Grade	Titulaires		Non-Titulaires sur emplois permanents		Ensemble	
		Effectif physique	ETP	Effectif physique	ETP	Effectif physique	ETP
Cadre de santé Infirmier	Cadre de santé	18 318	18 017,4	208	191,4	18 527	18 208,9
	Cadre supérieur de santé	3 993	3 948,8	34	32,3	4 026	3 981,0
	Total	22 311	21 966,2	242	223,7	22 553	22 189,9
Cadre de santé Rééducateur	Cadre de santé	683	676,1	28	21,8	712	697,9
	Cadre supérieur de santé	322	311,4	11	9,0	332	320,4
	Total	1 005	987,5	39	30,9	1 044	1 018,3
Cadre de santé Médico-technique	Cadre de santé	2 339	2 279,8	16	13,7	2 356	2 293,6
	Cadre supérieur de santé	406	404,1	5	4,4	410	408,5
	Total	2 745	2 684,0	21	18,1	2 766	2 702,1
Sage-femme	Cadre	566	553,1	4	4,5	570	557,6
	Cadre supérieur	347	337,1	1	1,1	348	338,2
	Total	913	890,2	5	5,6	918	895,8

Corps	Titulaires		Non-Titulaires sur emplois permanents		Ensemble	
	Effectif physique	ETP	Effectif physique	ETP	Effectif physique	ETP
AAH	2 832	2 769,3	328	321,6	3 160	3 090,9
ACH	5 466	5 274,9	730	697,2	6 196	5 972,1
Ingénieur hospitalier	1 553	1 522,9	1 018	974,5	2 571	2 497,4
TSH	4 401	4 349,8	684	676,8	5 085	5 026,7

Remerciements

J'adresse mes chaleureux remerciements à tous les collaborateurs et aux contributeurs de la Mission cadres, au premier chef, les 12 membres de la Commission qui ont fidèlement et intensément participé aux auditions, aux débats et aux rencontres régionales, au rythme d'au moins une journée hebdomadaire durant 4 mois,

A Bernard Verrier, conseiller général des établissements de santé, rapporteur général et à notre équipe rapprochée, Arnaud Favry, Sylvie Cheroutre et Colette Rhinan, qui ont porté au quotidien la démarche ambitieuse de la mission et permis qu'elle aboutisse,

Aux membres du think tank qui ont accompagné avec subtilité et talent la réflexion de la mission,

Aux organisateurs et aux intervenants des 12 rencontres en région, les directeurs des établissements d'accueil et les délégués régionaux de la FHF, qui, avec le soutien de la délégation générale de la FHF, ont su organiser avec succès ces réunions dans un laps de temps parfois très court, les cadres qui ont témoigné avec générosité de leur expérience et de leur parcours, qui nous ont interpellés et qui ont débattu avec nous,

Aux cadres, médecins, directeurs qui ont accepté de participer aux « focus groups »,

Aux contributeurs constructifs et critiques (et souvent noctambules) du forum internet, qui ont su faire passer dans leurs notes et commentaires leur attachement passionné à la cause de l'hôpital public,

Aux personnalités que nous avons auditionnées, qui nous ont transmis leur connaissance de la question,

A Annie Podeur, directrice de la DHOS qui a soutenu la démarche et mobilisé ses collaborateurs, notamment Emmanuelle Quillet et Hélène Coulonjou ainsi que la cellule statistiques, pour éclairer la mission,

A Denis Debrosse conseiller général des établissements de santé en charge à la DHOS du dispositif d'accompagnement des réformes et à Christian Anastasy, directeur préfigurateur de l'Agence nationale d'appui à la performance, pour leur appui à l'organisation de la mission,

Au directeur de l'EHESP qui a accepté de me rendre suffisamment disponible pour conduire la mission, à mon équipe de l'Institut du management qui m'a encouragée et supportée et notamment Jacqueline Thomas-Heude mon assistante.

Chantal de Singly

Liste des Membres et des Collaborateurs de la Mission

Membres de la Commission

Mme de SINGLY Chantal, directrice de l'Institut du management de l'EHESP, Présidente de la commission

M. VERRIER Bernard, conseiller général des établissements de santé, rapporteur général

Mme BAUQUIS Nicole, cadre de santé (médico-technique) CH Annecy

Mme BOUTIER Nathalie, cadre supérieur de santé (infirmière) CHU de Bordeaux

Mme BROTFELD Malika, directrice des soins CHU Rouen

Mme CARRON Annie, cadre supérieur socio-éducatif CHU St Antoine Paris

Mme GUILLAUME Sophie, cadre supérieur sage-femme CH Paris Necker

Mme JACQUIN Sylvie, cadre de santé (infirmière) CHU Angers

M. LOISEAU Tony, attaché d'administration hospitalière groupe hospitalier Lariboisière-Fernand-Vidal

Mme LUCAS Sylvie, Maître de conférences Université Dauphine

M. MARTIN Eric, Technicien supérieur hospitalier CHU de Nice

M. MISPELBLOM-BEYER Frédéric, professeur de sociologie université d'Evry

Mme PERON Sylvie, Présidente de la CME CH Argenteuil

Collaborateurs permanents de la Mission

Mme CHEROUTRE Sylvie, directrice d'hôpital, consultante dispositif d'accompagnement

M. FAVRY Arnaud, chargé de mission au cabinet de Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, rapporteur adjoint de la mission

Mme RHINAN Colette, assistante

Mme RUILLER Caroline, IAE Rennes

Membres associés au « think tank »

Mme BROTFELD Malika, directrice de soins CHU Rouen

Mme CADET Danielle, directrice des soins CHU Lariboisière

M. CALMES Gilles, directeur général adjoint CHU Limoges

Mme CHEROUTRE Sylvie, directrice d'hôpital, consultante dispositif d'accompagnement

Mme LAUDE Laetitia, enseignante chercheuse, Institut du Management - EHESP

Mme LUCAS Sylvie, Maître de conférences Université Dauphine

M. MATHERN Eric, Agence Beaurepaire – dispositif d'accompagnement

M. MISPELBLOM-BEYER Frederik, professeur de sociologie Université Evry

M. MOSSE Philippe, Directeur de recherche CNRS LEST, Université de la Méditerranée
M. RIONDET Jean, Directeur de l'Institut international supérieur de formation des cadres de santé HCL Lyon
Mme ROUTELOUS Christelle, enseignante chercheuse Institut du Management – EHESP
M. SCHWEYER François-Xavier, ancien membre de la mission Larcher, Sociologue, LAPSS – EHESP

Communication, conception et animation du forum cadres

Au titre de l'Agence Beaurepaire, prestataire de la Mission Cadres pour la Communication:
Sylvie CHEROUTRE, Fabien LAIR, Eric MATHERN, Mélanie RUEDY, Fanny HARAD,
Xavier de FOUCHECOUR

L'organisation de la mission

Les grandes orientations

Cadres des filières sage- femme, soignante, de rééducation, médico- technique, socio-éducative, administrative et technique ... le champ de la Mission Cadres a couvert l'ensemble des cadres hospitaliers publics, soit une population d'environ 45 000 personnes, dont plus de 27 000 cadres de santé.

Compte tenu de l'importance de cette population et de son hétérogénéité, le défi était, dans un temps très court - mars à juillet 2009 - de faire un état de la situation et de proposer des pistes d'action sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation pour l'ensemble des cadres hospitaliers.

Dès le départ, la mission s'est ainsi orientée en priorité vers l'écoute des cadres dans leur diversité; elle a pris le parti, en complément des auditions « classiques », de construire un dispositif de consultation et d'écoute original, qui donnerait le plus possible la parole aux cadres.

Une démarche interactive

La chef de mission, Chantal de Singly, s'est donc entourée d'une équipe constituée de personnalités du monde de la santé, de l'enseignement universitaire et professionnel et a bénéficié dans son travail de l'appui des services du ministère chargé de la santé.

La commission

C'est avec cette démarche à l'esprit qu'une commission restreinte de 13 membres, composée majoritairement de cadres en exercice a été constituée sous la présidence de Chantal de Singly. M. Bernard Verrier, conseiller général des établissements de santé, en était le rapporteur général.

Le choix a été fait d'intégrer une directrice de soins, très impliquée dans les questions d'encadrement, et un président de Commission médicale d'établissement, car il paraît essentiel d'impliquer les médecins hospitaliers dans l'analyse des problématiques de l'encadrement. Les cadres ont été choisis pour leur professionnalisme reconnu dans leur établissement et pour leur capacité à prendre du recul et à penser l'hôpital dans une vision globale. Ils ont eu à leurs côtés deux universitaires, invités à joindre l'équipe pour leur expertise en matière d'encadrement et/ou de management hospitalier.

Le caractère « resserré » de cette commission a permis de travailler sur un rythme soutenu, à raison d'une journée hebdomadaire minimum, en garantissant la présence et la participation de tous ses membres.

La commission s'est réunie tous les jeudis, pour entendre des personnalités représentatives des organisations professionnelles et du monde hospitalier et pour construire sa problématique.

Une délégation de ses membres a assisté aux rencontres en région. Elle a contribué à l'élaboration des propositions et du rapport final.

Le « think tank »

Un groupe de réflexion à configuration modulable, associant des universitaires, des chercheurs et des acteurs hospitaliers, a contribué et réagi aux travaux de la commission. Plusieurs contributions de ses membres sont consultables en annexes au rapport.

Son rôle principal était d'alimenter la commission en idées, retours d'expérience et problématiques. Il a également proposé une méthodologie pour les auditions et les rencontres régionales.

Le comité opérationnel

Trois collaborateurs permanents, placés auprès du chef de mission ont coordonné la production de la mission :

Arnaud FAVRY, chargé de mission au sein du cabinet, était en charge de l'organisation des auditions et du travail de la commission et de l'interface avec le cabinet ; il a assisté, au titre de rapporteur adjoint, le rapporteur général Bernard Verrier .

Sylvie CHEROUTRE, consultante du dispositif d'accompagnement des réformes, a assuré le suivi méthodologique, animé le groupe de réflexion, coordonné l'organisation des rencontres, modéré le forum internet et rédigé la synthèse de ses contenus et participé à la relecture et à la mise en forme du rapport final.

Caroline RULLER, docteur en gestion (thèse sur les cadres hospitaliers) était chargée de repérer, d'analyser, la production écrite sur le thème des cadres hospitaliers.

L'appui du dispositif d'accompagnement des réformes

La mission a pu compter aussi sur l'appui du dispositif d'accompagnement des réformes dont l'Agence nationale d'appui à la performance dispose. Celle-ci a organisé la communication de la mission ainsi que la gestion du forum internet. Enfin, elle a assuré la préparation des rencontres en région en lien avec les CHU et CH d'accueil et les délégués régionaux de la Fédération Hospitalière de France.

La communication de la Mission

Une adresse mail dédiée cadres@crer-hopitaux.fr a été très tôt mise en place.

Pour renforcer la cohérence de la communication de et autour de la Mission Cadres, celle-ci a bénéficié d'une identité visuelle spécialement conçue par de l'Agence Beurepaire, prestataire du dispositif d'accompagnement des réformes, qui a été véhiculée lors tous les événements et sur les supports.

Un dossier de presse Mission Cadres a été réalisé et envoyé à 53 journalistes de la presse professionnelle santé, hospitaliers et cadres, ainsi qu'au service communication de la DHOS. Ce dossier de presse a également été mis en ligne sur le forum www.cadres.creer-hopitaux.fr

Les activités de la mission :

Pour privilégier une large consultation, plusieurs modalités de recueil d'information ont été mises en place :

Les auditions

Plus de soixante auditions de syndicats, d'associations, de personnalités du monde de la santé et de cadres hospitaliers ont été organisées entre le 9 avril et le 9 juillet 2009. La liste des organismes et des 133 personnes auditionnées est consultable en annexe du rapport.

Les rencontres en région

Entre le 5 juin et le 10 juillet 2009, douze rencontres en région, réparties sur l'ensemble du territoire national (métropole et outremer) ont permis à la Mission de rencontrer environ 4000 cadres hospitaliers et d'échanger avec eux sur leur métier et son évolution.

L'organisation en un temps très bref de ces rencontres a mobilisé l'ensemble des acteurs du monde hospitalier (directions des CH et des CHU ayant accueilli l'événement, délégués régionaux de la FHF, directeurs d'ARH, ...).

Un kit méthodologique (guide méthodologique, programme type, affiche, masque de présentation) a été proposé à tous les organisateurs en région pour les aider dans la préparation et l'animation de chaque demi-journée.

Réalisé pour introduire les débats, en faisant témoigner non pas les cadres, mais celles et ceux qui les encadrent ou qui sont encadrés par eux, le film « Plein cadres » a été diffusé lors de chaque Rencontre en région, avant d'être mis en ligne sur le forum.

Chacune de ces rencontres a accueilli un public de 200 à 800 professionnels hospitaliers, dont une très grande majorité de cadres de santé, technique, médico-technique et administratif. Ces rencontres ont permis de recueillir des témoignages et des réalisations de terrain pour alimenter les réflexions de la mission. Elles ont surtout été une occasion privilégiée de se mettre à l'écoute des cadres hospitaliers, au cœur du bon fonctionnement et de l'évolution des établissements publics de santé.

Chaque rencontre a fait l'objet d'un compte-rendu réalisé par un journaliste. La synthèse des échanges et les expériences présentées par les cadres eux-mêmes ont été publiés sur le forum www.cadres.creer-hopitaux.fr et sont consultables en annexe, ainsi que les noms des équipes organisatrices.

Les douze rencontres ont lieu dans les villes suivantes :

Angers (vendredi 5 juin, matin),
Marseille (mardi 9 juin, matin),
Lyon (vendredi 12 juin, matin),
Rouen (mardi 16 juin, matin),
Pointe à Pitre (vendredi 19 juin),
Bordeaux (mardi 23 juin, matin),
La Réunion (mercredi 24 juin, après-midi),
Limoges (vendredi 26 juin, matin),
Paris (mardi 30 juin, après-midi),
Nancy (vendredi 3 juillet, matin),
Lille (mardi 7 juillet, après-midi),
Toulouse (vendredi 10 juillet, matin).

Les « focus groups »

La mission a réuni des groupes de discussion, 5 sur place dans le cadre des rencontres interrégionales et 5 autres, pour faire échanger en petit comité (15 à 20 personnes) sur la question des cadres hospitaliers

Le forum www.cadres.creer-hopitaux.fr : une démarche innovante

Le forum internet a été ouvert à destination des cadres et des professionnels de santé hospitaliers le 15 mai 2009 avec une intention forte : engager le dialogue avec le plus grand nombre de cadres et recueillir auprès d'eux le maximum de témoignages, retours d'expérience et de commentaires.

Pour cela, le forum offrait à ses membres inscrits quatre possibilités d'action :

- contribuer, en publiant des témoignages sur leur activité, leur parcours et leur formation, leurs difficultés et leurs satisfactions ou des propositions et suggestions concrètes, réalisations ou expériences à partager et qui pourraient faciliter l'exercice de la fonction d'encadrement à l'hôpital
- voir les autres contributions
- commenter les contributions de leurs pairs et voter
- suivre l'actualité de la mission, notamment les comptes rendus des rencontres en région.

Les visiteurs y trouvaient aussi toutes les informations utiles sur la mission, sa composition et son fonctionnement, ainsi qu'une sélection de liens utiles.

La solution retenue pour faciliter l'échange d'informations est une plate-forme de dialogue et d'échange de type TalkSpirit®.

Le site participatif se révèle un vrai succès :

- 22 958 visiteurs uniques
- 184 003 pages vues
- 1179 membres inscrits
- 477 utilisateurs actifs
- 393 contributions, 2 832 commentaires, 2 860 votes

Le forum a permis de faire émerger une « communauté cadre » active, responsable, consciente, très impliquée dans le fonctionnement de l'hôpital ; avec une appropriation spontanée des règles du jeu par les participants et une tonalité « professionnelle » des échanges, les échanges de très bon niveau et constructifs témoignent d'une forte implication des participants et manifestent l'importance des attentes vis à vis de la Mission.

L'important travail de synthèse qui a été réalisé à partir des nombreux échanges et témoignages a été publié sur le forum et figure en Annexe.

Conclusion

Dans son organisation, la mission a voulu se mettre à l'écoute et recueillir directement auprès des cadres eux-mêmes le maximum de témoignages sur leurs problématiques et leurs questionnements, leurs projets, leurs initiatives et leurs ambitions.

Elle s'est attachée à en rendre compte au mieux, dans le rapport et dans les propositions qui sont soumises; pour autant, ce travail n'est pas l'aboutissement, mais le début d'un processus à poursuivre.

Sigles utilisés dans le rapport

ABREVIATIONS	SIGLES UTILISES
AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
AAMB	Association des Agents de Maintenance Biomédicale
ACH	Adjoint des Cadres Hospitaliers
ADC	Association des Directeurs des Soins
AFDS	Association Française des Directeurs des Soins
AFIB	Association Française des Ingénieurs Bio-médicaux
ANCIM	Association Nationale des cadres Infirmiers et Médico-technique
ANFH	Association nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
APHP	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARF	Association des Régions de France
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CA	Conseil d'Administration
CAFDES	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement Social
CEFIEC	Comité d'entente des Formateurs des Instituts et Ecoles de Cadres
CFDT	Confédération Française Démocratique du Travail
CFTC	Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
CGT	Confédération générale du Travail
CH	Centre Hospitalier
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHSCT	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission médicale d'Etablissement
CNG	Centre National de Gestion
CNOSF	Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CORP- CADSUPP	Conférence Régionale de la Profession des Cadres Supérieurs du Public et du Privé
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DESSMS	Directeur d'Etablissement Sanitaire Social et médico Social
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DRH	Direction des Ressources Humaines
ECTS	European Credits Transfert System
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
FEH	Fédération Européenne des Hôpitaux
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FEMS	Forum Européen des managers de santé
FFASS CFE CGC	Fédération Française de la Santé, de la Médecine et de l'Action Sociale CFE-CGC
FHF	Fédération Hospitalière de France
FHP	Fédération de l'Hospitalisation Privée
FIH	Fédération Internationale des Hôpitaux
FO	Force Ouvrière
GEPSO	Groupement des Etablissements Publics du Social
HAS	Haute Autorité en Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IHF	Ingénieurs Hospitaliers de France
IRTS	Institut Régional du Travail Social
ISMS	Institut Supérieur de Management en Santé
LMD	Licence Master Doctorat
MEAH	Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
NBI	Nouvelle Bonification Indiciaire
SNCF	Société Nationale des Chemins de Fer Français
SNCH	Syndicat National des Cadres Hospitaliers
T2A	Tarifification à l'Activité
TSH	Technicien Supérieur Hospitalier
UDIHR	Union des Ingénieurs Hospitaliers en Restauration
UIPARM	Union Interprofessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-techniques
UNSA	Union Nationale des Syndicats Autonomes
URBH	Union des Responsables de Blanchisseries Hospitalières
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

Table des matières

Préface	2
Lettre de mission	3
Sommaire	4
Synthèse	5
Les propositions de la mission	13
1 - Pour une réelle politique managériale au sein de chaque établissement.....	14
2 - Pour une reconnaissance universitaire de la formation des cadres et le renforcement du lien avec le métier.	15
3 - Pour une dynamique régionale du développement des compétences managériales et de soutien des cadres.	16
4 - Pour un accompagnement national des projets et des innovations conduits par les cadres.....	16
5 - Pour valoriser les niveaux de responsabilités des cadres par les statuts et les rémunérations.....	17
6 - Pour porter et piloter les suites de la mission.	17
Introduction	18
0.1 Qu'est-ce qu'encadrer ?	20
Cadres et fonction d'encadrement.....	20
L'activité d'encadrement.....	22
Les divergences d'orientations au sein de l'encadrement.....	23
0.2 Les cadres hospitaliers.....	24
L'hôpital, lieu d'exercice différent.....	24
Une définition fonctionnelle du cadre.....	24
Le champ traité par la mission.....	26
Des éléments chiffrés.....	26
I- Relever le défi de la complexité de la fonction d'encadrement à l'hôpital	28
I.1 Le rôle central mais « invisible » des cadres dans l'organisation hospitalière.....	28
I.1.1 L'invisibilité relative et les formes de reconnaissance du travail des cadres.	29
I.1.1.a Les aspects de l'invisibilité du travail des cadres.....	29
I.1.1.b L'exemple de la gestion du temps par les cadres.....	31
I.1.2 Identités professionnelles et références aux métiers d'origine.....	33
I.1.2.a Cadres exécutants et cadres stratèges	33
I.1.2.b Peut-on connaître un métier sans en être ou en avoir été ?	34
I.1.3 Rôles, missions et responsabilités des cadres	36
I.1.3.a La hiérarchie au sein des pôles et le « poids » des cadres	36
I.1.3.b Spécialisations des cadres et formes de coopération : complémentarité et partage d'orientations.....	37
I.1.4 La question de la « responsabilité » des cadres dans la définition de leur « cœur de métier ».	37
I.2. Comment les cadres répondent aux évolutions de l'hôpital	38
I.2.1. Des évolutions majeures	38
I.2.1.a Une demande sociale en extension relayée par une production normative à flux continu.....	38
I.2.1.b Un management public plus centré sur l'efficience et l'efficacité	40
I.2.1.c La demande des personnels	40
I.2.1.d Une prise en charge globale sur un territoire.....	40
I.2.1.e Les répercussions des organisations en pôle.....	41
I.2.1.f Le poids des technologies et des techniques	42
I.2.2 Les conséquences pour la fonction d'encadrement.....	42
I.2.2.a Maintenir l'état de veille (contrôles, protocoles, vigilances, traçabilité...).....	43
I.2.2.b Gérer la tension entre standardisation et personnalisation des soins	43
I.2.2.c Assurer l'efficience et l'efficacité	44
I.2.2.d Gérer le changement permanent	44
I.2.2.e Coordonner en interne et en externe des acteurs et des cultures différents.....	44
I.2.2.f Conduire des négociations nombreuses et complexes (personnels, syndicats, médecins, directions, patients, familles, autres interlocuteurs)	45
II Construire et développer les compétences des cadres hospitaliers	47
II.1 Repérer les futurs cadres.....	48
II.1.1 Mettre fin à la position de faisant fonction de cadre.....	48
II.1.2 Organiser, au sein de la promotion interne, la position de « cadre apprenant »	49

<i>II.2 Mettre en place pour tous les cadres hospitaliers des formations initiales universitaires et professionnelles.....</i>	<i>50</i>
II.2.1 Créer un tronc identique voire commun de formation pour tous les cadres hospitaliers tout en respectant les métiers et les filières professionnelles	51
II.2.2 Donner une dimension universitaire à la formation des cadres	51
II.2.3 Les cadres de santé : aménager le concours de recrutement après l'obtention du diplôme de cadre, viser une formation qui sera équivalente à un master, prévoir dès maintenant le master pour exercer les fonctions de cadre paramédical de pôle	53
II.2.4 Les cadres sages-femmes : formation de cadre conduisant au Master	54
II.2.5 Les attachés d'administration hospitalière : une formation de 12 mois à temps plein à l'EHESP conduisant au Master	55
<i>II.3 Former tout au long de la vie professionnelle.....</i>	<i>56</i>
II.3.1 Accompagner les changements liés aux évolutions majeures de l'hôpital	56
II.3.2 Accompagner les évolutions individuelles de carrière	57
II.3.3 Permettre la construction de nouveaux métiers de cadre.....	58
II.3.4 Favoriser les passerelles entre filières et métiers d'encadrement	58
<i>II.4 Développer le conseil, l'expertise et la recherche en management.....</i>	<i>59</i>
II.4.1 Identifier les ressources, les compétences et les travaux de recherche internes en management des cadres pour les utiliser et les valoriser	59
II.4.2 Favoriser les expertises croisées et les échanges inter-établissements de l'encadrement au niveau régional	60
II.4.3 Solliciter l'Agence Nationale d'Appui à la Performance pour des appuis ciblés sur des projets portés par des cadres hospitaliers.....	60
II.4.4 Prolonger le site Internet de la mission cadres pour en faire un lieu national d'échange des pratiques managériales	61
II.4.5 Impulser la recherche nationale en management hospitalier par des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique spécifiques	61
<i>II. 5 Evaluer les pratiques professionnelles managériales.....</i>	<i>62</i>
II.5.1 Référencer des « bonnes pratiques managériales »	62
II.5.2 S'appuyer dans les hôpitaux sur une commission des évaluations des pratiques professionnelles	63
II.5.3 Promouvoir la construction et la diffusion des bonnes pratiques managériales au niveau régional ...	63
II.5.4 Impliquer la HAS dans le développement les EPP managériales	64
<i>II.6 Investir des lieux de formation régionaux et nationaux.....</i>	<i>65</i>
II.6.1 Créer des instituts supérieurs de management en santé	65
II.6.1.a La nécessité de rapprocher en formation tous les acteurs de l'encadrement hospitalier.....	65
II.6.1.b Le choix de créer de nouvelles structures	65
II.6.1.c Les missions des Instituts Supérieurs de Management en Santé	66
II.6.1.d La structure proposée pour les Instituts Supérieurs de Management en Santé	67
II.6.2 S'appuyer sur les acteurs régionaux en formation et recherche en santé pour renforcer l'action des instituts	68
II.6.3 Mobiliser l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique sur l'évolution des pratiques managériales à l'hôpital	68
III Affirmer le positionnement des cadres au sein du système hospitalier.....	70
<i>III.1 S'engager dans une politique managériale.....</i>	<i>71</i>
III.1.1 Définir et clarifier l'organisation de l'établissement.....	71
III.1.1.a L'organisation : fiche de poste et de mission, organigramme et circuit de décision	73
III.1.1.b Des orientations méthodologiques pour conduire cette clarification de l'organisation	75
III.1.2 Se fixer des priorités en matière de management : le projet managérial	76
III.1.3 Faire vivre les règles du jeu et rendre compte du management.....	77
<i>III. 2 Organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement</i>	<i>78</i>
III.2.1 Favoriser la création d'un espace cadre dans chaque établissement	78
III.2.2 Créer un collège cadre au sein du CTE en relation avec la CME.....	79
<i>III.3 Renforcer la reconnaissance statutaire et financière des cadres.....</i>	<i>80</i>
III.3.1 Des carrières peu attractives et des responsabilités mal valorisées	80
III.3.1.a Des adaptations statutaires indispensables.....	80
III.3.1.b Des régimes indemnitaires dépassés et globalement insuffisants.....	85
III.3.2 Des propositions communes pour tous les cadres hospitaliers	85
III.3.2.a Des réformes statutaires en cours.....	85
III. 3 2.b Des modes de recrutement et de gestion à moderniser.....	86
III.3.2.c Rendre les carrières plus attractives et mieux reconnaître les responsabilités dans les statuts	87

III.3.2.d Réformer radicalement les systèmes indemnitaires.....	88
III.3.3. Engager la réflexion pour un intéressement collectif	90
Conclusion	91
Fiches de propositions statutaires	93
<i>FICHE N°1 : LES CADRES DE SANTE</i>	93
1. CONSTATS.....	93
1.1. La rémunération globale.....	93
1.2. Le régime indemnitaire	94
2. PROPOSITIONS	94
<i>FICHE N°2 : LES CADRES ADMINISTRATIFS</i>	96
1. CONSTATS.....	96
1.1. Les attachés d'administration hospitalière.....	96
1.2. Les adjoints des cadres hospitaliers	97
1.3. Les secrétaires médicales	98
2. PROPOSITIONS	98
2.1. Les attachés d'administration hospitalière.....	98
2.2. Les adjoints des cadres hospitaliers	99
2.3. Les coordonnatrices de secrétariat médical	99
<i>FICHE N°3 : LES CADRES TECHNIQUES</i>	100
1. CONSTATS.....	100
2. PROPOSITIONS	100
<i>FICHE N°4 : LES CADRES SOCIO-EDUCATIFS</i>	101
1. CONSTATS.....	101
2. PROPOSITIONS	101
<i>FICHE N°5 : LES SAGES-FEMMES CADRES</i>	102
1. LE STATUT	102
2. LES INDEMNITES	102
Taux d'encadrement dans les établissements publics de santé	103
Remerciements	113
Liste des Membres et des Collaborateurs de la Mission.....	114
<i>Membres de la Commission</i>	114
<i>Collaborateurs permanents de la Mission</i>	114
<i>Membres associés au « think tank »</i>	114
<i>Communication, conception et animation du forum cadres</i>	115
L'organisation de la mission.....	116
La commission.....	116
Le « think tank »	117
Le comité opérationnel	117
L'appui du dispositif d'accompagnement des réformes.....	117
La communication de la Mission	117
Les audits.....	118
Les rencontres en région.....	118
Les « focus groups »	118
Le forum www.cadres.creer-hopitaux.fr : une démarche innovante	119
Sigles utilisés dans le rapport.....	120
Table des matières.....	122



La ministre de la santé et des sports

**Rapport
de la Mission Cadres Hospitaliers**

**Présenté par
Chantal de Singly**

Tome 2 : les Annexes

11 septembre 2009

Sommaire

Sommaire	2
Liste des personnes auditionnées par la Mission.....	2
Organisations auditionnées par la Mission	8
Les 12 rencontres en région	10
Angers, 5 juin	13
Marseille, 9 juin	16
Lyon, 12 juin.....	20
Rouen,16 juin.....	23
Pointe à Pitre, 19 juin : des cadres mobilisés sur des projets communs	27
La Réunion, 24 juin : des projets de changement portés par les cadres	27
Bordeaux, 23 juin	28
Limoges, 26 juin	31
Paris, 30 juin.....	34
Nancy, 3 juillet	37
Lille, 7 juillet	40
Toulouse, 10 juillet.....	43
Synthèse des échanges sur le forum internet.....	46
Sommaire.....	47
Objectif.....	48
Statistiques.....	49
Synthèse des échanges.....	50
<i>Fonctions et Missions</i>	50
<i>Reconnaissance</i>	53
<i>Politique managériale</i>	56
<i>Formation et Parcours Professionnels</i>	60
<i>Cadre administratif : une place à définir ?</i>	66
Textes complémentaires.....	69
François-Xavier Schweyer : Eléments pour une histoire des cadres hospitaliers	70
Philippe Mossé : L'hôpital et ses cadres.....	82
Laëtitia Laude : Cadres de santé : faire face aux contradictions.	87
Dominique Thouvenin : La responsabilité des cadres hospitaliers.....	94
Denis Debrosse et Pierre Simon : Chefs de pôle : quel rôle dans la future loi HPST ?	123
Jean Riondet : La mobilité verticale et horizontale et les passerelles entre le médical et médicosocial :.....	128
Gilles Calmes : Mobilités inter-fonctions publiques	135
Repères bibliographiques	138

Liste des personnes auditionnées par la Mission

M. Alain ACQUART , M. Thierry AMOUROUX ,	Secrétaire fédéral , SUD santé-sociaux Secrétaire général du syndicat national des professionnels infirmiers , FFASS CFE CGC
Mme Sylvie AMZALEG , M. Bertrand BAILLEUL , Mme Monique BEDEL , M. Christian BENDELE ,	Directrice service juridique , FEHAP Président , Forum Européen des Managers de santé Cadre supérieure kiné APHP , CFTC Technicien supérieur hospitalier Biomédical CHU Strasbourg, Président de l'AAMB , Association des Agents de Maintenance Biomédicale (AAMB)
Mme Nadia BENOIT ,	Chef de service - formation sanitaire et sociale , Association des régions de France (ARF)
Mme Marianne BENOIT TRONG CANH , M. Yvon BERLAND ,	Conseillère nationale , CNOSF Président , Observatoire de la démographie des professions de santé
Mme Catherine BERTEVAS ,	Cadre supérieure sage femme CHU Brest , Association nationale des cadres sage-femme
Mme Carole BERVAS , M. Jean-Louis BONNET , M. Daniel BONTE ,	Cadre de santé réanimation CH Intercommunal d'Alençon Président de la conférence , Conférence des DARH Vice-président chargé de la fonction publique hospitalière , FFASS CFE CGC
M. Philippe BOUREL ,	Vice-président , Comité d'Entente des Formateurs des Instituts et Ecoles de Cadres (CEFIEC)
Mme Marie-Paule BOURRET , M. Sountou BOUSSO ,	Cadre de santé, CHU de Montpellier , Membre national de UDIHR, ingénieur au CH de Versailles , Union des Ingénieurs Hospitaliers en restauration (UDIHR)
Mme Michèle BRESSAND ,	Conseiller Général des Etablissements de Santé , Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)
Mme Yolande BRIAND , M. Daniel BRIAND , M. Jean BRIENS ,	Secrétaire générale , CFDT santé-sociaux Vice-président , Ingénieurs Hospitaliers de France Président , GEPSO (Groupement des établissements publics du social)
Mme Sophie BROUSSE ,	Directrice Intégral Santé , Forum Européen des Managers de santé
M. Fernand BRUN , Mme Danielle CADET ,	Secrétaire général santé , FO Présidente , Association Française des Directeurs des Soins (AFDS)
M. Christian CAMOU ,	Président , Comité d'Entente des Formateurs des Instituts et Ecoles de Cadres (CEFIEC)
Mme Lizette CAZELLET ,	Cadre supérieur de santé, co-fondatrice et responsable formation et communication de l'association , FORMATICSanté
Mme Isabelle CHACHIGNON ,	Technicien supérieur hospitalier biomédical APHP hôpital Saint-Antoine, secrétaire , Association des Agents de Maintenance Biomédicale (AAMB)
Mme Maryse CHAIX ,	Sous-directrice , Animation Territoriale et du Travail Social, DGAS

Mme Jessica CHAMBA ,	Consultante secteur public , BPI Consultants (Bernard BRUNHES)
Mme Nicole CHEVALIER , M. Frédéric CHEVANCE , M. Jérôme CLEMENT , M. Yves COTTRET , M. Eric COUASNON ,	Directeur de soins coordinateur général AP de Marseille , Consultant interne , Institut du management SNCF Cadre de santé, Président , FORMATICSanté Vice-président UIPARM, formateur cadre, Cadre en salle de réveil/anesthésie CHIC d'Alençon - Mamers
Mme Hélène COULONJOU ,	Chargée de mission , Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)
Mme Christine CRAPLET ,	Présidente, cadre supérieur diététicienne, formatrice en IFCS , UIPARM
M. Jean-Yves DAVIAUD , M. Philippe de BOERIO ,	Assistant fédéral , FO santé Directeur de la clinique Mont-Louis , Forum Européen des Managers de santé
M. Eric de ROODENBEKE , Mme Martine DECOUVELAERE , M. Laurent DEGOS , Mme Nelly DELLE VERGINI ,	Président , Fédération Internationale des Hôpitaux Présidente , AFIB Président , Haute Autorité de Santé (HAS) Vice-présidente , Association Française des Directeurs des Soins (AFDS)
M. Thierry DESANZANI ,	Président , Union des Responsables de Blanchisseries Hospitalières (URBH)
M. Alain DESTEE ,	Président de la conférence , Conférence des présidents de CME de CHU
Mme Sophie DIVAY ,	Professeur de sociologie Université Saint-Quentin en Yvelines ,
M. Abdelaziz DJAMIL ,	Secrétaire général adjoint , Ingénieurs Hospitaliers de France
M. Gérard DUBRUQUE , Mme Marie-Anne DUJARIER , M. Yves-Jean DUPUIS , M. Jean-Louis DUROUSSET , M. Philippe EL SAIR , M. Paul ELLUL ,	Cadre supérieur de santé , CFTC Sociologue, Université Paris III , Directeur général , FEHAP Président , FHP Président , SNCH Technicien supérieur hospitalier Biomédical au CHU Nice, Vice-président , Association des Agents de Maintenance Biomédicale (AAMB)
Mme Chantal EYMARD , M. Francis FELLINGER ,	Maitre de conférence Université d'Aix en Provence , Président de la conférence , Conférence des présidents de CME de CH
M. Philippe FOURNIER , M. Marcel GADEA ,	Directeur général EPDSAE Lille , Professeur de sociologie Université Saint-Quentin en Yvelines ,
M. Alain GAHZI , M. Pascal GAREL , M. Bruno GEUSSARD , M. Pierre GILLIBERT , M. Jacques GIORGIO ,	Adhérente , CORP-CADSUPP Fédération Européenne des Hôpitaux Vice-président administratif , SNCH Directeur , ANFH Vice président et responsable fonction linge des hospices civils de Lyon , Union des Responsables de Blanchisseries Hospitalières (URBH)
M. Didier GIRARD ,	Président , Union des Ingénieurs Hospitaliers en restauration (UDIHR)

Mme Elisabeth GORIOT , M. Laurent GRAVELAINE ,	Cadre de santé CH Saint-Anne , FFASS CFE CGC Adjoint à la sous-directrice , Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)
M. Jean-Marc GRENIER ,	Vice-président , Association Française des Directeurs de Soins (AFDS)
M. Luc GRUSON ,	Président de l'ADC , Association des directeurs et cadres de direction (ADC)
M. Jean-Paul GUERIN ,	Président de la commission de certification des établissements de santé , Haute Autorité de Santé (HAS)
M. Christian GUIBERT , M. Yvan HALIMI ,	Directeur du management , France-Télécom Président de la conférence , Conférence des présidents de CME de CHS
Mme Martine HEBREUL-VITTET , Mme Dominique HOARAU ,	Cadre supérieure médico-tehnique , CFTC Directrice de l'école de cadre sage-femme CHU Dijon , Association nationale des cadres sage-femme
Mme Monique HUARD , Mme Monique IBORA ,	Cadre supérieure Médicotechnique Elbeuf , UIPARM 1ère Vice-présidente de la région Midi-Pyrénées, Députée de la Haute-Garonne , Association des régions de France (ARF)
M. Georges ICHKANIAN ,	Vice-président de la commission sociale, DRH du groupe général de santé de la FHP , FHP
M. Charles-Henry JACQUIN , M. Marcel JAEGER , M. Hubert JOSEPH-ANTOINE , Mme Maria KAELBEL ,	Cadre supérieur CH psychiatrique d'Alençon , Directeur de recherche , IRTS DRH - Branche SNCF Voyage , SNCF Présidente, cadre supérieure de santé médico-technique , Association nationale des Cadres Infirmiers et Médico Technique (ANCIM)
M. Willy KALB , Mme Françoise KALB ,	Chargé de la FPH , UNSA Santé-sociaux Secrétaire générale fédération santé-sociaux , UNSA Santé- sociaux
Mme Marie-Josée KELLER ,	Présidente , Conseil national de l'Ordre des sages femmes (CNOSF)
M. Claude KERBRAT ,	Président honoraire , Association nationale des cadres et experts techniques hospitaliers
Mme Isabelle KITTEL ,	Chargée de mission , Animation Territoriale et du travail social, DGAS
Mme Maud LAMBERT-FENERY ,	Chef de Bureau , Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)
M. Serge LAVAGNA , M. Raymond le MOIGN ,	Président FFASS CFE CGC , CGC Directeur du service de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins , Haute Autorité de Santé (HAS)
M. Yves LECRIQUE ,	Membre du bureau fédéral , GEPSO (Groupement des établissements publics du social)
Mme Sylvie LEROUX ,	Cadre supérieure sage femme CHU d'Annecy, membre du bureau , Association nationale des cadres sage-femme
M. Pierre LESTEVEN , M. François LEVY ,	Conseiller , FHF Responsable de l'activité santé au sein de l'équipe projets et changement de BPI , BPI Consultants (Bernard BRUNHES)
Mme Thérèse LOPEZ , Mme Martine MALGRAS ,	Secrétaire générale adjointe , A.pro.S.S.SH.e.S Secrétaire générale , A.pro.S.S.SH.e.S

Mme Catherine MARCHAND , Cadre de santé , CFDT santé Sociaux
M. Pascal MARTIN , Chargé de mission , UNSA Santé-sociaux
M. Marcel MASSIOT , Cadre de santé, secrétaire , FORMATICsanté
Mme Claudine MAUREY-FORQUY, Présidente, A.pro.S.S.SH.e.S
M. François MAURY , Vice-Président , Conférence des directeurs de CH
Mme Raymonde MICHEL , Chef de bureau , Animation Territoriale et du travail social, DGAS
M. Daniel MICHON , Directeur IFCS Grenoble , UIPARM
M. Michel MORENVAL , Vice-président technique , SNCH
Mme Marie-Cécile MOULINIER , Secrétaire générale , CNOSF
Mme Béatrice NOUSSE , Présidente, Cadre supérieure sage femme CHU de Strasbourg , Association nationale des cadres sage-femme
Mme Yasmina OUHARZOUNE , Rédactrice en chef de la revue "soins" cadres de santé , Revue "soins"
Mme Anne PARIS , Cadres supérieure sage femme CHU Foch à Paris , Association nationale des cadres sage-femme
Melle Aline PETITPAS , Secrétaire générale , GEPSO (Groupement des établissements publics du social)
M. Thierry PETYST de MORCOURT , FFASS CFE CGC
M. Angel PIQUEMAL , Président , Conférence des directeurs de CH
M. Jean-Louis POURRIERE , Directeur des études , EHESP
Mme Nadine PRIGENT , Secrétaire général , CGT santé
Mme Emmanuelle QUILLET , Sous-directrice , Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)
M. Robert REICHER , Directeur général CHU Saint-Etienne, Président de la commission des ressources humaines , Conférence des DG de CHU
M. André RENAUD , Délégué national , SNCH
Mme Marie-Odile REYGNAUD , DRH CHU hospices civils de Lyon, Président de la commission des ressources humaines , Conférence des DG de CHU
Mme Corinne RIOU , Cadre supérieure sage femme CHU de Caen, membre du bureau , Association nationale des cadres sage-femme
M. Bernard ROBICHON , Ingénieur CH Saint-Nazaire , Association nationale des cadres et experts techniques hospitaliers
M. Jean-Pierre RONGICONI , Cadre formateur IFCS Aix en Provence , Comité d'Entente des Formateurs des Instituts et Ecoles de Cadres (CEFIEC)
Mme Monique ROTHAN-TONDEUR , Professeur , EHESP
M. Eric ROUSSEL , Coordonnateur général des soins Paris , UIPARM
M. Bernard SAGEZ , Secrétaire général , CFTC
M. Yvan SAINSAULIEU , Directeur de recherche CNRS ,
Mme Dominique SAINT-PIERRE , Vice-présidente soignante , SNCH
M. Jean-Marie SALA , Secrétaire général adjoint , SUD santé
Mme Brigitte SIDRY , Membre du bureau fédéral , FO
M. Alexandre TOESCA , Président , Ingénieurs Hospitaliers de France
Mme Danielle TOUPILLIER , Directrice , Centre National de Gestion (CNG)
M. Sakil VALIMAHOMED , Président , CORP-CADSUPP
M. Alain VERDEBOUT , Trésorier , GEPSO (Groupement des établissements publics du social)
M. Patrick VIALAS , Délégué régional Nord Pas de Calais , ANFH

Mme Hélène VIDAL- BOYER ,	Responsable des ressources humaines , FHF
M. Laurent VIGLIENO ,	Directeur Centre Lestrade , EHESP
Mme Hélène VIGNEAU ,	Vice-présidente, cadre supérieure de santé infirmier , Association nationale des Cadres Infirmiers et Médico Technique (ANCIM)
M. Gérard VINCENT ,	Délégué Général , FHF
M. Philippe VIVIER ,	Manager senior - ORGA Consultants , SNCF
M. Franck VOLEON ,	Responsable de la filière des attachés , EHESP

Organisations auditionnées par la Mission

Association des Agents de Maintenance Biomédicale

Association des Directeurs des Soins

Association des régions de France

Association Française des Ingénieurs Bio-médicaux

Association Nationale des cadres et experts techniques hospitaliers

Association Nationale des cadres Infirmiers et Médico-techniques

Association Nationale des cadres sage-femme

Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

Association Professionnelle des Services Sociaux Hospitaliers et de la Santé

BPI Consultants

Centre National de Gestion

Comité d'Entente des Formateurs des Instituts et Ecoles de Cadres

Confédération Française Démocratique du Travail

Confédération Française des Travailleurs Chrétiens.

Confédération Générale du travail

Conférence des DARH

Conférence des DG de CHU

Conférence des directeurs de CH

Conférence des présidents de CME de CH

Conférence des présidents de CME de CHS

Conférence des présidents de CME de CHU

Conférence Régionale de la Profession des Cadres Supérieurs du Public et du Privé

Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Fédération de l'Hospitalisation Privée

Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne

Fédération Européenne des Hôpitaux

Fédération Française de la Santé, de la Médecine et de l'Action Sociale CFE-CGC

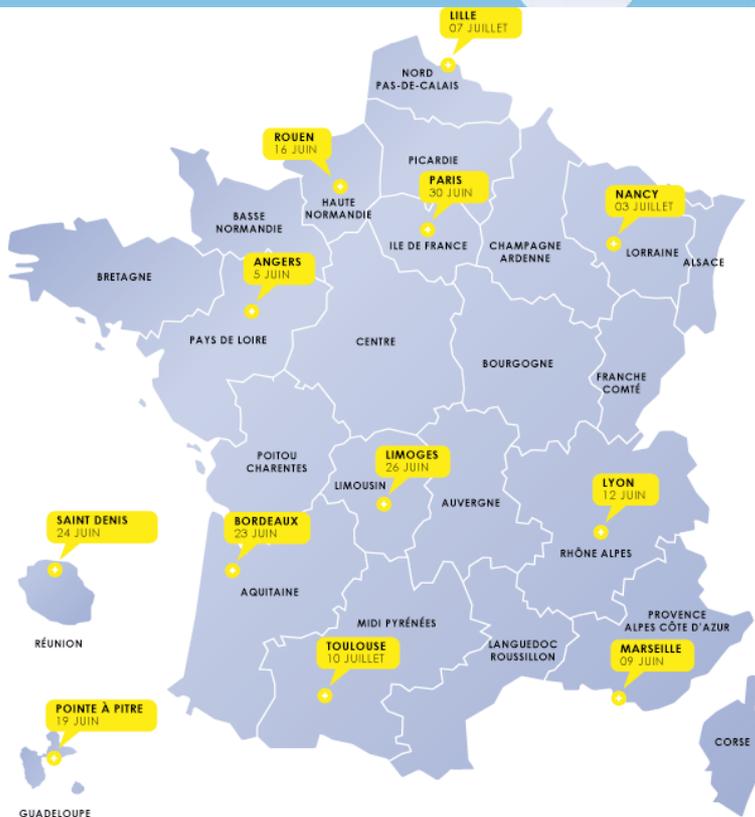
Fédération Hospitalière de France

Fédération Internationale des Hôpitaux

Force Ouvrière

FORMATICSanté
Forum Européen des Managers de santé
France Télécom
Groupement des Etablissements publics du social
Haute Autorité en Santé
Ingénieurs Hospitaliers de France
Observatoire de la démographie des professions de santé
ORGA Consultants
Revue" soins"
Société Nationale des Chemins de Fer Français
SUD Santé Sociaux
Syndicat National des Cadres Hospitaliers
Union des Ingénieurs Hospitaliers en Restauration
Union des Responsables de Blanchisseries Hospitalières
Union Nationale des Syndicats Autonomes
Union Interprofessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-techniques

Les 12 rencontres en région



Entre le 5 juin et le 10 juillet 2009, la Mission Cadres s'est déplacée pour rencontrer environ 3600 cadres hospitaliers et échanger avec eux sur leur métier et son évolution. 12 rencontres en région ont été organisées avec succès dans un laps de temps très court, avec l'appui des établissements d'accueil et des délégations régionales de la FHF.

Un kit méthodologique (guide méthodologique, programme type, affiche, masque de présentation) a été proposé à tous les organisateurs en région pour les aider dans la préparation et l'animation de chaque demi-journée.

Réalisé pour introduire les débats, en faisant témoigner non pas les cadres,

mais celles et ceux qui les encadrent ou qui sont encadrés par eux, le film « Plein cadres » a été diffusé lors de chaque Rencontre en région, avant d'être mis en ligne sur le forum.

Chacune de ces rencontres a accueilli un public de 200 à 600 professionnels hospitaliers, dont une très grande majorité de cadres de santé, technique, médico-technique et administratif. Ces rencontres ont permis de recueillir des témoignages et des réalisations de terrain pour alimenter les réflexions de la mission. Elles ont surtout été une occasion privilégiée de se mettre à l'écoute des cadres hospitaliers, au cœur du bon fonctionnement et de l'évolution des établissements publics de santé.

Chaque fois que cela était possible, les réunions en amphithéâtre ont été complétées par des rencontres informelles, en plus petit comité.

Chaque rencontre a fait l'objet d'un compte-rendu réalisé par un journaliste. La synthèse des échanges et les expériences présentées par les cadres eux-mêmes ont été publiés sur le forum www.cadres.creer-hopitaux.fr

Programmes et compte rendus des rencontres

Angers 5-juin matin Faculté de Droit

Région(s) : Pays de la Loire - Bretagne / Centre

Organisateurs : Yvonnick Morice(DG),francoisxavier.corbin@chu-nantes.fr, responsable régional RHF ;

Correspondants : BeLenfant@chu-angers.fr; francoisxavier.corbin@chu-nantes.fr

435 Participants

Marseille 9-juin matin Institut de Formation « Houphouet Boigny

»

Région(s) : PACA - Languedoc Roussillon

Organisateurs : Jean Paul Segade(DG),jean-michel.budet@ap-hm.fr; anceaux.v@chu-nice.fr;fhf-lr@chu-montpellier.fr [fhf-lr@chu-montpellier.fr], responsable régional RHF ;

Correspondants : Michele.segade@ap-hm.fr;anceaux.v@chu-nice.fr

environ 250 Participants

Lyon 12-juin matin Hôpital Cardiologique

Région(s) : Rhône-Alpes - Auvergne

Organisateurs : Paul Castel(DG),JDebeaupuis@chu-grenoble.fr;isabelle.louis-burlat@ch-montelimar.fr, responsable régional RHF ;

Correspondants : cedric.arcos@chu-lyon.fr;isabelle.banterla-dadon@chu-

lyon.fr;myriam.richard@chu-lyon.fr

173 Participants

Rouen 16-juin matin Hôpital Charles Nicolle

Région(s) : Haute-Normandie - Basse-Normandie / Picardie

Organisateurs : Christian Paire(DG),ybloch@ch-dieppe.fr, responsable régional RHF ;

Correspondants : jacques.meyohas@chu-rouen.fr;Malika.Brotfeld@chu-

rouen.fr;remi.heyman@chu-rouen.fr

330 Participants

Pointe à Pitre 19-juin Résidence Départementale Du Gosier

Région(s) : Antilles - Guyane

Organisateurs : Patrick Houssel(DG),patrick.houssel@chu-guadeloupe.fr, responsable régional RHF ;

Correspondants : secretariatdg.co@chu-guadeloupe.fr; ary.broussillon@chu-guadeloupe.fr

150 Participants

Bordeaux 23-juin matin Institut des Métiers de la Santé

Région(s) : Aquitaine -

Organisateurs : Alain Hériaud(DG),michel.glanes@ch-agen.fr;, responsable régional RHF ;

Correspondants : michel.glanes@ch-agen.fr;Sylvie Lascaud [sylvie.lascaud-thomasson@chu-bordeaux.fr]

313 Participants

La Réunion 24-juin après midi **COGHOR**

Région(s) : *Ile de la Réunion -*

Organisateurs : Michel Calmon(DG),patrick.gras@chr-reunion.fr, responsable régional RHF ;

Correspondants : michel.calmon@chr-reunion.fr; luis.santos@chr-reunion.fr;frédérique boyer [frederique.boyer@chr-reunion.fr]

100 Participants

Limoges 26-juin matin **Faculté de Médecine et de Pharmacie**

Région(s) : *Limousin - Poitou-Charente*

Organisateurs : Hamid Siahmed(DG),Gérard Tura, responsable régional RHF ;

Correspondants : Gilles.Calmes@chu-limoges.fr;Philippe.frugier@chu-limoges.fr

environ 250 Participants

Paris 30-juin après midi **Espace Charenton**

Région(s) : *Ile de France -*

Organisateurs : Benoit Leclerc(DG),Jean Pierre Burnier, responsable régional RHF ;

Correspondants : nadine.barbier@sap.aphp.fr;jean-pierre.burnier@ch-gonesse.fr

environ 600 Participants

Nancy 3-juil. matin **Faculté de Médecine**

Région(s) : *Lorraine - Champagne / Alsace/ Franche Comté/ Bourgogne*

Organisateurs : Philippe Vigouroux(DG),Philippe Vigouroux, responsable régional RHF ;

Correspondants : f.bruneaud@chu-nancy.fr;g.umlor@chu-nancy.fr;l.verger@chu-nancy.fr

494 Participants

Lille 7-juil. après midi **Institut Gernez Rieux**

Région(s) : *Nord Pas de Calais -*

Organisateurs : Didier Delmotte(DG),Joël Noël, responsable régional RHF ;

Correspondants : yves.marlier@ch-roubaix.fr;SOLE Carmen [CSOLE@CHRU-LILLE.FR]

environ 300 Participants

Toulouse 10-juil.matin **Auditorium, CH Gérard MARCHANT**

Région(s) : *Midi Pyrénées -*

Organisateurs : michel.thiriet@ch-marchant.fr(DG),Bernard Daumur, responsable régional RHF ;

Correspondants : michel.thiriet@ch-marchant.fr;b.daumur@ch-montauban.fr;Aline.Gilet-Caubere@orange.fr

environ 250 Participants

Angers, 5 juin

Matin, Faculté de Droit, 435 participants

Région(s) : Pays de la Loire - Bretagne / Centre



Angers - 5 Juin 2009



PROGRAMME

9H00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

9H30 ACCUEIL ET PRÉSENTATION DE LA MISSION
Yvonnick MORICE – Directeur Général CHU d'Angers, Délégué Régional FHF Pays de la Loire
Jean-Christophe PAILLE – Directeur de l'ARH Pays de Loire
Chantal DE SINGLY, Directrice de l'Institut du Management, EHESP - Chef de la Mission Cadres

10H00 PAROLES DE CADRES : PRÉSENTATION D'EXPÉRIENCES ET D'INNOVATIONS RÉUSSIES ET À PARTAGER (PARTIE 1)
Attachée d'Administration Hospitalière à la cellule de contrôle de gestion : évolution d'une fonction dans le cadre de la mise en œuvre de la TZA et de la Nouvelle Gouvernance.
Laurence LAMBERT, Attachée d'administration hospitalière au CHU de Tours
Partenariat entre le CH de Saumur et le CESAME : transposition d'une stratégie de maintenance
Jean-Noël NIORT, ingénieur au service technique du Centre de Santé Mentale Angevin
La place du cadre de santé en mission transversale sur un CHU : interface entre les directions, les cadres et leurs équipes pour réactualiser et harmoniser les pratiques professionnelles et améliorer le parcours et la prise en charge du patient
Viviane CHANTELOU, Cadre supérieur de santé au CHU de Rennes

10H45 ECHANGES AVEC LA SALLE

11H00 PAROLES DE CADRES : PRÉSENTATION D'EXPÉRIENCES ET D'INNOVATIONS RÉUSSIES ET À PARTAGER (PARTIE 2)
La conception de la mission "Cadre de Santé" au CHU d'Angers (Vade-mecum et projet "Devenir Cadre de Santé au CHU d'Angers")
Florent CHUPIRI, et Sylvie JACQUIN cadres de santé au CHU d'Angers
Le dispositif d'accompagnement des cadres au CHU de Nantes
Ariane BÉNARD, Directeur du Pôle Personnel et Relations Sociales (PRS) du CHU de Nantes
Fabienne MALARD, Assistante de gestion administrative au Pôle PRS du CHU de Nantes
Patricia BERKOVICZ, cadre de santé au CHU de Nantes

11H30 ECHANGES AVEC LA SALLE

11H45 "PLEIN CADRE(S)" (FILM)

12H00 DÉBAT AVEC LA SALLE

12H45 CLÔTURE



Angers : Franc succès pour la première rencontre régionale

Près de 450 cadres hospitaliers de la région Pays de la Loire se sont déplacés le 5 juin à la Faculté de Droit d'Angers pour rencontrer la mission Cadres. De la transversalité des missions de cadre de santé aux évolutions des fonctions pour les cadres administratifs ou les ingénieurs, les présentations de plusieurs expériences de terrain ont permis de nourrir la richesse des échanges entre les participants et les membres de la mission.

Impressionnée par le succès de la première édition des rencontres régionales de la mission qu'elle coordonne, Chantal de Singly a ouvert la manifestation en détaillant les objectifs d'une consultation lancée officiellement le 3 avril dernier. « C'est à partir du dialogue que nous aurons ensemble que nous serons en mesure de faire des propositions opérationnelles », a-t-elle précisé. Yvonnick Morice, Directeur Général du CHU d'Angers et Jean-Christophe Paille, Directeur de l'ARH Pays de Loire, ont de leur côté souligné l'importance du rôle des cadres dans l'accompagnement des réformes.

CHU de Tours : Cadre et responsable du contrôle de gestion

Laurence Lambert, attachée d'administration hospitalière au CHU de Tours, a détaillé les évolutions de sa fonction dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance et de la T2A. En charge auparavant de la simple analyse de gestion, elle est aujourd'hui devenue responsable de la cellule de contrôle de gestion, un outil d'aide au pilotage pour les trios de pôle. Pour l'aider dans ses fonctions, le CHU a décidé de recruter plusieurs contrôleurs de gestion contractuels. Laurence Lambert encadre ces contractuels, de la formation aux outils à la vision institutionnelle, tout en continuant à exercer des missions de terrain. Chaque contrôleur s'occupe de 5 à 6 pôles sur la vingtaine de pôles que compte le CHU : production de données et d'analyses, compte de résultats prévisionnels, participation aux projets de pôle, développement de la culture de performance avec aide à la mise en place d'un intéressement... « Les responsables de pôles nous accueillent désormais avec confiance, ce qui a permis la réussite de cette réorganisation », a-t-elle tenu à ajouter.

CESAME : Transposition d'une stratégie de maintenance

Jean-Noël Niort, ingénieur au service technique du Centre de santé mentale angevin (CESAME), a de son côté présenté le partenariat entre le Centre hospitalier de Saumur et le CESAME autour d'un projet de grands travaux pour le CH. Dans le cadre de ce partenariat inédit, la mission confiée au jeune ingénieur a été d'encadrer les différents services techniques du CH ainsi que de coordonner les travaux du centre saumurois. Jean-Noël Niort a détaillé les principaux axes de son travail pour l'hôpital de Saumur : mise à niveau des infrastructures techniques, mise en place des filières déchets et définition d'une politique de maintenance. La présentation effectuée par ce cadre a permis de pointer l'importance des managers intermédiaires de l'hôpital en termes de concrétisation des partenariats conclus entre établissements de santé publics.

CHU de Rennes : Une cadre de santé ressource pour l'encadrement

L'expérience originale de la place d'une cadre de santé en mission transversale a été exposée par Viviane Chantelou, cadre supérieure au CHU de Rennes. A la suite notamment du travail effectué pour la visite de certification du CHU en juin 2008, la Direction des soins de l'établissement a décidé de créer un poste spécifique pour accompagner les cadres de santé dans leur quotidien. Viviane Chantelou a été choisie pour ce poste en raison de ses compétences : grande connaissance de la structure, expérience pluridisciplinaire de terrain, formation au management de projet... « La création de ce poste a permis de formaliser la démarche qualité autour de l'évaluation des pratiques professionnelles », a-t-elle souligné. Cette mission transversale consiste à analyser les besoins exprimés par les cadres, à suivre la courbe des événements indésirables et des incidents, à veiller à la mise en œuvre interne des exigences des autorités de santé... Grâce à l'animation de comités ou de cellules pluridisciplinaires sur les thèmes identifiés, Viviane Chantelou accompagne la réalisation des protocoles de soins, des guides de bonnes pratiques, les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles ou de partage des échanges par l'intranet de l'hôpital. Plusieurs chantiers sont en cours : dossier patient, prévention et prise en charge des escarres, accompagnement des groupes plaies et cicatrises ou prévention des chutes, élaboration d'une charte de prescription, éducation thérapeutique du patient

CHU de Nantes : Dispositif d'accompagnement des cadres

Une démarche destinée à valoriser la fonction cadre au CHU de Nantes a été exposée par Ariane Bénard, directrice du Pôle personnel et relations sociales, en trio avec Fabienne Malard, assistante de gestion et Patricia Berkovicz, cadre de santé du pôle pharmacie. Mené avec la direction des soins de l'hôpital et l'institut de formation des cadres de santé (IFCS), le projet vise trois objectifs : renforcement de l'identité des cadres, enrichissement des pratiques de management, optimisation de la communication interne. « La méthodologie retenue est celle de solliciter collectivement et individuellement les cadres de notre établissements », a souligné Ariane Bénard. Les actions entreprises sont celles d'organiser un séminaire d'échanges pour les cadres volontaires, l'envoi de questionnaire

individuel et anonyme aux cadres, ainsi que des entretiens individuels d'une trentaine de minutes proposés aux cadres qui le souhaitent. Enfin, un groupe pilote d'une dizaine de cadres a été constitué afin d'approfondir la réflexion et de dégager les actions possibles. Cette initiative a été louée par les cadres puisqu'elle a permis de prendre mesure de leurs doléances : besoin de reconnaissance, attentes en matière d'organisation, demande de temps pour l'analyse des pratiques, besoin de formaliser leur champ décisionnel...

CHU d'Angers : Création d'un vade mecum

Florent Chupin et Sylvie Jacquin, tous deux cadres au CHU d'Angers, ont choisi de diffuser leurs travaux autour de la mise en place d'un vade-mecum. L'objectif est de clarifier la mission de chacun, des cadres de santé, des cadres supérieurs, de la Direction des soins mais aussi de la Direction Générale. Ce travail de fond a été mené avec l'ensemble des acteurs de manière à construire un référentiel commun. Le livret « Devenir cadre » a été réactualisé à la lumière de cette concertation collective.

Un débat riche pour la mission

Suite à ces différentes représentations, beaucoup de cadres se sont adressés à Chantal de Singly et aux représentants de la mission. Marie Hélène, formatrice au CHU de Tours, a posé la question de la nécessaire évolution de la formation des cadres de santé dans les IFCS. Dominique a insisté sur l'énergie dépensée par les cadres. « Nous ne souhaiterions plus être considérés comme de simples utilitaires, auxquelles on demande ceci ou cela », a renchéri cette cadre, fort applaudie par les participants. Françoise, cadre supérieure au CHU d'Angers, a plaidé pour sa part pour une meilleure définition du champ de responsabilité des cadres. « Nous ne pouvons être reconnus puisque nous sommes responsables de tout et de rien », a-t-elle déploré. Enfin, Christine, cadre de santé à Orléans, a parlé d'une voix émue aux représentants de la mission. « Les effectifs cadres et soignants sont largement sous-dimensionnés, et je m'étonne qu'il ne nous arrive pas plus d'incident », a-t-elle prévenu. « Nous sommes motivés, nous aimons notre travail, mais par pitié, ne nous décevez pas avec cette mission, il faut vraiment que les choses s'améliorent sur le terrain ». Là encore, les applaudissements d'une salle de plus en plus passionnée ont été particulièrement nourris...

Organisateurs :

Yvonnick Morice(DG),francoisxavier.corbin@chu-nantes.fr, responsable régional RHF

Correspondants :

BeLenfant@chu-angers.fr; francoisxavier.corbin@chu-nantes.fr

Marseille, 9 juin

Matin, Institut de Formation Houphouet Boigny, 250 participants
Région(s) : PACA - Languedoc Roussillon



ensemble
modernités hospitalières

Rencontre
en région

mission cadres

PROGRAMME
DU 09 JUIN 2009 – 9h00 12h30

LIEU : IRFSS " Houphouet Boigny"
418 Chemin de la Madrague de la Ville - 13015 Marseille

9h00
Discours d'ouverture par M. Jean-Paul SEGADE
Directeur Général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Présentation des participants et de la mission par le Président de séance : M. Jean-Michel BUDET
Délégué Régional de la Fédération Hospitalière Régionale PACA
Directeur Général Adjoint de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

9h15
Présentation de la mission par Mme Chantal de SINGLY
Directrice de l'Institut au Management à l'EHSP

9h30
Témoignages :

En présence de M. Thiéry NÈGRE, Directeur du Développement social et de M. ZANABRE,
Directeur Coordonnateur Général des Soins du CHU de Montpellier :
Nouvelles missions de gestion d'un pôle d'activité médicale. Par Mme Christine SEVERAC,
Cadre supérieur de santé et M. Eric AMARGER, Cadre Administratif de pôle du CHU de
Montpellier

Besoin de formation dans la mise en place d'un pôle : expérience de l'Assistance Publique -
Hôpitaux de Marseille. Par M. Robert VALETTE, Cadre Supérieur de Santé et M. Fabrice BARELLI,
cadre Administratif, Pôle Imagerie Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

10mn Questions/Réponses

La valorisation des cadres de santé à travers la démarche d'évaluation des pratiques
professionnelles paramédicales. Par Mme Fabienne BILLAULT et Mme Christine PETIT, Cadres
Supérieurs de Santé du CHU de Montpellier

Une nouvelle fonction. Le faisant fonction cadre : de l'opérationnel à la théorie : une situation
professionnelle impactant les pratiques, l'évaluation et la formation. Par Mme Martine OBIJOU
et Mme Véronique LABOUIRIE cadres de santé au CHU de Nice.

10mn Questions/Réponses

10h45
Projection du film « Plein cadre(s) »

11h00
Débat avec la salle

12h30
Clôture par M. Jean-Michel BUDET

Marseille : Quelle formation pour les cadres hospitaliers ?

A Marseille, la rencontre entre les cadres hospitaliers et les membres de la mission « cadres » a essentiellement porté sur les enjeux de la formation professionnelle. Mais le débat a aussi permis de souligner la complexité et la diversité de la fonction « cadre ».

Lors de la deuxième journée interrégionale, le débat entre les cadres hospitaliers et les membres de la mission « cadres » a d'abord été l'occasion de souligner les difficultés rencontrées par les cadres à l'hôpital. Et en premier lieu, de montrer l'incidence des réformes hospitalières sur leur travail quotidien. « Aujourd'hui, le cadre fait face à des situations très complexes où il doit combiner logique économique et missions de service public. On nous demande de rentabiliser les services, d'atteindre les indicateurs de productivité et, dans le même temps, de modifier les organisations tout en assurant la qualité des soins », décrit un premier cadre hospitalier. « Les missions ne cessent de s'empiler et les heures s'accumulent », confirment un autre cadre. Des tâches toujours plus complexes et diverses : « Dans notre établissement, les cadres supérieurs sont responsables de plusieurs pôles tout en ayant des missions transversales », décrit ainsi un directeur coordinateur général des soins dans un centre hospitalier. Dans de telles conditions comment trouver le temps pour se former ? « Quels moyens avons-nous aujourd'hui de devenir les cadres que l'hôpital nous demande de devenir ? », s'interroge ainsi un cadre supérieur de santé. Et surtout quelle formation pour les cadres ? Telle fut la grande question débattue à Marseille. Pour les cadres de santé notamment. « La formation des cadres de santé est à bout de souffle. Le programme date de 1995. Il est important de travailler ensemble pour faire évoluer les choses », diagnostique la directrice d'un institut de formation de cadres de santé.

Enseignements communs

Et comme la formation est l'un des axes de travail de la mission, sa présidente, Chantal de Singly, questionne la salle : « Faut-il que les instituts de formation deviennent des instituts de formation de cadres hospitaliers ? Faut-il imaginer des partenariats avec l'université ? Faut-il développer des formations partagées entre cadres de différentes catégories ? Faut-il des diplômes ? Nous avons besoin de vos points de vue pour répondre à ces questions. » En écho, la salle a apporté quelques éléments de réponse.

Si l'idée d'une formation commune à l'ensemble des cadres hospitaliers est jugée plutôt pertinente, notamment pour les cadres administratif et cadres de santé de pôles d'activité, les cadres hospitaliers ont toutefois insisté à Marseille sur le respect des différences. « Il faut respecter les domaines de compétence de chacun tout en recherchant le décloisonnement », estime ainsi un cadre de santé. « Il est important de distinguer le cadre administratif et le cadre de santé. Il ne faut pas de diplôme commun », ajoute un cadre administratif. Selon les principaux intéressés, la formation professionnelle devra donc à l'avenir mieux prendre en compte les spécificités des différentes catégories tout en permettant des enseignements communs. Tout en faisant du sur-mesure : « En parallèle des formations générales, il faut mettre en place un bilan individuel pour chaque cadre. Les difficultés étant spécifiques, il faut une démarche très personnalisée pour nous accompagner », a ainsi fait valoir un autre cadre de santé. Des témoignages « à faire remonter à Paris », selon la formule consacrée par la salle.

CHRU de Montpellier: PAM : à chacun son rôle

Pour le CHRU de Montpellier, Christine Séverac, cadre supérieur de santé, et Eric Amarger, cadre administratif de pôle, ont décrit leurs rôles respectifs et les qualités attendues pour travailler au sein d'un pôle d'activité médicale. Ainsi, le rôle du cadre supérieur de santé consiste à assister le praticien responsable de pôle dans la coordination des prestations de soins. Il participe à l'élaboration du projet médical de pôle et à sa mise en œuvre. Il manage l'équipe de cadres de santé et conduit les projets de pôle. Ses qualités ? « Il faut savoir concevoir, présenter et argumenter un projet. Fixer des objectifs et évaluer les résultats. Mais aussi animer, mobiliser et évaluer une équipe. Il faut enfin avoir des connaissances en matière de gestion financière, de suivi d'activité et de mise en place d'indicateurs », décrit Christine Séverac.

Du côté du cadre administratif, son rôle est, lui aussi, d'assister le praticien responsable de pôle mais dans des domaines différents : la gestion des enveloppes déléguées et l'élaboration d'organisations dans le cadre du projet médical. Il manage la cellule administrative du pôle et analyse les données administratives et budgétaires du pôle. Enfin, il lui revient le soin de rédiger le rapport d'activité du pôle. D'autres qualités sont attendues. « Il faut maîtriser la gestion financière, savoir conduire des réunions, analyser les données du système d'information, maîtriser les outils informatiques et assurer la veille juridique », pose Eric Amarger.

Et en tant que membres du trinôme de pôle, les deux cadres attendent des autres cadres hospitaliers des aptitudes à la communication, le sens des responsabilités, une adaptabilité, des capacités à négocier et de la persévérance. « Et surtout du courage et une grande disponibilité car nos journées n'ont pas d'horaires », lance Christine Séverac.

AP-HM : Comment accompagner les équipes de pôles ?

Quel est le besoin en formation dans la mise en place d'un pôle d'activité ? C'est à cette question qu'ont répondu Robert Valette, cadre supérieur de santé, et Fabrice Barelli, cadre administratif du pôle « imagerie » de l'AP-HM en présentant la réponse apportée par l'institution.

A l'initiative de l'AP-HM, les équipes de pôle – médecins responsables, directeurs référents et cadres hospitaliers – ont suivi une courte formation interne organisée par la direction du contrôle de gestion. Cette formation a porté sur le sens de la réforme et l'impact de la T2A. Elle a aussi permis de présenter le cadre comptable (passage à l'EPRD) et le système d'information. Les équipes ont pu aussi s'initier à l'approche analytique et aux outils de gestion.

En externe, les cadres hospitaliers ont suivi une formation qualifiante au CNAM (certificat de spécialisation intitulé « de l'organisation à la conduite des pôles hospitaliers »), jugée de qualité tout en étant quelque peu trop théorique. Les deux cadres du pôle « imagerie » ont aussi présenté leur vision des évolutions nécessaires pour la formation.

« Pour les cadres soignants, il faut faire évoluer les programmes de formation initiale des IFSI et des IFMEM et aussi des IFCS sous l'égide de l'EHESP », suggère Robert Valette. Pour les cadres administratifs, une évolution du programme initial des AAH avec un allongement de la durée de formation et une valorisation des périodes de stage est aussi recommandée. Et pourquoi ne pas mettre en place une formation universitaire ?

Pour le binôme de pôle ensuite, « il faudrait un rapprochement des cursus de formation au niveau universitaire sur des modules spécifiques en conservant les spécificités de chacun », ajoute Robert Valette.

Et enfin pour la formation continue, les deux cadres recommandent une formation spécifique pour les équipes de pôles afin de favoriser l'émergence d'une culture commune.

CHRU de Montpellier : L'EPP, gage de valorisation des cadres de santé

L'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales peut valoriser les cadres de santé.

Telle fut la démonstration présentée par Fabienne Billault, cadre supérieur de santé, et Rahmouna Petit, cadre de santé. L'EPP paramédicale au CHRU de Montpellier est un axe fort du projet de soins visant à améliorer le management, la gestion des ressources et des compétences.

Elle concerne tous les paramédicaux qui souhaitent faire évoluer leur pratique, l'améliorer et l'adapter aux besoins des soignants et des soignés. L'objectif ultime est de développer une culture de l'évaluation et d'améliorer la qualité des soins et la prise en charge des patients. « La place des cadres de santé est importante dans ce processus car ils sont au plus près du terrain et à l'interface entre les différents professionnels », explique Fabienne Billault. D'où une grande implication des cadres de santé qui a permis de faire naître de nouvelles compétences au contact des équipes paramédicales. Avec elles, les cadres ont dû établir des plans d'actions, d'amélioration et d'évaluation, choisir un thème d'amélioration, définir les objectifs attendus, la méthode et le calendrier, recueillir les données et les informations, vérifier les résultats, les analyser et déterminer les écarts avec la pratique attendue. « L'EPP est un outil de management régulateur car il permet le développement d'une attitude d'auto-questionnement et il déculpabilise les soignants car tout dysfonctionnement constitue une opportunité de progrès individuel et collectif. Il est aussi fédérateur. Toutes les équipes se sont mobilisées sur ce projet », décrit Rahmouna Petit. Le cadre de santé jouant un rôle important pour fédérer tous ces personnels.

CHU de Nice: Le passeport « cadres »

Afin de remédier au manque de cadres de santé, les établissements ont recours de plus en plus à un autre acteur de l'encadrement : le faisant fonction de cadre de santé. Martine Genoud, cadre soignant responsable du pôle Urgences SAMU/SMUR, et Véronique Labouyrie, cadre de santé pôle neurosciences cliniques, ont présenté le dispositif d'accès à la fonction de cadre de santé mis en place au CHU de Nice. Nom de code : passeport « cadres ». Ce dispositif piloté par la coordination générale des soins a pour objectifs de sélectionner les candidats à la fonction de cadre de santé, d'organiser la mise en situation professionnelle, d'accompagner les professionnels dans la découverte de la fonction de cadre et d'accéder à la préparation du concours d'entrée à l'institut de formation de cadres de santé (IFCS).

Il s'adresse à tous les professionnels paramédicaux de santé qui ont au minimum 3 ans d'ancienneté pour faire acte de candidature, et 5 ans d'exercice professionnel lors du concours d'entrée. La demande peut être soit spontanée, soit proposée par l'encadrement.

Le candidat passe alors par une phase de sélection fondée sur l'analyse de ses motivations et de son expérience professionnelle. Une fois sélectionné, il est mis en situation professionnelle, comme faisant fonction de cadre de santé, sur un poste proposé par la coordination générale des soins en concertation avec les directeurs de soins. La mise en situation intervient de préférence dans un pôle différent de la dernière affectation du professionnel concerné. La durée de la période de mise en situation est de deux ans. Les professionnels concernés prennent l'engagement formel de se présenter au concours d'entrée à l'IFCS.

A Marseille, ils ont dit...

« Il ne faut pas oublier que 40 % des cadres ne sont pas d'origine soignante ou médico-technique à l'hôpital. Les cadres techniques et les cadres administratifs ne sont pas uniquement dans les pôles. Il y a aussi un malaise des cadres dans les secteurs autres que ceux de la nouvelle gouvernance. » Un DRH d'établissement.

« Avec le diagnostic flash, le taux d'encadrement sur lequel s'appuient les équipes de direction pour faire du benchmarking se résume au nombre d'infirmières qu'encadre un cadre de santé. L'encadrement se réduit-il au nombre d'infirmières encadrées ? » Un cadre supérieur de santé.

« La fonction pédagogique et la fonction d'évaluation sont au cœur du métier de cadre. » Un cadre administratif.

« Lorsque nous avons besoin de recruter un cadre de santé, il faut compter un délai de 8 mois entre la demande de poste et l'organisation du concours. » Un directeur coordinateur des soins.

« Un cadre doit avoir la culture du métier qu'il encadre. On ne peut pas animer une équipe sans avoir compris les métiers que l'on encadre. » Un cadre de santé.

« Le statut de la fonction publique hospitalière est-il adapté au XXI^e siècle ? Offre-t-il aujourd'hui une souplesse suffisante pour répondre à nos attentes ? » Un DRH d'établissement.

« Il y a une attente très forte des directeurs envers les cadres. Il manque d'ailleurs une notion d'intéressement individuel. Comme pour les directeurs, la rémunération des cadres devraient être liée à une part fixe et à une part variable, fonction des objectifs atteints ou non. » Un directeur de centre hospitalier.

Organisateurs :

Jean Paul Segade(DG),jean-michel.budet@ap-hm.fr; anceaux.v@chu-nice.fr;fhf-lr@chu-montpellier.fr [fhf-lr@chu-montpellier.fr], responsable régional RHF

Correspondants :

Michele.segade@ap-hm.fr;anceaux.v@chu-nice.fr

Lyon, 12 juin

Matin, Hôpital Cardiologique, 173 participants
Région(s) : Rhône-Alpes - Auvergne



www.cadres.creer-hopitaux.fr

PROGRAMME
DU 12 JUIN 2009 – 9h30 13h

Hospices Civils de Lyon
Groupement Hospitalier Est
Hôpital Cardiologique
28 Avenue du Doyen Lépine
69677 BRON cedex
Amphithéâtre B 13 (rdc)

DÉROULEMENT

9h00 : Accueil des participants.

9h30 : Accueil par Mr. Collombet Secrétaire Général des HCL, Mr Debeauvais Délégué Régional Rhône Alpes et Mr Favre Bonté Délégué Régional Auvergne.

9h45 : Présentation de la mission par Mme De Singly : Enjeux, Questions, dynamique souhaitée.

10h00 : Présentation par les cadres d'expériences, d'innovations réussies et à partager.

- o Cadre de mission transversale : Référent Projet Utilisateur (Mme Langevin cadre de santé HCL)
- o Cadre technique hospitalier et projet de territoire en téléimagerie (Mr Chapon Ingénieur biomédical CH Montélimar)

10h30 : 10mn Questions/Réponses

- o Rôle et mission d'un cadre de santé seul en EHPAD (Mme Rosas cadre de santé MR St Didier en Velay)
- o Cadre supérieur et cadre de proximité dans un même pôle (Mme Delatraz Cadre supérieur de santé et Mme Manganoni cadre de santé CH Ancey).

11h10 : 10mn Questions/Réponses

11h30: Projection du film Plein Cadr(e)s, les cadres vus par leurs partenaires.

11h 45 : Echanges avec la salle

13h00 : Clôture

INSCRIPTION
Mme Myriam RICHARD
04 72 11 29 63
myriam.richard@chu-lyon.fr

PARTENAIRES



Lyon : Des cadres en quête de reconnaissance

Le 12 juin dernier, les cadres hospitaliers des régions Auvergne et Rhône-Alpes étaient conviés à Lyon à rencontrer les membres de la mission « cadres ». Venus en nombre, ils ont notamment posé la question des moyens et celle de la reconnaissance de la fonction « cadre ».

Dans la capitale des Gaules, les cadres hospitaliers réunis à l'hôpital cardiologique des HCL, groupement hospitalier Est, étaient en quête de moyens pour exercer leur fonction.

Des moyens financiers d'abord, avec une interrogation : « La mission aura-t-elle les moyens de ses préconisations ? », s'interroge d'entrée de jeu un cadre technique.

« Certaines des mesures que nous préconiserons pourront nécessiter des ressources, notamment en termes de valorisation. Il faudra alors les chiffrer et voir comment les mettre en place. Mais toutes nos propositions ne demanderont pas forcément de ressources financières », répond, sans ambages, Chantal de Singly.

Moyens toujours, mais humains cette fois. « Notre fonction repose avant tout sur les personnes. Pour gérer un pôle, tout dépend non pas de la qualité, non pas de la compétence, mais de la capacité du cadre de réunir les personnels. Il ne servira à rien de préciser les cœurs de métiers tant que nous n'aurons pas d'aide en termes d'effectifs », témoigne un cadre de santé. Même écho provenant d'un cadre administratif : « les cadres administratifs de pôle font ce qu'ils peuvent avec ce qu'ils ont... »

Contre la montre

Moyens humains toujours, quand il s'agit de travailler contre la montre. « Pour mettre en place des projets dans un pôle, il faut du temps. Il y a toujours une grande lenteur pour aboutir quand il faut aussi gérer le quotidien. La réalité de notre travail ne se résume pas à nos 8 heures par jours », fait valoir un cadre de santé. « J'ai besoin de temps avec les équipes pour mettre en place les projets. Et ce temps, je l'ai de moins en moins », confirme un autre cadre de santé.

« La question du temps est cruciale, reconnaît Chantal de Singly. Quel est le temps utile et le temps moins utile à la fonction ? C'est une question que nous examinerons attentivement ».

« Tant que la fonction « cadre » est très perso-dépendant, cela empêche les modèles de management de se développer. Tout l'enjeu est de le rendre de moins en moins perso-dépendant. Pour cela, il faut dégager ensemble les éléments de ce management hospitalier sur lesquels vous pourrez vous appuyer », prolonge Sylvie Lucas, enseignante à l'Université Paris-Dauphine, membre de la mission « cadres ».

Mais les cadres sont aussi en quête de reconnaissance. Une reconnaissance qui pourrait passer par une meilleure association des cadres au fonctionnement de l'établissement. « Il faudrait inventer un collège « cadres » différent des instances existantes, qui ne serait pas là pour donner un avis sur des projets d'établissement, mais pour mener une réflexion managériale sur les méthodes de mise en œuvre des projets », propose un directeur d'hôpital. Une bonne manière de favoriser les stratégies d'appropriation.

RPU HCL: une nouvelle fonction au service des soins

A mi-chemin entre l'informatique et le soin, telle est la zone de compétence du responsable projet utilisateur (RPU), une nouvelle fonction pour les cadres hospitaliers créée en 2002 aux Hospices civils de Lyon (HCL). « Le RPU est le référent utilisateur des métiers de soins pour tous les projets informatiques et tous les logiciels touchant les unités de soins et les soignants », explique Laurence Langevin, RPU aux HCL. Une fonction mise en lumière à l'occasion du vaste chantier d'informatisation du circuit du médicament des HCL.

Un projet complexe qui a démontré le rôle déterminant des RPU dans le bon développement de projets informatiques dans les unités de soins. Car un RPU est un cadre de santé qui joue un rôle d'intermédiaire entre les logiques médicales, soignantes, usagers et administratives. Il travaille avec toutes les unités de soins de l'établissement. « Il recherche le fonctionnement optimum de l'unité de soins. Il apporte aux soignants les clés de compréhension des projets et des outils informatiques. Il est aussi le garant de la politique de soins, du respect des référentiels de bonnes pratiques et de la réglementation », résume Laurence Langevin.

Des compétences mises au service des unités de soins notamment via des formations e-learning, comme se fut le cas pour la présentation du progiciel de prescription.

CH de Montélimar Le rôle du cadre technique : l'exemple par le projet

Pour faire face à la pénurie de radiologues sur son territoire de santé, le centre hospitalier de Montélimar travaille actuellement à la mise en place d'une solution de télé imagerie regroupant les CH d'Aubenas, de Privas et de Montélimar. Un projet piloté par un cadre technique hospitalier, Frédéric Chapon, ingénieur et responsable du service biomédical du CH de Montélimar. L'objectif est d'organiser une garde commune à domicile pour les clichés de scanner en urgence. « Toute la difficulté du projet étaient de prendre en compte les particularités locales, et notamment l'absence de système d'archivage et de communication d'image sur les 3 sites. Seul un archivage des

images scanner sur CD préexistait. Nous avons donc opté pour un archivage externe chez un prestataire unique », explique Frédéric Chapon.

Dans cette opération, le rôle du cadre a été d'étudier techniquement l'offre industrielle et les sites déjà équipés. Il a fallu aussi examiner le contexte juridique (décret hébergeur, respect de la confidentialité, de la sécurité de connexion des radiologues à la solution), construire un cahier des charges avec tous les interlocuteurs, et lancer l'étude des différentes offres sur le plan technique, financier, juridique pour aboutir à un choix de solution. Ensuite, ce travail effectué, il a été nécessaire de s'assurer de la création d'une convention entre les 3 établissements, de planifier la mise en œuvre du projet en intégrant les contraintes locales (ressource en informatique, ressource médicale...) et puis de s'assurer de la formation de tous les acteurs.

Le cadre de santé en EHPAD

Elaborer un dossier de soins ciblé, telle a été l'action menée par Jacqueline Rosas, cadre de santé, à son arrivée à la maison de retraite (EHPAD) de St Didier en Velay en Haute-Loire (43).

Un défi managérial à relever puisque l'état des lieux laissait apparaître une absence de culture de l'écrit, une prise en charge centrée sur la dimension technique du soin et une faculté d'analyse des situations réduite à sa plus simple expression. « Chaque acteur travaillait en parallèle. Les transmissions écrites ont été un levier pour fédérer l'équipe autour d'un projet », explique, en substance, Jacqueline Rosas. La mise en place de transmissions écrites a abouti à la création d'autres outils pour permettre la mise en place du dossier de soins ciblé, comme le diagramme de soins. La méthode utilisée ? Création d'un groupe de travail avec les infirmiers et les aides soignants, élaboration d'un document, accompagnement par les IDE et mise en place progressive de l'outil dans les différents secteurs de l'EHPAD.

« Aujourd'hui, il y a une bonne appropriation de l'outil car celui-ci a été pensé par tous et il est utile à tous. Il donne la photographie exacte de l'état de santé du résident », explique Jacqueline Rosas. Cette photographie permet ensuite de définir les orientations des soins pour chaque résident. Dans cette gestion de projet, le rôle du cadre a été de développer une stratégie managériale, d'identifier les leviers d'actions et d'accompagner le projet tout en laissant une marge d'autonomie aux différents acteurs. Les principales difficultés rencontrées ont été de « faire reconnaître le rôle du cadre, et de développer une culture professionnelle dans des institutions où il n'y a généralement pas de cadres », pose Jacqueline Rosas. Ce travail aura permis aussi de mener une réflexion plus large sur la prise en charge des résidents.

CH Annecy Pôle d'activité : le rôle du cadre de santé

En 2008, l'emménagement dans les nouveaux murs du centre hospitalier régional d'Annecy (CHRA) et l'utilisation accrue des nouvelles technologies – automate de dispensation de la pharmacie, informatisation des prescriptions, automatisation de la fonction transport – a été l'occasion de revoir en profondeur l'organisation des unités de soins. Dans ce contexte, le rôle du cadre de santé dans les pôles d'activité s'est révélé crucial. Ce dernier organise et de coordonne les soins et la prise en charge globale des patients. Il prévoit et gère les ressources humaines, optimise et développe les compétences du personnel. Mais aussi assure la gestion logistique de l'unité. « Il a un rôle d'évaluation des équipes. Il est responsable de la gestion administrative et logistique de l'unité. Il est le référent professionnel pour tout problème concernant l'unité, le pivot, le lien entre tous », décrit Corinne Manganoni, cadre de santé du pôle médico-chirurgical de l'établissement. Outre la gestion des stocks, des lits et du planning, le cadre a du aussi appréhender la logique économique, une nécessité accrue par l'arrivée de la T2A. « Le cadre est beaucoup plus sollicité sur la gestion économique que par le passé. Nous devons réfléchir à l'adéquation entre le mode d'hébergement et la valorisation liée à l'acte. Par exemple, pour la prise en charge des cataractes, nous avons privilégié l'ambulatoire plutôt qu'une hospitalisation classique », décrit Pascale Deletraz, cadre supérieur de santé du pôle. Et surtout, dans son management, le cadre de santé doit présenter les enjeux économiques avec pédagogie en gardant comme objectif le service à rendre à l'utilisateur.

Organisateurs :

Paul Castel(DG),JDebeaupuis@chu-grenoble.fr;isabelle.louis-burlat@ch-montelimar.fr, responsable régional RHF

Correspondants :

cedric.arcos@chu-lyon.fr;isabelle.banterla-dadon@chu-lyon.fr;myriam.richard@chu-lyon.fr

Rouen, 16 juin

Matin, Hôpital Charles Nicolle, 330 participants
Région(s) : Haute- Normandie - Basse-Normandie / Picardie



ensemble
modernisons l'hôpital

Rencontre en région

mission cadres

CHU de Rouen

Forum "Mission Cadres"
Mardi 16 juin 2009
CHU-Hôpitaux de Rouen

FHF

Programme

8h30 - 9h **Accueil**

9h - 9h30 **Ouverture**

Christian PAIRE, Directeur Général du CHU-Hôpitaux de Rouen
Yves BLOCH, Délégué régional FHF
Christian DUBOSQ, Directeur de l'ARH de Haute-Normandie
Chantal de SINGLY, Directrice de l'Institut du Management, EHESP – Chef de la Mission Cadres

Témoignage Région Picardie

9h30 - 10h00 Pascal FORCIOLI, Directeur de l'ARH de Picardie
Restitution de la Mission Régionale

10h00 - 10h10 CH de Beauvais
- Une nouvelle dynamique

Témoignage Région Basse-Normandie

10h10 - 10h30 CHU de Caen
- La "bienveillance" des cadres

10h30 - 10h50 CH de Lisieux
- La place des cadres de santé dans la gestion des risques et de la qualité

Témoignage Région Haute-Normandie

10h50 - 11h10 CHU – Hôpitaux de Rouen
- Le "Collège cadres"

11h10 - 11h30 CHI Elbeuf – Louviers – Val de Reuil
- La place des cadres hospitaliers dans le trinôme de pôle

11h30 - 11h45 **Projection** Film : "Plein cadres"

11h45 - 13h **Débat avec la salle**

Rouen : La mission cadres veut leur redonner confiance

Formation, revalorisation, bientraitance, harmonisation des parcours : les thèmes sur lesquels se penche la mission Cadres pilotée par Chantal de Singly ont attiré 330 personnes le 16 juin à la rencontre organisée à Rouen.

Encouragés à s'exprimer librement par la responsable de la mission, les cadres hospitaliers présents en nombre ont saisi l'opportunité pour faire part de leurs préoccupations dans un contexte de réformes qui les oublient souvent. Chantal de Singly les a assurés de porter leur parole auprès de la ministre et d'émettre des propositions au plus près de leurs attentes. Un leitmotiv de son travail : la confiance, qu'elle souhaite restaurer vis-à-vis des cadres et des cadres eux-mêmes dans leur fonction, souvent vécue « entre le marteau et l'enclume », leurs missions et leur avenir. Offrir un niveau de formation master pour les cadres, « cela aurait un sens », même si cela demande négociation, a estimé Chantal de Singly. Pour Sylvie Lucas, maître de conférence à l'université de Paris-Dauphine et membre de la mission, « l'ouverture de la formation vers l'université serait une opportunité importante pour [les cadres], à qui elle ouvrirait la possibilité de développer de nouvelles compétences autour des expertises liées à leur profession. Chantal de Singly a quant à elle observé la nécessité d'envisager la fonction cadre de manière globale, en prenant aussi en compte la vision qu'en ont les cadres de direction. La complexité de la situation des adjoints techniques de laboratoire et des cadres formateurs fera par ailleurs l'objet d'un examen attentif.

CHU de Rouen : 21 cadres au Collège

Les 21 membres du collège cadres créé en février 2006 au CHU de Rouen dans le cadre du projet d'encadrement ont été tirés au sort. Les deux tiers sont issus de la filière soignante, 3 viennent de la filière administrative et quatre de la filière technique et logistique. Leur mission : préciser le référentiel métier « cadre » (formation, diffusion de l'information, etc.), discuter des sujets institutionnels sur lesquels il est consulté (offre de soin, projets managériaux...) et participer aux commissions institutionnelles, dont certaines, sous cette impulsion, sont devenues tripartites. « Notre volonté, c'est de se faire connaître, de se structurer et de se définir », résume Danièle Sandret, cadre supérieur de santé. Une charte de fonctionnement précise les obligations d'engagement, de discernement, de disponibilité et de discrétion dont les membres du collège doivent faire preuve, lors des réunions mensuelles mais pas seulement. L'accueil des nouveaux cadres constitue un des projets prioritaires sur lequel planche un groupe de travail et un autre met au point un parcours de formation pour les cadres hospitaliers. Le caractère multifilière, « c'est la richesse de ce collège », souligne Elisabeth Gabet, cadre administratif. Ses membres sont parvenus à se comprendre et à dégager les points communs de leurs fonctions d'encadrement ou d'expertise, qu'ils se sont ainsi mieux appropriées. Reste à sortir de la place de « bon élève docile » qu'on souvent occupé les cadres pour acquérir l'autonomie qui leur revient et la capacité à défendre leur point de vue.

CH de Lisieux : Période d'adaptation « qualité » pour les nouveaux

Les nouveaux cadres nommés au sein du CH de Lisieux (Calvados) passent deux mois au sein de la direction des soins et de la direction qualité de l'établissement avant d'être affectés à un service. Pendant cette période, ils s'imprègnent de la politique de qualité et de gestion des risques de l'établissement en réalisant des travaux (publiés ensuite) sur l'hygiène dans la biberonnerie, la tenue des réfrigérateurs alimentaires et de médicaments, etc. Ils participent également à la gestion documentaire sur ces sujets, à l'élaboration de procédures et dirigent des enquêtes et rapports sur des sujets imposés (perception de la qualité par les professionnels, suivi des inventaires de matériel etc.). L'établissement a adopté cette démarche en 2006 après avoir constaté, études à l'appui, que les cadres avaient besoin d'être accompagnés au début de leur exercice. Ces travaux avaient aussi souligné le l'utilité de la coopération et du partage d'expériences pour les cadres de tous les horizons. Des groupes transversaux pérennes, pilotés par des cadres supérieurs de santé mais de plus en plus par des cadres de proximité ont donc été créés pour plancher, entre autres, sur la sortie des patients, la prévention des escarres, la contention... Surtout, plus de la moitié des cadres participent aux 14 procédures d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en cours dans l'établissement. « Les cadres, souligne Catherine Bitker, cadre supérieur de santé dans l'établissement, y apportent leur soutien méthodologique en termes de technique d'audit, de relai entre le service et la direction, d'information des équipes et sur le pan pédagogique. »

CH d'Elbeuf : Acculturation mutuelle

Le chef du service et le cadre de santé travaillaient déjà ensemble depuis 15 ans lorsqu'ils ont été nommés responsables du pôle de chirurgie-anesthésie au CH d'Elbeuf (Eure). Cela a modifié d'une part le rôle du médecin : sa fonction de chef de la fédération, qui résumait presque au rôle de boîte à lettre, s'est développée sur les thématiques très chronophages de l'autorité fonctionnelle, le management, la communication, le conseil voire l'aide psychologique... Du côté du cadre de santé, les missions principales n'ont pas été bouleversées mais la contractualisation avec l'établissement, précisant objectifs et moyens, et la délégation de gestion ont profondément modifié son rôle. « Il faut analyser des tableaux de bord, acquérir une nouvelle culture médico-économique et la faire

accepter par l'équipe, souligne Christine de Araujo, cadre supérieur de santé du pôle. Mais nous avons peu de temps pour nous approprier les outils de pilotage. »

Cette dimension médico-économique, c'est l'affectation d'un cadre administratif qui l'apporte dans le pôle. Son affectation a transformé le binôme en trinôme, conformément à la réforme de la gouvernance, et modifié à la fois l'équilibre des collaborations et les perspectives de travail. Corinne Chopart analyse les tableaux de bord avec le médecin et le cadre supérieur de santé, présente les résultats d'activité, renseigne sur le codage ou la facturation. Sans aucune formation complémentaire non plus, elle s'est immergée dans la culture médicale et soignante. Pour Sylvie Lavoisey, directeur des soins, cette acculturation constitue « un enrichissement mutuel ».

La Picardie mobilisée « plein cadres »

Seize centres hospitaliers sollicités, 12 établissements associés, près de 70 cadres participants, un comité de pilotage : la Picardie planche activement sur la question des cadres hospitaliers depuis deux mois. Le comité de pilotage a pris acte du besoin, exprimé par l'ensemble des cadres hospitaliers des différentes filières (santé, administratif, technique) de partager un socle de connaissances et de compétences communes. Le directeur de l'ARH, Pascal Forcioli, a donc demandé au groupe de travail de mettre sur pied un programme de formation pluridisciplinaire qui associerait des professionnels des différentes filières, une initiative qui sera financée « sur la marge d'aide à la contractualisation » de l'agence pour 2009.

Cette mesure fait écho au constat de la très grande hétérogénéité des parcours et programmes de formation initiale des uns et des autres. Selon le comité, des rapports plus étroits entre les organismes de formation des cadres et l'université pourraient peut-être répondre au besoin criant de perspectives professionnelles de certains cadres comme les adjoints administratifs mais aussi au manque de passerelles entre les filières, d'opportunité de recherche.

Une formation commune aux membres des trios de pôles a également semblé indispensable aux membres du comité de pilotage. Plus largement, « l'ensemble de l'encadrement souhaite être associé sur des projets spécifiques », souligne le comité, d'autant que « les cadres de proximité se sentent seuls dans la mise en place des projets » et ont souvent le sentiment d'être de simples exécutants. Des modalités innovantes de participation doivent donc être explorées. Développer les temps d'échanges pluridisciplinaires et interpôles, renforcer l'expression des cadres de proximité et leur participation aux décisions, consolider la commission de soins infirmiers, intégrer des représentants des cadres au futur directoire... autant de pistes qui permettraient aux cadres d'accéder à l'information et aux échanges et les valoriseraient d'autant.

Voir aussi <http://www.cadres.creer-hopitaux.fr/debat/blog/une-mission-regionale-cadres-en-picardie>

Dans la dynamique des travaux picards, le CH de Beauvais a mené une réflexion qui a mené son directeur à s'engager sur la tenue de rencontres entre cadres supérieurs de santé, de proximité, cadres administratifs et de direction ainsi que l'organisation de séminaires thématiques pluridisciplinaires à leur intention.

Consulter la synthèse des travaux du groupe de réflexion

<http://www.cadres.creer-hopitaux.fr/debat/blog/beauvais-le-groupe-cadres-se-mobilise>

A Rouen, ils ont dit...

Sylvie : « Beaucoup de cadres ont peur qu'une faute professionnelle soit commise vis-à-vis d'un patient ».

Colette : « Pour beaucoup, les cadres sont toujours aujourd'hui les maîtresses de maison des équipes soignantes. Le mot surveillante n'a pas disparu. Le métier a changé mais pas les représentations. »

Loïc : « On est mangés par le quotidien. Il y a un paradoxe : on doit être au cœur de notre métier et quand on a une équipe de 50 infirmières, on passe 70 à 80% de notre temps sur le planning ! Difficile, dans ces conditions, d'être une force de proposition. »

Une étudiante cadre : « Il faut que les directeurs soient aussi évalués sur leur fonction managériale et sur la façon dont ils associent les cadres. »

Un directeur adjoint : « Si on va chercher des agents à l'extérieur de l'hôpital, c'est parce qu'on ne trouve pas dans la FPH l'expertise qu'on recherche, notamment des compétences en technique d'organisation, contrôle de gestion, etc. »

Thérèse : « Après 27 ans comme cadre de bloc, j'ai senti une scission quand je suis passée du côté administratif, je ne faisais plus partie de la corporation des cadres de santé, mes compétences n'étaient plus bonnes. Pour que l'hôpital soit moins malade, il faut qu'il y ait plus de confiance. »

« Dans une structure conservatrice où tant de pouvoirs gouvernent, il ne faut pas que la formation des cadres soit un emplâtre sur une jambe de bois. »

Marie : « L'universitarisation des études, c'est la fin des IFSI. »

Valérie : « *Comment allons-nous être informés de vos propositions ?* »

Organisateurs :

Christian Paire(DG),ybloch@ch-dieppe.fr, responsable régional RHF ;

Correspondants :

jacques.meyohas@chu-rouen.fr;Malika.Brotfeld@chu-rouen.fr;remi.heym@chu-rouen.fr

Aux Antilles comme à la Réunion, l'éloignement n'a pas permis de faire assurer la prise de notes par un journaliste. Nous ne disposons donc que d'un relevé sommaire de ces rencontres.

Pointe à Pitre, 19 juin : des cadres mobilisés sur des projets communs

Président de séance : Patrick Houssel, DG CHU Pointe à Pitre, délégué régional FHF Modérateur Ary Broussillon, sociologue, consultant en relations sociales au CHU, auteur de "Surveillantes d'hôpital, à cœur ouvert à cris perdus"

- 1) intervention des cadres de la Martinique sur leur positionnement de cadre de santé dans les pôles, leur formation (logique LMD)
- 2) intervention des cadres de Guadeloupe et de Guyane
 - présentation d'une opération de restructuration du service de réanimation néonatale du CHU de Pointe à Pitre : rôle des cadres dans la gestion du projet
 - présentation de la création du collège cadre

A Pointe à Pitre, des cadres qui portent ensemble des problématiques, qui échangent (le collège cadre, les groupes de travail en Martinique) et se construisent une vision de leur positionnement et expriment des attentes fortes sur leur formation, sur leur temps de travail, sur leur reconnaissance

La Réunion, 24 juin : des projets de changement portés par les cadres

Accueil Michel Calmon , DG CHR et Patrick Gras délégué FHF
Intervention de Madame Vigneron Meleder directrice de l'ARH Réunion Mayotte

Les projets des cadres :

Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion : de l'intérêt d'un pilotage de projet par un cadre de direction, un cadre de santé de pôle clinique et un cadre administratif du pôle Management/Logistique

CHR la Réunion : site CH Felix Guyon, : "Cadres hospitaliers-management de projet : exemple du chantier circuit du médicament du service de réanimation polyvalente

Site Groupe Hospitalier Sud Réunion : la réorganisation des transports

Centre Hospitalier Gabriel Martin: La gestion des risques

A la Réunion , les quatre présentations concernent des réorganisations conduites par les cadres, avec une association forte cadre de santé et cadre administratif et logistique. Dans le cas de l'opération sur le chantier du médicament, les cadres soulignent l'importance d'un appui méthodologique (en l'occurrence, projet équipement de la MEAH), ils mettent en évidence l'importance du soutien médical.

Dans l'exemple de l'EPSMR les cadres ont construit eux-mêmes la méthode et soulignent que pour aller plus loin ils auront besoin d'une aide extérieure.

Dans les quatre exemples, il ressort une dynamique forte des cadres et l'importance de l'accompagnement externe en termes d'apprentissage pour les cadres de méthodes de management.

Bordeaux, 23 juin

Matin, Institut des Métiers de la Santé, 313 participants
Région Aquitaine

ensemble
Incidences Hospitalières

Rencontre
en région

mission cadres

JOURNÉE REGIONALE D'EXPRESSION ET DE REFLEXION
SUR LE THEME DES CADRES HOSPITALIERS EN AQUITAINE - Le 23 JUIN 2009

PROGRAMME

- 9h00 Accueil
- 9h30 Ouverture de la matinée
 - Alain HERIAUD, Directeur Général du CHU de Bordeaux
 - Michel GLANES, Délégué Régional de la FHF-région Aquitaine
- 9h40 Présentation de la mission cadres
 - Chantal de SINGLY, Directrice de l'Institut du Management à I.E.H.E.S.P., Chef de la Mission Cadres
- 9h50 Présentation de quatre expériences régionales
 - 3 expériences d'encadrement dans le contexte de la Nouvelle Gouvernance (CHU de Bordeaux)
 - Fonctionnement du pôle de chirurgie (CH de Périgueux)
 - Retour d'expérience d'un contrat de gestion dans un pôle de psychiatrie adulte (CH Charles Perronne de Bordeaux)
 - Rationaliser l'offre de soin en période critique (CH de Libourne)
- 11h20 Projection d'un film : « Plein Cadres », les cadres vus par leur partenaires»
- 11h30 Echanges avec la salle
- 13h00 Clôture de la matinée

Adresse du forum cadres : <http://www.cadres.creer-hopitaux.fr>

LIEU
Institut des Métiers de la Santé (I.M.S.)
Hôpital Xavier Arcozon
Avenue du Haut Levéque - 33004 PESSAC
Grand amphithéâtre

INFORMATION ET INSCRIPTION
Sylvie LASCAUD-THOMASSON
FHF-Région Aquitaine
12 rue Dubornat - 33404 YALENCE Cedex
sylvie.lascaud-thomasson@chu-bordeaux.fr
05 56 79 57 83



Bordeaux : les cadres au cœur des changements organisationnels

Plusieurs expériences de terrain présentées lors du déplacement de la mission dans la région Aquitaine ont permis de mesurer l'importance de la transversalité des missions des cadres dans un contexte de restructuration ou de rationalisation de l'offre de soin.

Ouverte par Alain Hériaud, Directeur général du CHU de Bordeaux, et Michel Glanes, Délégué régional de la FHF, cette journée régionale a été l'occasion de mettre en lumière les dimensions de décloisonnement et d'harmonisation des pratiques portées par les cadres hospitaliers. « La valeur ajoutée des cadres dans la gestion de projet est encore sous-estimée », a estimé Luc Durand de la Direction générale des soins infirmiers du CHU de Bordeaux. Soucieux de mieux impliquer ses cadres mais surtout de valoriser leur expertise, le CHU a décidé de se doter d'un dispositif d'accompagnement de l'encadrement dans le cadre du projet managérial 2011-2015. Le précédent projet managérial de l'établissement a d'ores et déjà permis d'accompagner l'émergence de nouveaux métiers pour les cadres hospitaliers.

3 expériences d'encadrement dans la nouvelle gouvernance au CHU de Bordeaux

Cadre de santé expert Systèmes d'information

Isabelle Inchauspé, cadre de santé expert Systèmes d'information, a détaillé le contenu de sa mission transversale à l'interface de la Direction des soins et de la Direction des systèmes d'information. Dans le cadre du déploiement du dossier de soins informatisé sur l'ensemble du CHU, elle facilite la prise en main des outils informatiques par les soignants et participe à la construction des référentiels d'actes de soins et des transmissions ciblées. Decloisonnement, harmonisation des pratiques, construction d'un langage commun apparaissent être les maîtres mots pour définir les objectifs de la mission assurée par ce cadre de santé.

Missions transversales dans un contexte de restructuration de la biologie

Deux cadres supérieurs de santé au sein du pôle Biologie et Pathologie du CHU, Louissette Flamary et Sylvie Pommiers, ont de leur côté présenté l'originalité de leurs missions, à savoir mission « Gestion des projets » pour l'une et « Gestion et management des RH » pour l'autre. Instituées notamment dans un contexte de restructuration de la biologie, ces missions ont rendu possible une mutualisation des moyens, notamment grâce à un pilotage plus efficient et une coordination de l'équipe de cadres au sein du pôle. Pour les deux cadres supérieurs, ce dimensionnement en transversalité est une des pierres angulaires de l'accompagnement au changement.

La fonction d'assistant de gestion coordonnateur

Chantal Védère, recrutée au départ par le CHU dans le cadre de l'expérimentation de la contractualisation interne, occupe depuis deux ans le nouveau poste d'assistant de gestion coordonnateur. Rattachée hiérarchiquement à la Direction du contrôle de gestion, elle coordonne le travail des 20 cadres administratifs assistants de gestion. Ce poste transversal garantit l'harmonisation du travail des assistants de gestion dans les pôles tout comme il facilite la transmission de l'information ascendante et descendante.

CH de Périgueux : Le rôle du cadre dans la restructuration des services de chirurgie

Gilles Boucheny, cadre supérieur du CH de Périgueux du pôle BAC (Bloc-Anesthésie-Chirurgie), a détaillé l'importance de son rôle pour la mise en œuvre d'un projet de pôle. Compte tenu de l'évolution de la chirurgie d'une part et du manque de place de lits de médecine d'autre part, une réflexion commune entre le pôle BAC et le pôle Médecine a été initiée. Validé par les instances hospitalières, le projet nourri de la réflexion entre les deux pôles prévoit un regroupement des activités anesthésiques, la création d'une structure dédiée de chirurgie ambulatoire de 12 places et la création d'une structure d'hospitalisation de semaine de 15 places. « Le rôle du cadre supérieur est essentiel dans l'élaboration du projet, la communication aux personnels, la gestion et l'évaluation », a tenu à souligner Gilles Boucheny. Le cadre supérieur de santé a terminé son intervention en plaidant pour une montée en puissance de la délégation de gestion.

CH de Libourne : Rationalisation de l'offre de soins en période critique

Pour répondre aux besoins de la population pendant le pic épidémique hivernal, le CH de Libourne a décidé en 2009 d'ouvrir 20 lits supplémentaires de moyen séjour gériatrique pendant une période de 2 mois. Cette ouverture de lits, accompagnée d'un redéploiement du personnel soignant, a été couplée à une réduction de certaines prises en charge non concernées par le flux épidémique. Le projet de rationalisation de l'offre de soins a été accompagné par Pierry Martin, cadre supérieur de santé au sein du pôle Gériatrie, et Nadine Audubert, cadre de santé en pédopsychiatrie. Une nouvelle équipe opérationnelle de 8 infirmières et 15 aides-soignantes et ASH a été constituée en quelques jours. Les cadres de santé ont été plus qu'indispensables dans la réalisation de ce véritable challenge: contacts des

personnels pour la constitution de la nouvelle équipe, recherche des éléments de motivation, explication du projet, valorisation et responsabilisation des acteurs... « Notre objectif prioritaire a été de combattre les résistances au changement grâce à la mise en place d'un climat favorable. Nous avons cultivé chez les personnels le sentiment d'appartenance à une équipe », a souligné Nadine Audubert. Pour assurer ce changement organisationnel, Nadine Audubert et Pierry Martin ont du convaincre les autres cadres de santé de libérer plusieurs personnels de leurs équipes. « Le travail de communication est fondamental », a ajouté Pierry Martin.

CH Charles Perrens : Contrat de gestion dans un pôle de psychiatrie

Un retour d'expérience d'un contrat de gestion dans un pôle de psychiatrie adulte du CH Charles Perrens de Bordeaux a été présenté par Eric Gilleron, cadre de gestion, et Geneviève Cigoyenette, cadre supérieur de santé. Un contrat expérimental a été signé dès 2006. Il prévoit des objectifs qualité, délai et qualité de la prise en charge, satisfaction des usagers, gestion des risques et contribution au SIH, ainsi que des objectifs en terme d'activité, de suivi des modalités de remplacement ou encore de recettes subsidiaires. « Nous avons certes utilisé l'intéressement mais la signature de ce contrat a permis de sensibiliser l'équipe à la gestion », a précisé Eric Gilleron. Geneviève Cigoyenette a de son côté loué la réflexion des cadres de santé du pôle, lesquels ont rapidement pris conscience de la nécessité d'un décloisonnement et de mutualisation des moyens.

Les filières en débat

Chantal de Singly a lancé le débat avec la salle sur la nécessité ou non d'appartenir à une filière, une spécialité pour exercer la fonction de cadre de santé. « De l'urgence à la réanimation en passant par le bloc, j'ai exercé mes fonctions dans des services différents. C'est parfois très difficile de discuter avec les médecins et l'équipe lorsqu'on se retrouve dans une spécialité dont on ne connaît presque rien », a estimé Françoise, cadre supérieur à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Elisabeth, attachée d'administration au CHU, a quant à elle insisté sur l'importance de la polyvalence pour les cadres. « Si le cadre de santé de proximité a effectivement une activité clinique, il ne peut être qu'issu de la filière », a rétorqué Anne, cadre supérieur à Bordeaux. Plusieurs cadres ont également exprimé le sentiment d'être de moins en moins partie prenante dans les décisions institutionnelles. Chantal de Singly a évoqué le travail de réflexion en cours de la mission, notamment au regard des possibilités pour financer les projets de recherche en management soutenus par les cadres hospitaliers.

Organisateurs :

Alain Hériaud(DG),michel.glanes@ch-agen.fr,; responsable régional RHF

Correspondants :

michel.glanes@ch-agen.fr;Sylvie Lascaud [sylvie.lascaud-thomasson@chu-bordeaux.fr]

Limoges, 26 juin

Matin, Faculté de Médecine et de Pharmacie, 250 participants
Région(s) : Limousin - Poitou-Charentes

ensemble
institutions hôpitaux

www.cadres.creer-hopitaux.fr

mission cadres

Rencontre en région

26 juin 2009 - Forum cadres Limousin Poitou-Charentes

Faculté de médecine et de pharmacie - Amphithéâtre D (à proximité de l'hôpital Dupuytren, CHU Limoges)
2, rue du Dr Marcland - 87025 Limoges cedex

PROGRAMME

LIMOUSIN / POITOU-CHARENTES

- 9h00 : Accueil des participants
- 9h30 : Ouverture
Hamid Sliemmed, directeur général du CHU de Limoges
Bernard Roehrich, directeur de l'APH Limousin
Gérard Tura, délégué régional FHF Limousin
Thierry Schmidt, délégué régional FHF Poitou-Charentes
- 9h45 : La mission Cadres
Chantal de Singly, directrice de l'institut de management de l'EHESP chargée de mission par le ministre de la santé et des sports
- 10h00 : Roland Zanin, cadre de soins éducatifs, CH de Brive
« Mise en place d'un jardin thérapeutique »
projet exemplaire ayant participé à l'optimisation de la prise en charge du patient
- 10h20 : Pascale Beloni, infirmière cadre de santé, CHU de Limoges
« Organisation de la recherche paramédicale »
projet exemplaire ayant participé à l'optimisation de la prise en charge du patient
- 10h40 : Anne Jubien, cadre de santé, CH La Rochelle
« Création d'une équipe mobile plaies et cicatrisations »
projet exemplaire ayant contribué à améliorer les conditions de travail des équipes
- 11h00 : Annie Papon, infirmière anesthésiste cadre de santé, Martine Patuzet attachée d'administration, CHU de Limoges
« La réorganisation du service de transport des patients »
projet exemplaire ayant favorisé une meilleure organisation du service ou inter-services
- 11h20 : « Plein cadres », les cadres vus par leurs partenaires
Film
- 11h30 : Echanges
Questions/réponses avec la mission et les participants
- 12h45 : Cocktail de clôture

INFORMATION ET INSCRIPTION

Philippe Frugier | Tél. : 05 55 05 62 49 | philippe.frugier@chu-limoges.fr

Limoges : une démarche participative couronnée de succès

L'appel à projets lancé à l'occasion de la venue de la mission Cadres le 26 juin à Limoges a rencontré un vif succès : 40 dossiers ont été reçus par le comité de sélection, et 4 « projets exemplaires » ont été présentés par les cadres hospitaliers des régions Limousin et Poitou-Charentes. Centrée autour du partage d'expériences, la manifestation a aussi permis aux cadres de débattre avec les membres de la mission sur les perspectives d'évolution de leur formation.

Les organisateurs de cette rencontre interrégionale de la mission avec les cadres hospitaliers ont tout mis en œuvre pour que l'évènement soit organisé avec les cadres et pour les cadres. A l'initiative du service de communication du CHU de Limoges et des deux délégations régionales de la FHF, représentées par Gérard Tura et Thierry Schmidt, un comité de cadres hospitaliers constitué pour l'occasion a sélectionné quatre projets parmi les plus aboutis.

Mise en place d'un jardin thérapeutique

Dans la catégorie optimisation de la prise en charge du patient, c'est l'équipe soignante encadrée par Roland Zanin, cadre de soins éducatifs, qui a été choisie par le comité de sélection. Ce projet, porté par le cadre, une psychologue stagiaire et un éducateur spécialisé, a consisté à mettre en place une activité jardinage pour les enfants de l'hôpital de jour en pédopsychiatrie du CH de Brive. Pour monter ce petit jardin au sein de l'hôpital de jour, les soignants se sont démenés pour trouver des partenariats. Selon les premières évaluations, l'activité jardinage est bénéfique pour les enfants hospitalisés : elle permet un ancrage dans le réel, le développement des capacités sensorielles et motrices, le renforcement des liens entre jeunes patients, les parents et l'équipe... Un exemple parlant d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Organisation de la recherche paramédicale

Un projet du CHU de Limoges a été sélectionné dans la même catégorie. Présenté par Pascale Beloni, infirmière cadre de santé au CHU, ce projet vise à développer la recherche en soins portée par les équipes paramédicales. Pascale Beloni est en charge de cette mission transversale depuis septembre 2008. Un Comité de promotion de la recherche paramédicale et de l'innovation, constitué de 17 paramédicaux, a été mis en place. Six projets de recherche ont été discutés et analysés par ce comité, trois ont été retenus. Un espace consacré à la recherche paramédicale a été ouvert sur l'intranet de l'hôpital et plusieurs formations de méthodologie de recherche pour les soignants doivent être organisées d'ici la fin de l'année. A la suite de cette intervention, plusieurs participants ont pris la parole pour exprimer leurs difficultés à consacrer du temps à la recherche en soins alors qu'ils sont le plus souvent débordés de travail.

Création d'une équipe mobile plaies et cicatrifications

L'initiative des cadres de santé du service de dermatologie du CH La Rochelle a été distinguée dans la catégorie amélioration des conditions de travail des équipes. Suite à la fermeture des 2/3 des lits de dermatologie, les patients atteints d'affections dermatologiques se sont retrouvés dans les différents services MCO de l'hôpital. Les demandes de consultation et de prise en charge ont alors afflué vers le service de dermatologie. « De fait, les délais d'attente et de réponse étaient de plus en plus longs », a expliqué Béatrice Fleury, cadre de santé au départ du projet. Aussi le praticien hospitalier et l'équipe soignante de dermatologie ont-ils pris la décision de créer une équipe mobile plaies et cicatrisation. Les objectifs, soutenus par l'institution, étaient de raccourcir les DMS, améliorer les prestations de soins et accompagner les infirmières MCO. L'équipe mobile d'infirmières expertes en plaies et cicatrisation a été constituée par Anne Jubien, nouvelle cadre de proximité en dermatologie. « Les équipes de MCO sont très satisfaites depuis la mise en place de l'équipe mobile », confirme-t-elle. « Nous souhaitons maintenant étendre notre activité dans les pôles psychiatrie et gériatrie de l'hôpital ».

Réorganisation du service de transport des patients

Confronté à une dépense croissante des transports des patients imputable aux interventions des ambulances privées, le CHU de Limoges a pris la décision d'internaliser ses transports sanitaires. Le projet, conduit par Martine Pauzet, attaché d'administration, et Annie Papon, cadre de santé, a consisté à fusionner les deux équipes de transports de l'hôpital pour une meilleure efficacité. Des outils de planification et de suivi ont été mis en place. « L'objectif a été atteint puisque nous n'avons plus à solliciter les ambulanciers privés. Nous sommes passés d'un budget de 300 000 euros en 2001 à 48 000 euros en 2008 », a précisé Martine Pauzet. Cette réorganisation des transports sanitaires s'est accompagnée d'une valorisation des personnels ambulanciers de l'hôpital : reconnaissance comme personnels soignants, formations avec le SMUR, participation aux plans de secours, partenariat avec les équipes de soins...

La formation des cadres toujours en débat

Le moment d'échanges de la mission cadres avec les participants à cette rencontre interrégionale a commencé par un débat sur la formation des cadres en réponse notamment aux discours d'ouverture de la journée. Hamid Siahmed, Directeur général du CHU de Limoges, a par exemple estimé indispensable de repenser la formation des cadres de

santé, et Bernard Roehrich, Directeur de l'ARH Limousin, a plaidé pour une formation plus adaptée aux évolutions de l'hôpital. Plusieurs cadres ont exprimé leurs inquiétudes quant à la disparition éventuelle de la formation initiale des cadres de santé. « Si certains sujets peuvent être sans doute traités de façon transversale entre l'ensemble des cadres hospitaliers, l'idée n'est absolument pas de fermer les IFCS », a rassuré Chantal de Singly. D'autres cadres de santé ont interpellé la mission sur la question des diplômes par rapport au système LMD, l'avenir de leur profession. Les membres de la mission ont rappelé que l'objectif de leur travail d'audition et d'échanges n'est pas d'imposer un rapport aux cadres hospitaliers, mais plutôt d'écouter la parole des uns et des autres pour construire des propositions partagées par le plus grand nombre. Enfin, la matinée s'est terminée dans la bonne humeur autour d'un cocktail, le responsable de la communication du CHU de Limoges rappelant qu'il envisage d'ores et déjà de renouveler cette expérience de partage des expériences entre cadres hospitaliers.

Ils ont dit le 26 juin à Limoges :

Anne, cadre de santé au CH de Guéret : « *Lorsque j'entends parler d'équivalence, ça me fait un peu peur. N'est-ce pas la porte ouverte au recrutement de cadres de santé n'ayant plus les diplômes délivrés par les IFCS ?* »

Une cadre supérieur de santé au CHU de Limoges : « *Les cadres sont aujourd'hui partagés entre leurs responsabilités juridiques et des situations humainement difficiles qui interpellent leur déontologie* ».

Joëlle, cadre supérieur de santé et cadre de pôle : « *Nous n'avons plus le temps de travailler en profondeur nos dossiers. Nous avons besoin d'aide logistique si nous devons être vraiment ces éléments fédérateurs que l'hôpital attends.* »

Marinette, cadre supérieur de santé à Poitiers : « *Nous aurons du mal à avancer tant que nous ne serons pas reconnus et représentés au niveau institutionnel* ».

Une cadre de santé du CH d'Angoulême : « *Nous faisons des efforts pour nous former, nous passons des DU, mais nous n'avons aucune reconnaissance de la part de l'hôpital* ».

Organisateurs :

Hamid Siahmed(DG),Gérard Tura, responsable régional RHF

Correspondants :

Gilles.Calmes@chu-limoges.fr;Philippe.frugier@chu-limoges.fr

Paris, 30 juin

Après-midi, Espace Charenton, 600 participants
Région Ile-de-France



En Ile de France, la rencontre régionale aura lieu à Paris le 30 juin prochain entre 13h et 17h. Elle réunira 400 cadres de l'AP-HP et 400 cadres des hôpitaux de l'UHRIF. Tout en laissant une large place au débat, le programme proposera aux participants d'entendre des présentations d'expériences et d'innovations sur les thèmes de réflexion de la mission.

Les cadres soignants, administratifs, techniques, supérieurs et de proximité de la région IDF qui souhaitent participer à ce forum sont invités à **s'inscrire auprès de la direction de leur établissement.**

Chaque inscrit recevra une confirmation de son inscription et toutes les informations utiles à sa venue.

Paris : Le positionnement institutionnel des cadres en débat

La rencontre parisienne du 30 juin, à laquelle près de 700 cadres de la région Ile-de-France ont assisté, a permis de poser la question de la représentativité des cadres au sein de l'institution. Plusieurs expériences originales de prise en compte de la parole des cadres ont été présentées par des équipes.

En présence de Jean Yves Laffont, qui représentait l'ARH Ile de France, Benoit Leclercq, Directeur général de l'AP-HP, a ouvert le forum en rappelant l'importance des cadres hospitaliers dans la dynamique de changement. Jean-Pierre Burnier, Délégué régional de la FHF Ile-de-France (UHRIF), a regretté que les cadres ne soient pas évoqués dans les débats autour de la loi HPST. « La question de la reconnaissance, de la visibilité du travail des cadres est fondamentale », a reconnu Chantal de Singly. Rappelant que le constat du manque de reconnaissance institutionnelle des cadres est partagé par la mission, elle a demandé aux participants de faire part de leurs idées, de leurs expériences afin d'aider la mission à formuler des propositions. Outre la place institutionnelle des cadres, les échanges ont aussi porté sur la pauvreté des perspectives d'évolution, notamment pour les cadres médico-techniques et administratifs, ou encore sur la difficulté de positionnement entre cadre supérieur et cadre de pôle.

Un « Espace-cadres » à Saint-Louis

Trois cadres supérieurs infirmiers de l'hôpital Saint-Louis de l'AP-HP, Sylvie Cassi, Nadia Chabani et Anne Chabas, ont fait part d'une expérience originale de prise en compte de la parole des cadres. Un projet d'Espace-cadres, soutenu par la direction de l'établissement, a été mis en œuvre à partir de 2007 pour répondre aux préoccupations de l'encadrement soignant: mise en place des pôles, reconnaissance et valorisation de la fonction cadre... « Il s'agit d'une structure de dialogue avec la direction, d'échanges et de résolution des problématiques », a expliqué Nadia Chabani. Le groupe de travail, composé du Directeur général, de la Coordinatrice des soins, du Responsable des ressources humaines et des cadres de toutes filières, se réunit une fois par mois. Plusieurs thèmes ont été abordés : définition des missions de l'encadrement, temps de travail, accueil et intégration des nouveaux cadres, gestion des absences de courte durée... « Le premier bilan montre une réelle satisfaction des cadres et de la direction, avec une perspective d'élargissement aux cadres administratifs et techniques », a souligné Sylvie Cassi.

Analyse des pratiques managériales des cadres

Au CH de Versailles, c'est la coordinatrice des soins qui est à l'origine d'un projet d'accompagnement des cadres centré sur l'analyse des pratiques. Chantal Mairesse et Chantal Vuibert, toutes deux cadres supérieurs de santé, ont été missionnées pour la mise en place d'ateliers d'analyse des pratiques professionnelles. Une quinzaine de cadres volontaires participent aux réunions de l'atelier, lesquelles sont programmées environ tous les deux mois. Deux à trois thèmes de discussion sont retenus pour chaque atelier, de la mutualisation des RH à la gestion des conflits. Suite à la discussion et l'analyse des expériences présentées, un compte-rendu écrit est proposé aux participants. « Ces ateliers sont un lieu d'acquisition de compétences individuelles et collectives », a précisé Chantal Mairesse. « Ils permettent également de professionnaliser les pratiques managériales, notamment par le questionnement et l'analyse au regard des concepts sous jacents (sociologique, philosophique, psychologique, historique ou économique...)».

Valorisation de la fonction « contrôle »

Deux cadres de santé du CH de Gonesse, Valérie Céphise et Isabelle Virzi, ont présenté une initiative originale visant à formaliser et valoriser la fonction « contrôle » des cadres soignants de l'hôpital. Partant du constat que les cadres de santé pouvaient rencontrer des difficultés pour assumer cette dimension managériale, la direction des soins a demandé à ces deux cadres d'animer un groupe de réflexion sur la fonction « contrôle ». Plusieurs champs d'exercice de la fonction contrôle ont été identifiés : RH (adéquation des effectifs et des plannings, assiduité, compétences, respect des horaires...), prise en charge des patients, communication... Cette fonction contrôle est désormais organisée au sein de chaque pôle, planifiée et coordonnée par le cadre supérieur. Pour Valérie Céphise et Isabelle Virzi, cette fonction s'inscrit dans une démarche qualité.

Un triple regard simultané et complémentaire

Les actions conduites par le trio du pôle TVAR (Thorax Voies aériennes Anesthésie Réanimation) de l'hôpital Tenon ont permis d'illustrer la complémentarité des logiques médicales, paramédicales et administratives. La présentation a été effectuée à trois voix, celles de Charles Mayaud, praticien responsable de pôle, Christian Denise, cadre administratif de pôle, et Catherine Besnard, cadre paramédical de pôle. Confrontés à des départs, de l'absentéisme et des difficultés de recrutement, le responsable de pôle et les deux cadres ont d'un commun accord décidé de mettre sur pied un pool d'infirmières pour ces services hautement spécialisés. Les résultats au bout d'un an sont à la hauteur des espérances : aucun recours à l'intérim, plus de fermeture de lits, amélioration de la qualité des soins, satisfaction des soignants du pôle... Fort de cette expérience, le triumvirat s'est attelé à une nouvelle réorganisation des soins. Il est prévu de regrouper les différents sites de consultations, afin d'une part de mutualiser les ressources humaines, d'élargir l'offre, et surtout de permettre une prise en charge plus globale des patients.

Référentiel électrique gamme de maintenance

Un retour d'expérience de cadres techniques a été présenté par Serge Verdier, ingénieur général à l'hôpital Européen Georges Pompidou, et Alain le Hen, ingénieur en chef de la direction de l'investissement, travaux, maintenance, sécurité de l'AP-HP. L'élaboration du référentiel destinée à permettre la gestion par ordinateur de la maintenance électrique a associé une centaine de techniciens des différents établissements. Plusieurs groupes de travail ont été réunis pour ce vaste chantier. Après la description des installations, le référentiel doit être installé sur quelques sites pilotes avant d'être généralisé à l'ensemble des établissements.

Ils ont dit le 30 juin à Paris...

Sophia, cadre supérieur de santé, Cochin : « *Nous voulons bien être des acteurs mais nous ne sommes toujours pas associés à la gouvernance* ».

Catherine, cadre paramédical, Saint-Antoine : « *Nous sommes dans une période de changements, aussi bien avec la nouvelle gouvernance qu'avec les regroupements hospitaliers annoncés. Et sont essentiellement demandés les projets médicaux et les projets managériaux des directions... Et nous sommes soi-disant considérés comme la colonne vertébrale de l'hôpital alors que nous ne sommes jamais sollicités* ».

Nadia, cadre supérieur, Saint-Louis : « *Il y a aujourd'hui une confusion entre le rôle dévolu aux cadres supérieurs dans les services et le rôle dévolu au cadre de pôle. Nous avons tous le même grade, cela entraîne de grandes difficultés sur le terrain* ».

Catherine, cadre de santé médico-technique, Pitié-Salpêtrière : « *Il n'y a quasiment plus de postes à pourvoir pour les médico-techniques. Aujourd'hui, nos perspectives de carrière sont de plus en plus réduites* ».

Pascal, cadre de santé en radiothérapie, Henri Mondor : « *Je suis cadre depuis 16 ans, faisant fonction de cadre supérieur. Je suis titulaire d'un master 2 mais le concours sur titre pour les médico-techniques n'a pas été ouvert. Pourquoi ne pas ouvrir le concours de santé supérieur de santé à toutes les filières ?* »

Organisateurs : Benoit Leclerc (DG), Jean Pierre Burnier, responsable régional RHF ;

Correspondants : nadine.barbier@sap.aphp.fr; jean-pierre.burnier@ch-gonesse.fr

Nancy, 3 juillet

Matin, Faculté de Médecine, 494 participants

Région(s) : Lorraine, Champagne, Alsace, Franche-Comté, Bourgogne



Rencontre en région

mission cadres

Programme du 3 juillet 2009

Faculté de Médecine
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandœuvre-lès-Nancy

9h00	Accueil des participants
9h30	Ouverture Philippe VIGOUROUX, Directeur général du CHU de Nancy, délégué régional F.H.F. Jean-Yves GRALL, Directeur de l'ARH de Lorraine
9h40	La mission cadres hospitaliers Chantal De SINGLY, Directrice de l'Institut de management de l'EHESP, chargée de mission par le Ministère de la Santé
9h50/10h30	CHU DE NANCY & CHR DE METZ-THIONVILLE Valorisation des cadres dans la nouvelle gouvernance : - Coordonnateur des assistants de gestion : un nouveau positionnement pour le cadre administratif Laurent KAMMACHER, attaché d'administration hospitalière - Cadres soignants de pôle : une redéfinition des missions et une valorisation de la fonction Isabelle BERTHON, cadre supérieur de santé
10h30/10h45	CH DE TROYES - Partenariat cadre-soignant-médecin anesthésiste réanimateur dans la coordination des soins au bloc opératoire Pierre CHANTIER, cadre supérieur de santé, Lisa MERRIG-GARCIA, cadre de santé
10h45/11h05	Pause
11h05/11h20	HÔPITAUX CIVILS DE COLMAR - Positionnement des cadres de santé au sein d'un pôle dans la mise en place de projets en lien avec les CPOM et le projet d'établissement Corinne TROESCH, cadre de santé, Brigitte LUDWIG, cadre de santé
11h20/11h35	HÔPITAL LOCAL DE MOUTHE - Cadre soignant en hôpital local : un autre quotidien Dominique POURCELOT, cadre de santé
11h35/11h45	Film : Les cadres vus par leurs partenaires
11h45/11h55	Questions - réponses sur les grands thèmes de la mission
11h55/13h00	Échanges avec la salle
13h00	Clôture de la rencontre

Inscription en ligne uniquement :
www.cadres.creer-hopitaux.fr/debat/rencontres

Nancy : valorisation des cadres dans la nouvelle gouvernance

La rencontre interrégionale du grand Est organisée à Nancy le 3 juillet a permis à plusieurs cadres hospitaliers de présenter l'évolution de leur métier depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance. Certains estiment que la nouvelle gouvernance a constitué une véritable opportunité pour valoriser leurs fonctions au sein de l'hôpital.

Cette manifestation a fait de nouveau salle comble en réunissant plus de 400 cadres hospitaliers de 5 régions, la Lorraine, l'Alsace, Champagne-Ardenne, la Franche-Comté et la Bourgogne. Philippe Vigouroux, Directeur général du CHU de Nancy et délégué régional de la FHF, a plaidé en ouverture de la matinée en faveur de la recherche d'une culture managériale commune pour l'ensemble des cadres hospitaliers. Chantal de Singly a de son côté assuré aux participants que le travail d'audition et de rencontres de la mission a pour objectif de faire des propositions concrètes au ministère chargé de la Santé. « *J'ai l'assurance qu'il y aura un suivi* », a-t-elle souligné.

Un nouveau positionnement pour le cadre administratif

Laurent Kammacher, attaché d'administration hospitalière au CHU de Nancy, a exposé le bilan à 6 mois des nouvelles fonctions qui lui ont été confiées dans le cadre de la nouvelle gouvernance. Soucieux de faire évoluer les fonctions des assistants de gestion au sein des pôles, le Directeur général du CHU a en effet créé le poste de coordonnateur des assistants de gestion. Le turn-over des assistants était en effet important, leur intégration inégale, leur valeur ajoutée encore mal reconnue... Le coordonnateur a travaillé sur 3 axes : stratégie de gestion de projets, management des assistants, actions de communication et d'information avec des réunions bimensuelles. Grâce à cette coordination efficace pour promouvoir une culture commune des assistants de gestion, plusieurs réalisations ont pu être menées à bien : comptes de résultats détaillés et tableaux de bord de pilotage mensuels par pôles et services, coût du B par laboratoire, réalisation d'un référentiel métier.

Valorisation de la fonction cadre de pôle

Une cadre supérieur du CHR de Metz-Thionville, Isabelle Berthon, a de son côté expliqué le travail de réflexion mené au sein de son établissement pour redéfinir les fonctions des cadres soignants de pôle. Au sein du CHR, les 15 cadres soignants de pôle ont bénéficié d'une formation sur le pilotage médico-économique suivie conjointement avec le responsable de pôle et le cadre administratif. Les fiches de poste élaborées ont permis de définir les délégations de la direction des soins aux cadres de pôles ainsi que leurs nouvelles responsabilités : management de l'ensemble des cadres, coordination dans le pôle des soins paramédicaux, adaptation des effectifs, participation à l'analyse des tableaux de bord... De plus, les cadres de pôles participent aux différentes sous-commissions de la CME, comme la sous-commission EPP ou encore celle de la qualité et de la gestion des risques. Ils ont également leur place dans la commission de l'efficacité médico-économique. « *La nouvelle gouvernance est une véritable opportunité à saisir pour l'évolution du métier de cadre* », a estimé Isabelle Berthon.

Partenariat cadre soignant-médecin au bloc opératoire

Au CH de Troyes, la coordination des soins au bloc opératoire est assurée par un binôme cadre soignant et médecin anesthésiste réanimateur. Pierre Chantier, cadre supérieur de santé, et Lisa Merric-Garcia, cadre de santé bloc opératoire, ont détaillé devant leurs collègues les réalisations de cette animation en partenariat. La coordination est responsable de la programmation, de l'organisation et de la gestion du flux des patients, elle fait partie intégrante du conseil de bloc. Le cadre IBODE est chargé de répartir les équipes en fonction des compétences, de coordonner la gestion des salles et de redistribuer les vacations libres en fonction des besoins. Il intervient également dans les domaines sécurité et logistique, d'où son positionnement important au sein de la coordination. « *Il est indispensable que le coordonnateur et le cadre de bloc soient légitimés dans leur fonction et souverains dans leurs décisions d'où des rappels réguliers en conseils de bloc et en bureau de pôle* », a souligné Pierre Chantier.

Le rôle des cadres dans la démarche projet de pôle

Deux cadres de santé du pôle Ambroise Paré des Hôpitaux Civils de Colmar, Corinne Troesch et Brigitte Ludwig, ont présenté le rôle du cadre dans la démarche projet. Le pôle Ambroise Paré compte un important volet chirurgie et deux blocs opératoires. Le projet de mutualisation des moyens en personnel entre les deux blocs du pôle a été soutenu et accompagné par les cadres. L'intervention des cadres a de plus permis de mettre en œuvre un second projet prioritaire du pôle, à savoir le développement de la chirurgie ambulatoire. Ce sont les cadres qui ont élaboré le pré-projet : analyse de l'existant en termes d'activité, de ressources humaines, de locaux, mais aussi incidences du projet sur l'activité, le redéploiement des effectifs, les organisations de travail... Enfin, le projet de mise en place de la cellule de gestion des risques a été formalisé par les cadres en partenariat avec la cellule qualité de l'hôpital : fonctionnement, sensibilisation des acteurs, circuit de signalisation et recueil des événements indésirables, communication auprès des équipes, participation à l'analyse des situations, mise en place des actions correctives...

Le quotidien d'un cadre soignant dans un hôpital local

La dernière expérience présentée, celle de Dominique Pourcelot, cadre soignante dans un petit hôpital local du Jura, à Mouthe, a permis d'en savoir un peu plus sur la polyvalence demandée à un cadre de santé. Seul cadre au sein de l'établissement, Dominique Pourcelot assure aussi bien le rôle de cadre de proximité que celui de cadre de pôle. Elle travaille en collaboration directe avec la direction de l'établissement et est fortement impliquée dans toutes les instances de son hôpital, CA, CME, CTE, CHSCT, ainsi qu'avec les différents services administratifs. La cadre soignante a cependant évoqué les limites de sa fonction : le peu de moyens en personnel, les difficultés de recrutement aigües dans une région aussi isolée, le manque de temps pour mener à bien l'ensemble de ses missions, mais aussi la solitude du cadre... « *Etre cadre dans un hôpital local permet de travailler dans la globalité* », a-t-elle ajouté. « *C'est un enrichissement personnel au quotidien et ce malgré la lourdeur de la charge* ».

A Nancy, ils ont dit :

Sylvie, Directrice des soins, Strasbourg : « *Nous avons mené une enquête par questionnaire auprès de 600 cadres soignants. Cette enquête montre un fort besoin d'adaptation à l'emploi pour les cadres, y compris pour ceux qui sortent des IFCS* ».

Geneviève, formatrice IFCS : « *Les IFCS se posent la question de l'adaptation de la formation, et nous essayons de travailler avec les directions des soins et les cadres de terrain. Nous regrettons que la formation des cadres ne dure que 10 mois* ».

Le Coordinateur général des soins du CHU de Dijon : « *Force est de constater que les cadres sont toujours absents des processus décisionnels. Deux choix s'offrent alors à eux, soit ils participent à un collège cadres avec la bénédiction de la direction, soit ils s'organisent sur le mode syndical* »

Le Coordinateur général des soins, CH de Troyes : « *Un collège cadres me semble un peu éloigné de ce que l'on souhaite pour la dynamique des pôles. C'est la vie au sein des pôles qui doit être le reflet de la participation des cadres aux processus décisionnels* »

Une attachée d'administration hospitalière, CH de Toul : « *Nous travaillons ensemble, cadres soignants et cadres administratifs. Il serait souhaitable que nous puissions bénéficier d'une formation commune* ».

Organisateurs : Philippe Vigouroux(DG),Philippe Vigouroux, responsable régional RHF ;
Correspondants : f.bruneaud@chu-nancy.fr;g.umlor@chu-nancy.fr;l.verger@chu-nancy.fr

Lille, 7 juillet

Après-midi, Institut Gernez Rieux, 300 participants
Région Nord Pas de Calais

ensemble
modernisation l'hôpital

Rencontre
en région

mission cadres

programme du 07 juillet 2009

Mardi 07 juillet 2009 - Région Nord - Pas-de-Calais - LILLE - (13h30 - 17h00)
CHRU de Lille - Institut Gernez Rieux - Lille

déroulement

13h30 Accueil des participants

- Dominique DEROUBAIX, Directeur, ARH 59/62
- Joël NOEL, Délégué Régional, FHF Nord - Pas-de-Calais
- Didier DELMOTTE, Directeur Général, CHRU de Lille
- Chantal de SINGLY, Directrice, Institut du Management à l'EHESP

Animateur et modérateur : Yves MARLIER, DRH CH de Roubaix, et Freddy SERVEAUX, DRH CHRU de Lille

13h45 Présentation de la Mission

14h00 Paroles de cadres - Présentation d'expériences et d'innovations réussies et à partager :

- **CH de Roubaix :**
 - « Le rôle des cadres de santé dans les organisations médicales » :
 - le régulateur de bloc
 - le répartiteur aux urgences
- **CH de Douai :**
 - « Le rôle des cadres administratifs et techniques : le service clientèle, l'optimisation de la prise en charge médico administrative du patient, par Laurence MANNIEZ,
 - « La dématérialisation du dossier médical » par Philippe HUDDLESTONE,
- **CHRU de Lille :**
 - « Dispositif institutionnel d'identification, d'accompagnement et de formation des futurs cadres » par Annie DELECAUT

15h45 Les cadres vus par leurs partenaires : « Plein Cadre(s) » (FILM)

16h00 Echanges avec la salle

17h00 Clôture

information et inscription

Secrétariat de la FHF Nord - Pas-de-Calais
Direction Générale
2 avenue Oscar Lambret
59037 LILLE cedex

TEL: 03 20 44 57 24
FAX: 02 20 44 68 69
fendie.vanberkels@chru.lille.fr

partenaires

Centre Hospitalier de Roubaix

MINISTÈRE FRANÇAIS DE LA SANTÉ
Agence Régionale de Santé Nord-Pas de Calais

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

Lille : Quelle identité professionnelle commune aux cadres hospitaliers ?

Etre ou ne pas être de la même filière que l'équipe qu'on encadre, telle est la question qui a focalisé une bonne partie de la discussion, mardi 7 juillet, lors de la rencontre régionale que la Mission cadres a tenue à Lille, devant quelque 400 cadres.

A l'heure du bilan pour la nouvelle gouvernance et tandis que la loi HPST arrive en fin de parcours parlementaire, « on redécouvre les cadres », a souligné Dominique Deroubaix, directeur de l'ARH du Nord-Pas-de-Calais. Le moment semble venu de leur offrir la visibilité et l'horizon cohérent auxquels ils aspirent et de mieux identifier leur fonction, voire leur métier, a-t-il poursuivi. De nombreuses initiatives sont prises localement et la mission Cadres menée par Chantal de Singly devrait proposer des pistes en ce sens. De son côté, la FHF réfléchit à l'amélioration de la participation à ses travaux des professionnels de l'hôpital autres que médecins et directeurs : syndicats professionnels mais aussi collègues de cadres, etc.

Très attachés à leur « identité professionnelle », les cadres présents ont posé autant de questions sur leur avenir que proposé de pistes d'évolution. Entre ceux qui ne voient pas comment un cadre de santé pourrait ne pas être issu de la filière soignante et ceux qui voient en lui un manager susceptible de s'appuyer sur les équipes qu'il encadre, la frontière est mouvante. La culture du soin serait-elle le seul ingrédient de l'expertise et de la légitimité des cadres sur laquelle comptent les équipes, notamment dans les disciplines les plus techniques?

Beaucoup se sont accordés sur la perspective d'un tronc commun de formation mais les interrogations des cadres, y compris des cadres formateurs, demeurent fortes, notamment sur l'universitarisation de cette formation. Elle pourrait en tout cas constituer le socle d'une identité commune aux cadres, qui ignorent encore trop souvent le rôle des uns et des autres.

Réguler les blocs, répartir les urgences

A Roubaix, ce sont deux cadres qui ont été affectés à des fonctions transversales, un au bloc et un autre aux urgences. Leur fonction de cadre leur confère en effet une vision globale des activités, une bonne connaissance des secteurs concernés mais aussi des moyens matériels et humains qui entrent en jeu, et une expertise qui leur permet d'évaluer les situations.

Au bloc, la mission du cadre régulateur est centrée sur le patient et non sur la spécialité. Et seul le cadre régulateur connaît la disponibilité de tous les éléments nécessaires à une bonne intervention pour le patient : chirurgien, anesthésiste, IADE, IBODE, salle adaptée, équipement, instrumentation complète, etc.

La fonction de cadre répartiteur a été créée par ailleurs aux urgences pour remédier aux trop nombreux transferts de patients vers d'autres établissements à l'issue de leur admission aux urgences. Une « fuite » de patients jugée évitable par l'optimisation des lits de MCO au sein de l'hôpital. Cette fonction est intégrée à la responsabilité du cadre de garde des urgences. Des règles ont aussi été établies pour limiter les transferts, qui ne doivent intervenir, tout d'abord, que lorsque l'hôpital ne peut offrir les compétences et le plateau technique nécessaire à la prise en charge du patient ou à sa demande. Lorsque les médecins urgentistes ne trouvent pas de lits dans le service de la spécialité adaptée à la problématique d'un patient, ils font appel au cadre répartiteur, qui cherche une solution au sein de l'établissement, dans une autre unité si nécessaire. A trois conditions : le niveau de surveillance doit être adapté, les patients relevant de la chirurgie doivent être admis dans un service chirurgical et l'activité programmée du service d'accueil doit pouvoir être maintenue à J+2. En cas de désaccord du médecin responsable, le répartiteur peut contacter le directeur de garde qui, lui, peut imposer le transfert du patient en interne. Durant les six premiers mois de fonction du répartiteur, 7 à 15 transferts par mois ont été évités.

Un service clientèle entièrement remanié

L'ouverture de l'hôpital flambant neuf de Douai a coïncidé avec la mise en place d'une organisation des bureaux d'admission et des secrétariats médicaux tout à fait nouvelle, basée sur la mutualisation des moyens. Une véritable mutation menée tambour battant entre février 2008, date de l'audit sur ce projet, et novembre 2008, moment du déménagement des activités.

Le nouveau « service clientèle », créé et piloté par Laurence Manniez, attachée d'administration, comprend désormais 30 accueils médico-administratifs (AMA) répartis au niveau des pôles, des consultations externes, d'une cellule de téléphonie et prise de rendez-vous, de l'accueil, de la saisie des courriers et des urgences.

Soigneusement préparés, les personnels ont aussi été sensibilisés à la polyvalence entre agents des admissions et secrétaires médicales. Pratiquée de façon spontanée pour l'accueil physique, la polyvalence est visée à court terme pour la prise de rendez-vous téléphonique et la vérification des résumés d'unités médicales (RUM). Mais elle ne sera atteinte qu'après la formation d'une partie des agents sur la préparation des consultations, la programmation du suivi, le classement et le rangement du dossier, la facturation et l'encaissement. La saisie des courriers et consultations et d'examen, en revanche, restent à la charge des seuls secrétaires médicales.

Une prise en charge plus rapide des patients est attendue de cette réorganisation mais aussi une meilleure valorisation financière de l'activité et une meilleure gestion des personnels. Mais cela prendra un peu de temps car tous les agents

n'ont pas encore été tous formés, des habitudes doivent être modifiées et un encadrement de proximité doit être mis en place.

Ma la dématérialisation en cours du dossier patient, présentée par Philippe Huddleston, ingénieur en chef en charge de ce projet, a fait gagner beaucoup de temps aux agents.

Deux ans pour se préparer, un an pour se former

Afin d'améliorer le recrutement des cadres, le CHRU de Lille a mis en place en 2001 un dispositif d'identification, d'accompagnement et de formation en direction des candidats aux fonctions d'encadrement « pour répondre aux enjeux démographiques de la fonction cadre », a expliqué Hélène Delescaux, cadre de santé. Le processus dure trois ans et commence par une phase d'identification des candidats. Un premier entretien avec la hiérarchie permet de confronter les motivations et l'autoévaluation de chaque personne avec les évaluations qui sont faites de son travail. Il peut déboucher sur l'audition de la personne par une commission formée du DRH, du coordonnateur des soins, de médecins responsables de pôle, etc. Si le projet professionnel est validé, le candidat est nommé comme faisant fonction (doté d'une prime), dans sa filière, pour deux ans.

La première année, a expliqué Hélène Delescaux, il suit des modules de formation à la gestion des horaires, à la connaissance de soi, il s'autoévalue et l'année suivante, il se prépare au concours de l'IFCS proprement dit. S'il est reçu, il suit la formation de l'institut en même temps qu'une licence de sciences de l'éducation et une année de master 1 en à l'université.

L'ensemble de cette démarche permet de confronter les motivations premières du candidat aux réalités du terrain, à son investissement et donne du temps à son projet professionnel de mûrir. Elle apporte aussi du dynamisme aux équipes. Mais des questions restent en suspens, notamment sur les conséquences, pour la personne, les équipes et l'institution lorsque le processus s'arrête en cours de route...

Une autre perspective se dessine en tout cas avec l'éventualité d'un tronc commun de formation pour les futurs cadres de santé, administratifs, trios managériaux de pôles et autres directeurs.

A Lille, ils ont dit :

Une DRH d'hôpital : *« la démarche d'accompagnement des futurs cadres est intéressante, mais pourquoi ne pas aller plus loin et permettre par exemple, à un cadre de santé de travailler à la DRH? Pourquoi ne pas vous tourner vers d'autres métiers? »*

Un cadre de santé en réanimation: *« l'enjeu, c'est la complémentarité de l'ensemble des compétences »* des différents cadres.

Un cadre de santé en psychiatrie : *« d'accord pour qu'on se connaisse mieux, qu'on sache ce que fait l'autre, mais je reste fidèle à ce que je suis, avec ma spécificité soignante ».*

Un cadre de santé issu de la filière manipulateur radio : *« je n'ai pas l'expertise infirmière mais cela fonctionne très bien. Tout dépend de la façon dont on aborde sa mission de cadre soit en étant en retrait, centré sur le travail administratif, soit on participe et on donne du sens au travail. On peut être le marteau et l'enclume. »*

Organisateurs : Didier Delmotte(DG),Joël Noël, responsable régional RHF ;

Correspondants : yves.marlier@ch-roubaix.fr;SOLE Carmen [CSOLE@CHRU-LILLE.FR]

Toulouse, 10 juillet

Matin, Auditorium, CH Gérard Marchant
Région Midi-Pyrénées

ensemble
modernisme Hôpital

Rencontre
en région

mission cadres

TOULOUSE - 10 JUILLET 2009

Centre Hospitalier Gérard MARCHANT
Auditorium, 134 Route d'Espagne
31057 TOULOUSE Cedex 1
Tel 05.01.43.77.77

Déroulement

9h00 Accueil des participants

9h30 **ACCUEIL ET PRESENTATION DE LA MISSION CADRES**
Michel THIRIET – Directeur du CH G. MARCHANT
Pierre GAUTHIER – Directeur de l'ARH Midi Pyrénées
Chantal DE SINGLY – Directrice de l'Institut du Management, EHESP, Chef de la Mission Cadres

10h00 **PAROLES DE CADRES - PRESENTATION D'EXPERIENCES ET D'INNOVATIONS REUSSIES ET A PARTAGER**

- Véronique SUREL, ARH, Olivier RASTOUIL, FHF Midi Pyrénées : les cadres au cœur du projet
- Mme MORELLE, Cadre de Santé et Mme CREMADES, Cadre Administratif du CHU : le binôme cadre soignant, cadre administratif dans le pôle
- M. SCHLESINGER, Directeur Coordonnateur des Soins, Mme RIVAL, Cadre Supérieur de Santé au CH Gérard MARCHANT: le management de la qualité des soins par la valorisation du rôle transversal des cadres supérieurs en psychiatrie
- Mme BUATOIS, Directrice Adjointe, M. ESTEVE, Directeur Coordonnateur des soins du CH au MONTAUBAN : G.P.M.C. encadrement soignant, sélection, recrutement et accompagnement
- Mme BIBIENNE, Cadre Supérieur de Santé à l'Hôpital Local de CAUSSADE, la position cadre dans un établissement accueillant des personnes âgées

11h30 **LES CADRES VUS PAR LEURS PARTENAIRES : « plein cadre(s) » (film)**

11h45 **ECHANGES AVEC LA SALLE**

12h45 **Clôture**

Information et inscription
Fédération Hospitalière de France Midi Pyrénées.
Centre Hospitalier, BP795, 82013 MONTAUBAN Cedex
Tel 05.99.92.80.01 fax : 05.63.92.80.05
info@ch-montauban.fr

Partenaires

A Toulouse, le lien hiérarchique en question

La dernière rencontre régionale de la mission « cadres », organisée à Toulouse au centre hospitalier Gérard Marchant, le 10 juillet 2009, aura été l'occasion de pointer une réelle inquiétude chez les cadres hospitaliers. La loi HPST s'est, en effet, invitée dans le débat organisé avec les membres de la mission « cadres ». En ne désignant plus nommément les collaborateurs dont le chef de pôle peut proposer la nomination au directeur d'établissement, l'article 13 de la nouvelle loi suscite une vive déception. « La loi ne précise plus que les collaborateurs sont des cadres administratifs et des cadres de santé, elle ne reconnaît donc pas nos compétences et notre valeur ajoutée. C'est un recul au moment même où le ministère de la Santé conduit une mission pour rendre visible l'invisible et mettre en lumière le travail des cadres », fait ainsi remarquer un cadre de santé.

Interpellé, Bernard Verrier, conseiller général des établissements de santé, et rapporteur général de la mission « cadres », s'est voulu rassurant quant à l'avenir du binôme « cadre de santé – cadre administratif ». « La loi ne précise plus, en effet, qui sont les collaborateurs du chef de pôle. Cela signifie que les organisations sont renvoyées à chaque établissement. Mais il serait étonnant que les établissements reviennent sur des situations qui prévalaient avant la loi. Le bon sens devrait l'emporter. La loi HPST imposera aux établissements de prévoir de manière très précise et très claire le rôle de chacun au sein des pôles », a-t-il expliqué.

Plusieurs cadres ont aussi exprimé des craintes quant au lien hiérarchique entre le responsable de pôle et ses collaborateurs qui pourrait découler de cette disposition. Interrogeant directement la salle, Malika Brotfeld, directrice des soins au CHU de Rouen et membre de la mission « cadres », a voulu connaître l'opinion exacte des cadres sur cette question. « Ce serait une marche arrière et une non reconnaissance de nos compétences. Nous ne devons pas être sous la tutelle des médecins », a répondu un cadre de santé sous les applaudissements de la salle. « Mais il ne faut pas confondre autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle. Ce n'est pas la même chose. La loi HPST ne place pas les cadres sous l'autorité hiérarchique des responsables de pôles », a précisé Bernard Verrier. « Aucun lien hiérarchique n'a été inscrit dans la loi », confirme Malika Brotfeld, avant de préciser : « ce n'est pas écrit, mais il faudra peut-être veiller à l'interprétation qui en sera donnée. »

Encadrement : mode d'emploi

A la suite d'une grande enquête menée en 2005 auprès de l'ensemble des cadres et « faisant-fonction » de Midi-Pyrénées, l'ARH, la FHF et la FEHAP ont édité, début 2009, un guide méthodologique de l'encadrement. S'appuyant sur les principales problématiques révélées par l'enquête – à savoir le manque de mobilité des cadres, le besoin de clarification de leurs missions et leur forte demande d'accompagnement – les auteurs ont déterminées 5 grandes thématiques : l'impact de l'évolution de l'environnement sur les cadres et leurs missions, la nécessité de disposer d'informations partagées, le renouvellement des effectifs et la professionnalisation de l'encadrement, la nécessaire formalisation des missions des cadres et le besoin d'outils adaptés, et l'entretien de la dynamique de projet. « L'idée n'était pas de faire un document théorique, mais de rédiger un guide pour apporter un certain nombre de réponses aux questions apparues au cours de notre enquête. Dans un monde en profonde mutation, les cadres ressentent un grand besoin de clarification quant à leur positionnement au sein de l'institution. Ils sont aussi demandeurs d'outils et de méthodologie pour faciliter leur travail », a expliqué Olivier Rastouil de la FHF Midi-Pyrénées.

Télécharger le guide en PDF

Résultats de l'enquête « cadres » 2005

Cadre soignant et cadre administratif en mode binôme

Comment répartir les missions entre cadre soignant et cadre administratif au sein d'un pôle d'activités ? Colette Morelle, cadre soignant de pôle, et Régine Crémades, cadre administratif de pôle ont présenté le partage adopté par le pôle des voies respiratoires au CHU de Toulouse.

« Si le binôme « responsable médical et directeur délégué » sont en charge du pilotage médicoadministratif du pôle dans sa dimension stratégique et politique, le binôme de cadres s'occupe de la gestion opérationnelle », décrit Régine Crémades. Le binôme gère ainsi les ressources humaines, le suivi de l'activité, le suivi budgétaire et les finances, sans oublier le suivi des commandes, le recensement des équipements et des travaux, les relations avec les multiples prestataires, et enfin le management des équipes non médicales.

Sur ces nombreux domaines, le CA et le CS ont un périmètre d'actions qui se chevauche. « Cela peut créer des tensions, mais aujourd'hui notre complémentarité est évidente », souligne Régine Crémades. Pour faciliter le travail en commun, des activités partagées ont été listées notamment dans le domaine des ressources humaines, du suivi du budget et des finances. « Par exemple, pour les consommations des titres 2 et 3, le cadre administratif contrôle la situation en termes de coûts et le cadre soignant contrôle l'opportunité de la commande », explique Colette Morelle. Ce travail en binôme a aussi permis d'optimiser l'organisation de la gestion.

Au cœur du management de la qualité des soins

Dans le cadre de la certification, la direction des soins du CH Gérard Marchant a travaillé à la mise en place de processus continu d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.

Les cadres supérieurs de santé ont ainsi été porteurs de plusieurs missions transversales touchant notamment à la qualité des écrits paramédicaux dans le dossier électronique, au projet de soins en ambulatoire adulte, au décloisonnement des métiers et aux procédures d'accueil des patients et de leurs familles. Présentant cette dernière mission, Sylvie Rival, cadre supérieur de santé, a insisté sur l'intérêt de ces missions transversales en ce qu'elles favorisent les rencontres entre tous les acteurs hospitaliers et les usagers, et en ce qu'elles valorisent aussi la fonction cadre. « Il est important cependant de trouver un bon équilibre entre les missions transversales et nos missions de cadres de proximité et d'assistant de pôles », a souligné Sylvie Rival, tout en rendant hommage au travail des cadres de proximité pour leur implication dans ces missions.

Comment préparer le renouvellement de l'encadrement soignant ?

Dans un contexte de fort renouvellement de l'encadrement et d'un faible taux de réussite à l'IFCS, le CH de Montauban a mis en place un processus de sélection de l'encadrement afin de répondre aux besoins de l'établissement. Ce processus de sélection, présenté par Franck Estève, le directeur coordonnateur des soins, consiste à permettre à un agent de postuler à un poste d'encadrement dans les meilleures conditions. Pour cela, l'agent remplit une fiche de demande individuelle de formation, validée par la formation continue et par l'encadrement.

Ensuite, la direction des soins met en place un entretien de sélection auxquels est associé le cadre supérieur de santé du pôle. Au cours de cet entretien, le parcours professionnel de l'agent et son parcours individuel de formation, mais aussi son projet professionnel sont examinés.

S'il reçoit un avis favorable, l'agent peut s'inscrire à la préparation au concours et une prise en charge financière par l'établissement de la formation de l'agent en cas de réussite au concours est prévue. « Si l'avis est défavorable, le cadre de santé peut se présenter au concours mais sans le soutien du CH, car nous voulons véritablement sélectionner nos cadres », souligne Franck Estève. A l'avenir, une grille de critères sera d'ailleurs adressée aux agents candidats afin qu'ils puissent se présenter à l'entretien en connaissant exactement les attentes de l'établissement. Les cadres de santé devraient aussi être davantage associés à la procédure de sélection.

La réorganisation de l'hôpital local de Caussade

Afin de lever la réserve de la procédure d'accréditation visant l'absence de continuité des soins infirmiers 24h/24, l'hôpital local de Caussade – un établissement de 185 lits dont 150 d'EHPAD – a revu récemment son organisation. « Notre premier travail a été de revoir l'organisation des infirmières », relate Nadia Bibienne, cadre supérieur de santé. Un planning prévisionnel informatisé a été mis en place pour permettre un meilleur roulement entre les infirmières. Des horaires continus ont été institués et les astreintes supprimées. Des fiches de fonction des soignants ont aussi été formalisées et les multiples modes d'organisations dues à la spécificité d'un établissement organisé en canton ont été simplifiées et unifiées.

Ensuite, la réorganisation des soins a été poursuivie dans le cadre d'une démarche plus globale centrée sur le résident, et menée par le cadre supérieur de santé et le responsable qualité.

Les objectifs étaient notamment d'adapter l'organisation des services au rythme de vie des résidents et en priorité réduire le jeûne nocturne, de sécuriser la prise en charge des résidents et de définir les responsabilités, le rôle et les missions des professionnels notamment entre les services soins et les services supports. « Nous devons formaliser davantage les procédures pour que tout le monde aille dans le même sens », résume Nadia Bibienne.

Organisateurs : michel.thiriet@ch-marchant.fr (DG), Bernard Daumur, responsable régional RHF ;

Correspondants : michel.thiriet@ch-marchant.fr; b.daumur@ch-montauban.fr; Aline.Gilet-Caubere@orange.fr

Synthèse des échanges sur le forum internet

cadres.creer-hopitaux.fr

30 Juillet 2009

Sommaire

Sommaire	2
Liste des personnes auditionnées par la Mission.....	3
Organisations auditionnées par la Mission	8
Les 12 rencontres en région	10
Angers, 5 juin	13
Marseille, 9 juin	16
Lyon, 12 juin.....	20
Rouen,16 juin.....	23
Pointe à Pitre, 19 juin : des cadres mobilisés sur des projets communs	27
La Réunion, 24 juin : des projets de changement portés par les cadres	27
Bordeaux, 23 juin	28
Limoges, 26 juin	31
Paris, 30 juin.....	34
Nancy, 3 juillet	37
Lille, 7 juillet	40
Toulouse, 10 juillet.....	43
Synthèse des échanges sur le forum internet.....	46
Sommaire	47
Objectif.....	47
Statistiques.....	49
Synthèse des échanges.....	50
<i>Fonctions et Missions</i>	50
<i>Reconnaissance</i>	53
<i>Politique managériale</i>	56
<i>Formation et Parcours Professionnels</i>	60
<i>Cadre administratif : une place à définir ?</i>	66
Textes complémentaires.....	69
François-Xavier Schweyer : Eléments pour une histoire des cadres hospitaliers	70
Philippe Mossé : L'hôpital et ses cadres.....	82
Laëtitia Laude : Cadres de santé : faire face aux contradictions.	87
Dominique Thouvenin : La responsabilité des cadres hospitaliers	94
Denis Debrosse et Pierre Simon : Chefs de pôle : quel rôle dans la future loi HPST ?	123
Jean Riondet : La mobilité verticale et horizontale et les passerelles entre le médical et médicosocial :.....	128
Gilles Calmes : Mobilités inter-fonctions publiques	135
Repères bibliographiques	138

Objectif

Billet inaugural, en date du 11 mai 2009

Bienvenue sur le site des cadres hospitaliers !

Cadres de santé, techniques, médico-techniques ou administratifs, ce site est spécialement ouvert à votre intention. En effet, pour enrichir la réflexion de la mission décidée par Madame Roselyne Bachelot-Narquin sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers, vos témoignages, vos contributions et vos commentaires sont essentiels.

Nous souhaitons en particulier recueillir :

- des témoignages sur l'activité, le parcours et la formation, les difficultés et les satisfactions des cadres hospitaliers,
- des propositions et des suggestions concrètes, des réalisations ou des expériences à partager, qui pourraient faciliter l'exercice de la fonction d'encadrement à l'hôpital.

Les professionnels hospitaliers en contact direct avec les cadres peuvent aussi s'y exprimer. Ce site permet de le faire librement, dès lors que vous vous inscrivez en mentionnant votre nom, fonction et région d'exercice.

- Vous pouvez contribuer, commenter et voter sur les idées qui vous semblent les plus intéressantes dans l'onglet « Selon vous ».
- Voir tous les inscrits et échanger avec vos pairs dans l'onglet « Membres ».
- Suivre l'actualité de la mission cadres dans l'onglet « Infos ».
- Vous informer sur les rencontres inter régionales dans l'onglet « Les rencontres régionales ».

Le calendrier initial de la lettre de mission ayant été prolongé, la mission travaillera encore cet été et rédigera son rapport en juillet.

Je vous engage donc à profiter de cette occasion privilégiée de prendre la parole.

Chantal de Singly,
Directrice de l'Institut du Management à l'E.H.E.S.P
Chef de la Mission Cadres

Statistiques

Échanges ouverts **du 13 mai au 14 juillet 2009.**

22 958 Visiteurs uniques.

184 003 Pages vues.

1179 Membres inscrits au forum cadres.

477 en sont des utilisateurs actifs.

393 contributions, 2 832 commentaires, 2 860 votes.

Contributions par catégories

ÉVOLUTION DU FORUM (9)

Votre activité (90)

Votre parcours (13)

Vos difficultés (30)

Vos satisfactions (14)

Vos suggestions (91)

Vos interrogations (77)

Vos expériences (13)

Votre avis (51)

Synthèse des échanges

Fonctions et Missions

« Cadre, quel mot mal choisi pour définir une fonction qui n'a pas de réelle limite... »

Avec force et parfois avec humour, les cadres de santé fournissent des descriptions très riches de leur fonction aux multiples facettes et des injonctions multiples et souvent paradoxales auxquelles ils sont confrontés. Supposés amortir et résoudre au quotidien les tensions entre des parties aux intérêts divergents, ils se perçoivent comme le Sisyphe ou le « pompier de service qui doit éteindre les incendies qu'il n'a pas allumés... et nombreux sont les pyromanes ! ».

« Dans l'organisation hospitalière, les espaces manquants, les actions ne relevant pas d'une catégorie spécifique "retombent dans la gamelle" du cadre » ; « Les missions sont vastes mais les tâches qui y sont associées sont immenses ».

Comment répondre à ces « exigences infinies » sans de solides qualités professionnelles et personnelles et « un certain détachement ? » ; « Au final, ne devons-nous pas être parfaits malgré un environnement qui ne l'est pas ? » ; « Le "non" ne fait pas partie de notre vocabulaire » ; confrontés à de perpétuels dilemmes, les cadres sont tiraillés entre de multiples donneurs d'ordre : « loyal !!! Mais envers qui? (...) en tant que cadre de proximité, cette loyauté doit être universelle.

Ce qui apporte au quotidien, bien des désagréments. Même si on est le "lien" qui unit les différentes parties, à force de tirer sur la corde, elle se rompt » ; « Que dois-je sacrifier au niveau qualitatif devant la multiplicité des tâches à accomplir ? » ; « Tout est devenu prioritaire ! ».

Devant tant d'incertitudes, l'identité professionnelle d'origine, « garant du prendre soin », est la référence avancée par les cadres de santé et menacée par les autres logiques, qui permet ou qui devrait permettre de structurer l'activité et d'orienter les choix : « Il me semble urgent de recentrer le travail du cadre sur son domaine d'expertise : l'organisation du soin et la mise en œuvre de projets de soins. » ; « Quand aurons nous le temps de revenir aux fondamentaux pour animer la vie de l'équipe et veiller à une réelle qualité des soins (pas celle quantifiée dans les indicateurs) ? ».

Le petit sondage « Cadre infirmier ou cadre de santé » a recueilli 76 réponses qui témoignent de la vivacité de la question de l'identité infirmière, synonyme d'une « approche humaine (...) menacée si on se laisse confiner à un rôle exclusivement technique, et donc relayable par d'autres professionnels » ; « Moi, j'ai un badge "cadre infirmier", et j'en suis fière. Et vous ? ».

Mais c'est aussi la mission de soins qui autorise certains à se projeter dans l'avenir vers d'autres modèles (de « care managers »?), plus ouverts sur le territoire. « Finalement est-ce que l'hôpital est le bon niveau pour parler des cadres hospitaliers ? ». Le costume est « parfois trop grand, parfois trop petit ». Ne serait-il pas temps « d'élargir et d'enrichir la mission de "cadre de santé" en allant plutôt vers une mission de "cadres de structures ou de services de santé" qui pourraient exercer leurs fonctions et compétences tant en milieu hospitalier, qu'extra hospitalier ou encore de plus en plus dans des réseaux de santé ou autres structures et maisons de santé qui se développeront au sein des territoires de santé. » ?

Pour la plupart des cadres d'origine soignante, le terme de gestionnaire reste un repoussoir : « Ce qui me gêne? C'est qu'on m'amène à devenir juste un gestionnaire. Je ne peux presque plus apporter ma sensibilité d'accompagnant. Compter, analyser, réajuster, j'estime que ce n'est pas

mon boulot, il y a des commissaires aux comptes pour ça, des gestionnaires, des gens qui savent lire les chiffres. »

Mais quel est le métier d'un cadre ?

« Demandez à un médecin ce que fait un cadre. Je doute que celui-ci le sache. Idem pour certaines directions, des enquêtes de mémoire de cadre peuvent en témoigner .L'absence de connaissance du contenu de nos métiers par les pouvoirs en place reste un frein à la confiance qu'ils pourraient avoir en nous » ; « Savons-nous d'ailleurs clairement et simplement expliquer ce que nous faisons, ce que nous souhaiterions faire? ». Sinon, quel « reflet nous renvoient les équipes, images de cadres absents du terrain ? ».

« Le management c'est "tisser le lien invisible" qui conduit nos équipes vers le mieux pour le bénéficiaire du principal intéressé : le patient. C'est justement cette notion d'invisibilité, liée aussi au travail relationnel jamais quantifié, qui crée toute la difficulté dans la représentation que nos "collaborateurs médicaux mais aussi directionnels" ont de nous ».

« Quelque soit le grade ou le statut, la fonction de "cadre" est identique ou devrait l'être, au moins dans ses grandes lignes » ; « Mettre en place les conditions du travail de l'autre (infirmier, technicien de laboratoire, manip radio ou kiné...) ». C'est pour cela qu'il ne soigne pas... mais permet l'autonomie des professionnels de son équipe. Sinon il y a confusion des genres et impossibilité d'organiser la prise de distance nécessaire pour évaluer, décider et organiser. »

Le trait commun n'est-il pas à rechercher dans « la capacité à comprendre son environnement en sachant faire vivre les valeurs du soin et du service public. Voici deux engagements qu'il s'agit de faire vivre au quotidien. »

Dans la visée éthique et dans cette « compétence générale qui nous permet d'articuler l'ensemble », de « concilier l'inconciliable : le singulier et le général, les valeurs du soin et celles du service public » ?

Quel cadre, pour quel hôpital ? Quel cadre de santé, pour quelle santé ?

Quelle valeur ajoutée les cadres de santé seront-ils capables d'apporter à l'évolution de l'hôpital ?

« Quel cadre pour quelle efficacité à l'hôpital entreprise ? » ; « Quelle place pour la réalisation au quotidien de nos valeurs professionnelles qui participent à notre cœur de métier ? Dans une évolution de plus en plus concurrentielle du soin soumise aux pressions économiques, quelle place réelle pour les approches soignantes de santé innovantes ? ».

« Je suis convaincu que notre richesse vient de notre origine soignante et que notre avenir se trouvera dans notre capacité à s'ouvrir et à s'adapter aux problématiques sociétales d'aujourd'hui. Notre force n'est plus dans notre capacité à accompagner un soignant dans son geste technique, nous ne sommes plus les spécialistes du soins ; mais à mon sens, elle se trouve aujourd'hui et particulièrement demain dans notre capacité à manager et à gérer une unité tout en apportant notre culture soignante et cette notion éthique dans "l'hôpital entreprise" » ; « en tant que cadre de santé, issue de la filière soignante avec une formation de gestionnaire, on se retrouve comme le meilleur élément pour faire le lien entre ces deux logiques ».

« Les CHT impacteront nos missions, sans nul doute. Qui d'autre que des cadres de santé possède les expertises pour mener les réformes sur le terrain ? Ces atouts pèsent dans nos revendications et attentes » ; « Je m'interroge donc sur le cœur du métier d'un cadre de santé. Que voulons-nous défendre et conserver ? Ne serait-il pas réducteur de ne gérer que les ressources humaines d'une unité pendant qu'un collègue s'occupe de la gestion de projet par exemple ? Après les spécialisations infirmières, souhaitons-nous nous orienter vers des spécialisations en

management ? » ; « C'est la formation initiale et continue des cadres qui participera au travail de recherche de sens, de cohérence et de la nécessaire distanciation de leur vécu de tous les jours. Il nous faut travailler l'écart entre nos pratiques et nos idéaux pour ne pas les vivre négativement ».

Au côté des témoignages majoritaires des cadres de santé, deux professions permettent d'illustrer cette fonction de cadre à l'hôpital :

Les sages-femmes cadres s'interrogent sur la spécificité de leurs missions et de leur formation

« La spécificité "sage-femme" que nous revendiquons toutes ne serait elle pas en train de nous enliser ? » ; « Un manager, c'est un manager après tout...non ? ». Amenées à prendre de larges responsabilités au sein des pôles, elles partagent les mêmes problématiques que les cadres de santé, auxquels elles redoutent cependant d'être assimilées : « Sage-femme cadre supérieur. Cadre du pôle femme mère enfant. Maternité, gynéco onco, néonatal, pédiatrie. 400 agents, 10 cadres de proximité, (...) je m'éloigne de ma profession de SF, mon travail est intéressant, l'approche de la pédiatrie m'a appris autre chose, (...) je suis devenue un cadre de santé, au même titre que les autres cadres sup de santé ».

Elles défendent toutefois la spécificité médicale de leur mission, qui nécessite un partenariat avec le corps médical pour être reconnu dans l'organisation et le projet médical du pôle : « Avant d'être cadre, je suis sage-femme profession médicale à compétences définies. Et il n'est pas question pour moi de l'oublier. Je pense qu'en effet ma formation initiale doit permettre en tant que cadre d'accompagner, d'organiser de coordonner le parcours des patientes en ante per et post natal » ; « mon cœur est en obstétrique, c'est ce domaine là que je comprends et que je sens le mieux, c'est sur ce sujet que j'ai des choses à amener ».

Les cadres de la filière technique

Bien moins présents sur le forum que les cadres de santé, quelques cadres de la filière technique – informaticiens, ingénieur biomédical, responsables transport et logistique – témoignent de leur métier et de la valeur qu'ils sont conscients d'apporter au service hospitalier : « Si l'informatique ne soigne pas directement le patient (quoique!) elle peut mettre en danger sa vie. » ; « Responsable informatique encadrant une équipe d'une quinzaine de personnes majoritairement contractuelles, je pilote la « boîte noire » (...). Je fais un métier passionnant confronté chaque jour aux questions posées par l'ensemble des services de l'établissement. » ; « j'exerce clairement un métier de cadre avec une composante forte de management même si celui-ci est plus fortement fonctionnel que hiérarchique : (...) en charge de projets impliquant la formation de 6000 personnes, avec peu de lien hiérarchique et beaucoup de management fonctionnel nécessitant beaucoup de leadership et d'identification des leviers de motivation. C'est parfois usant, difficile mais passionnant.»

Mal connus des autres personnels hospitaliers, souvent isolés dans les établissements petits et moyens, les services dit "supports" apportent leur expertise mais aussi une approche transversale de l'organisation, qu'ils contribuent à faire évoluer : « Aujourd'hui nous devons être des gestionnaires de ressources avec de multiples compétences : Compétence dans notre métier initial, compétence aussi en gestion financière, en organisation, en gestion de ressources humaines, en communication... ».

Ils ont besoin de décroiser, de mieux informer et de mieux former les autres cadres hospitaliers aux usages de leur métier respectifs, pour travailler de façon efficace « dans un contexte où le système d'information hospitalier devient de plus en plus stratégique et l'utilisation

des outils informatiques de plus en plus intégrés dans l'ensemble des métiers de l'hôpital » ;
« Pour avoir une chance de progresser ensemble, essayons d'éviter les particularismes ».

Reconnaissance

« Notre reconnaissance est plurielle »

La juste reconnaissance financière des responsabilités et des contraintes

Les cadres demandent avant tout la juste reconnaissance financière de leurs responsabilités et de leurs contraintes.

Les témoignages abondent du faible écart, voire de l'écart négatif d'avec les personnes qu'ils encadrent : « pour avoir quitté la fonction d'ibode vers celle de cadre, j'ai perdu plus de 200 à 300 euros avec les astreintes, et je suis le moins bien payé de mon équipe » ; « Un manipulateur classe exceptionnelle touche plus que moi ! Pourtant il fait ses 35 H et ne promène pas son stress et ses soucis chez lui ! ».

Quels que soient par ailleurs les éléments de motivation, ce sentiment d'être « exploité » est une source d'insatisfaction permanente : « Tant que je n'aurais le salaire à la hauteur du travail que je fournis, je ne serai pas satisfaite » ; « Le travail de cadre est tout à fait assumé par les cadres actuels. Seul le salaire ne suit pas ! » ; « Je suis passionné par mon travail (auprès des équipes, des usagers, des missions transversales), mais quand à la fin du mois, je fais le compte de mes heures et regarde ma fiche de paye...J'ai parfois envie de tout envoyer promener et de rendre mon tablier ».

Les cadres sont conscients des « verrous » statutaires de la fonction publique : « Ne peut-on pas sortir du carcan des catégories ABC ? Ce système de l'après-guerre a fait son temps, 60 ans après il faut passer à une logique de métier » ; « Si les cadres infirmiers ne sont pas mieux payés, c'est parce que il faudrait revaloriser tous les grades de la fonction publique (PO, PA, PH) des trois catégories ABC » ; « Les ministères travaillent maintenant sur une "fonction publique de métiers" : les mentalités évoluent lentement ».

C'est pourquoi la mise en place du LMD avec Master obligatoire pour les cadres (qui sera évoquée plus en détail dans le chapitre Formation et Parcours Professionnel) est perçue comme le principal levier de revalorisation : « (cela) nous amènerait par le biais d'une simple VAE à une évolution substantielle. Mais je pense aux autres, à nos enfants qui vont devoir obtenir au prix fort (Master) le droit d'exercer notre métier ».

La « revalorisation des échelonnements indiciaires pour l'ensemble, retenant l'indice brut comme base salariale avec suppression de l'indice majoré » est souhaitée, mais les améliorations du régime indemnitaire seraient d'un effet plus immédiat, sous réserve qu'elles soient reprises dans le calcul des pensions :

- Une prime spécifique d'intéressement à l'encadrement.
- La revalorisation des primes des cadres de santé et sage femme.
- La revalorisation des cadres supérieurs assistant les responsables de pôle (bien au deçà des symboliques 100€ bruts mensuels).
- La valorisation des cadres supérieurs en mission transversale.

La question du temps de travail des cadres

Le règlement des heures supplémentaires et la valorisation du compte épargne temps seraient une première réponse aux dérives horaires constatées.

En tête du box office, deux contributions très commentées et suivies posent la question du respect du libre choix individuel, « décompte horaire ou forfait » et du règlement des heures supplémentaires.

« La réglementation autorise les cadres à percevoir le paiement d'heures supplémentaires à hauteur de 18 heures mensuelles. Mais seul le régime de décompte horaire permet le paiement d'heures supplémentaires, or il semble que certaines directions aient véritablement imposé le forfait »

Sont aussi proposées :

- La revalorisation du montant d'indemnisation des jours épargnés sur le compte épargne temps.
- La suppression de la limite de 10 ans du CET pour les cadres et l'attribution d'un forfait cadre de 26 jours de RTT annuel, avec suppression du décompte horaire.

Mais ces questions ouvrent aussi des échanges intéressants sur la planification des activités, l'organisation du travail, l'autonomie du cadre et sa capacité à dire NON.

« La direction nous voit toujours comme des "infirmières chefs" pas comme des cadres gestionnaires ! ». Il faut « faire la clarté dans les activités pour éliminer les activités chronophages qui ne nous appartiennent pas et cachent les dysfonctionnements de l'organisation toute entière ».

La possibilité de déléguer certaines tâches à une secrétaire ou une assistante administrative

« Concrètement, lorsque l'on regarde le temps de travail rédactionnel que l'encadrement réalise aujourd'hui, on s'aperçoit que la majeure partie de son temps est dépensée dans des actions de secrétariat... mais à déléguer à qui ? » ; « Dans toute autre entreprise, un cadre gérant plusieurs dizaines d'agents, et un chiffre d'affaire de centaines de milliers d'euros disposerait d'une secrétaire... mais à la direction la vision "hôpital entreprise" ne va pas jusque là pour les cadres de santé ! » ; « Une secrétaire ou assistante, personnel hautement stratégique comme filtre comme garde fou, serait techniquement un plus dans l'organisation de l'archivage, de la présentation des documents, sur la réponse de première intention aux interlocuteurs de tout ordre. Un nouveau métier... ».

Les glissements de tâches entre cadre et médecin ou entre cadre et directeur

Ces glissements de tâche et de responsabilités doivent donner lieu à une reconnaissance financière et juridique des responsabilités prises, notamment dans les activités de garde de nuit ou de WE : « Nombre d'établissements ont mis en place un système de "garde" de cadre de santé. Les hétérogénéités en la matière sont légion : tant sur les missions que l'on peut demander aux cadres, que sur la valorisation de cette activité. Dans mon établissement, je fais le constat que seul et en première ligne, le cadre de garde est très souvent sollicité pour répondre aux prérogatives qui ont très longtemps incombé au directeur de garde (et pour lesquelles, ce dernier se voit attribuer un logement de fonction ».

« Dans la réalité, c'est le cadre de santé qui fait "tourner la boutique"... Et se confronte à la gestion de tous les problèmes, y compris ceux qui relèvent des missions propres au médecin coordonnateur, celui ci exerçant la plupart du temps à temps partiel dans les EHPAD. »

Faut-il introduire des éléments de différenciation salariale ?

Avec des éléments variables de rémunération fonction de l'attente des objectifs dans un cadre contractuel ?

« L'antique système de notation ne répond plus à nos missions actuelles. Il nous faut une rédaction de fiche de poste avec négociation d'objectifs à atteindre et résultats mesurés » ;
« Les iniquités de charge de travail des cadres soignants existent. Elles créent quelquefois des tensions inutiles qui augmentent le mal-être au travail par l'injustice ressentie. C'est pourquoi il me semblerait intéressant d'élaborer des grilles d'évaluation qui renseigneraient cette charge de travail où le nombre de lits et de secteurs à gérer ne seraient plus les seuls critères » « Comment valoriser le travail de ceux et celles qui débordent d'énergie si on nie l'existence des différences qui alourdissent la tâche ? » ; « Pourquoi pas une part variable ? Là aussi avec des critères précis et préalablement négociés sur des objectifs par exemple mais pas seulement (évidemment différents si on est cadre de terrain dit de proximité cadre positionné sur mission(s) transversale(s) cadre supérieur...etc.) attention cependant à ne pas dériver sur des objectifs uniquement opérationnels et de résultats ».

Tous les cadres ne sont prêts cependant à assumer une logique contractuelle et d'intéressement individualisé, qui peut s'avérer contre-productive en cas de contractualisation abusive ou d'évaluation subjective :

Un système d'intéressement « ne peut se concevoir que dans la mesure où le (cadre) rémunéré possède réellement toutes les clefs pour gérer efficacement son service : soutien du Chef de service + réel pouvoir décisionnel » ; « Se pose alors la question de l'objectivité de l'appréciation. Sur quels critères va-t-on apprécier l'efficacité du candidat à la prime ? ». « On sait bien que le contexte dans lequel nous exerçons nos activités (charge de travail, appuis logistiques, écoute et prise en compte de nos supérieurs hiérarchiques...) intervient grandement dans notre degré de motivation. Il est facile d'être "motivé" lorsque l'on travaille sous "bonne escorte", avec des moyens financiers adéquats, une relation efficiente avec le Chef de service et une prise en compte à tous les échelons des besoins.

A l'inverse, je trouve tout à fait logique que des cadres isolés, laissés pour compte et déconsidérés ne soient pas motivés. Va-t-on ajouter à leur désarroi la démotivation supplémentaire de se voir infliger une "sanction financière" ?

Quels garde-fous et garanties mettre en place, pour que « ces situations de compétition autour de l'argent (observées dans le privé ne génèrent pas) très rapidement une ambiance de travail exécrable » ? Faut-il simplement faire évoluer l'entretien d'évaluation « avec des objectifs bilatéraux, des moyens en formation, contribuant à l'avancement d'échelon et aux passerelles et promotion » ?

Ces questions interrogent l'ensemble de la chaîne managériale et au premier chef les directeurs et les médecins (notamment des responsables de pôles), par rapport auxquels les soignants sont encore souvent définis de façon auxiliaire : « Sur plus de 10 d'exercice d'une fonction d'encadrement, je n'ai connu que 2 ans et demi de bonheur réel en travaillant avec des médecins qui respectaient un tant soit peu cette fonction. En discutant avec d'autres collègues, je peux confirmer que je ne suis pas un cas isolé ».

Or les médecins du public ne sont pas comme dans le privé « salariés et donc sous l'autorité du directeur, ni actionnaires et donc partie prenante dans le fonctionnement de l'établissement ». Bien que nécessaire, la formation ne saura suffire à changer les règles du jeu.

Motivation et management

Une série de très riches témoignages parlent de la motivation puisée dans le service qu'ils apportent aux patients à leurs équipes et à l'institution.

Les cadres disent aussi ce qui les irrite et qui leur manque : « Surtout le soutien de la hiérarchie qui régulièrement nous discrédite face aux syndicats et au corps médical ! » ; « Comment conduire des projets sans moyens, comment motiver les équipes quand les effectifs fondent, que l'activité augmente, quand il faut se battre pour tout et n'importe quoi, que les jeunes ne sont recrutés qu'en CDD et que l'on n'a aucun moyen de récompenser les bons éléments ? ».

Profondément impliqués dans l'organisation des services et la conduite des projets qui leur tiennent à cœur, les cadres sont moins en attente de marques de reconnaissance extérieures que « d'une réelle autonomie et un droit d'initiative dans l'organisation de leur travail et celle de l'unité, notamment un droit de décision dans l'adéquation entre activité médicale et paramédicale » ; « Je souhaite juste que l'on me donne les moyens de travailler avec les outils d'aujourd'hui et que l'on me rémunère en fonction de ce que je suis capable de donner: de mes performances! ».

Plus que d'une reconnaissance a posteriori, ils auraient besoin de confiance à priori pour exercer pleinement leur rôle, à la fois relais et moteur des changements. Mais cette confiance est un construit de l'organisation, dans le temps et sous certaines conditions.

Politique managériale

Quelle vision ont les cadres des mesures à prendre à l'échelle des établissements pour améliorer l'organisation du travail et accroître leurs marges de manœuvre, possibles éléments d'un « projet managérial » ?

Clarifier les rôles et les missions

« Les cadres ont une vision floue de leur rôle et de leurs missions, sans doute en grande partie parce que les directions ont une vision tout aussi floue des rôles et missions de leurs cadres » ; « Que veut l'institution, qu'attend-elle des cadres (cadres, cadres sup, DSI etc...). Quelle politique managériale avons-nous dans nos établissements? »

Beaucoup de cadres expriment le besoin de clarifier leur positionnement vis-à-vis de la direction et des médecins en disposant de délégations et de marges d'autonomie plus franches, qui ne les placent pas tantôt en position d'initiative, tantôt en position d'exécutant : « J'aspire à un espace de liberté, d'autonomie, de décision du cadre qui ira avec la responsabilité de ses actions » ; « Autant dire la difficulté dans un contexte où la responsabilité est constante et entière, sans avoir de pouvoir décisionnel. Nous devons accompagner les projets sans être concertés en ce qui concerne les modalités et les faisabilités. Tout ceci pour illustrer mon mécontentement et le constat fréquent, non seulement de ne pas être soutenue par la hiérarchie mais souvent discréditée dans ma prise de décisions et mon positionnement. » ; « J'aimerais que ma fonction de Cadre de santé soit effective et reconnue, en participant aux prises de décisions et en disposant de moyens élémentaires et indispensables à la réalisation des missions qui nous sont confiées. Je pense avoir l'expertise nécessaire à l'évaluation du travail à réaliser et je souhaiterais que mes demandes ne soient pas sans cesse remises en question. ».

D'autres modèles existent, comme dans le privé où « la place de l'encadrement est fondamentale et reconnue. Son rôle est défini ainsi que ses objectifs (...) les résultats sont récompensés », ou à l'étranger : « Ce qui est incroyable, c'est que dans les pays anglo-saxons ce sont les cadres soignants qui managent les établissements, alors que chez Astérix, il nous est impossible d'évoluer, étouffés entre l'administration française et le pouvoir médical » ;

« La clarification de nos missions serait aussi selon moi un facteur de prévention de l'épuisement professionnel traduit parfois sous la forme d'un sentiment de découragement :

- Des missions liées à la fonction = qui peuvent et doivent être définies à l'échelle nationale (DHOS) et qui peuvent se décliner selon la fonction cadre enseignement, hospitalier, médico-social, administratif...
- Des missions liées au poste = orientations stratégiques du poste définies par la direction de l'établissement en fonction du poste, des besoins de l'institution, des compétences du candidat. Les missions, responsabilités, moyens devront y être définies.

Pourquoi pas envisager une forme de 'contrat', assorti d'une révision annuelle et permettant de constituer un socle à l'entretien d'évaluation. Je pense que cette clarification des missions, moyens, évaluation permettrait de répondre à bon nombre de nos attentes. »

Préparer le futur

« Il y a tant de choses à changer (mentalité, héritage de passé de soumission, rapport de forces inégaux devant le corps médical et l'administration, volonté de faire carrière donc pas de vagues, perception erronée de la fonction en lien avec son passé. » ; « Les hôpitaux foisonnent de cadres novateurs » - ce forum en témoigne. Comment s'appuyer sur eux plutôt que les étouffer ?

Les métiers ont des cycles de vie, ils peuvent et doivent évoluer. En particulier, le métier de directeur de soins doit-il évoluer ? Si « la loi HPST conforte finalement le Directeur des soins », quel est l'avenir de cette fonction, « création récente (qui) traverse une mauvaise passe... espérons quelle ne disparaîtra pas... Le nombre numérique de professionnels dans un établissement ne suffit pas à garantir sa représentativité. » ; « La nouvelle donne conjoncturelle à travers les pôles d'activité ne fait-elle pas place à un processus de management plus concerté et mieux décentralisé ? ». L'éventualité de voir des cadres supérieurs de pôle « prendre les rênes du service des soins » est vue soit comme le risque « d'une hydre à plusieurs têtes », soit comme l'opportunité d'une représentation plus collégiale.

Plusieurs contributions proposent des pistes d'évolution des fonctions d'encadrement, pour s'adapter aux défis de demain et aussi prévenir la crise des vocations : « Lorsque nous abordons la fonction cadre avec nos équipes, personne ne manifeste la moindre envie de nous rejoindre. Les agents ne sont pas aveugles, ils voient notre quotidien, sont parfaitement informés de nos rémunérations et préfèrent largement préserver leurs conditions actuelles ».

Politique des ressources humaines et gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

La politique sociale est une préoccupation assez naturelle des cadres, managers d'équipes :

- A commencer par le devenir des cadres « baby-boomer », en fin de carrière : « quelle évolution de l'activité pour tenir "le choc" jusqu'à un âge qui va nécessairement reculer ? quelle organisation des postes, du temps de travail ? plus de temps partiels, bien qu'ils soient très mal vus pour les cadres ou cadres sup ? partage des tâches ? » ; parmi les pistes proposées : accompagnement et tutorat des "jeunes cadres", missions transversales.
- Mais aussi les critères d'accès aux « postes à responsabilités pour qu'ils ne soient plus donnés à l'ancienneté ».
- Donner aux cadres les moyens de gérer leurs équipes, notamment dans le secteur Transport-Logistique : « Absence de trajectoires professionnelles, peu de perspectives de progression, manque de reconnaissance, agents inadaptés, font que ce sont des équipes très difficile à manager. Ma première question serait, comment redonner aux DRH une

véritable possibilité de restaurer l'alliage entre l'intransigeance et la générosité afin de sortir de situations d'impunité qui confortent le comportement professionnel, absolument scandaleux, de certains agents ? ».

- Et bien sur informer les cadres des discussions avec les partenaires sociaux : « la D.R.H qui communique très régulièrement avec les syndicats ne nous fait pas le retour immédiat des décisions prises en intersyndicale et qui nous concerne ? (...) Il me semble qu'un bon moyen de reconnaissance peu coûteux serait de nous tenir informés des conclusions de ces réunions plutôt que de nous mettre dans une position inversée de relai de l'information. ».

Normaliser le parcours des faisant fonction

La « galère » des Faisant Fonctions de cadres fait l'objet de divers témoignages :

« Cadres de substitution, exerçant les fonctions d'encadrement sans en avoir la formation ni la reconnaissance », ils sont nombreux à exercer ce rôle afin de pallier le manque de personnels d'encadrement.

Leur position est précaire et parfois difficile, entre « l'administration qui peut à tout instant les réintégrer dans leur corps d'origine, les équipes qui ne les reconnaissent pas et les cadres qui les considèrent (quelque fois) comme "cadres au rabais » ; « Isolés et prisonniers des statuts nous perdons progressivement confiance en nous car on se dit que notre compétence, certes reconnue, reste fragile car liée à certaines personnes (Directeurs, collègues...) qui nous connaissent, nous apprécient mais qui une fois parties, nous laissent démunis face à la rigueur d'une institution qui traite mal celui qui n'entre pas dans la bonne case, en dépit des efforts consentis. ».

Certes cette position permet d'appréhender la fonction, mais elle n'est pas toujours synonyme de « bonus » pour la préparation du concours d'entrée en IFCS, au contraire : « un infirmier qui garde un cursus normal et qui se présente au concours de l'école des cadres, sans jamais s'être vraiment impliqué, a autant de chance, voir plus de réussir le concours d'entrée. ».

Le recours systématique à des FFCS sur des postes de cadres jamais pourvu par des cadres diplômés et nommés deviendrait une dérive fréquente. Certains « peuvent même mener une "carrière à la Lelouche " (aller retour entre IDE et FFCS pendant des années). Et que dire de ces cadres diplômés que l'on ne titularise pas quand le poste est occupé par un FFCS, et de ceux payés comme IDE parce que le concours n'a pas lieu ? Comment peut-on exiger de faire exercer une profession avec les responsabilités intactes à quelqu'un à qui l'on dénie son diplôme ? Payer comme un infirmier un CDS sans ouvrir un concours ? Ne pas verser la prime d'encadrement aux FFCS qui assument les responsabilités sans légitimité ? » ; « Les établissements se plaignent que les cadres manquent, mais comment les fidélisent ils ? ».

La position de faisant fonction devrait donc faire l'objet d'un parcours encadré : « transparence des critères de désignation, inscription dans un projet professionnel, contractualisation avec l'institution, limitation à 2 ans, reconnaissance des mêmes droits (prime, RTT...), tutorat ».

La fonction et l'expérience de terrain des FFCS mériteraient d'être reconnues par une modification des conditions d'accès aux IFCS ou d'une "VAE cadre", afin de "valider les acquis de l'expérience" sur le modèle de la "VAE IBODE" destinée à régulariser la situation des IDE qui exercent depuis des années au bloc.

Mais de l'avis de tous, une formation complémentaire demeure indispensable.

Former, soutenir, accompagner

« Pour résumer, à l'hôpital, le médecin médecine, les directions fonctionnelles (hors direction soins) sont chacune dans leur sphère (investissement, recette, dépense, administration du personnel, chacun voulant rendre la copie la plus honorable possible), les soignants soignent (en faisant une belle part pour penser à RTT, CA, formation...) et au milieu de tout ça les cadres

arrangent le quotidien dans une certaine forme d'art du possible. Situation très riche car confrontée aux problématiques diverses, mais usant car ne disposant d'aucune autorité pour réellement régler les vrais problèmes qui sont ailleurs. (...) Alors, il faut certes améliorer la formation des cadres, celles des infirmières, celles des directeurs. Je crois aussi qu'il faudrait revoir celle des médecins. »

- Inciter (ou obliger) les médecins à « s'inscrire avec leur cadre aux formations axées vers le binôme médical et paramédical de pôle ».
- Proposer, comme le CHU de Dijon, un dispositif d'accompagnement des cadres, directeurs et médecins en position de management.

Associer les cadres à la décision

Continuer de tenir les cadres à l'écart des circuits de décision est un gaspillage de ressource et d'intelligence que les hôpitaux ne peuvent plus se permettre : « le rôle du cadre est central dans l'information des changements et des protocoles mis en place. » ; « Les cadres ne peuvent rester de simples exécutants des décisions prises » ; « Il s'agit de réfléchir à une réelle "démocratie d'élaboration" au sein des établissements. ».

Comment construire les bons circuits d'information et de décision qui permettent aux cadres d'apporter leur « valeur ajoutée à la définition et à la mise en place des projets institutionnels » ?

- « Une transparence de l'information aux cadres sur les évolutions de leur établissement ».
- « une clarification des lignes hiérarchiques et fonctionnelles par un définition claire du positionnement de l'encadrement ».
- « la mise en place d'une délégation contractualisée ».
- « la création d'1 collège cadre avec un bureau désigné par tous les cadres. On peut imaginer 2 à 3 réunions dans l'année, et une représentation de ses membres dans les instances décisionnelles des établissements ».
- Les expériences de "Comité de concertation Cadres", sont jugées intéressantes mais trop fragiles et personnes dépendantes : Les cadres ne veulent pas de "réunion Tupperware", « Il faut un collège cadre officiel, avec un droit de vote dans les instances » : « Chaque expérience s'est achevée en désillusions... Car, informels ou formels, quel poids réels ont ces instances "consultatives"? Aucune incidence sur les votes ou décisions stratégiques. Aucune légitimité légale. Forts de ces expériences, nous avons présenté des listes et avons des élus suite aux élections professionnelles. Selon moi, c'est cette option qui est la meilleure, au niveau local, régional et national. Encore plus avec un nécessaire collège cadre ».
- « Dans le contexte actuel, avec 3 élus qui siègent en catégorie A du CTE (pas forcément cadres d'ailleurs) un collège cadre au sein du CTE n'a pas forcément de sens. Mais pour la prochaine mandature, avec une catégorie A composée très majoritairement de non-encadrants du fait du passage des paramédicaux en catégorie A, un collège cadre au sein du CTE devient indispensable, à l'image des collèges électoraux des instances du secteur privé ».
- une représentation au sein du CTE sera-t-elle suffisante ? « on parle très peu de méthode et de management par projet en CTE....Je crains que le collège cadres au sein du CTE ne permette pas aux cadres d'exprimer la totalité de leurs revendications, car ils seront souvent écartelés entre la direction et les syndicats contestataires ».

Soulager des tâches chronophages

Il faut prendre au sérieux cette impression que les tâches administratives débordent et nécrosent le « vrai » travail. Quelles sont « petites mains » qui pourraient décharger les cadres d'une partie de leurs tâches ?

- « Affaires perdues - papiers de sortie - matériel disparu ou commande à effectuer... ».

- « gestion de l'absentéisme (...) qui oblige à passer des heures au téléphone pour pouvoir, enfin, trouver un volontaire ».
- Gestion des lits et des RV.
- Des personnels en postes aménagés ou adaptés ? Des assistantes et secrétaires ?
- Avec les moyens du bord, par délégation et/ou réorganisation interne, ou de façon officialisée et reconnue par l'institution ?

Que ces tâches fassent ou non partie du travail d'encadrement, les cadres ont beau jeu de souligner que « dans toute autre entreprise, un cadre gérant plusieurs dizaines d'agents et un chiffre d'affaire de centaines de milliers d'euros disposerait d'une secrétaire... ».

Développer l'usage des NTIC, partager les expériences et les outils

Mais le problème est celle de l'information pertinente : sa création, sa circulation, son utilisation. « L'objectif est d'avoir l'information pertinente, utile à tout moment et en tout lieu. Mais comment structurer l'information pour que tout le monde s'y retrouve ? ».

Les cadres doivent travailler en meilleure intelligence avec les responsables si pour « revoir les canaux de communication et mieux utiliser les ressources du système d'information », « intégrer l'utilisation des outils internet et intranet » ; « pour échanger les informations, partager les expériences... » ; « La difficulté que nous rencontrons à identifier les frontières entre informatique, biomédical et gestion technique des bâtiments justifierait la création d'une Direction de l'Ingénierie Hospitalière qui permettrait regrouper au sein d'une même direction l'ensemble des fonctions autour de ces technologies qui sont proches et qui demande un travail collaboratif de plus en plus intense » ; « Il faut créer une fonction de responsable de la Sécurité du Système d'Information (RSSI) ».

Formation et Parcours Professionnels

Les contributions ayant trait à la formation et au parcours professionnel ont suscité les commentaires les plus riches et les plus vifs sur le forum. Sans doute parce que ces questions sont au carrefour des problématiques du métier et de son devenir, des perspectives d'évolution professionnelles, du statut et de sa reconnaissance sociale et financière, de l'identité et des valeurs professionnelles ; sujets fortement « préemptés » par la filière infirmière qui s'en saisit avec passion, mais sur lesquels s'expriment et réagissent les autres composantes cadres (filiales médico-techniques, médico sociales et administratives).

Deux contributions précoces ont structuré le débat autour de l'évolution des IFCS et l'universitarisation de la formation des cadres de santé, appelant à « une formation complexe, ouverte, évolutive / master en sciences infirmières, pour les cadres formateurs comme pour ceux qui exercent en unité ».

Les débats s'articulent autour des points suivants :

Quel intérêt du concours sur titre ?

« Je ne vois toujours pas l'intérêt du concours sur titre » ; « c'est le parcours du combattant » ; « nous sortons avec un diplôme de cadre...mais pour notre employeur nous ne sommes pas cadre !? Il faut attendre encore quelques semaines et préparer un dossier pour le concours sur titre.

Quel est le but? Gagner du temps et de l'argent ? Un employeur qui paye à son agent une préparation puis une année de formation va t'il être assez maso pour finalement refuser sa promotion ? »

« Il y a aussi un problème au niveau des diplômes proposés: licences, master partiels, pas la peine d'avoir un diplôme universitaire pour obtenir le DE cadre... on s'y perd un peu.»

L'évolution des IFCS

Des critiques portent sur les contenus très théoriques des enseignements en IFCS qui préparent insuffisamment au rôle de cadre de proximité : « Après l'IFCS les Cadres sont souvent en difficultés, il y a un décalage entre la théorie et le quotidien dans les services »; « les programmes doivent se rapprocher au plus près de la pratique quotidienne. Si aujourd'hui certaines personnes mettent en doute l'utilité de passer par une IFCS pour être un cadre de santé et repensent à la VAE ce n'est pas un hasard. La plus-value des 10 mois d'études n'est pas toujours flagrante » ; « Le programme ne comprend "que" 6 semaines de cours sur la fonction d'encadrement (module 4). Est-ce suffisant ? » ; Pour pallier le « décalage considérable entre ce que j'ai pu y apprendre et les compétences que l'on attendait de moi lorsque j'en suis revenu, estampillé "cadre de santé", (...) je me suis donné les moyens d'acquérir de nouvelles connaissances, puis de tenter de les traduire en compétences en suivant, dans le cadre de la formation continue, un master. ».

Des réponses sont proposées :

Une uniformisation du contenu des programmes et des diplômes dans les IFCS

Via l'université ou « via des IFCS totalement rénovés, ayant intégrés qu'ils s'adressent à des adultes et de surcroît des professionnels aguerris. Ces étudiants pourront alors choisir soit du management, soit de la gestion, soit des sciences de l'éducation, soit plus vraisemblablement un "mix" de tout cela ».

Renforcer la formation aux outils de gestion, en IFSI et en IFCS

« Du pragmatisme allié à de la stratégie ! Voilà ce qu'il faut enseigner. Argumenter, se faire entendre, utiliser son devoir d'interpellation c'est cela que nos étudiants doivent apprendre. Les former à la réflexion stratégique oui c'est impératif ! Cela n'est pas dispensé dans les IFCS. Mélanger les cultures professionnelles une solution aussi, pourtant la majorité des étudiants cadres sont issus de formation infirmière. Peu de représentation des medico tech. Ouverture sur la faculté mais avec des intervenants diplômés et issus du terrain. Concilier terrain et théorie, mélanger les genres, ouvrir des voies d'accès aux FF.»

Une formation post IFCS validante et valorisable »

« Développer la formation continue :

- en management, pour les Cadres de Santé de proximité,
- en Science de l'Éducation pour les Cadres Formateurs ».

« Validable et capitalisable, afin de devenir diplômante, pour donner lieu à une reconnaissance salariale et fonctionnelle »; ex : « cette formation continue doit correspondre à des ECTS, afin de permettre à un cadre actuel de valider progressivement un master à son rythme.»

Les contraintes

Mais les obstacles pour budgétiser les formations (y compris par le biais des DIF) et « se détacher physiquement et psychologiquement du service » sont importants, « en dehors des formations "utilitaires" en lien direct avec les contraintes réglementaires ou d'accréditation ».

Contraintes auxquelles s'ajoutent, (pour mémoire) les charges d'encadrement des étudiants en soins infirmiers dans la Réforme LMD « je m'interroge sur les responsabilités accrues et la disponibilité requise que vont avoir les cadres de proximité. Le nouveau dispositif propose 3 rôles dédiés aux acteurs de terrain : le maître de stage, le tuteur de stage, le référent de proximité. Qui d'autre que le cadre peut endosser au moins l'un de ces rôles sinon les 3 ? ».

Développer l'accompagnement à la prise de fonction

« Le tutorat à la prise de fonction. »

« Si le recruteur est conscient du pari et de l'investissement il a l'obligation d'accompagner ce recrutement. C'est un accompagnement qui parfois débute avant l'entrée en formation, se prolonge éventuellement pendant la formation et enfin se poursuit dans un parcours d'intégration organisé. Nous recruteurs, laissons trop souvent les "jeunes cadres" isolés dans une prise de fonction difficile. Le directeur des soins est en première ligne dans ce travail. »

« Des formations-actions permettant l'analyse des pratiques et la mutualisation de l'expérience (entre cadres de santé, avec d'autres cadres) » ; ex : « le dispositif d'accompagnement des cadres, directeurs et médecins en position de management » proposé par le CHU de Dijon.

Vers un tronc commun de formation ?

De par leur trajectoire souvent atypique, les cadres issus des filières réadaptation fonctionnelle SSR, socio-éducative témoignent de « leur capacité à encadrer des professions non issues de leur métier d'origine, (capacité non) reconnue mais d'usage courant » et souhaitent une plus grande fluidité des parcours : « le diplôme de cadre de santé reste trop cloisonné. (...) Même si ce Diplôme est sensé être transversal aux différentes professions paramédicales, il reste dans les faits très attaché à la formation initiale. (...) Pourquoi serait-il plus évident qu'une infirmière encadre une équipe de soins en EHPAD plutôt qu'un autre paramédical ayant l'expérience du contexte ? ».

Le nouveau certificat CAFERUIS - certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale), ouvert aux professionnels du secteur social et à ceux du secteur paramédical, est relevé par plusieurs comme une innovation intéressante, et peut être comme un modèle à suivre.

En dépit du décret d'août 1995 qui a été « une formidable avancée » re-liant les modes d'exercice de la fonction (formation et gestion) et les différentes filières, le caractère très "endogame" de la formation en IFCS, « toujours centrée sur le métier infirmier, ses valeurs, son rôle propre, comme s'il s'agissait d'une forteresse assiégée par les deux autres pouvoirs médicaux et directoriaux » est en effet souvent relevé, au premier chef par les cadres médico-techniques : « L'ifcs est le seul moyen de nous faire travailler ensemble et d'apprendre à nous connaître ! et dieu sait si ce n'est pas simple (...) quand sur une promo de 110 vous êtes en gros 10 paramédicaux en dehors du lot (...) comment admettre qu'un cadre de laboratoire passe une journée sur la gestion des lits alors que jamais n'est abordée la gestion des stocks? Cela rend un peu amer » (cadre labo).

Les cadres socio-éducatifs, les coordinateurs de secrétariats médicaux et certains cadres administratifs souhaiteraient aussi bénéficier d'un « tronc commun de formation » propice à l'instauration d'une culture et d'un positionnement communs des « cadres hospitaliers ».

« Imaginer une formation qui prennent également en compte les caractéristiques de l'encadrement technique, logistique et administratif doit permettre de fluidifier les circuits et les décisions sur le terrain. Le cursus ne doit pas nécessairement être totalement commun mais des expériences ont déjà été mises en œuvre il serait souhaitable de s'en inspirer » ;
« Notre formation devrait être un travail de réflexion sur le métissage et la singularité des cadres de santé, sur la culture « métier » et la culture "managériale". Les établissements sanitaires et sociaux auront tout à gagner d'une formation qui permette aux cadres de santé de conserver leur identité propre, de se positionner "sur le prendre soin" tout en ayant une connaissance approfondie de l'environnement et des partenaires avec lesquels ils évoluent. »

La crainte d'une polyvalence imposée

Cependant, l'extension du périmètre des instituts de formation des cadres de santé (IFCS) aux autres catégories de cadres, hypothèse évoquée par la Mission lors de ses déplacements en région et médiatisée par une dépêche de l'APM, suscite une violente levée de boucliers, initiée par un des membres du forum mais très largement reprise dans les commentaires et d'autres contributions : « Former les cadres du personnel administratif ou ouvrier au sein d'un IFCS ne peut entraîner que des désavantages pour les trois grandes filières hospitalières. Au nom de l'interdisciplinarité, on en arrive à justifier n'importe quoi. (...) Le cadre infirmier n'est pas un agent administratif mais un acteur de l'évolution de la profession et pour cela sa place en qualité de professionnel est indispensable. Derrière la mutualisation de la formation, il s'agit bien de placer des cadres polyvalents et non plus professionnels dans les services ».

La crainte est vive d'un effacement des cadres infirmiers et des valeurs soignantes qu'ils portent au profit des malades, devant les logiques économiques et de gestion, incarnées par les administratifs : « le code de déontologie est le monopole des soignants. Mais les administratifs ont le code des marchés ! ».

On voit dans le terme « cadre hospitalier » et l'annonce d'instituts de formation des cadres hospitaliers (IFCH) la menace à court ou à moyen terme d'une « interchangeabilité des cadres », qui serait fatale à la qualité du soin. « Vous croyez que donner ce grade à des administratifs formés en IFCS va améliorer les choses ? C'est justement en raison des valeurs de leurs professions soignantes d'origine que les cadres de santé sont capables d'expliquer et de se faire entendre, car ils savent donner du sens dans un monde de (chiffres) bruts ! ».

La mission cadres a-t-elle pour objectif caché de ne faire qu'un seul "corps de cadres hospitaliers" ? (...) Pensez-vous qu'il soit raisonnable de penser que l'on puisse être "semblables" au point d'imaginer une même formation cadre ? Au point de croire que l'on puisse être interchangeables sur les terrains (UF et Bureaux) ? ».

Cette attitude très « défensive » qui témoigne d'« un fort courant, exprimé sur ce site, vers un centrage plus exclusif des cadres infirmiers » est aussi critiquée par d'autres : « ça m'agace ces idées porteuses de vérités, les seules à détenir la CONNAISSANCE du malade ! Il y a de quoi mordre.... je suis cadre infirmier et fière de penser que cette connaissance est partagée. Sans les autres nous ne sommes que des plantes stériles ».

La réplique vient d'un autre membre (AAH) : « Est-ce que xxx et les autres croient sérieusement à la réalisation du risque qu'il(s) stigmatise(nt) ? Je crois à la nécessaire spécificité des filières mais, dans le même temps, un cadre est un cadre avec une fonction managériale & organisationnelle commune qui pourrait justifier un tronc commun.

A ce que je sache, le CAP ne s'est jamais substitué à un CPP, encore moins à un cadre de santé au sein d'une unité clinique; il n'en a ni la compétence ni la volonté : donc cessez de brandir l'image d'un fantasme issu d'un syndicalisme archaïque et tentons d'émettre de vraies solutions et voyons... ».

Malgré les témoignages très positifs de cadres au parcours atypique, cette crainte d'une polyvalence imposée teinte fortement les échanges autour de la filière professionnelle : « Je ne saurais pas, au pied levé, remplacer l'AAH qui gère les appels de marché, être en charge d'un laboratoire ou des travaux dans l'hôpital ».

« Voir des administratifs dans des services de soins » Fantôme ou anticipation stratégique ? Les cadres entendent le discours des tutelles sur les réductions des effectifs ; ils connaissent les projections démographiques et anticipent de leur non-remplacement : « Il semblerait que la VAE se profile dans les mois à venir et au regard du coût d'une année de formation en institut (22 000 euros environ en coût de revient) la part des choses va vite se faire. Il est aussi prévu de réduire de nombre de cadres (ou tout du moins de ne pas remplacer ceux qui vont partir) ! » ; « On ne va pas détruire le métier de cadre, on va simplement diminuer le cheptel ! A ceux qui restent le plaisir d'en faire plus avec un salaire distribué au mérite (donc faire encore plus que plus!) » ; « 40% des cadres devraient partir d'ici 2012 (en retraite), alors avec la réorganisation prévue sur nos territoires de santé, il nous restera des grands secteurs à encadrer ! à nous la délégation ! » ; « Notre avenir est donc incertain mais le plus incertain est notre succession; allons nous vers un nouveau métier ? ».

L'évolution LMD introduit au débat sur les filières professionnelles

« Faut-il être issu de la profession infirmière pour occuper un poste de cadre paramédical de pôle ? L'expertise en soins étant détenue par les cadres de proximité ? » ; « Je pense de plus en plus que la formation cadre doit sortir (attention comment !!) des cycles initiaux de formation (infirmier, manip kiné, psychomot) pour exister à part entière (...). Place aux cliniciens de toute formation, place aux professionnels du terrain, sortons de nos fonctionnements de service » ; « C'est justement parce que cette première année en IFCS est réservée aux professions de santé réglementées que nous y tenons ! Un diplôme purement universitaire est ouvert à tous (y compris aux non-soignants) alors que couplé à un diplôme d'exercice, cette formation est plus cadrée ».

Pour les sages-femmes cadres, « la création de la filière doctorale maïeutique serait-elle le seul débouché envisageable ? Lorsque l'on sait que la profession compte à peine 20 000 individus, combien arriveront jusque là ? » ; « Pourquoi ne pas former les cadres sages-femmes partout en France, en intégrant leur formation en tant que cadre à celle des autres cadres soignants ? ».

Si l'université est un lieu d'ouverture intellectuelle, qui permettra « aux cadres infirmiers de s'affranchir de l'uniformisation des modèles sociaux, pour découvrir la diversité des courants de pensée, leur contradiction, leur opposition, ainsi que les différentes options sociales, économiques et politiques, qui les sous-tendent », sera elle capable, mieux que les IFCS, de former des professionnels de terrain ?

- 1) Comment peut exister une science si le doctorat de cette science n'existe pas ?
- 2) Comment peut-on continuer à enseigner, nous les formateurs en IFSI, si nous ne pouvons passer de doctorat dans nos "sciences" professionnelles, c'est à dire infirmières ?
- 3) Et de quelles connaissances professionnelles se reconnaissent les universitaires pour enseigner les UE de notre cœur métier ? Je n'ai aucune envie (...) de créer des docteurs en sciences infirmières qui émettront de la matière grise sur un métier qu'ils n'auront jamais exercé... c'est ce qui se fait déjà outre atlantique (...) La compétence c'est sur le terrain ; et sur le terrain, on y trouve les professionnels... » ; « Le master nous semble à l'opposé d'une formation généraliste, chaque master ayant une orientation trop particulière (sciences de l'éducation, gestion), la filière sciences infirmières n'existant pas (...) Le risque de "bricolage" par des connaissances trop partielles dans des disciplines très techniques ou très spécifiques peut susciter des dérives. Il

convient de recentrer l'organisation, l'esprit des lois dans la compréhension de sens, de logique d'actions et non dans le sentiment de "pouvoir toucher à tout" ».

« Il ne faut pas à mon sens se laisser griser par l'attrait de se voir attribuer des titres, des qualifications, aussi ronflantes qu'inutiles pour ceux que nous ne devons pas oublier: les patients et les soignants. »

La question de fond est sans doute posée par un cadre formateur : « Voilà le mal des approches par compétences... une compétence voire une capitalisation de compétences ne suffit pas à définir un métier... ».

Master et universitarisation des études : la réponse attendue à ces défis ?

Il y a un hiatus entre la « surqualification » de certains cadres et personnels infirmiers et la faible valorisation qu'ils en retirent au sein de l'institution : « beaucoup de cadres de santé ont poursuivi un cursus universitaire, très souvent à leur frais, et souvent pour rien, car il n'y a aucune reconnaissance de la part de l'institution, de l'investissement réalisé. Je pense aussi à tous ces infirmier(e)s qui possèdent des diplômes université (DU de douleurs, soins palliatifs, diabète, etc..) qui font profiter à leur établissement de leurs acquis mais pour qui le retour est à peine à la hauteur d'un " merci, c'est super, pour l'accréditation, cela nous a fait des points en plus.... ».

Comment « faire intégrer à ces professionnels hyperformés un système qui ne les attend pas, qui ne saura comment les utiliser » ?

La reconnaissance statutaire des diplômes universitaires dans le cursus cadre apparaît à la fois comme la prise en compte d'une réalité sociale, la suite logique de l'équivalence licence du diplôme d'état infirmier et une réponse à l'évolution des politiques hospitalières :

Il y a consensus sur le fait que « pour former des professionnels reconnus à bac + 3, il est nécessaire que les formateurs soient majoritairement à bac + 5 d'ici quatre ou cinq ans » et l'encadrement doit suivre le mouvement.

« La fonction passe du modèle traditionnel ancienneté-expertise à un modèle de type gestionnaire. Les formes de management-gestion inspirées du secteur privé entrent à l'hôpital. (...) L'organisation en pôles confirme la position des cadres de santé et leurs compétences en management - gestion. On voit bien là le remplacement de la maîtrise traditionnelle fondée sur la compétence technique et l'ancienneté par un encadrement pluridisciplinaire exerçant des fonctions transversales de nature médico-économique.

Comprenons alors les tensions vécues entre nos aspirations corporatistes et les évolutions des politiques hospitalières. La formation universitaire LMD doit couvrir les champs des activités Gestion - Formation - Expertise en Soins afin d'offrir aux professionnels des évolutions de carrière plus large en lien avec leurs aspirations. »

« Dans le cadre de la reconnaissance universitaire des paramédicaux, il convient de passer progressivement à un niveau master (deux ans après le diplôme d'état de la profession d'origine, reconnue prochainement en équivalence grade de licence) (...) avec une première année commune en IFCS, puis une seconde année en alternance avec l'exercice professionnel, selon deux options : Gestion des organisations sanitaires ou Science de l'Éducation. »

Master en sciences infirmières ou master en sciences de la santé ? Il y a discussion.

Quel avenir des cadres de santé formateurs ?

Soucieux d'être entendus par la Mission, les cadres de santé formateurs rappellent leur existence et s'inquiètent des perspectives que leur ouvrira le conventionnement avec l'université :

« Gérer une promotion de 60 élèves au bas mot... ce n'est pas gérer ? Mener des projets, parce qu'ils sont de formation, n'est pas mener de projet ? Evaluer, parce que ce sont des étudiants, n'est pas évaluer ? Identifier des compétences et contribuer à en faire naître d'autres, ce n'est pas un métier digne d'intérêt ? » ; « Quelle reconnaissance pour ces cadres de santé ? Quel avenir dans le cadre des conventionnements avec l'université ? ».

« "L'universitarisation" du parcours de formation ne va-t-elle pas, insidieusement, chasser les professionnels de santé de la formation initiale ? Qu'en est-il de la transmission des valeurs, de l'analyse des pratiques soignantes ? » ; « Sans remettre en cause la nécessaire collaboration avec les enseignants universitaires, les cadres de santé formateurs s'interrogent sur la place qui sera la leur dans la coordination, l'ingénierie pédagogique et les interventions auprès des étudiants, dans le cadre de l'universitarisation. Les cadres de santé formateurs considèrent avoir la légitimité pour conserver la maîtrise de cette formation professionnalisante. Ils interpellent donc leurs tutelles administratives, leurs élus, leurs représentants professionnels et leurs collègues sur la reconnaissance de leur place dans l'appareil de formation en Soins Infirmiers au sein du système universitaire. »

Sauront-ils valoriser leurs compétences « pour se positionner autrement que comme les "petites mains" d'une formation entrée dans le giron des universités ? « On ne nous remplace pas par démerite le cursus de formation est modifié pour répondre à une directive européenne (Bologne) et au marché européen du travail. Nos diplômés possèdent une haute employabilité et leur identité professionnelle est construite... Que l'université en dise autant. Cessons de nous disqualifier ! » ; « Nous allons apprendre d'eux tout comme ils vont apprendre de nous, à condition que nous croyons avoir quelque chose à leur apprendre... ».

Cadre administratif : une place à définir ?

Comme celui des autres cadres et plus encore peut-être, le positionnement des cadres administratifs apparaît variable et incertain, très lié à la taille de l'établissement et au type de direction.

A côté de témoignages de satisfaction, « même si ce n'est pas toujours facile, je trouve qu'on m'a laissé et qu'on me laisse ma chance », on trouve beaucoup d'amertume : « Nous effectuons le travail, encadrons les agents pour une maigre reconnaissance, voire de l'animosité ou de l'hostilité ».

La difficulté est de préciser les missions et le positionnement de chacun (tout particulièrement des AAH et des directeurs-adjoints, mais aussi des AAH et ADC), « sachant qu'au quotidien les interactions et les empiètements peuvent être multiples, ce qui peut avoir comme conséquence des situations relationnelles difficiles, des prises de décisions peu claires car contradictoires et une certaine perplexité des équipes. »

La mise en place de la Nouvelle Gouvernance a en outre suscité un repositionnement des cadres administratifs au sein des directions fonctionnelles et des pôles, dont les effets ne sont pas achevés.

Les assistants de pôle

Le positionnement du cadre administratif ou assistant de pôle est encore incertain, le périmètre de ses fonctions restant très dépendant du médecin chef et du cadre de santé de pôle d'une part, de l'organisation et des délégations concrètes des directions fonctionnelles d'autre part : « Est-ce un simple intermédiaire entre la Direction et le Médecin, ou un Assistant de Gestion du pôle ? La définition précise de son positionnement hiérarchique et de son pouvoir de décision conditionne ses possibilités d'action. » ; « La reconnaissance ne se fait que progressivement, tant au niveau des directions fonctionnelles qui doivent étudier ce qu'ils peuvent vous déléguer en toute sécurité, qu'au niveau des chefs de service que vous devez parfois convaincre de votre rôle à la fois de gestionnaire et de conseiller. »

Les AAH, attachés d'administration hospitalière

Les personnels administratifs ont su utiliser la plate forme offerte par la mission pour exprimer leurs revendications et souvent leur malaise, en premier lieu, les AAH, attachés d'administration hospitalière. Leur expression est assez unitaire, autour du diagnostic partagé d'une profession « en crise » : « On nous délègue de nombreuses responsabilités; bien souvent nous sommes chargés d'une direction fonctionnelle en plus d'une fonction de cadre de pôle et pourtant nous n'évoluons dans notre carrière qu'à l'ancienneté avec des avancements d'échelons très peu motivants. (...) Pour autant, depuis quelques années, on voit fleurir les postes d'attachés contractuels qui sont parfois rémunérés début de carrière au 8ème échelon parce que bonne négociation, d'où un sentiment d'injustice de plus en plus prégnant » ;

Le diagnostic et les propositions sont également partagées sur la nécessaire réforme du concours, le régime indemnitaire, la création de nouvelles passerelles vers les corps de Direction et des voies de progression de carrière à aménager.

Les ADC Adjoints des cadres hospitaliers

Les ADC se voient comme « un cadre au rabais, le moins payé de l'établissement », « laissés pour compte des revalorisations salariales », « rattrapés par la catégorie C et distancés par les AAH ». Tous soulignent le décalage entre les exigences d'« un métier qui requiert de plus en plus de compétences et connaissances professionnelles », des « responsabilités qui explosent » et la faible rémunération, le manque de reconnaissance et de perspective de carrière.

Les concours difficiles, « au prix d'années de travail acharnés » apparaissent comme leur seule voie de valorisation financière : « Les promotions internes par CAP sont rarissimes, discrétionnaires ».

Cependant, « où serait la crédibilité d'un corps d'AAH uniquement issu du sérail interne ? ». Certaines de leurs revendications peuvent donc apparaître comme antinomiques de celles des AAH, comme être « nommé sur site plus facilement et en fonction de ses compétences ».

Ils demandent le reclassement dans la nouvelle grille CII 2ème grade « comme nos collègues TSH qui la touchent et qui exercent les mêmes missions que nous », dans l'attente de négociations sur une grille de rémunération spécifique ACH.

Voire une refonte de ces 2 grades : « Un seul grade suffirait selon moi à 2 vitesses d'évolution statutaire et pécuniaire selon les fonctions occupées et la taille de la structure ».

Les coordinatrices des secrétariats médicaux

Décrivent les « difficultés à faire reconnaître leur fonction d'encadrement » ; « mal perçue par les professionnels soignants qui n'ont qu'une connaissance approximative de ce métier. » ; « alors qu'elles sont amenées à encadrer de 10 à 50 secrétaires en fonction de la dimension des pôles ».

Or, pour ce faire, les SM coordinatrices ne bénéficient pas de formation à l'encadrement alors qu'elles sont amenées à avoir des missions d'organisation transversales de plus en plus élargies

avec la mise en place des pôles : « aucune formation spécifique diplômante n'existe (type cadre de santé) et il faut faire un savant puzzle de ce qui pourrait nous correspondre dans la jungle des formations de management et le soutien de collègues cadre de santé qui peuvent nous donner des pistes et des conseils ».

« D'autre part, aucune reconnaissance de la fonction ni par un statut ni pas le salaire. Aucun texte ne permet de l'établir et ainsi j'ai pu constater que chaque établissement y allait de sa petite organisation personnelle (NBI, IFTS...). Même le nom de notre métier reste très aléatoire : coordinatrice, référente. »

Elles souhaiteraient pouvoir intégrer une formation cadre complète ou « accéder à un cycle de formation d'un niveau licence ou autre qui, plus complet, permettrait de nous donner les connaissances et les outils nécessaires et un niveau d'études en adéquation ».

Les contractuels permanents

La « gestion en parallèle des personnels contractuels recrutés sur des grilles supérieures à celles des titulaires » génère de part et d'autre un sentiment d'inégalité et d'injustice, avec sur des postes de cadres similaires, des personnels avec des statuts, des salaires, et sans doute un rapport à l'employeur et à l'entreprise "différents".

Faut-il « refaire une loi de résorption de l'emploi précaire pour intégrer les cadres contractuels suivant avec des concours réservés ? » ; « proposer un statut de contractuel qui soit similaire à celui des praticiens contractuels, à savoir " un recrutement de ce type pour une durée maximale de 2 ans et qui permettrait à l'intéressé de passer le concours qui correspond à la grille de sa rémunération ? ».

Puisque, supposés mieux payés, ils « ont en définitive une perspective de carrière dans les hôpitaux peu évolutive puisque pour la plupart ils sont bloqués à un échelon de rémunération, sans prime de service et sont en plus contraints de négocier leur salaire ».

« Certains ont un rôle plus proche d'un exécutant que d'un cadre alors que d'autres ont des missions équivalentes à une direction adjointe ».

Textes complémentaires

Au décours du travail de la Mission, les membres du « think tank », groupe de réflexion associant des universitaires, des chercheurs et des acteurs hospitaliers, ont été sollicités pour produire des notes de réflexion qui étaieraient les analyses de la Commission.

Au vu de leur richesse, nous avons jugé utile de les donner à lire. Rédigées en toute indépendance, elles n'engagent toutefois pas la Mission en tant que telle.

Sommaire	2
Liste des personnes auditionnées par la Mission.....	3
Organisations auditionnées par la Mission	8
Les 12 rencontres en région	10
Synthèse des échanges sur le forum internet.....	46
Sommaire.....	47
Objectif.....	48
Statistiques.....	49
Synthèse des échanges.....	50
Textes complémentaires.....	69
François-Xavier Schweyer : Eléments pour une histoire des cadres hospitaliers	70
Philippe Mossé : L'hôpital et ses cadres.....	82
Laëtitia Laude : Cadres de santé : faire face aux contradictions.	87
Dominique Thouvenin : La responsabilité des cadres hospitaliers.....	94
Denis Debrosse et Pierre Simon : Chefs de pôle : quel rôle dans la future loi HPST ?	123
Jean Riondet : La mobilité verticale et horizontale et les passerelles entre le médical et médicosocial :.....	128
Gilles Calmes : Mobilités inter-fonctions publiques	135
Repères bibliographiques	138

François-Xavier Schweyer : Eléments pour une histoire des cadres hospitaliers

L'histoire des cadres hospitaliers n'a pas encore été faite en tant que telle. Certes, on en trouve des éléments dans les travaux sur les groupes professionnels surtout, ou dans les monographies historiques de nombreux établissements. Dans la première perspective, ce sont les cadres soignants sur lesquels on dispose le plus de données. Ils sont étudiés comme un élément d'une dynamique professionnelle infirmière. En général, les approches retenues privilégient les aspects relatifs aux formations et à leur reconnaissance légale et statutaire. Dans la seconde perspective, les mentions faites sur les cadres entendent traduire le développement d'un établissement : la montée des effectifs exigeant la constitution d'un encadrement, la modernisation des techniques requérant des compétences nouvelles. Cette première observation appelle quelques réflexions préliminaires.

La notion de cadre est récente à l'hôpital

Tout d'abord, la notion de cadre suggère en elle-même une dimension organisationnelle, voire managériale. Or l'hôpital public moderne s'est structuré à partir de logiques professionnelles, au premier rang desquelles la logique médicale, et plus récemment administrative. Le domaine de la gestion a longtemps été limité à une forme d'intendance, y compris le paiement des journées, puis s'est enrichi avec la maintenance technique des équipements de la logistique traditionnelle et, dans un second temps, médicale. La production, quant à elle, était – et reste en grande partie - du ressort des médecins. Il ne semble pas exagéré de considérer qu'une partie des fonctions de cadres hospitaliers ont été assurées par les médecins. Avec cette spécificité que la dimension organisationnelle et d'encadrement n'était la plupart du temps pas valorisée par eux, si ce n'est sur le plan symbolique, et que donc la fonction d'encadrement relevait en partie de l'implicite et de l'autodidaxie. Dans cette logique, la surveillante était une auxiliaire du chef de service, avec une forte valorisation de la dimension affinitaire pour un travail relevant des sphères professionnelle et domestique à la fois. Parler aujourd'hui de cadres hospitaliers en tant que tels, et qui ne sont ni médecins ni directeurs, traduit donc une évolution de l'hôpital moderne. Autrement dit, les « cadres hospitaliers » tels que définis par la Mission de Singly n'ont pas existé de tout temps, et le souci de les reconnaître comme un groupe social est lui-même récent.

Les directeurs d'hôpital ont formé le « noyau » du nouveau groupe

Le second constat que l'on peut faire prolonge cette remarque. On ne trouve pas dans les travaux historiques existants l'analyse du travail de regroupement et de définition des cadres hospitaliers en tant que tels, si tant est que ce travail ait existé ou existe, et c'est là toute la question. La dénomination de « cadre hospitalier » donne une cohérence à un ensemble hétérogène sinon flou. Elle pourrait conduire à penser le groupe désigné comme homogène, ce qui ne semble pas être le cas. Certains sont plus cadres que d'autres, non seulement en terme

termes d'attributs (titres, statuts, responsabilités, etc),) et de missions mais aussi en termes d'identité (pour soi et pour les autres). En faisant référence au groupe social des cadres étudiés par L. Boltanski et qui a eu pour noyau fondateur les ingénieurs des grandes écoles¹, on peut faire l'hypothèse que, dans le contexte hospitalier, les « cadres » se sont historiquement organisés autour d'un noyau central, et que ce noyau était formé par les directeurs d'hôpital. La création en 1947 d'un *syndicat national des cadres hospitaliers* (SNCH) qui a joué un rôle important dans la constitution, puis l'affirmation du groupe professionnel des directeurs d'hôpital, donne quelque consistance à cette hypothèse.

Les fonctions de cadres sont issues de la professionnalisation, puis de la rationalisation du travail

Une dernière remarque de portée générale doit être faite avant d'aborder les éléments plus spécifiques aux cadres soignants, techniques et administratifs. La constitution progressive d'un encadrement hospitalier a été rendue possible et nécessaire par l'essor de l'hôpital moderne promu par l'Etat social. Jusqu'en 1941, l'hôpital public a été à l'image de la France, c'est-à-dire régi par une double référence et un double système de valeurs². Dans les grandes villes et les bassins industriels, la République avait entrepris la laïcisation des établissements et promu la formation d'un personnel soignant laïc pour accompagner la modernisation et la médicalisation des établissements, que permettait la création des premières assurances sociales. Dans la France rurale, les hôpitaux étaient gouvernés par les notables et souvent les congrégations, dans le cadre d'un système de contrôle des pratiques collectives établi sur des valeurs traditionnelles. Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que l'hôpital est véritablement devenu une affaire d'Etat³. La création de la Sécurité sociale lui a apporté des ressources pérennes; une administration hospitalière a été créée; la formation des médecins a été réformée et ancrée au cœur de l'hôpital public. L'hôpital est devenu un élément essentiel de l'Etat social. Ainsi, ce n'est que progressivement que des hôpitaux très divers, en se transformant, ont constitué « l'hôpital public » dont on peut parler comme d'un tout. Et il a fallu que les outils de travail (techniques, statuts, financement) s'harmonisent, que les environnements de travail et les modalités de recrutement deviennent comparables, qu'un système de valeurs soit partagé pour la question de l'encadrement hospitalier puisse être pensée comme telle. On peut faire l'hypothèse que la constitution d'un encadrement s'est faite en deux temps. Le premier est le mouvement de professionnalisation des emplois hospitaliers débuté dans les années 50 pour faire face au problème important du manque de qualification du personnel. L'effort a porté sur les formations et la création de statuts reconnaissant des niveaux de qualification. Ainsi, la clarification des tâches, la définition des postes de travail, l'organisation du travail, ont été traitées d'abord dans une logique statutaire et d'emploi. Mais c'est avec les partenaires sociaux et au niveau central que se déroulaient les négociations en terme de valorisation professionnelle, de majoration de salaire, de statut. Charge aux établissements de mettre en œuvre dans un environnement d'organisation du travail souvent très « empirique ». Ce n'est que dans un deuxième temps (chaque établissement

1 L. Boltanski, Les cadres, la formation d'un groupe social, Paris, Editions de Minuit, 1982.

2 Schnapper (D.), La France de l'intégration, Paris, Editions Gallimard NRF, 1991, p 110.

3 Maillard (C.), Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat, Paris, Dunod, 1984.

à son rythme) qu'une organisation du travail de type industriel, à tout le moins entrepreneurial, a été promue. La logistique traditionnelle fut modernisée selon les principes du chaînage industriel, tandis que la rationalisation de la logistique médico-technique imposait une standardisation des qualifications et une coordination du travail⁴. Le travail prescrit ne représentait plus qu'une partie du travail de soins, qui dépendait de plus en plus des principes d'organisation. En 1969, M. Rochaix plaide pour repenser l'organisation du travail : « Voyez l'attention que portent les Américains à tous ces problèmes d'organisation ! [...] Un bon système de ramassage et de distribution, c'est l'infirmière qui ne va plus à droite et à gauche, à la cuisine, à la pharmacie, au laboratoire... C'est regagner du temps précieux, inutilement perdu et d'autant plus précieux que nous savons tous l'insuffisance du nombre d'infirmières »⁵. Les fonctions d'encadrement sont issues de la nécessité de repenser les structures et l'organisation du travail. Les statuts ont progressivement donné une reconnaissance institutionnelle aux cadres. Ces éléments ont pu contribuer à la constitution d'une identité de cadre dont les conditions d'émergence restent à étudier.

Les cadres soignants, création et évolution des statuts

La constitution d'un encadrement infirmier, et plus largement paramédical⁶, relève de deux dynamiques à la fois. D'une part, des initiatives locales au sein d'établissements ayant une politique novatrice (souvent des établissements de grande taille dans des villes de facultés) ou d'organismes comme la Croix-Rouge. D'autre part, une volonté de formation des infirmières devant exercer des responsabilités d'encadrement, volonté qui s'inscrit dans un courant de qualification du personnel infirmier initiée dès le début du XXe siècle⁷ et soutenu par un travail de mobilisation professionnelle.

L'histoire des cadres soignants est le plus souvent présentée à partir des textes officiels. Les premières décisions relatives à un diplôme supérieur d'infirmière hospitalière datent de 1938, mais ce n'est qu'à partir des années 1960 que des formations ont été organisées au sein d'écoles spécialisées⁸. Le décret de février 1938 qui portait sur la création d'un diplôme supérieur d'infirmière hospitalière, n'a jamais été traduit dans les faits, faute de décret précisant les modalités de recrutement et de formation. Et il faut attendre 1951 pour que la Croix Rouge conduise une expérience pilote de formation supérieure infirmière avec deux spécialisations : administration et pédagogie. Selon Geneviève Charles, cette expérience a fait débat et l'Association nationale française des infirmiers et infirmières diplômés d'Etat (ANFIIDE) a désapprouvé le projet, de crainte que les pouvoirs publics en perdent le contrôle. L'ANFIIDE demandait depuis 1948 un renforcement de la hiérarchie

⁴ F-X Schweyer, « Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail de soin ? », in *Profession et institution de santé face à l'organisation du travail* (sous la dir de F-X Schweyer et G. Cresson), Rennes, Ed. ENSP, 2000, 149-170.

⁵ M. Rochaix, « L'administration hospitalière », *Techniques hospitalières*, n° 282, 1969, pp 96-100.

⁶ Dans le cadre de cette note de synthèse, on ne peut pas faire mention de façon détaillée des cadres sages-femmes, médico-techniques ou masseurs-kinésithérapeutes, sur lesquels existent quelques travaux, mais qui sont numériquement peu nombreux au regard des cadres issus de la profession infirmière.

⁷ Voir la récente étude de J. Eggers, « Une histoire d'encadrement : approche historique et juridique », in I. Sainsaulieu, J. Eggers, G. Picot, E. Langlois, A. Vega, *Les cadres hospitaliers, représentations et pratiques*, Paris, Editions Lamarre, 2008.

⁸ G. Charles, *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, Paris, Centurion, 1979, pp. 181-182.

infirmière et la création d'une fonction de surveillante générale. En 1954 s'ouvre une autre école de cadres, d'obédience catholique. La création du certificat d'aptitude à la fonction d'infirmière surveillante (CAFIS) et d'infirmière monitrice (CAFIM) date de 1958. Ces certificats concernent les infirmières des hôpitaux dits généraux. Des écoles sont peu à peu créées à Lyon, Bordeaux, Marseille, etc⁹. Jérôme Eggers souligne que le décret du 10 août 1942 portant (entre autres choses) sur la création d'un diplôme d'Etat de moniteur a servi de base à ce texte¹⁰. Ces certificats seront remplacés en 1975 par un diplôme unique, le certificat de cadre infirmier (CCI) réunissant les missions d'administration des soins et d'enseignement. Des diplômes – et donc des formations - spécifiques sont venus compléter ce premier dispositif. En 1970, un arrêté instaure un certificat de moniteur de formation professionnelle du personnel soignant en secteur psychiatrique, transformé par un décret de 1976 en certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique (qui sera abrogé en 1995 par la création du diplôme de cadre de santé). En ce qui concerne les établissements médico-sociaux et plus largement le travail extrahospitalier, un décret d'août 1973 institue un nouveau certificat pour les infirmières cadres en santé publique dont la formation sera assurée à l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP). Les programmes de formation, et les missions associées, évolueront par la suite en lien avec la redéfinition des études infirmières pour laquelle le contexte européen a joué un rôle important¹¹.

La création officielle d'un encadrement supérieur date de avril 1975, où date à laquelle un décret d'avril institue le corps des infirmiers généraux (IG). Le nouveau statut comprend deux grades. Les postes d'infirmiers généraux sont réservés aux plus grands établissements et aux hôpitaux de 500 à 1000 lits et de 300 à 500 lits dont le directeur est en 2^e classe. Les postes d'infirmières générales adjointes sont réservés aux hôpitaux de plus de 1000 lits, par tranche de 500 lits. Pour ce qui est des directeurs d'écoles paramédicales, des dispositions particulières ont été prises par un décret de 1980, mais c'est en 1989 qu'un statut particulier sera créé, avec deux grades (directeur d'école des professions paramédicales et directeurs d'école de cadres). Le nouveau corps des Directeurs des soins créé en 2002 réunira ces deux statuts en un corps unique.

Pour une histoire du métier de cadre soignant

Les textes évoqués marquent les étapes d'une reconnaissance officielle des fonctions d'encadrement. Pour autant, ils renseignent peu sur la réalité des activités et encore moins sur la constitution d'un groupe professionnel et d'une identité de cadre. Quelques questions peuvent aider à mesurer l'intérêt qu'il y aurait à entreprendre une analyse historique de ces réalités.

La publication d'un décret créant une fonction de cadre peut-elle être considérée comme l'acte de naissance de cette fonction ? Non, car les fonctions d'encadrement ont souvent été mises en place (on dirait aujourd'hui « expérimentées ») dans des établissements novateurs. Selon J. Imbert¹², la fonction de surveillante générale par exemple, a été instituée dès 1950 à Paris et à Lyon. On la trouve en 1954 à l'hôpital de Bobigny et en 1963, le CHU de Rennes met en place un « bureau central infirmier » où trois surveillantes chef exercent

⁹ J. Imbert (ed), *Histoire des hôpitaux en France*, Privat, 1982, p 457.

¹⁰ J. Eggers, loc cit.

¹¹ Dans l'étude citée de J. Eggers, un tableau récapitule l'évolution des formations de cadres de 1958 à 1995.

¹² J. Imbert, op. cit., p 457.

des fonctions d'infirmières générales, douze ans avant la création du statut. De telles initiatives n'étaient pas exceptionnelles, à telle enseigne que l'association nationale des infirmiers généraux (ANIG) a été créée en 1971, c'est-à-dire quatre ans avant la publication du statut officiel. Comme souvent en matière de questions hospitalières, les textes officiels (loi, décret) formalisent des initiatives ayant fait leurs preuves sur le terrain pour en généraliser l'usage. En sorte que, et pour répondre à la première question, les décrets ne sont pas des actes de naissances, mais ils marquent une reconnaissance officielle des fonctions de cadres et le début d'un mouvement de généralisation à l'ensemble des établissements de création de postes de cadres.

La création d'un diplôme et d'un statut permet-elle la constitution d'un nouveau groupe professionnel ? L'analyse qui a été faite du groupe des infirmiers généraux peut aider à répondre à la question¹³. Mais auparavant, et plus généralement, il convient de souligner qu'une tension existe entre deux tendances contradictoires quand il s'agit à la fois de recruter et d'accroître les effectifs des nouveaux cadres et, en même temps, de garantir un niveau de formation permettant la reconnaissance des nouvelles fonctions et la valorisation de la profession infirmière dans son ensemble. Cette réalité a existé dès les années 1950 quand il fallait recruter des infirmières qualifiées mais aussi donner des « autorisations d'exercer » à des professionnels non formés et cependant nécessaires pour assurer les recrutements demandés par les hôpitaux dont l'activité était en pleine croissance¹⁴. Pour en revenir aux infirmiers généraux, la constitution du groupe professionnel a été assurée dans un premier temps par l'intégration des faisant-fonction (FF) déclarée prioritaire. La publication des postes était laissée à l'initiative des chefs d'établissements qui pouvaient bénéficier de ces « mesures transitoires » pendant trois ans. Les cadres ayant plus de 5 ans d'expérience ou étant titulaires du diplôme de l'Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur de Lyon (EIEIS) pouvaient être intégrés directement, ceux ayant encore 3 et 5 ans d'expérience de FF devaient passer les épreuves d'un examen professionnel, ceux ayant moins de 3 ans d'expérience devaient suivre un cycle de formation (La première formation mise en place au sein de l'ENSP a débuté en février 1978, en s'inspirant fortement du cursus des assistants directeurs d'hôpital). En principe, 1978 était la dernière année des « mesures transitoires » où des postes étaient ouverts à des faisant-fonction. L'analyse des promotions d'infirmières générales révèle que les dernières « mesures transitoires » ont été intégrées en 1993. Que peut-on en conclure ? Tout d'abord, que la constitution d'un groupe professionnel de cadres demande des années et que les premiers membres sont en général plutôt âgés et de profils hétérogènes. Ce premier constat n'a rien de spécifique et on le retrouve chez différents cadres de la fonction publique¹⁵. Le deuxième enseignement a trait au rôle joué par les directeurs d'hôpital qui, pour certains, ont cherché à promouvoir des cadres appréciés localement, en utilisant au besoin des mesures dérogatoires que la Direction des Hôpitaux souhaitait pourtant clore au plus vite. Avec pour conséquence d'avoir introduit une sédentarité dans la fonction pour la première génération d'IG et marqué de leur empreinte le nouveau corps de cadres supérieurs. Un

¹³ Voir F-X Schweyer, *L'infirmière qui devient directeur*, in et aussi *Une analyse sociologique des infirmières générales et infirmiers généraux des hôpitaux publics*, Communication au Congrès de l'ANIG, Reims, 2000, 11 p.

¹⁴ Voir notamment G. Charles, op. cit., p 171.

¹⁵ On peut citer le cas des Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS) dont le corps a été créé après l'instauration d'une administration technique spécifique à l'action sanitaire et sociale en 1964. Voir F-X Schweyer, « Le corps des inspecteurs des Affaires sociales », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3, juillet-septembre 1994, p 65-74.

autre enseignement peut encore être tiré. L'image d'un nouveau groupe de cadres, et donc l'identité professionnelle qui se constitue, dépend beaucoup des premiers titulaires de ces fonctions. Parmi les infirmières générales, certaines ont regretté que les premières nommées aient donné une image floue avec, dans certains cas, un décalage perceptible entre un statut de cadre, conseiller technique de haut niveau, et des agents à la formation initiale insuffisante ou au profil parfois jugé inadéquat¹⁶. Il est clair que ce dont il est question ici, c'est moins des premières infirmières générales que des conséquences et des conditions de nomination au début de l'existence du grade.

Parmi beaucoup d'autres, une dernière question peut être proposée. La dynamique de la profession infirmière peut-elle servir de cadre de référence pour comprendre la constitution de l'encadrement soignant ? A certains égards, oui. La profession infirmière est à la fois ancienne et récente. Les héritages sont nombreux, on le sait. Une étude du mouvement de laïcisation, rapide dans certaines villes républicaines, plus lent ailleurs, permettrait sans doute de comprendre les emprunts et les oppositions à partir desquels s'est forgé un référentiel pour les fonctions de cadres dans les services de soin. Les aspects techniques et de service de la profession infirmière sont, quant à eux, plus récents. La technicité s'est fortement développée dans les années 60, et est devenue le cœur de métier, avec l'accroissement du nombre de médecins plein-temps hospitalier. De ce point de vue, les cadres ont été pensés comme des surveillants, chargés de l'encadrement des activités infirmières et paramédicales. Mais la dimension de référents professionnels en matière de soins était limitée dans les textes à la formation des personnels (y compris l'encadrement des stages) et ce n'est qu'en 1993 qu'un décret a mentionné explicitement la fonction de responsable d'équipe, en charge de la coordination des soins. Il convient également de noter que le décret de création d'un encadrement supérieur (les infirmières générales) crée en même temps un espace professionnel original : le « service de soins infirmiers ». F. Acker a qualifié la création d'un service infirmier de « rupture fondatrice »¹⁷, donnant aux infirmières un espace professionnel formellement et officiellement séparé des médecins. Si les surveillantes étaient inséparables des médecins, les cadres dépendent depuis 1975 de l'infirmière générale. En outre, la structuration du service infirmier s'est appuyée sur une entreprise de qualification de l'encadrement, avec la création de formations universitaires spécifiques notamment. On peut encore citer une spécificité de l'encadrement infirmier. La profession infirmière n'a pas été pensée en France (à la différence d'autres pays européens) en termes de carrière, ce qui explique une faible diversification des fonctions et le faible développement de plans de carrière. La hiérarchie professionnelle a joué le rôle d'un possible plan de carrière de façon quasi monopolistique. Avec des effets qui, à notre connaissance, restent à étudier.

Mais la profession infirmière ne constitue pas la seule référence pour rendre intelligible le développement de l'encadrement soignant. Les directeurs d'hôpital, dans une perspective de gestion et de promotion des hôpitaux publics, ont joué un rôle important¹⁸. Dès le décret

¹⁶ Voir l'analyse faite par J-P Choc, *L'infirmière générale, dix ans après la création du grade*, Mémoire de fin d'assistantat, ENSP, 1988.

¹⁷ F. Acker, « Le service infirmier A la recherche d'un positionnement », *Gestions hospitalières*, n° 316, mai 1992368-372.

¹⁸ F-X Schweyer, « Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail de soin ? », in *Profession et institution de santé face à l'organisation du travail* (sous la dir de F-X Schweyer et G. Cresson), Rennes, Ed. ENSP, 2000, 149-170.

d'application de la loi portant réforme hospitalière de 1941, les surveillantes sont placées sous l'autorité du directeur (ou du directeur économe) et ont la responsabilité de la distribution aux malades des vêtements, aliments et autres consommables reçus de l'économe. Un rôle de gestion économique est explicitement mentionné au côté du rôle d'encadrement. Mais c'est surtout un rôle de relais que les directeurs d'hôpital vont promouvoir. Dans son livre *L'humanisme hospitalier* publié en 1962, Charles Chilard, alors directeur de l'hôpital du Mans, explique la nécessité pour le directeur d'hôpital de constituer un encadrement infirmier afin d'avoir des relais d'information rapides et sûrs. Les cadres soignants sont considérés comme des éléments importants du système administratif en charge de la gestion des établissements. Le « progrès hospitalier » qu'il s'agit de promouvoir n'est pas seulement médical, il comprend aussi la qualité de l'accueil, de la logistique, du « climat » qui règne dans les services. La référence au monde de l'entreprise est fréquente. Dans un article daté de 1963 ayant pour objet le rôle des surveillantes, C. Chilard rend hommage « aux stages-conseils des conférenciers et des animateurs de l'Ecole d'Organisation scientifique du travail » et décrit le fonctionnement rationnel, méthodique, technique et transparent qui doit être selon lui celui de l'hôpital dans les domaines soignants comme dans les domaines techniques. Plus généralement, une préoccupation domine le projet des directeurs d'hôpital de cette époque : promouvoir l'hôpital public en rompant avec les conceptions issues de l'assistance et l'image déplorable de l'hospice. On sait que la loi du 21 décembre 1941 portant réforme hospitalière avait ouvert l'hôpital public à tous, c'est-à-dire aux classes moyennes et supérieures. Il s'agissait d'un projet politique ambitieux, et pour conduire ce projet, des Thoillier, Reynaud, Bridgmann ont forgé une doctrine d'action, relayée et nourrie par les revues professionnelles et les congrès de la Fédération hospitalière de France et de ses Unions. La constitution d'un encadrement dans les services de soins a participé de ce projet.

Les cadres techniques

Différents travaux monographiques attestent de la présence d'un personnel technique diversifié dès le XIXe siècle dans les plus grands hôpitaux. Le monde des « gens de métier », inscrit dans une logique proche de l'artisanat et du compagnonnage, pouvait côtoyer le monde technique industriel, organisant la production de masse en continu. En sorte que les fonctions techniques qualifiées et les postes de responsabilité qui existaient dans les hôpitaux d'hier et qui constituent la genèse des cadres techniques d'aujourd'hui, ne peuvent être qualifiées de « cadres » qu'avec précaution et non sans risque d'anachronisme. A notre connaissance, il n'existe pas de travail historique de synthèse sur les « cadres maison », les techniciens et contremaîtres. Si la diversité des corps de métiers mobilisés pour l'entretien et le fonctionnement des hôpitaux semble avoir partout existé, le rapport à l'hôpital, ou plutôt le statut d'hospitalier, semble plus problématique à établir. Les hôpitaux de Paris ont donné dès 1849 un statut à leur personnel, alors que dans d'autres établissements, le premier statut a été celui de 1955.

Dans le cadre d'une recherche sur la gestion des plateaux techniques hospitaliers¹⁹, quelques éléments historiques ont été établis sur le rôle des ingénieurs. L'esquisse qui peut en être donnée éclaire les étapes du développement des techniques à l'hôpital et donc l'évolution du cadre de travail des personnels techniques. Elle montre aussi que longtemps, et dans le cadre d'une tradition de formation du personnel « sur le tas », avec un système de promotion interne, les hôpitaux ont très peu fait appel à des compétences extérieures hautement qualifiées. De tels recrutements ne sont devenus fréquents que dans les années 1970, avec une perspective explicite d'encadrement.

Les premiers ingénieurs hospitaliers ont été des architectes. La recherche de bâtiments plus fonctionnels et plus salubres, selon le modèle des "machines à guérir"²⁰, puis après la révolution pastorianne, la naissance d'un nouveau type d'hôpital, fondé sur la séparation des pathologies, la recherche de volumes adéquats et l'organisation des circulations ont conduit certains hôpitaux urbains à recruter des architectes spécialisés considérés comme des ingénieurs hospitaliers bien qu'ils aient été indépendants. C'est en 1874, à Lyon, qu'est recensé le premier ingénieur hospitalier en titre rémunéré par les Hospices civils. Depuis, l'entrée des ingénieurs dans les hôpitaux s'est effectuée par vagues successives, en fonction du développement des techniques et des choix stratégiques des administrateurs. La volonté de disposer de compétences propres pour contrôler les techniques de bâtiments a offert à des ingénieurs « travaux » l'occasion d'entrer les premiers dans les hôpitaux. Au début du XX^e siècle, les premières centrales thermiques dédiées au chauffage des chambres et à la stérilisation des équipements ont justifié l'emploi de spécialistes à plein temps : les ingénieurs thermiciens. La génération suivante fut celle des électriciens et des mécaniciens, en lien avec l'électrification généralisée des hôpitaux²¹. Mais le nombre d'ingénieurs hospitaliers est demeuré en fait très réduit puisqu'en 1946, on en recensait moins d'une dizaine et environ 25 dix ans plus tard²². Ce qui laisse penser que les hôpitaux faisaient appel à des compétences internes avant tout. Les années 1960 ont été celles d'un développement considérable des hôpitaux publics²³. Avec la création des CHU et des pleins temps hospitaliers en 1958, le recours à une médecine scientifique exigeant des plateaux techniques de plus en plus performants s'est accéléré dans les hôpitaux. Au plan architectural, l'usage de l'espace a été rationalisé dans un souci de rentabilité²⁴, en regroupant les laboratoires, les services de radiologie, etc. Mais dans le même temps, et paradoxalement comme le souligne B. Jobert, le "plateau technique" a été le grand absent du plan d'action prioritaire « humanisation » du VI^e plan²⁵. En sorte que les hôpitaux français (à l'exception des CHU) ont manifesté un retard significatif en matière d'équipements. A la fin des années 70, le recrutement d'ingénieurs informaticiens, électroniciens et biomédicaux s'explique par l'utilisation croissante de plateaux

¹⁹ Voir F-X Schwyer, J-L Metzger « L'ingénieur hospitalier : entre technique et santé », in Y-F. Livian (sous la dir), *Etre cadre, quel travail ?*, Lyon, Editions de l'ANACT, 2006, p 190-205 et « L'ingénieur biomédical : gestionnaire du plateau technique hospitalier et instrument de cette gestion » (avec J-L. Metzger) in V. Boussard (ed) *Au nom de la norme Les dispositifs de gestion entre normes organisationnelles et normes professionnelles*, Paris, L'Harmattan, 2006, p161-179.

²⁰ L'expression est de Tenon, voir F. Béguin, « La machine à guérir », in M. Foucault (dir) *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, 1976, p 55.

²¹ Toesca A., « Un patrimoine technique en grande évolution », *Revue hospitalière de France*, 1999, n°1, p 24.

²² Moillo A., « Ingénierie hospitalière », *Techniques hospitalières*, 1987, n° 500, p 142.

²³ Maillard C., *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours*, Dunod, 1986.

²⁴ Clément J-M, *1900-2000 La mutation de l'hôpital*, Editions hospitalières, 2001.

²⁵ Jobert B., *Le social en Plan*, Les Editions ouvrières, 1981, p 216.

techniques sophistiqués (notamment pour le diagnostic) dont la conception reposait sur la course à l'innovation et sur un souci de grande flexibilité pour accueillir les nouveaux équipements (scanner, IRM par exemple). Les exigences réglementaires, spatiales, techniques et économiques suscitaient l'élaboration de complexes programmes de mise en œuvre.

Mais à côté du développement des techniques, il convient de considérer le processus global de recrutement massif de personnel. Une étude du CEREQ sur l'emploi à l'hôpital²⁶, réalisée en 1988, montre que le personnel technique, pris ici au sens très large, a crû fortement sur deux périodes, et plus que toutes les autres catégories : de 1964 à 1972, les personnels techniques doublent, et doublent encore de 1972 à 1982. Il est impossible d'affiner ce mouvement d'ensemble (notamment en distinguant la part des ingénieurs et de leurs différentes spécialités) pour deux raisons au moins. D'une part, les nomenclatures ne distinguent pas les métiers, ni les services, d'autre part, les statistiques ne comprennent pas de données sur les diplômés et leurs contenus.

Enfin, la volonté de promouvoir à l'hôpital les méthodes de l'entreprise industrielle, dont la littérature professionnelle fait largement écho dans les années 60, a conduit à une rationalisation du travail, surtout dans les services techniques. L'objectif de productivité et de rendement était mis en avant et devait entraîner non seulement l'essor des missions de contrôle et d'encadrement mais aussi un changement de mentalité. Le directeur du CHRU d'Amiens, A. Favre, écrit en 1965 : « Le premier postulat à poser est que la gestion doit être dominée par la notion de rendement [...] Il est bien évident, dans cette optique, que le directeur doit faire en sorte que les heures-travail ne soient pas des heures-présence, ce qui pose, d'emblée, le problème de l'organisation rationnelle du travail »²⁷.

Ces éléments rapidement esquissés éclairent plusieurs points intéressants d'une perspective historique. D'abord, l'initiative du recrutement des ingénieurs (et plus largement des « cadres » techniques) est locale, ce qui induit une multitude de configurations locales hétérogènes. L'histoire de l'encadrement technique ne peut se faire sans avoir recours aux monographies hospitalières. Par ailleurs, comme les infirmiers généraux, les ingénieurs hospitaliers ont cherché à se structurer bien avant leur institutionnalisation : l'Association Nationale de l'Ingénierie Hospitalière et Biomédicale (ANIHEB) a été créée en 1956²⁸, mais ce n'est qu'en 1973, après vingt ans de discussion, que le statut d'ingénieur hospitalier a été créé par décret²⁹. Toutefois, les ingénieurs hospitaliers ne se sont pas mobilisés comme le firent les directeurs d'hôpital par exemple. Est-ce d'abord à un statut local, à la diversité de leurs métiers, origines, trajectoires et profils qui rendraient la constitution d'une identité commune difficile ? Il semble que leurs capacités de mobilisation aient été limitées alors même que, par leur fonction, ils apparaissent comme les vecteurs d'une mise en cohérence interne par l'insertion des aspects techniques dans des préoccupations plus larges (amélioration de la qualité des soins, de la sécurité) et dans une perspective financière. Sur un autre plan, l'analyse historique de l'encadrement technique pourrait

²⁶ Acker F., G. Denis, *Evolution du travail et des emplois dans les services administratifs et logistiques de l'hôpital*, Paris, Collection des Etudes 34, CEREQ, 1988, chapitre 2.

²⁷ Favre A., « Conseils à un jeune directeur », *Techniques hospitalières*, n° 242, 1965, pp 51-54.

²⁸ *Revue Hospitalière de France*, n°1 Janvier-Février 1999, « Les objectifs de l'ANIHEB », p. 24.

²⁹ La Commission de la Santé, réunie en 1973, concluait par un constat de pénurie de techniciens et d'ingénieurs dans les hôpitaux. Voir *Revue Hospitalière de France*, n°1 Janvier-Février 1999, « Les objectifs de l'ANIHEB », p. 80.

sans doute aider à comprendre la recomposition des champs professionnels à l'hôpital, car la maîtrise des aspects techniques renvoie à la perpétuelle redéfinition des rapports réciproques entre les agents.

Les cadres administratifs

Les administrateurs hospitaliers ont existé très tôt dans certains hôpitaux, mais il serait sans doute abusif de parler de cadres hospitaliers. En revanche, il est probable qu'un encadrement administratif ait existé dès la seconde moitié du XIXe siècle dans les plus grands hôpitaux, à Paris ou Lyon par exemple, où existait une administration locale structurée. Dans une perspective plus globale et qui concerne l'ensemble des hôpitaux, ce sont les directeurs d'hôpital (dont la fonction a été créée par la loi portant réforme hospitalière de 1941 et le décret de 1943) qui furent les premiers cadres administratifs.

Le corps comprenait six classes (du directeur économe de 6^e classe au directeur de 1^{ère} classe) et couvrait l'ensemble des établissements. L'analyse des directeurs d'hôpital, dans sa perspective historique, montre que le groupe professionnel a mis trente ans pour se constituer³⁰. Ce n'est qu'en 1960 que des postes de directeurs économes sont ouverts à des candidats extérieurs à la fonction publique; en complément des recrutements se faisant sur liste d'aptitude³¹. Jusqu'en 1969, il a existé un quota très limitatif pour les postes de directeur³², en sorte que dans la plupart des hôpitaux, le directeur était seul et il n'existait pas d'équipe de direction et pratiquement pas d'encadrement administratif dans l'acception moderne du terme. D'autant que la fonction même de directeur a dû progressivement s'imposer, le directeur ayant été au départ et dans certains hôpitaux, dans une position de secrétaire de la commission administrative, face à des notables locaux solidement établis. Pour une part, l'histoire des cadres administratifs se confond donc avec celle des directeurs d'hôpital³³. D'autant que dans les petits hôpitaux surtout, la nomination en tant que directeur était l'aboutissement d'une carrière de rédacteur, de chef de bureau ou d'économe³⁴. Par ailleurs, l'accroissement significatif du nombre des directeurs d'hôpital dans les années 1970-80 s'est accompagné d'une diversification des fonctions et d'une multiplication des postes d'adjoints. On peut faire l'hypothèse de deux conséquences au moins : d'une part, ce sont des directeurs qui ont occupé des fonctions de cadres dans certains domaines techniques, d'autre part, le monopole de fait des directeurs en titre dans les équipes de direction a sans doute freiné dans beaucoup d'établissement la constitution d'un encadrement supérieur et donné ainsi une physionomie particulière à l'encadrement hospitalier.

Si l'on s'intéresse aux principes d'action des premiers « cadres administratifs », le traité d'Henri Thoillier intitulé *L'hôpital français* dont la première édition date de 1943, peut être

³⁰ F-X Schweyer, « Une profession de l'Etat providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne de sciences sociales*, Tome XLIV, 2006, n° 135, pp 45-60

³¹ F-X Schweyer, « Les carrières des directeurs d'hôpital », *Revue française d'administration publique*, N° 116, 2005, p. 623-638.

³² Le quota était d'un directeur pour les hôpitaux de 200 à 1000 lits et d'un directeur supplémentaire par tranche de 500 lits.

³³ Dans leur recherche, Darbel (A.) et Schnapper (D.), *Morphologie de la haute administration française. Le système administratif*, (Paris, Cahiers du centre de sociologie européenne, Mouton, 1972), ne font pas mention des directeurs d'hôpital qui à l'époque étaient considérés comme des cadres techniques..

³⁴ Le nombre d'hospitaliers a toujours été important parmi les entrants dans le corps. Il était de 45 % des effectifs du corps en 1961, de 49 % en 1968.

considéré comme une des références de ce qui va devenir la gestion hospitalière. Thoillier, directeur d'hôpital lui-même³⁵, est le fondateur de la revue *Techniques hospitalières, sanitaires et sociales*. Dans son livre, Thoillier traite respectivement du malade (Notre hôte), du praticien et du domaine médico-chirurgical, du directeur d'hôpital, de l'économiste, de l'architecte et de l'ingénieur³⁶. Il n'est pas question des services administratifs qui, dans la plupart des hôpitaux n'existent pas encore, ni de cadres intermédiaires, le personnel de direction comprenant au départ les directeurs, économistes, sous-économistes. Par ailleurs, le statut général des fonctionnaires hospitaliers date de 1955 (décret du 10 mai) et ce n'est qu'en 1986 que la loi fait entrer définitivement les hospitaliers dans la fonction publique. Ainsi, les travaux historiques sur l'administration française ne peuvent être mobilisés pour ce qui a trait aux hôpitaux³⁷. En revanche, dans une période beaucoup plus récente, c'est la volonté de rapprochement des trois fonctions publiques qui explique pour partie la création du corps des attachés d'administration hospitalière (2001).

Enfin, il convient d'inclure dans une perspective historique, le cas des cadres des institutions sociales et médico-sociales qui partagent en partie les mêmes origines quand les institutions sont issues de l'hôpital-hospice d'avant 1970 et dont les statuts (pour ce qui est des personnels de direction publics) aujourd'hui convergent³⁸. L'analyse historique à conduire serait celle des frontières du système hospitalier et de la spécificité des établissements publics dans un monde dominé par le secteur privé associatif. Les évolutions institutionnelles, après la loi de 1970 portant réforme hospitalière et la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, ont entraîné des évolutions statutaires partielles qui se sont peu à peu précisées. Les effets des lois de décentralisation, de la loi de 1986 sur la fonction publique hospitalière et de la loi portant réforme hospitalière de 1991 ont été analysés par B. Verrier avec la création de nouveaux corps des directeurs d'établissements sociaux (DES, 1994), d'établissements sanitaires et sociaux (DESS, 1996) et finalement leur rapprochement en 2001. Sur un plan plus qualitatif, Bertaud et Hirlet insistent sur le fait que les cadres du secteur social et médico-social ne sont pas des « cadres » comme les autres³⁹. Il est vrai que la question de la nécessité d'une qualification de l'encadrement a fait l'objet d'une mobilisation professionnelle importante⁴⁰. Les premières formations datent de 1968 pour le secteur privé (à l'initiative de l'association nationale des éducateurs de jeunes inadaptés et d'un groupement d'employeurs) et de 1969, à l'ENSP pour les secteurs public et privé. Elles ont été à l'origine de ce qui allait devenir le certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social (CAFDES).

Conclusion

³⁵ Sa carrière de directeur d'hôpital est présentée comme exemplaire : d'abord directeur d'une clinique médico-chirurgicale à Lille, il prend la direction d'un sanatorium héliomarin, puis est nommé inspecteur général au sein de l'administration centrale à Paris. Il a exercé des responsabilités au sein de l'Union hospitalière de la région parisienne, une des unions de la Fédération hospitalière de France.

³⁶ L'édition de 1947 comprend une sixième partie « Panorama de la question hospitalière », en province et à Paris.

³⁷ Sauf peut-être pour ce qui est des militaires personnels de santé.

³⁸ Voir B. Verrier, « Les perspectives d'évolution des corps de direction publics sociaux et médico-sociaux », *Revue hospitalière de France*, n° 502, 2005.

³⁹ Bertaud R., Hirlet P., *L'évolution du métier de directeur*, Paris Séli Arslan, 2002.

⁴⁰ Bauduret J-F., Jaeger M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2003, chapitre 9 notamment.

L'histoire des cadres hospitaliers, encore partiellement défrichée, appelle des recherches qui aideront à mieux comprendre encore les enjeux débattus au sein de la mission.

François-Xavier SCHWEYER, Sociologue, LAPSS , EHESP

Philippe Mossé : L'hôpital et ses cadres

Cette note est le résultat d'une réflexion sur la question du positionnement des Cadres à la lumière des évolutions que connaissent les institutions hospitalières depuis une vingtaine d'années. Fondée sur les échanges qui ont eu lieu au cours du travail réalisé par la Mission, cette note est aussi alimentée par des travaux académiques menés dans le champ de l'économie politique de l'hôpital. Elle n'est donc pas dénuée de convictions. Elle vise d'abord à rappeler le contexte général des évolutions que connaît l'hôpital ; elle cherche ensuite à préciser la place des Cadres dans ces évolutions ; en guise de conclusion, la notion de « reconnaissance » comme panacée au « malaise des cadres » sera interrogée.

I/ Le Nouveau Management Public : opportunité & contrainte

L'idée qui semble dominer les représentations que les personnels de santé se font de la situation actuelle est que le système de soins est soudainement, et de façon particulièrement violente saisi par la rationalisation économique. Or la réalité est doublement différente.

D'une part, l'intervention économique a toujours été présente dans la régulation du système de soins français. C'est elle qui a permis, à travers temps et espace, le développement d'un des systèmes de soins les plus efficaces et les plus équitables du monde. C'est encore elle qui organise l'augmentation constante (sinon régulière) des moyens. Mais il est vrai que les formes, les modalités et les acteurs de cette rationalisation ont changés : jadis orientée vers l'accompagnement de la croissance du système de santé, l'action économique publique est aujourd'hui tournée vers la recherche d'une allocation efficiente des ressources.

D'autre part, la forme de rationalisation que connaît le système de soins n'est pas une exception dans le paysage des politiques publiques. Au contraire, cette tendance s'inscrit dans un mouvement qui sous le vocable de « Nouveau Management Public » (NMP) concerne l'ensemble des services publics de l'ensemble des pays développés.

Deux raisons principales expliquent l'apparition de ce mouvement qui consiste, pour l'essentiel, à introduire au cœur du secteur public des instruments de gestion et de régulation issus du secteur privé. La première est externe ; elle a trait à la nécessaire maîtrise des dépenses publiques liée au déclin des politiques keynésiennes nationales (elle même largement due à la mondialisation). La seconde, interne, est due à l'affaiblissement des régulations *top down* dans lesquelles l'Etat et son administration se présentaient comme les seuls protagonistes légitimes. Le terme de Gouvernance (galvaudé s'il en est) ne traduit rien d'autre que l'idée selon laquelle tenir compte de toutes les parties prenantes (usagers compris) dans la régulation des secteurs publics est à la fois juste et efficace.

Bien sûr ce mouvement n'est pas linéaire ; il est au contraire caractérisé par des itérations multiples, des luttes d'influence, etc. Il en est ainsi, par exemple, des incessants allers retour entre décentralisation et reprise en main par le centre.

Mais dans cette dynamique, et contrairement à ce qu'on peut lire trop souvent, on ne trouve ni « résistance au changement » ni querelle des anciens et des modernes mais plutôt une confrontation permanente entre diverses conceptions du futur.

En effet, dès lors que se pose la question du « Pilotage par le résultat » [Mons et al. 2009] se pose immédiatement celle de la définition de la performance attendue Or celle-ci, ne peut être que plurielle et située, puisque un des défis du NMP consiste à associer des acteurs aux intérêts divergents. La recherche de compromis entre des tensions identifiées est donc, en amont de la dimension technique (indicateurs, procédures qualité, etc.), le moteur du NMP.

Dans cette perspective, l'éclosion des Agences correspond à une conception de l'action publique dans laquelle experts et administrations sont censés travailler ensemble à l'élaboration de normes, voire de « bonnes pratiques », qui sont ensuite appropriées avec plus ou moins d'effectivité par un ensemble croissant d'acteurs.

Il en va de même pour les instruments de mesure de la performance et des procédures mises en place pour en rendre compte (les anglo-saxons parlent « d'*accountability* »). Pour atteindre leur objectif et éviter les pièges de la bureaucratisation, ces instruments et ces procédures ne doivent donc pas être considérés comme des outils neutres ou objectifs mais comme des éléments au sein d'une négociation continue. C'est la raison pour laquelle, dans tous les domaines de l'action publique, la régulation repose sur des « contrats » d'objectifs et de moyens inscrits dans le moyen terme d'une action raisonnable [Gaudin, 2007].

L'exemple de l'hôpital montre que la T2A (instrument d'une productivité industrielle de court terme et décontextualisée) ne prend son sens qu'en référence aux MIGAC et aux SROS (socles d'une régulation concertée, située et de moyen terme).

Comme cette Mission l'a montré, les Cadres hospitaliers sont au centre des tensions que connaît l'hôpital et sont souvent conscients de ces enjeux. Mais ils paraissent fréquemment démunis pour les affronter. Ce qu'il est convenu d'appeler le « malaise » des cadres et le sentiment d'être pris « entre le marteau et l'enclume »⁴¹ sont d'abord dus à ce décalage.

II/ La place des Cadres dans les réformes : centrale et à construire

Lorsqu'il s'agit de traiter de la place des Cadres au sein des évolutions brièvement décrites ci-dessus, la logique qui semble s'imposer est celle de l'impact. Le problème serait de mesurer l'impact des réformes (financement, nouvelle gouvernance, convergence public privé, etc.) sur les métiers des cadres et sur leur positionnement. La solution serait d'adapter (formation, recrutement, rémunération, etc.) à la nouvelle donne. Cette attitude est sans doute opportune et sera commentée plus loin.

Mais elle ne saurait toutefois pas occulter le fait que les Cadres (individuellement ou collectivement, directement ou indirectement) ont, tout au long du développement du système hospitalier français su peser pour définir, au moins en partie, ces évolutions. Depuis des décennies, la littérature professionnelle et les témoignages abondent qui défendent, illustrent et prônent l'idée d'un Cadre responsable, autonome, conscient des dimensions économiques de ses actes, etc. [Bouret, 2006]. Ce rappel n'est pas rhétorique : il incite à porter le regard sur la source des dynamiques qui ont conduit à rendre les réformes d'aujourd'hui utiles et acceptables plutôt que sur les changements organisationnels ou techniques eux-mêmes. En effet, les réformes ne se

⁴¹ Pour désigner le positionnement des Cadres, l'image du marteau et de l'enclume est récurrente à tel point que, selon Y.F. Livian, « la notion d'encadrement intermédiaire est un pléonasmе » [Livian, 2203].

présentent pas comme des chocs externes venant bousculer une matière inerte. S'il s'agit de chocs, ils sont pour partie endogènes et produits par un ensemble de professionnels eux-mêmes en constante évolution et questionnement.

Ainsi, par exemple, ce n'est pas tant la mise en place des Pôles qui définit le contexte de l'activité du Cadre que la force qui conduit à déplacer le centre de gravité des institutions hospitalières. Au risque de simplifier une configuration complexe, on peut dire que cette force est la résultante de trois composantes : la nécessité de rationaliser les activités, de la volonté de réduire les conséquences négatives des féodalités de service et de la décision de placer la production de soins sur une échelle médico-économique efficiente. Quelque soient les difficultés rencontrées pour rendre la délégation de gestion effective ou pour organiser la concertation au sein d'un Pôle, c'est bien à cette logique générale qu'il faut se référer pour juger de la place effective des Cadres dans la nouvelle gouvernance.

De même, ce ne sont pas les Communautés Hospitalières de Territoires qui délimiteront demain l'horizon de l'activité des personnels hospitaliers mais les dynamiques économiques, sociales ou démographiques, qui ont conduit à rendre légitime l'institutionnalisation de l'ouverture de l'hôpital sur son environnement. Ici encore, le Cadre doit pouvoir trouver sa place dans les négociations préliminaires à la mise en place des CHT, dans les concertations autour des territoires de santé, voire dans l'élaboration des SROS.

Enfin, le fait que le financement à l'activité et les tarifs s'imposent peu à peu comme le référentiel de la production ne saurait cacher la cause principale qui explique sa mise en œuvre rapide et massive. Comme toute forme d'incitation financière, la T2A est en effet d'abord une réponse aux dérives des modalités de financement précédentes (prix de journée, budget global, GHM). Avec la T2A, il s'agit de changer les règles du jeu comptable pour éviter que ne s'installent rentes de situations et comportements opportunistes. En ce sens, cet instrument sera amené à évoluer. Toutefois, si la T2A n'est ni plus ni moins vertueuse que le Prix de Journée, elle repose sur un ensemble de données précis (à défaut d'être exact) et sophistiqué (à défaut d'être clair). Avec la T2A l'enjeu de la maîtrise de l'information devient donc crucial. Dès lors, la légitimité du Cadre hospitalier repose donc de plus en plus sur sa capacité à maîtriser le circuit de l'information.

Qu'il le ressente ou non ainsi, son positionnement et sa compétence se mesure d'ores et déjà à l'aune de la distance (cognitive et physique) qui le sépare de la production, de la diffusion et de l'usage d'une information désormais plurielle et standardisée.

Ce constat dépasse largement le seul domaine de l'économie et du financement puisque c'est l'ensemble des règles de management qui, à travers le Contrat, repose désormais sur la révélation des informations détenues par les différents acteurs de l'hôpital.

Conclusion : Reconnaissance ou confiance ?

Face aux évolutions dont les principes et les conséquences viennent d'être évoqués, l'attitude des professionnels, et singulièrement des Cadres, est de réclamer toujours plus de reconnaissance. D'abord reconnaissance du rôle qu'ils tiennent, à la fois relais et leviers des changements ; reconnaissance aussi de leurs diplômes, de leurs compétences et de leur

qualifications ; reconnaissance, enfin, de leur capacité à évoluer dans le cours d'une véritable carrière.

Ces différents sujets de revendication ont pour avantage de préserver le jeu réglé des acteurs du système de relations professionnelles en place au sein du secteur public à la française. Ainsi, aux groupements professionnels, aux syndicats, aux coordinations répondent régulièrement (à chaud ou à froid) les gouvernants en modifiant les hiérarchies des salaires, en accroissant le rôle formel de telle ou telle catégorie, etc. En terme de contenus des métiers cette demande de reconnaissance est compatible avec le développement des normes, procédures, référentiels qui « industrialisent » la production des soins. Bref à des questions d'abord qualitatives, la lutte pour la reconnaissance permet d'apporter des réponses quantitatives, tangibles et irréversibles. Cette stratégie est sans doute utile et, parfois, efficace ; elle atteint aujourd'hui ses limites.

D'une part la « reconnaissance » dont il est question cache mal un besoin de distinction (inter et intra catégorielles) là où l'hôpital a besoin de cohésion. Ensuite, cette reconnaissance se juge souvent en fonction de la distance au pouvoir médical, modèle dont la plupart des Cadres veulent pourtant s'émanciper. Enfin, la quête de reconnaissance est par définition sans fin puisqu'elle est, par nature, relative.

Dés lors, comment ne pas conclure au caractère structurel du malaise des Cadres [Bouffartigue, 1999] puisqu'en misant sur la reconnaissance, les Cadres eux-mêmes l'entretiennent [Mossé, 2000] ?

Mais cette critique sur la méthode ne signifie pas que les problèmes qu'il s'agit de résoudre ne sont pas réels. Dans une organisation hospitalière sommée d'être efficiente et ouverte au sein d'un environnement incertain, les Cadres ont sans doute besoin de plus d'autonomie et de responsabilités. Mais plus que d'une reconnaissance *a posteriori*, ils ont besoin de confiance *a priori*. Mais cette confiance n'est pas une donnée de l'organisation. Elle se construit dans le temps et sous certaines conditions. Parmi celles-ci, figure en premier lieu l'obligation de rendre régulièrement des comptes sur son action et sur ses résultats.

Philippe MOSSE, Directeur de recherche CNRS LEST, Université de la Méditerranée

Références :

- Bourret P., 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital*, Ed. Seli Arslan, 288 p.
- Bouffartigue P., 1999, *Contribution à une sociologie du salariat de confiance*, note pour l'HDR, Aix en Provence, 292 p.
- Gaudin J.P., 2007, *Gouverner par contrat*, Paris, Presses de Sciences Po, 275p.
- Livian Y.F. (dir.), 2003, *Ce que font les Cadres*, Les Cahiers du GDR CADRES, N°6.
- Mons N. et al , 2009, *Le pilotage par les résultats*,
- Mossé Ph., 2000, La confiance dans une relation salariale en mutation, le cas des cadres infirmiers, *Soins cadres*, N°34, pp.24 – 29.

Laëtitia Laude : Cadres de santé : faire face aux contradictions.

Au moment où les hôpitaux publics sont soumis à un vent de réforme sans précédent, les cadres de santé sont un relais essentiel des dispositifs mis en place. A défaut d'en être les auteurs, ils en sont les acteurs incontournables.

Au cœur des réformes de l'hôpital, la question de sa « bonne gestion » est prégnante, en lien avec le vaste mouvement du new public management.

L'analyse des pratiques des cadres de santé semble montrer que l'évolution vers un cadre de santé « gestionnaire » est plus subie que choisie par les intéressés, comme le montrent plusieurs contributions du récent numéro de la revue française d'administration publique (4 / 2008) issues de travaux du groupement de recherche (GDR) sur les cadres⁴².

Comment définir le cadre ? C'est un encadrant au sens où « il a la charge d'une partie de l'organisation pour laquelle il engage sa responsabilité sur un ensemble d'objectifs et au sein de laquelle il exerce une activité de commandement sur un nombre plus ou moins étendu de salariés » (Barabel, et Meier, 2006). Cette notion de responsabilité est importante dans la mesure où c'est une responsabilité sur le résultat qui est à l'œuvre. Pour Spielmann (1997), c'est la délégation de pouvoir plus que la position hiérarchique qui indique la fonction managériale.

La situation des cadres de santé est hétérogène selon la latitude managériale dont ils disposent. Ils sont toutefois le plus souvent des cadres de proximité (Thévenet, 2004, 2009), aux prises avec la gestion quotidienne d'une équipe (planning, contrôle des activités, gestion des stocks...). Les cadres de proximité détiennent ainsi les véritables leviers de la mise en œuvre des changements impulsés au niveau stratégique. Ils s'appuient d'une part sur leur connaissance du terrain, d'autre part sur le management par la relation au quotidien (notamment dans les équipes soignantes), et enfin sur une certaine stabilité (on constate en effet une moindre mobilité dans la population cadre que dans les équipes de direction).

Ils détiennent ainsi un triple rôle :

- ils expliquent et traduisent le changement avec les mots (maux) du terrain,
- ils ajustent les détails des projets de changement pour les rendre réaliste au moment de la mise en œuvre,
- ils régulent les tensions qui ne manquent pas d'apparaître au moment des changements.

Pour leur permettre d'assumer correctement ce rôle, plusieurs conditions doivent donc être réunies :

- La nécessaire latitude managériale des cadres intermédiaires, notamment dans leur capacité à résoudre des problèmes réels. On observe pourtant le plus souvent, l'absence de possibilités pour eux de répondre rapidement à une demande, même justifiée. Sur ce point, la réorganisation en pôles des établissements de santé devrait permettre de promouvoir une gestion des ressources humaines plus déconcentrée, reconnaissant le rôle des cadres de proximité et leur accordant les ressources d'une gestion au quotidien des personnels.

⁴² cf les travaux de Feroni et Kober Smith (2005) pour une analyse historique comparée

- L'adhésion de l'encadrement de terrain aux « modes managériales » qui traversent l'établissement au gré des directions successives. Les formes et techniques pour la notation et l'évaluation en sont un exemple particulièrement sensible. La mise en œuvre d'outils dans des conditions dégradées, faute d'y croire, d'outils sans soin porté à leur cohérence par rapports aux pratiques antérieures ou à leur mise en œuvre pratique sur le terrain, aiguise les difficultés.

- La cohérence de la chaîne managériale. Cette cohérence est souvent prise en défaut. Cela se manifeste par des « court circuits » mettant les cadres de terrain en porte à faux. Il s'agit pour les directions fonctionnelles d'éviter de régler les problèmes du terrain directement en dehors de toute consultation du cadre de proximité.

Les cadres de santé sont ainsi soumis à des tensions et contradictions multiples.

Leur position dans l'organisation place leur activité au cœur d'un tourbillon d'enjeux et d'interactions, source de tensions qui les obligent à être des fabricants de cohérence. Les multiples interactions de leur activité de cadre les soumettent à des jugements multiples qui rendent central ce qu'ils donnent à voir de leur activité.

Nous avons souhaité mettre en avant ces tensions et contradictions à gérer, contradictions au niveau individuel et de groupe qui font partie intégrante du métier de cadre (Bouffartigues, 2001 ; Mispelblom-Beyer, 2006)

1. Des tensions liées au manque d'unité de la catégorie des cadres de santé

Conduire des projets de réorganisation exige l'engagement de cadres unis et relais de la direction. Cependant, comme le notent Divay et Gadea (2008), la profession de cadre à l'hôpital apparaît ainsi très diverse, ce qui rend la constitution d'un « collège cadres » difficile.

L'unicité catégorielle pose question, comme le montre encore récemment Roussel (2007). Dans son ouvrage, il propose de penser les cadres à partir de leur rapport au travail, entendu comme « une rencontre en perpétuelle évolution, entre des éléments objectifs qui sont ceux qui composent le décor du monde du travail ; des héritages catégoriels, ceux qui au cours de l'histoire sont venus alimenter les représentations de ce qu'est un cadre ; et des éléments subjectifs, ceux des histoires de vie singulières. »

A partir d'une méthode biographique, Roussel montre comment la réponse la plus adaptée au monde du travail actuel est une sorte de cadre caméléon, capable de feindre, de se tenir à distance du rôle professionnel et social prescrit.

Une autre recherche conduite par Yvon Sainsaulieu dans le secteur hospitalier à partir d'une enquête par questionnaire⁴³, montre que le type dominant de cadre est celui du cadre animateur⁴⁴ :

43 10 000 exemplaires adressés à des cadres de santé et des cadres supérieurs (cadres infirmiers, administratifs, techniques, médico-techniques à l'exclusion des cadres dirigeants) en liaison avec la CFDT. 1480 réponses ont été recueillies (à 70%, des cadres soignants).

⁴⁴D'autres catégories apparaissent : des cadres consensuels ou critiques, bureaucratiques ou participatifs.

« C'est une population d'âge mûr (plus de 50 ans), à moitié diplômée, aux origines doubles (père cadre ou ouvrier) expérimentée (ancienneté dans la profession d'origine et dans la fonction de cadre), féminine, avec une famille à charge, vivant en couple avec 2 ou 3 enfants d'âge également avancé. Elle est répartie sur l'ensemble du territoire, mais concentrée dans les gros hôpitaux et peu . Trois à quatre fois plus syndiquée (40% dont 35% à la CFDT) que l'ensemble des cadres hospitaliers, la population est majoritairement soignantsoignante et pratique un sport. »

Le manque de coopération est souligné par les cadres interrogés (70% des cadres interrogés la trouvent jugent cette coopération insuffisante). Ces difficultés de coopération sont liées à l'hétérogénéité des groupes et des valeurs des cadres : critique vs consensuel, légaliste vs innovateur, hiérarchique traditionnel vs participatif autonome...

Le « mythe » du collectif soignant vise à mobiliser dans un contexte riche en tensions et de représentations non nécessairement partagées (Sainsaulieu 2008).

2. Tension entre rôle managérial et rôle technique, autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle

Le cadre est amené à construire un équilibre entre son rôle technique et son rôle managérial. La tentation est grande pour lui de privilégier le premier au détriment du second. Au regard des équipes de soins, sa légitimité de cadre vient en premier lieu de son appartenance au « corps soignant ».

Pourtant, il ne s'agit pas d'opposer la dimension technique de son métier d'origine et la dimension managériale. Comme le montre Roussel (2004), la technicisation du management gagne et fait plutôt émerger une figure de cadre, « doté de qualités naturelles, détectées et instrumentalisées, et qui permettraient à certains cadres de mettre avec plus ou moins d'aisance, les figures actuelles de l'autorité légitime ».

Dans l'enquête empirique menée par Y. Sainsaulieu, seuls 3% des cadres de santé se considèrent d'abord comme relais de direction, contre 63% qui s'estiment constituer une partie intégrante de l'équipe de soins qu'ils animent. Les cadres de santé se plaignent ainsi de n'être pas assez consultés et du manque de clarté de leurs missions.

Ce manque de clarté est aussi lié à la double autorité. Le cadre de santé est en effet placé sous une double autorité :- hiérarchique et fonctionnelle-: « *D'une part le directeur de l'hôpital a pouvoir de nomination et d'affectation, d'autre part, le chef de service ou du département assure la conduite générale du service et est assisté par un cadre paramédical* » ; Comme le note P. Bouret (2008) dans le cadre de son étude ethnographique, les cadres de santé sont ainsi tiraillés entre plusieurs tutelles, entre les soins et la gestion.

Les hiérarchies à l'hôpital sont multiples et opèrent selon des modalités plus ou moins complexes.

Une récente enquête de la DREES⁴⁵, montre que 17,2% des personnels hospitaliers publics, toutes catégories confondues, se déclarent en situation d'autorité. Par catégories, presque 50% des médecins salariés, 61% des cadres de direction, 87.5 % des cadres de santé, 23.7 % des infirmières et 16.8% des ouvriers des établissements ont le sentiment qu'ils sont « chefs ». Cette situation avale l'observation d'une tendance à la superposition des structures et à un risque véritable de « feuilletage organisationnel »⁴⁶. Cette coexistence de niveaux de réalités constitués de définitions différentes et superposées de mêmes situations, avec des malentendus résultants, empêche de voir de la même manière les objets sur lesquels il est nécessaire d'agir ensemble, dans un minimum d'interactions.

L'enquête met également en évidence le fait qu'à l'hôpital, il y a moins de chef et plus de pression hiérarchique. « Dans le contexte de « protocolisation » de l'activité et l'augmentation des cadences, la pression hiérarchique est plus durement ressentie alors que moins de personnes se sentent « chef ».

Le contexte de rationalisation renforce ces tensions. Dans chaque activités des cadres de santé (la recherche de lits, l'organisation des plannings de personnel, l'intégration du service dans la structure hospitalière et en lien avec l'extérieur de l'hôpital), des dilemmes peuvent survenir.

3. Tensions entre logique juridique et logique managériale.

Sa position l'amène enfin à se trouver au cœur de l'articulation entre logique managériale (résultats, coûts, délais...) et logique juridique (respect des textes et des normes). C'est en termes d'entrecroisements, d'imbrications, de parasitages plutôt que de conflits de logiques que le problème des rapports entre droit et management doit être posé. Le premier est repensé sous l'influence des concepts du management ; le second ne s'applique qu'au prix de « torsions » considérables pour le rendre compatible avec le cadre juridique dans lequel l'action administrative reste moulée. Cela se traduit concrètement par une sorte de découplage entre légitimité et efficacité de l'action. Philip Selznick (1957 ; 1966), un des fondateurs de la théorie institutionnelle, montre qu'une organisation bureaucratique centralisée doit traiter avec son environnement selon des règles générales qui ne peuvent jamais parfaitement s'appliquer à toutes les situations pratiques et qui ont de ce fait du mal à intégrer les changements survenus dans ce même environnement. Dès lors, la valeur socialement accordée aux règles constitue un handicap certain pour l'acquisition d'une légitimité de résultat si leur strict respect ne peut garantir la découverte de solutions pratiques. L'obligation de résultat dans laquelle se trouvent souvent les acteurs de terrain les amènent à trouver des réponses qui ne suivent pas les règles approuvées. La situation est largement contradictoire : les EPS qui interviennent dans un contexte fortement institutionnalisé sont conduits à adopter des procédures elles-mêmes clairement institutionnalisées de manière à garantir leur légitimité, mais ils le font indépendamment de leur efficacité. La conformité avec les règles institutionnalisées peut même être l'occasion d'un conflit avec des critères d'efficacité et d'efficience que la finalité pratique de ces organisations les conduit à élaborer. Il y a alors

⁴⁵ Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Entre fonction et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements publics de santé, Série Etudes, n° 64, Octobre 2006.

⁴⁶ Boussard V., Mercier D., Tripier P., 2004.

souvent un découplage entre la dimension organisationnelle de l'action, qui vise à produire de l'efficacité et la dimension institutionnelle, qui tend à maintenir un niveau acceptable de légitimité sociale par le respect apparent de valeurs institutionnalisées (Meyer et Rowan, 1977).

Le cadre de santé est amené à créer des combinaisons opératoires entre deux approches qui paraissent a priori difficiles à concilier. La question centrale, de ce point de vue, est bien l'articulation et non l'opposition entre les deux logiques. Les contradictions pourraient entraîner un phénomène de brouillage, voire de parasitage ; toutefois, elles peuvent aussi se renforcer l'une l'autre en redoublant leur puissance normative propre, le management venant donner à la norme juridique une nouvelle légitimité, tandis que la norme juridique vient investir le précepte managérial d'une autorité nouvelle.

Dans ce contexte, les cadres de santé sont des « fabricants de cohérence » (construisent du sens) et des « absorbeurs d'écarts », par l'attention qu'ils portent à quatre dimensions :

- l'environnement, pour anticiper les problèmes ;
- la relation, aspect prioritaire de leur activité ;
- les résultats, notamment par le souci de contrôle de l'action et le fait de rendre compte ;
- l'aval du résultat et le suivi des actions, ce qui se passe « après ».

4. Tensions liées à des évaluations multiples et contradictoires.

Les cadres de santé sont soumis en permanence à des jugements évaluatifs (qui sont différents des procédures classiques de notation et d'évaluation). Ces jugements évaluatifs proviennent des acteurs multiples en relation avec les cadres. Ils mobilisent des critères cachés, flous ou changeants pour porter un jugement sur l'action. Ces jugements portent à la fois sur l'action menée par le cadre, et à la fois sur le cadre comme personne (comme à partir d'indices prédictifs de ses « qualités », en relation avec ce que chacun imagine nécessaire ou représentatif d'un « bon cadre »). On a vu particulièrement s'exprimer cet aspect à l'occasion de la mise en œuvre des pôles. L'un des arguments du responsable de pôle pour choisir lui-même « son cadre » était qu'il corresponde à sa représentation des qualités personnelles du cadre, représentation fonction de ses attentes.

Du coup, le cadre doit à la fois faire son travail ET produire des indices pour donner à voir ce qu'il perçoit que l'on attend de lui en hiérarchisant les attentes.

Cela conduit à une activité cachée des cadres correspondant à la nécessaire mise en scène (donner à voir) de son activité.

Différents témoignages convergent sur le fait que la légitimité que l'on reconnaît à un cadre (légitimité qui s'exprime dans les jugements évaluatifs multiples) tient à la dimension la plus critique de l'activité (incidents, changements à forte incidence).

C'est ce que montrent bien les études ethnographiques : l'activité est orientée vers le rattrapage de situations (Bouret 2008 p.735) : « *Au cours de leurs activités, les cadres ont souvent à amortir les rigidités du cadre de travail. Ils manipulent en conséquence la règle, prévue pour tous et tentent d'en faire*

quelque chose pour chacun. Ils essaient d'éviter une cristallisation du mécontentement des membres de l'équipe soignante ou médicale cas de tensions entre les personnes ou de difficultés pour réaliser le travail. L'objectif de maintien de la cohérence d'ensemble se traduit avant tout dans des actions qui visent à réparer, à colmater des brèches, à rattraper des situations qui sont en train d'échouer ou de se dégrader ».

On peut dès lors se demander si, dans ce système, un cadre n'est pas encouragé à « dramatiser » encore plus les incidents en question, pour donner à voir au maximum sa capacité à résoudre, anticiper ... les problèmes.

A Et à l'inverse on peut se demander si dans les cas où ses marges de manœuvre sont insuffisantes pour agir, la tendance n'est pas à minimiser les difficultés ?.

On voit alors l'importance dans l'activité d'un cadre et la place de l'auto-prescription et de l'auto-organisation. Il traduit, interprète, contextualise les instructions qu'il reçoit pour les rendre pertinentes au sein de son unité d'une part et pour donner à voir sa capacité à agir, d'autre part.

C'est une activité qui prend temps considérable et qui se fait en parallèle de l'activité officielle, technique ... en temps caché.

Dans cette mise en scène, nous rejoignons l'idée émise par Falcoz et alii in Livian (2006). Pour eux, loin de se percevoir comme agissant pour le compte de leurs supérieurs hiérarchiques, les cadres se mettent en scène comme des responsables d'une unité ... au service de l'hôpital. C'est en fait sa centralité qui se révèle et pas son rôle au cœur d'une chaîne de mandats. Il se vit comme étant au service d'une globalité (le patient ou l'hôpital), plutôt que comme un maillon dans une chaîne de mandats managériaux.

N'est ce pas l'un des éléments qui rend difficile l'émergence d'un collectif de cadres ?

Le contexte du nouveau management public et de la « protocolisation » de l'activité renforce les tensions et les contradictions. L'objectif de l'organisation doit être d'aider les cadres à gérer les dilemmes inhérent à leur métier et non de les laisser seul confrontés aux difficultés qui en résultent.

Comme le note Detchessahar (2008)), « la santé des salariés est fonction de la capacité de l'organisation à lever les contradictions entre ce qui leur est demandé aux salariés, les moyens mis à leur disposition et l'évaluation des résultats ».

Laetitia LAUDE, enseignante chercheuse, Institut du Management - EHESP

Références :

Barabel M. Meier O. Manageor, Dunod, 2006.

Bouffartigues P, Cadres la grande rupture, La Découverte, 2001.

Bouret P. « Encadre dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible », revue française d'administration publique, 2008 / 4, n° 128

Boussard V., Mercier D., Tripier P., L'aveuglement organisationnel ou comment lutter contre les malentendus, Paris, CNRS Editions, 2004

- Dejoux C., Dietrich A., *Management par les compétences : le cas Manpower* Dunod 2005.
- Desmarais C., *Encadrer sous contraintes dans les fonctions publiques*, revue française d'administration publique, 2008 / 4, n° 128
- Detchessahar et alii, *La santé au risque du management de proximité*, Actes du congrès de l'AGRH, Dakar, 2008.
- Divay S., Gadea C., « Les cadres de santé face à la logique managériale », revue française d'administration publique, 2008 / 4, n° 128
- Feroni I., Kober Smith A., “La professionnalisation des cadres infirmiers : l’effet de l’action publique en France et en grande Grande-Bretagne”, revue française de sociologie, 46-3, 2005.
- Y-F. Livian (dir.), *Etre cadre, quel travail ?*, Editions Réseau ANACT, , 2006.
- Meyer J. et Rowan B, *Institutionalized Organizations : Formal Structure as Myth and Ceremony*, American Journal of Sociology, LXXXIII, 1977, pp. 340-363.
- Mispelblom Beyer F., *Encadrer. Un métier impossible*, Armand Colin, 2006
- Roussel E., *Vie de cadre : vers un nouveau rapport au travail*, Presses Universitaires de Rennes, 2007
- Sainsaulieu Y., « Le collectif soignant : mythe ou réalité ? Regards croisés des cadres et des infirmiers », revue française d'administration publique, 2008 / 4, n° 128
- Selznick P. *Leadership in Administration*, Harper & Row, 1957.
- Spielmann M. *Quel avenir pour les cadres*, Edition l’Harmattan, 2007.
- Thevenet M. *Quand les petits chefs deviendront grands*, éditions d’organisation, 2004
- Thevenet M. *Manager en temps de crise*, Edition Eyrolles, 2009

Dominique Thouvenin : La responsabilité des cadres hospitaliers

Madame Chantal de Singly, Directrice de l'Institut du Management à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, Présidente de la Mission Cadres hospitaliers s'interroge sur « la question de la responsabilité » des cadres hospitaliers laquelle « apparaît liée à celle des moyens dont [...] ils disposent pour agir », sachant que ces derniers « ... se disent en difficulté d'assumer leurs responsabilités lorsque les moyens qu'ils estiment nécessaires à leur action ne leur semblent pas garantis ».

Dans sa lettre du 9 juillet 2009, Madame Chantal de Singly présente cette question comme étant liée à celle de savoir « comment ils peuvent intervenir dans la décision de faire ou ne pas faire en fonction des marges dont ils disposent », ce qui la rend « ... fortement liée à celle de leur capacité d'agir sur l'organisation, d'agir sur le volume et la qualité de l'activité hospitalière ».

Elle ajoute qu'elle se demande si cette question est « particulière dans le contexte de l'hôpital avec les deux hiérarchies médicales et non médicales qui conduit à distinguer au sein des services médicaux autorité fonctionnelle et autorité hiérarchique? » ou bien si elle est « l'expression d'une tension vécue par toute personne en position d'encadrement dans des organisations de travail entre les objectifs à atteindre et les ressources disponibles ? ».

Pour répondre à ces différentes questions, **on observera liminairement que sont évoquées tour à tour « la » responsabilité et « les » responsabilités.** Cette distinction est importante à relever, car elle s'appuie en filigrane sur l'idée qu'un exercice professionnel de qualité doit répondre à un certain nombre de conditions, qui sont autant d'exigences ; et, c'est leur défaut qui serait susceptible d'engager la responsabilité du professionnel confronté à de tels manques. Autrement dit, « les » responsabilités renvoient au poste occupé, aux fonctions qui en sont une des caractéristiques -on dit de quelqu'un qu'il assume des responsabilités- et dont l'exercice peut entraîner « la » responsabilité de son titulaire.

Une telle vision, qui opère un lien entre les missions exercées et les conditions de leur exercice comme source potentielle de responsabilité pour les professionnels, **est centrée sur leurs préoccupations** : disposer des moyens nécessaires afin d'éviter une mise en cause, en cas de défaillances. La crainte ainsi exprimée est celle d'y être confronté.

Si l'on peut comprendre que des professionnels puissent avoir de telles inquiétudes, cette manière de présenter les questions soulevées par « leur » responsabilité **omet que l'organisation** a pour

finalité **l'administration au patient des « soins nécessités par son état de santé »** en veillant à **« assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible »**⁴⁷.

Le fait d'appréhender ainsi la situation **fait perdre de vue** qu'une mauvaise organisation, un manque de personnel compétent, des défaillances **constituent non pas prioritairement des tracasseries pour ceux qui en sont à l'origine**, mais **autant de causes éventuelles d'accidents à éviter**, parce qu'un certain nombre de patients **auraient à en souffrir**.

Dans la mesure où l'on observe, sinon de fréquentes confusions entre « la » responsabilité et « les » responsabilités, en tous les cas des glissements de sens fréquents entre les deux, il n'est pas inutile de rappeler **l'origine des mots « responsable » et « responsabilité »**. Celle-ci est un moyen de mieux appréhender les différentes acceptions de ces termes, tantôt utilisés dans un sens moral, tantôt dans un sens juridique, afin de **distinguer ces deux plans**, alors que leur polysémie est source de confusions (I). Elle l'est d'autant plus, que le fait d'être « responsable » est souvent présenté comme une caractéristique de l'ethos des professions de soins qui transcenderait le fait d'avoir à répondre des conséquences dommageables de ses actes, au sens de l'acception juridique de cet adjectif. **Prendre en considération la responsabilité du point de vue moral**, au sens d'« être responsable », **conforte un point de vue unilatéral** –celui de l'acteur concerné par cette interrogation- **et tend à gommer la prise en compte des intérêts de la personne s'estimant victime d'un dommage**, pour qui l'établissement de la « responsabilité » d'une personne physique ou morale est la condition de la reconnaissance de son droit à réparation.

C'est toute la différence entre une *règle morale de conduite* qui sera appréciée au *regard de la conscience de chacun* et donc *de manière strictement individuelle* et une *règle juridique* qui met en jeu *des relations entre une pluralité de sujets*. En effet, lorsque la responsabilité est mise en cause, c'est en raison des conséquences fâcheuses qu'un accident entraîne dans la vie d'une personne sous forme d'atteintes de son corps, de pertes de revenus, de répercussions de son nouvel état sur sa vie quotidienne, etc..., ce qui fonde sa recherche d'une réparation.

On indiquera *selon quelles règles la responsabilité dans le champ des pratiques médicales est établie*, en l'occurrence sur le fondement des règles de responsabilité de droit commun⁴⁸ -soit celles de responsabilité indemnitaire, soit celles de responsabilité pénale- afin d'en expliciter les mécanismes. Mais, dans la mesure où, depuis la fin des années 1990, on constate que *l'organisation des soins* joue *un rôle grandissant dans l'appréciation des responsabilités*, l'accent sera plus particulièrement mis sur cette évolution constatée (II).

⁴⁷ Art. L. 1110-1 du code de la santé publique.

⁴⁸ Car il n'existe aucune règle juridique de responsabilité spécifique à l'activité médicale.

On conclura en s'interrogeant notamment sur le point de savoir *pourquoi les soignants d'une manière constante expriment des craintes au sujet de « leur » responsabilité*, alors qu'à l'hôpital public, ils ne sont pas responsables personnellement des dommages qu'ils sont susceptibles de causer à un patient et en mettant en évidence *la convergence* entre les décisions de justice les plus récentes *qui renvoient en creux la nécessité d'une organisation fiable des soins* dans laquelle chacun œuvre à des finalités communes et *les règles nouvelles de gouvernance* fondées sur des contrats d'objectifs et de moyens.

I – Sur l'origine, la portée des mots « responsable » et « responsabilité » et sur de possibles confusions entre différentes significations

Il n'est pas sans intérêt de relever que **ces deux termes** sont des **mots du langage juridique** : le terme « responsable » est attesté dans la langue française à partir du XIII^e siècle, tandis que le mot « responsabilité » n'apparaît dans les langues européennes qu'à la fin du XVIII^e siècle, sa vraie carrière ne commençant qu'un siècle après.

- *Le mot responsable : du premier sens du mot, qui est juridique, à la signification morale de ce terme*

* Ainsi que l'explique très clairement Michel Villey⁴⁹, le **mot « responsable »** est un terme issu du droit romain ; son *origine étymologique* dérive du latin *respondere*, lequel renvoie à son tour au mot *sponsor* qui est un débiteur ; ce dernier s'engage à telle ou telle prestation. Et, pour le cas où il n'exécuterait pas sa promesse, il peut s'adjoindre un *responsor*, qui est une caution qui s'oblige à **répondre de** la dette du débiteur, en cas de défaillance de celui-ci.

Selon Michel Villey, « le mot *répondre* implique l'idée de se tenir *garant* du cours d'événements à venir. C'est ainsi qu'il résonne encore dans la langue du XVII^e siècle »⁵⁰, par exemple, dans « Les Femmes Savantes », Chrysale dit : « je *réponds* de ma femme et prends sur moi l'affaire ».

Il ajoute que dans un sens plus large, *respondere* signifiera « répondre à n'importe quelle sorte de question, au cours d'un dialogue ». Aussi de *répondre de*, on passera à *répondre à* ; ainsi, dit-il, « on *répond* à une exigence, ce qui est faire face à son devoir, à une charge qui vous incombe ».

* Le **terme responsable** n'apparaît **qu'au Moyen Âge** ; mais, au lieu que cet adjectif s'applique à la demande susceptible ou non d'une réponse, signifiant qui peut être répondu - à l'instar de

⁴⁹ Je me suis référée pour ce passage à un article d'un remarquable philosophe du droit Michel Villey : M. Villey, *Esquisse historique sur le mot responsable*, in La responsabilité, Archives de philosophie du droit, tome 22, Sirey 1977, p. 45-58.

⁵⁰ M. Villey, *Esquisse historique sur le mot responsable*, préc., p. 46.

l'adjectif « vérifiable » qui veut dire, qui peut-être vérifié- « le nouvel adjectif **s'amarre sur le sujet** auquel **incombe activement de donner une réponse** » : ainsi Voltaire écrit-il : « chaque soldat est responsable de la gloire de la nation »⁵¹ ; et Michel Villey d'ajouter qu'à l'origine, *répondre* ou *être responsable* n'impliquait aucunement la faute, ni ne renvoyait à une quelconque responsabilité, au sens actuel de ce terme. Appliqué à l'époque contemporaine, on dira de quelqu'un qu'il est *le responsable de*⁵², ce qui entraîne à sa charge un certain nombre d'obligations. Et, c'est dans ce sens que doivent être compris toutes les situations de ceux qui assurent la direction d'un hôpital⁵³, d'un pôle, d'un service, etc....

*** Ce terme passera dans le discours de la morale moderne**, de la manière suivante : après l'invasion des barbares qui a détruit la culture romaine appuyée sur le droit, **c'est la religion qui conquerra la place dominante** : « très longtemps la philosophie de l'Europe en subit le poids : l'ordre social passe sous la coupe de moralistes dont le projet fut de prêcher en premier lieu la morale divine », puis, « désacralisée par la suite et devenue philosophique, la primauté de la morale se perpétuera à travers toute l'époque moderne »⁵⁴.

C'est dans ce contexte que **le mot « responsable » va subir un itinéraire qui va en changer le sens : de juridique, il prendra une signification morale**. Ce mot passera⁵⁵ dans le discours de la morale chrétienne en transitant par la métaphore du jugement de Dieu, car les préceptes de la loi divine sont assortis d'une sanction. Toute conduite sera jugée, mais **le tribunal de Dieu diffère des tribunaux humains** : « Dieu n'a pas à trancher de litige entre une pluralité de parties, individus ou société. Chacun de ses jugements n'intéresse *qu'un* sujet unique » ; devant son tribunal, « nous n'y répondons pas d'une dette, d'une charge, d'un service à remplir, mais de notre conduite une fois accomplie dans notre pèlerinage terrestre » et « comme la matière de la loi morale est « l'agir » humain, Dieu juge des *actes*. De leur caractère plus ou moins *coupable*. Dieu sonde les reins et les cœurs. Il pèse l'intention subjective. C'est elle qui nous rend *responsable* à son tribunal. L'acte fautif devient la *cause* de cette forme de *responsabilité* »⁵⁶ : chaque personne a à rendre compte de ses actes.

⁵¹ M. Villey, *Esquisse historique sur le mot responsable*, préc., p. 48 : « elle prendra ses sources, au nom de la « loi naturelle », dans la conscience de ou la « Raison », spécifique de la « nature humaine ».

⁵² Michel Villey propose l'exemple du directeur d'un doctorat qui est responsable du diplôme.

⁵³ Par exemple, art. L. 6112-2 al. 9 du code de la santé publique : « le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 ou un contrat spécifique **précise les obligations** auxquelles **est assujettie toute personne assurant ou contribuant à assurer une ou plusieurs des missions de service public définies au présent article** et, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations ».

⁵⁴ M. Villey, *Esquisse historique sur le mot responsable*, préc., p. 52.

⁵⁵ Michel Villey parle de « captation » du mot « responsable » dans le langage de la morale chrétienne.

⁵⁶ M. Villey, *Esquisse historique sur le mot responsable*, préc., p. 53.

Puis, la morale s'est laïcisée : on *passera de la loi morale révélée par Dieu* à Moïse ou par Jésus dans l'Évangile *à la loi morale « naturelle » inscrite dans la conscience de chaque homme* ; l'homme est responsable devant son for⁵⁷ personnel, c'est-à-dire devant le tribunal de sa conscience. Il s'agit donc d'une *morale individualiste* considérée du *point de vue unilatéral du sujet*.

- *Le mot « responsabilité » est un terme du langage juridique*

L'existence du substantif « **responsabilité** » n'émerge qu'à la fin du XVIII^{ème} siècle⁵⁸ et voit le jour quelques années seulement avant la Révolution française⁵⁹. Le fait que les mots « irresponsable » (1786) et « irresponsabilité » surgissent presque immédiatement à sa suite n'est pas une simple coïncidence, et ce, d'autant plus, que cette période est celle de l'élaboration, puis de la rédaction du Code Civil⁶⁰. L'idée maîtresse défendue par les rédacteurs du Code civil de 1804 est que *la réparation du dommage* fait l'objet d'une *obligation incombant à celui qui l'a causé*. Cette responsabilité civile se définit par la mise en œuvre du principe de la réparation du dommage causé.

Et, tant au regard des principes de philosophie politique introduits par la Révolution de 1789 que des règles juridiques qui en sont l'expression, *la responsabilité⁶¹ est de nature individuelle⁶²*. La société qui en est issue est de type individualiste, ce qui a pour conséquence que *la liberté de*

⁵⁷ Le mot « *for* » est issu du mot latin « *forum* » qui signifie tribunal.

⁵⁸ Ainsi que l'a montré Jacques Henriot : J. Henriot, *Note sur la date et le sens de l'apparition du mot « responsabilité »*, in *La responsabilité*, Archives de philosophie du droit, tome 22, Sirey 1977, p. 59-62.

⁵⁹ Il semble avoir été utilisé pour la première fois par Necker : « la confiance dans ce papier naît de la *responsabilité* du Gouvernement » ; cité par J. Henriot, *Note sur la date et le sens de l'apparition du mot « responsabilité »*, préc., p. 60.

⁶⁰ Jacques Henriot relève à ce sujet que « le fait que cette période soit précisément celle de l'élaboration, puis de la rédaction du Code civil ne doit pas être considéré comme dénué de sens » : J. Henriot, préc., p. 61.

⁶¹ Et, cela aussi bien pour la responsabilité civile que pénale. Ainsi, alors que sous l'Ancien Régime, les peines n'étaient pas toujours personnelles, la loi du 21 janvier 1790 mit fin à cette situation et déclara que « le supplice d'un coupable et les condamnations infamantes quelconques n'impriment aucune flétrissure à sa famille », que « l'honneur de ceux qui lui appartiennent n'est nullement entaché » ; le même article ajoute que les parents du criminel « continueront à être admissibles à toutes sortes de professions, d'emplois et de dignités ». La confiscation générale des biens fut supprimée et la peine cessa de survivre au coupable.

⁶² Sur la reconnaissance de l'individu comme pilier de la société par la Révolution française et sa traduction dans les règles juridiques qui en sont issues, cf. notamment, E. Guibert-Sledziewski, *L'invention de l'individu dans le droit révolutionnaire*, in *La Révolution et l'ordre juridique privé, Rationalité ou scandale ?*, Actes du colloque d'Orléans, 11-13 sept. 1986, PUF, 1988, tome 1, p. 141-149.

chacun doit se *traduire par l'obligation qui pèse sur lui de réparer le dommage qu'il cause à autrui* : « tout individu est garant de son fait » dira Bertrand de Greuille⁶³ dans le Rapport qu'il présente au Tribunal. Aussi la responsabilité civile constitue-t-elle un principe général⁶⁴ qu'il exprimera ainsi : « si ce fait cause à autrui quelque dommage, il faut que celui par la faute duquel il est arrivé soit tenu de le réparer »⁶⁵ ; son auteur doit en répondre, afin de rétablir l'égalité qu'il avait rompue à son profit. Les règles introduites en la matière par le Code civil sont fondées sur un mécanisme qui permet à une personne s'estimant lésée de demander réparation à celui qui lui a causé un dommage ; *leur fonction est de fixer une dette de réparation à l'encontre de la personne* –personne physique ou morale- *si elle est estimée responsable*.

Le Code Civil a adopté d'emblée des règles visant à *assurer la réparation la plus large possible du dommage causé à la victime* : « depuis l'homicide jusqu'à la plus légère blessure, depuis l'incendie d'un édifice jusqu'à la rupture d'un meuble chétif, tout est soumis à la même loi ; tout est déclaré susceptible d'une appréciation qui indemniserà la personne lésée des dommages quelconques qu'elle aura éprouvés »⁶⁶. De plus, *en imputant le dommage à celui qui l'a causé*, la règle de responsabilité *conduit à fixer une dette de réparation pesant sur ce dernier*. Dans ce cas, la détermination de la responsabilité est essentiellement de nature économique à la

⁶³ B. de Greuille, in Fenet, *Recueil complet des travaux préparatoires du Code civil*, 15 vol., 1827-1828, t. XIII, p. 157 ; cité par J.Henriot, *Note sur la date et le sens de l'apparition du mot « responsabilité »*, in *La responsabilité*, Archives de philosophie du droit, tome 22, Sirey 1977, p. 59-62.

⁶⁴ Ce que rappellera un peu moins de deux siècles plus tard le Conseil constitutionnel : Cons. Constit., DC n° 82-144, 22 oct. 1982 : « Considérant que, nul n'ayant le droit de nuire à autrui, *en principe* tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer ; considérant que, sans doute, en certaines matières, le législateur a institué des régimes de réparation dérogeant partiellement à ce principe ; considérant cependant *que le droit français ne comporte, en aucune matière, de régime soustrayant à toute réparation les dommages résultant de fautes civiles imputables à des personnes physiques ou morales de droit privé, quelle que soit la gravité de ces fautes* ». Également en ce sens, Cons. Constit., DC n° 88-248, 17 janv. 1989.

⁶⁵ L'énoncé juridique retenu dans le code civil est très proche du principe philosophique ainsi exprimé, puisque son article 1382 prévoit que « tout fait quelconque de l'homme oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ».

⁶⁶ B. de Greuille, in Fenet, *Recueil complet des travaux préparatoires du Code civil*, 15 vol., 1827-1828, t. XIII, p. 157 ; cité par J.Henriot, *Note sur la date et le sens de l'apparition du mot « responsabilité »*, in *La responsabilité*, Archives de philosophie du droit, tome 22, Sirey 1977, p. 59-62. Dans le même sens le tribun Tarrible invoquait dans son discours devant le Corps législatif « cette règle constante, invariable, qui veut que celui qui souffre un dommage par le fait ou par la faute de quelqu'un trouve dans tous les cas un moyen d'indemnité ». Il ajoutait que la règle proposée « embrasse dans sa vaste latitude tous les genres de dommages et les assujettit à une réparation uniforme, qui a pour mesure la valeur du préjudice souffert » : Tarrible, in Fenet, *Recueil complet des travaux préparatoires du Code civil*, préc., t. XIII, p. 474.

différence de la responsabilité pénale, dont l'enjeu est la fixation d'une peine compensant symboliquement l'atteinte que la société a subie au travers de l'un des siens.

Si l'on peut affirmer que le terme « responsabilité » est un terme d'origine juridique et qu'il désigne les *modalités de la réparation des dommages causés à la personne lésée*, il n'en demeure pas moins *qu'une des sources de confusion entre les plans moral et juridique* tient à ce que *la détermination de cette responsabilité se fait par référence à la faute* : selon l'article 1382 du code civil, qui est considéré comme constituant un principe général de responsabilité « tout fait quelconque de l'homme oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer »⁶⁷. Encore faut-il préciser que *la faute, au sens du code civil, n'est pas une mauvaise action, mais un écart à la règle*.

On peut donc constater que, bien que les termes « responsable » et « responsabilité »⁶⁸ soient originellement des termes de nature juridique, ils peuvent également être entendus dans leur sens moral. C'est cette coexistence qui est à l'origine de fréquentes confusions, *le risque étant de considérer que le plan moral est équivalent au plan juridique*. Or le fait de prendre l'un pour l'autre a notamment pour principal effet de se méprendre sur la fonction des règles de responsabilité au sens juridique : ce sont des règles de réparation des dommages subis, sachant que, dans le cadre hospitalier public, ces règles sont spécifiques.

- *Le registre individuel de la conscience de la responsabilité n'est pas celui social de la responsabilité au sens de la réparation des dommages causés*

Aborder les questions de responsabilité soit **d'un point de vue moral**, soit **d'un point de vue juridique**, *n'est pas en soi un problème*. Encore faut-il éviter de les confondre ou bien de considérer qu'un point de vue serait intrinsèquement supérieur à un autre, le plan moral apparaissant généralement plus relevé que le plan juridique. Affirmer, par exemple, que « ... nous ne devons jamais perdre de vue que la responsabilité du cadre comme de tout soignant, *avant d'être juridique*, est *d'abord et avant tout éthique* »⁶⁹ empêche de bien prendre la mesure des modalités de détermination des responsabilités en jeu, quand elles sont mises en cause.

En reprenant les différents points dégagés par l'analyse historique des termes « responsable » et « responsabilité », il est possible de mettre en évidence **les glissements constants d'un plan à l'autre**. Ainsi, lorsqu'on aborde la responsabilité d'un point de vue moral, ce qui est mis en avant, c'est l'idée d'un individu qui est conscient qu'il doit accepter et subir les conséquences de ses

⁶⁷ Son énoncé n'a jamais été modifié depuis 1804.

⁶⁸ Relevons que le terme anglais « *responsability* » est né également à la même époque ; son premier emploi date de 1787 et il est utilisé par Hamilton, homme d'Etat américain ; il a utilisé ce terme pour désigner la responsabilité du gouvernement vis-à-vis du peuple.

⁶⁹ Philippe Svandra, *Responsabilité éthique du cadre de santé*, www.cadres.creer-hopitaux.fr

actes ; *il est responsable de sa conduite*. Mais quand un professionnel se pose la question de « sa » responsabilité dans l'exercice de son activité, affleure l'idée sous-jacente selon laquelle il ne serait pas prêt à l'accepter, s'il lui apparaissait que, plus que sa conduite, c'est l'insuffisance des moyens mis à sa disposition qui est en cause.

Est alors soulevée une autre question, celle « des » **responsabilités**, c'est-à-dire de la position de ce professionnel, comme « *responsable de* », en l'occurrence des soins, et *qui est amené à prendre des décisions dans une organisation*. Pointe alors aussitôt, une autre acception du mot « responsabilité » au sens moral, celle de « *qui mesure les conséquences de ses actes* » : le professionnel se sentant responsable de ceux-ci, s'estime en difficulté de ne pas être mis en mesure d'assumer correctement l'exercice de sa profession. Il *anticipe ainsi un possible dysfonctionnement* qui *pourrait rejaillir sur lui*, si un, voire plusieurs patients ayant eu à en souffrir, entendaient obtenir réparation de ses conséquences fâcheuses par le biais d'une demande mettant en cause sa responsabilité.

Si bien qu'un autre **glissement implicite s'opère**, la **question de la responsabilité au sens moral renvoyant** aussitôt, à celle possible de la **responsabilité au sens juridique** : c'est parce que le professionnel n'aurait pas eu à sa disposition les moyens nécessaires qu'il risquerait de voir sa responsabilité engagée. Et cette préoccupation *entre en résonance avec le fondement du système de responsabilité* tel qu'il a été conçu à la fin du XVIII^e siècle, qui est celui de *l'individualisme* ; en effet, les concepts sur lesquels il s'appuie sont ceux d'actes, de leur imputabilité à l'individu. Ressurgissent alors dans la détermination de la responsabilité les conceptions de la morale chrétienne, bien qu'elles aient été laïcisées : réparer les torts qu'un individu a faits à autrui.

Toutefois, s'il est exact que le système de responsabilité issu de la Révolution française est bien de type individualiste, encore faut-il ne pas se méprendre sur ce qu'on entend par individualisme. Celui-ci est lié à un certain type de société, celui de la société post-révolutionnaire **qui a fait de l'individu le pilier de la société**, en opposition de la société d'Ancien Régime où existent des privilèges qui sont constitués par certaines prérogatives reconnues à certains groupes sociaux seulement⁷⁰. Mais cet individu est pris en considération *au titre d'une catégorie sociale* : il est un salarié, un employé, un chef d'entreprise, un fonctionnaire, une société, une association, **qui sont autant de qualités** juridiquement déterminées.

Aussi, lorsque la responsabilité d'une personne est mise en cause dans le cadre de soins, non seulement on ne *lui demande pas de comptes* à propos *d'une faute* qui *serait un*

⁷⁰ Sur cette construction, on se reportera à Robert Castel, Claudine Haroche, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi, Entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Fayard 2001 et R. Castel, *La montée des incertitudes, Travail, protections, statut de l'individu*, Seuil, 2009.

manquement à une règle morale, comme si on lui reprochait une mauvaise action, mais surtout la demande est adressée à la personne *avec qui le patient*, s'estimant lésé, *est entré en relation* ; c'est donc *la nature du lien juridique* existant entre elle et le professionnel de santé ou l'établissement de soins qui sera déterminante.

Ce dernier point est important à prendre en considération car, dans le cadre de soins délivrés à l'hôpital public, *le patient n'a pas de relations juridiques avec les soignants*, mais *avec l'hôpital*, puisqu'il s'agit d'un service public. Cette constatation est d'autant plus intéressante qu'il est possible de repérer depuis la fin des années 1990, une évolution des solutions en matière de responsabilité médicale qui mettent **l'organisation au centre de l'analyse** et pas seulement lorsqu'il s'agit d'hôpitaux publics.

II – Sur les règles de responsabilité médicale : une attention de plus en plus fréquente au rôle de l'organisation des soins dans la réalisation du dommage

D'un point de vue social, *il n'existe pas de responsabilité en soi*, seulement des règles de **responsabilité** ; leur fonction est la réparation des *conséquences dommageables* d'un accident, ici médical. Ce sont des *règles de qualification* et *non de conduite* ; elles permettent de dire, *une fois l'accident survenu, à quelles conditions la personne*, aussi bien personne physique que personne morale (dans le cas présent, un établissement de santé) qui a causé un dommage à autrui *sera déclarée responsable*, et *non pas ce qu'elle devrait faire pour* que *sa responsabilité ne soit pas reconnue*. Encore faut-il, pour qu'elles s'appliquent, que *la personne qui s'estime lésée fasse une démarche en vue de la réparation du dommage subi*.

Précisons que, c'est *l'évaluation de l'acte de soin* qui est au cœur de la responsabilité médicale. Cette dernière porte sur *l'activité même* du professionnel de santé, le vocable « médical » désignant certes les médecins, mais également les sages-femmes, les infirmières, les chirurgiens-dentistes, etc... ; *en sont exclues* les questions relatives à *la fourniture d'un produit défectueux, médicament* comme *produit biologique d'origine humaine*. Celles-ci relèvent du *droit de la consommation* et mettent en jeu *la responsabilité du fabricant*⁷¹, et non celle du prescripteur, sauf à lui reprocher une erreur de prescription –par exemple groupage de sang erroné- ou l'inutilité de la prescription.

⁷¹ Cf. sur ce point, E. Serverin, *Une approche socio-juridique d'une question de santé publique : la contamination sanguine par le virus de l'hépatite C*, in : T. Kirat, Les mondes du droit de la responsabilité. Regards sur le droit en action, LGDJ, coll. Droit et société, 2003, p. 121-154.

Ajoutons que, dans le champ des pratiques médicales, *c'est l'expression de « responsabilité médicale »* qui est habituellement utilisée. Toutefois, il n'existe pas de règles spéciales⁷² la régissant. Cela tient à ce que *l'activité médicale* n'a été et n'est encore *qu'un cas d'application parmi d'autres* des règles de droit relatives à *la prise en charge des conséquences dommageables des activités humaines*. Et, cette analyse ne portant que sur les règles de responsabilité comme modalité de réparation d'un accident médical, elle n'aborde pas les nouvelles modalités d'indemnisation fondées sur d'autres mécanismes⁷³, ni n'évoque les nouveaux modes de règlement amiable des accidents médicaux⁷⁴.

Elles relèvent de deux catégories, d'une part, des règles de **responsabilité de type indemnitaire** (civile ou administrative selon les cas) et d'autre part, des règles de **responsabilité pénale**. Elles ont *le même fondement* qui est *la réparation du dommage causé* ; mais, les règles de responsabilité pénale, *attachant des peines définies* à des *infractions définies*, sont des *règles de sanction*, dont la fonction est de punir, au nom de la société, *le comportement d'un*

⁷² La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 qui a inséré dans le code de la santé publique des dispositions relatives à « la réparation des risques sanitaires » n'a pas créé un corps de règles propres à la responsabilité médicale. Elle a seulement réaffirmé que la responsabilité est engagée du fait de la faute, fondement habituel retenu en la matière. Elle n'a aucune incidence sur la responsabilité pénale qu'elle ne vise pas. En revanche, cette loi a apporté trois innovations : un droit nouveau à réparation, celui de « l'aléa thérapeutique », un nouveau régime d'indemnisation des infections nosocomiales, une nouvelle procédure dite de règlement amiable.

⁷³ La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a reconnu le droit à la *réparation de l'aléa médical par la solidarité nationale*. Mais la loi ne reconnaît ce droit que « lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits *n'est pas engagée* ». L'exclusion de toute forme de responsabilité étant la *condition préalable à son ouverture*, entraîne la conséquence suivante : il est impossible de faire d'emblée une demande de réparation fondée sur un aléa médical. Il faut d'abord que toute responsabilité ait été écartée, pour que l'analyse des conditions du droit à réparation au titre de la solidarité nationale puisse être menée. Mais l'exclusion de toute responsabilité n'ouvre pas, à elle seule, un droit à réparation au titre de la solidarité nationale. Il n'est ouvert que si les préjudices subis par le patient « ... sont *directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins* et qu'ils ont eu pour le patient des *conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci* et présentent un caractère de gravité, fixé par décret... » (art. L. 1142-1 II. du code de la santé publique).

⁷⁴ Il existe un lien étroit entre les règles de fond et les actions dont dispose une personne qui entend obtenir réparation du dommage qu'elle estime avoir subi du fait de l'accident médical. Parce que la présente note porte sur les questions de fond posées par la responsabilité des soignants, le choix a été fait de ne pas consacrer de développements aux aspects procéduraux des demandes de réparation. On attirera toutefois l'attention sur le fait qu'il s'agit là pourtant d'un point essentiel à la compréhension des différentes manières d'appréhender la responsabilité. Pour une synthèse de ces questions, on peut se reporter à l'un de mes articles : D. Thouvenin, *La responsabilité médicale*, in Médecine et sciences humaines, Manuel pour les études médicales, sous la direction de Jean-Marc Mouillie, Céline Lefève et Laurent Visier, Les Belles Lettres, 2007, p.454-462.

prévenu, tandis que les règles de responsabilité indemnitaire, qui ont pour fonction de déterminer *qui doit répondre du dommage, fixent* une *dette de réparation*.

Parce qu'il n'existe *pas de hiérarchie* entre *ces deux types de règles de responsabilité*, leur application dépend du choix de la personne lésée : l'accident médical pourra être considéré, soit comme une *atteinte à l'intégrité physique*, constitutive d'une infraction pénale d'imprudence sanctionnée par une peine, soit comme un *fait dommageable* dont l'indemnisation est demandée. Elles peuvent s'appliquer concurremment, la personne lésée (et/ou la société représentée par le procureur de la République) pouvant rechercher à la fois la sanction des auteurs de l'imprudence et une indemnisation.

Dans ces deux cas de figure, parce que le dommage qui lèse une personne est causé par un accident qui est le fait d'une activité humaine, grande est la tentation d'interpréter les règles de responsabilité à l'aune de l'intention subjective d'un individu.

Toutefois, une des caractéristiques contemporaine des accidents médicaux est d'être *de plus en plus souvent le produit des défaillances du système*, plus que l'addition de défaillances personnelles⁷⁵. On peut repérer cette évolution au travers des arrêts rendus depuis la fin des années 1990, lesquels traduisent un changement dans l'argumentation avancée par les conseils des victimes qui visent l'organisation des soins elle-même. Certes, l'activité de professionnels de santé est à l'origine du dommage, mais *c'est la responsabilité de la structure* dans laquelle ils exercent *qui est mise en cause*.

C'est sur cette évolution que l'accent sera mis, afin de mettre en évidence que la responsabilité médicale est de plus en plus appréciée *en tenant compte du rôle de chaque acteur dans un procès de soins*, ce qui renvoie au *modèle de l'organisation*, qui ne se résume pas à l'addition de compétences individuelles. On indiquera cependant pour chaque catégorie de règles, leurs caractéristiques essentielles.

- *Les règles de responsabilité pénale : des règles de sanction*

Au titre de la **responsabilité de nature pénale**, ce sont des *comportements involontaires* qui sont susceptibles d'être reprochés au professionnel de santé, puisqu'il s'agit de faits accidentels. C'est la maladresse ou la négligence ayant entraîné pour le patient une atteinte à son intégrité physique qui sont visées en tant qu'elles constituent soit l'infraction de coups et blessures

⁷⁵ Pour une analyse particulièrement pertinente, on pourra se reporter aux travaux de René Amalberti qui a contribué à faire émerger l'analyse systémique dans le champ des pratiques médicales françaises ; on peut se reporter par exemple à R. Amalberti, M-L Pibarot, *La sécurité du patient revisitée avec un regard systémique*, Gestions hospitalières 2003, 1 : 7-15.

involontaires, soit celle d'homicide involontaire⁷⁶ ; aussi *peu importe la nature de la relation dans le cadre de laquelle a lieu l'accident* - relation contractuelle ou situation statutaire publique- puisque *c'est un comportement qui est visé*, à propos duquel on se demande s'il constitue bien une infraction d'imprudence.

L'application des ces règles de responsabilité pénale présente une **double particularité** : comme elles sont susceptibles d'aboutir à une condamnation, le comportement reproché *ne peut être examiné que dans le cadre d'un procès* ; et *c'est la collectivité qui est bénéficiaire de la sanction* et non la victime ; même si cette dernière déclenche le procès pénal⁷⁷, celui-ci n'est pas conduit à son bénéfice ; il demeure conduit par le ministère public représentant de la société. En effet, la fonction de la responsabilité pénale est *moins individuelle que sociale*.

Dès l'origine -Code pénal de 1810- ce ne sont pas seulement les infractions volontaires d'atteinte à l'intégrité physique ou à la vie qui sont punies, mais aussi les infractions involontaires de même nature. Ceci est à relier aux idéaux que la société révolutionnaire nous a transmis, selon lesquels *toute vie mérite d'être respectée, pour l'intérêt de la société dans son ensemble* : c'est en tant que chaque membre de la société se doit d'être attentif à la protection de la vie que les comportements de négligence peuvent être poursuivis.

Cependant leur punition a toujours été l'objet de vives critiques, au nom de l'idée qu'une peine ne serait justifiée que pour des violations volontaires de la morale sociale. Elles ont rebondi à la fin des années 1990⁷⁸ et ont abouti à l'adoption de la loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000, plus connue sous le nom de loi Fauchon. Celle-ci distingue la *faute d'imprudence directe* de la *faute*

⁷⁶ Sur le fondement des articles 221-6 (*délits* d'atteinte involontaire à la vie), 222-19, 222-20, 222-21 (*délits* d'atteintes involontaires à l'intégrité de la personne) et R. 625-2, R. 625-3, R. 625-4, R. 625-5, R.625-6 (*contraventions* d'atteintes involontaires à l'intégrité de la personne) du code pénal. Pour une synthèse, cf. Y. Mayaud, *Les délits non intentionnels en matière pénale*, Rev. trim. dr. san et soc. 2008, N° Hors-Série, Le droit pénal de la santé, p. 49-57.

⁷⁷ En précisant que, depuis la loi n° 2007-291 du 5 mars 2007, la victime ne peut plus se constituer partie civile directement devant le juge d'instruction ; elle doit au préalable avoir déposé une plainte devant un service de police judiciaire ou devant le Procureur de la République. Ce n'est que lorsqu'elle est informée qu'aucune poursuite ne sera engagée par les soins de ce dernier qu'elle peut se constituer partie civile (art. 85 al. 2 du code de procédure pénale). Cette réforme a eu clairement pour objectif de limiter le déclenchement de l'action publique par la victime de l'infraction.

⁷⁸ Lorsque des fonctionnaires et des élus ont été poursuivis pour ne pas avoir veillé de manière suffisante à assurer la sécurité d'enfants jouant sur des aires de jeu, de randonneurs, d'élèves en sorties de classes, etc...

indirecte ; la première est une *faute involontaire simple*⁷⁹, tandis que la responsabilité pénale de celui dont le *comportement a « créé ou contribué à créer la situation* qui a permis la réalisation du dommage » n'est établie que s'il a commis une *faute caractérisée* qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer ; ainsi, l'imprudence du médecin et/ou de l'infirmière à l'origine d'un accident médical est analysée différemment de celle du chef de service, de la directrice des soins qui ont en charge leur organisation et leur coordination.

La plupart du temps, **il s'agit d'affaires mettant en cause plusieurs personnes**⁸⁰ ; aussi les juges sont-ils amenés à se prononcer sur le point de savoir en quoi le comportement de chacun a ou non concouru à la réalisation de l'atteinte. Il ne s'agit pas d'un « partage » de la faute pénale, mais bien de l'appréciation du comportement de chaque personne poursuivie pour vérifier en quoi deux, voire plusieurs personnes peuvent avoir contribué à causer les blessures, voire la mort d'une personne⁸¹.

Et depuis que, outre les auteurs directs et indirects de l'infraction, la poursuite de la personne morale - ici l'hôpital ou la clinique, représentés par son directeur⁸² - est possible⁸³, on a désormais affaire à des procès où *le rôle de chacun dans la réalisation de l'atteinte est examiné* en prenant *en considération l'organisation des soins elle-même*, tant au niveau de la conduite générale d'un service et de son fonctionnement technique que de celui global de l'hôpital. Et dans ce cas, la faute simple commise par l'organe ou représentant de la personne morale engage la responsabilité de la personne morale⁸⁴.

⁷⁹ Définie comme une « *maladresse, imprudence, inattention, négligence ou [un] manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement* ».

⁸⁰ Cf. E. Verny, *La responsabilité pénale au sein de l'équipe médicale*, Rev. trim. dr. san et soc. 2008, N° Hors-Série, Le droit pénal de la santé, p. 58-65.

⁸¹ Par exemple, un médecin et un infirmier avaient été condamnés pour homicide involontaire à la suite de la mort de deux personnes intoxiquées au monoxyde de carbone provoquée par une embolie pulmonaire provoquée par une décompression trop rapide. A l'infirmier qui contestait cette condamnation, la Cour de cassation a répondu qu'il avait lui-même commis des fautes procédant de sa compétence propre et en causalité direct avec le décès des patients : Cass. crim., 16 janv. 2007, Dr. pénal 2007, comm. 49, notre M. Véron.

⁸² A ne pas confondre avec la responsabilité personnelle pénale du directeur, sur le fondement d'une imprudence qui pourrait lui être reprochée.

⁸³ Depuis le code pénal de 1992, sachant que si les personnes morales n'étaient responsables pénalement que dans les cas où le texte d'incrimination prévoyait expressément la responsabilité de la personne morale, tel n'est plus le cas depuis la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004, dite « Perben II » qui a abandonné le principe de la spécialité au profit du principe de la généralité.

⁸⁴ Cass. crim, 20 juin 2006, n° de pourvoi: 05-87147 : « les personnes morales sont responsables pénalement de toute faute non intentionnelle de leurs organes ou représentants ayant entraîné une atteinte à l'intégrité physique, alors même que l'absence de faute délibérée

Enfin, si la *finalité de ce procès* est clairement *le prononcé d'une peine*, la victime *peut* cependant *demande l'indemnisation des dommages* aussi bien matériels que corporels et moraux *à l'auteur de l'infraction*, objet de la poursuite ; cette possibilité lui est offerte pour lui éviter de conduire une autre procédure, mais à condition que l'auteur de l'imprudence soit condamné et ait à en assumer personnellement les conséquences dommageables. Aussi *cette voie lui est fermée* quand *les faits reprochés* ont été commis par *un professionnel de santé agent du service public*, les juges répressifs ne pouvant pas se prononcer sur l'indemnisation, puisqu'elle incombe à l'hôpital ; celle-ci nécessite une procédure administrative à l'encontre de ce dernier.

- *Les règles de responsabilité de nature indemnitaire : des règles de réparation pécuniaire des dommages subis*

Les modalités de désignation des responsables ne sont pas identiques selon que le patient est traité dans le secteur privé (professionnel ou établissement de santé) ou à l'hôpital public, car *ce n'est pas la situation de malade* nécessitant des soins *qui détermine la règle de responsabilité applicable*, mais la **nature des relations nouées par le patient**. En médecine privée, le patient est un *contractant*⁸⁵, le contrat liant le professionnel ou l'établissement de santé de santé au malade ; en médecine hospitalière publique, le malade est un *usager du service public* qui entre en relation avec l'hôpital représenté par son directeur.

Dans l'un et l'autre cas, sont les **règles du droit commun de la responsabilité** qui s'appliquent : règles de responsabilité **civile** dans le **cadre privé**, mettant en jeu la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé ; règles de responsabilité **des services publics**, mettant en jeu la responsabilité **administrative** de l'établissement de santé public.

Sans pouvoir développer ce point, car il entraînerait de trop longs développements, notons seulement que *l'effet de l'application des règles de responsabilité* est la *fixation des indemnisations qui visent à réparer le dommage subi* ; étant *prises en charge in fine par les assurances* (assurance rendue obligatoire par la loi du 4 mars 2002), ce sont *les aspects*

ou caractérisée au sens de l'article 121-3, alinéa 4, la responsabilité pénale des personnes physique ne pourrait pas être reprochée ». Cette solution a été retenue pour un centre hospitalier qui avait confié imprudemment à un seul médecin pédiatre, à temps partiel, l'ensemble de la pédiatrie néonatale : CA Orléans, 25 avril 2005, n° 2005-283456.

⁸⁵ Si ce modèle est le plus fréquent, lorsqu'aucun contrat n'existe –par exemple, le médecin est salarié- la victime peut alors demander réparation des dommages sur le fondement de la responsabilité délictuelle (art. 1382 et suivants du code civil). Les règles qui la régissent sont intégrées sous un titre intitulé « Des engagements sans convention ».

*financiers*⁸⁶ de la réparation des accidents médicaux⁸⁷ qui, depuis la fin des années 1990, font *l'objet des plus vives discussions*⁸⁸.

** Les règles de responsabilité civile dans le cadre privé : la logique du contrat*

Celle-ci renvoie au contenu de l'engagement et donc à celui de l'obligation⁸⁹. C'est d'abord *la responsabilité du professionnel de santé*, essentiellement celle du médecin qui a été l'objet des demandes de réparation. Depuis, un arrêt princeps rendu en 1936⁹⁰, on considère que l'obligation qui pèse sur le médecin est une *obligation de moyens* et non de résultat ; cela signifie que la responsabilité n'est engagée que si les soins fournis au patient n'ont été ni attentifs, ni consciencieux et non pas parce que la guérison n'a pas pu être obtenue. La responsabilité est reconnue lorsque la réalisation des soins qui a causé un dommage n'est pas conforme aux règles de l'art. C'est leur contenu qui a évolué, les exigences attendues aujourd'hui d'un médecin n'étant bien entendu plus celles des années 1950.

⁸⁶ Ce qui explique, par exemple, qu'à peine la loi du 4 mars 2002 adoptée, elle ait été modifiée par la loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité médicale, dite loi About, dans le but que la solidarité nationale prenne en charge la réparation des infections nosocomiales les plus graves. C'est le coût financier, présenté comme élevé, qui a servi aux compagnies d'assurances de justification pour ne pas en assumer l'indemnisation. Cette situation a fait dire à une spécialiste reconnue de ces questions que « face à la ligne de partage générale de la loi du 4 mars 2002, responsabilité pour faute/solidarité nationale, s'impose un autre clivage : I.P.P. > 24% à l'O.N.I.A.M./ I.P.P. < 24% à l'assurance responsabilité médicale » : Y. Lambert-Faivre, *Droit du dommage corporel, Systèmes d'indemnisation*, Dalloz, 5^e éd. 2004, p. 825.

⁸⁷ J'ai développé plus longuement ce point, notamment in, D. Thouvenin, *Responsabilité médicale : de quoi s'agit-il exactement ?*, Sciences sociales et santé, juin 2006, p. 35-42.

⁸⁸ Estimant avoir à assumer des « fautes » inventées de tout pièce (argument non validé par l'analyse des arrêts rendus), c'est aux assureurs que l'on doit, dès 1992, la conceptualisation de l'aléa thérapeutique et de sa prise en charge par la solidarité nationale : cf. l'affirmation que « les médecins libéraux ne peuvent admettre que cette responsabilité soit déformée *au point de se transformer en assurance pour risques* » ; « le *risque*, préventif, diagnostique ou thérapeutique, non lié à une faute qui, lorsqu'un acte médical a eu des conséquences anormales, constitue *l'aléa médical*, doit recevoir une juste compensation dans le cadre de la *solidarité nationale* » dans la Déclaration du 14 Octobre 1992 des médecins libéraux sur le risque médical.

⁸⁹ Le terme « obligation » signifiant ce à quoi le contractant s'engage et non pas « devoir » ; on est en effet dans la logique de la promesse vis-à-vis d'un partenaire. Il existe deux catégories d'obligations, de résultat et de moyens. Aussi, dans le premier cas, l'inexécution du contrat résulte du fait que le résultat promis n'a pas été obtenu ; dans le second cas, elle résulte de la manière dont la prestation a été réalisée.

⁹⁰ Cass. Civ., 20 mai 1936, *DP* 1936, p. 88, note E.P., rapport Josserand, conclusions du procureur général Matter.

Et, contrairement à ce qui est volontiers affirmé dans les milieux professionnels de santé, **ceux-ci n'ont pas progressivement été tenus d'une obligation de résultat**. Ce n'est que pour des **défaillances liées à l'utilisation de matériels ou de produits**⁹¹, nécessaires à l'exécution d'un acte médical, qu'une obligation de sécurité de résultat a été mise à leur charge⁹², laquelle n'est pas confondue avec la manière d'exécuter les soins⁹³.

Plus récemment, au tournant des années 1995, ce sont les **établissements privés de soins** qui ont fait l'objet de demandes de réparation. Ainsi, le **contrat d'hospitalisation et de soins** met à leur charge « l'obligation de leur donner des soins attentifs et consciencieux »⁹⁴. Il s'agit des *soins courants nécessités par l'état des malades* qui incluent la surveillance de l'état de santé du patient, l'établissement devant prendre « les mesures nécessaires pour veiller à sa sécurité, les exigences afférentes à cette obligation étant fonction de l'état du patient »⁹⁵. Le respect de ces exigences implique que l'établissement de santé **dispose de locaux adaptés, d'un personnel suffisant, correspondant aux normes fixées par la réglementation** et ayant notamment « reçu une formation suffisante pour lui permettre d'utiliser l'équipement » mis à la disposition des patients⁹⁶. L'établissement de santé doit aussi mettre à leur service « des médecins qualifiés pouvant intervenir dans les délais imposés par leur état »⁹⁷.

Plus complexe est la **responsabilité due aux actes des professionnels de santé** liés à l'établissement de santé par des contrats d'exercice libéral ou salarié. **Dans l'hypothèse d'une exercice libéral**, la responsabilité de l'établissement de soins est dorénavant retenue en cas de **fautes conjointes**⁹⁸ ; par exemple, celle du médecin qui s'abstient de prendre toutes les

⁹¹ Cass. civ. 1^o, 9 novembre 1999, D. 1999, IR 266 ; *Deffrénois*, 2000, p. 251, obsv. D. Mazeaud.

⁹² En ne perdant pas de vue que le professionnel de santé dispose d'un recours en garantie contre le fabricant du matériel ou du produit défectueux. La solution retenue a pour objectif de rendre plus facile l'indemnisation du dommage, le patient ignorant bien évidemment à quel fournisseur le professionnel ou l'établissement de santé s'est adressé.

⁹³ Ainsi, l'arrêt précité est d'autant plus intéressant, que, la patiente qui avait fait une chute en descendant de la table de radiographie, avait plaidé l'idée que l'obligation de sécurité de résultat « s'applique au médecin lui-même qui doit tout mettre en oeuvre notamment pour que son patient descende d'une table d'examen radiologique sans dommage ». L'arrêt a pris le soin de dire que, si le contrat formé entre le patient et son médecin « ... met à la charge de ce dernier, une obligation de sécurité de résultat en ce qui concerne les matériels qu'il utilise pour l'exécution d'un acte médical d'investigation ou de soins, **encore faut-il que le patient démontre qu'ils sont à l'origine de son dommage** ».

⁹⁴ Civ. 1^{ère} 18 juillet 2000, Bull. n^o 220.

⁹⁵ Civ. 1^{ère}, 18 juillet 2000, Bull. n^o 221.

⁹⁶ Civ. 1^{ère}, 7 juillet 1998, Bull. n^o 239.

⁹⁷ Civ. 1^{ère}, 15 décembre 1999, Bull. n^o 351 Rapport annuel p. 396.

⁹⁸ Ce qui aboutit à une condamnation *in solidum*, principe qui joue quand plusieurs personnes sont condamnées chacune pour le tout envers le créancier ; concrètement cette règle permet à

dispositions pour permettre à une patiente d'accoucher dans les meilleures conditions et celle de la clinique qui ne met pas à la disposition de cette patiente un personnel ayant reçu la formation nécessaire. *Dans l'hypothèse d'un exercice salarié*, il est dorénavant admis que, malgré l'indépendance professionnelle dont jouissent aussi bien le médecin (ou la sage-femme) salarié⁹⁹ *qui agit sans excéder les limites de la mission qui lui est impartie, n'engage pas sa responsabilité à l'égard du patient, mais celle de l'établissement de santé privé*¹⁰⁰. Cette solution est fondée sur la dissociation de l'exécution des fonctions qui demeure indépendante et de leur organisation administrative, laquelle peut impliquer une subordination caractérisant le lien de préposition¹⁰¹.

On retiendra avec intérêt que ces solutions sont liées aux stratégies de défense des conseils des victimes, qui, plutôt que de mettre en jeu la responsabilité des différents professionnels de santé susceptibles d'avoir causé l'accident, ont progressivement *choisi de mettre en cause l'établissement lui-même* au titre *de l'organisation des soins*, aussi bien en ce qui concerne les conditions de délivrance des soins que la responsabilité du fait du personnel.

*** Les règles de responsabilité administrative dans le cadre hospitalier public : la logique de l'organisation du service public**

Elles sont fondées sur des principes différents qui gouvernent *les missions du service public* qui ne sont pas exercées dans un intérêt privé, mais *dans l'intérêt de tous*. L'arrêt de principe¹⁰² qui a reconnu la responsabilité administrative les exprimera de manière lumineuse, en se fondant sur la nature des rapports des personnes avec l'Etat ou un service public : la responsabilité « ne peut être régie par les principes qui sont établis dans le code civil », parce qu'il ne s'agit pas de « *rapports de particulier à particulier* » ; d'où la nécessité de se référer à *un autre système de*

la victime du dommage d'obtenir réparation de l'intégralité du préjudice en demandant le paiement à l'un quelconque des coauteurs du dommage.

⁹⁹ Toutefois, cette solution ne prive pas le patient qui le souhaiterait d'une action directe contre le médecin, mais non pas sur le fondement de l'inexécution d'un contrat de soins, mais sur celui de l'article 1382 du code civil (responsabilité délictuelle) : le médecin étant salarié de la clinique, et non pas professionnel libéral, aucun contrat ne peut être conclu avec le patient. En ce sens, T. C., 14 févr. 2000, n°02929 (cf. *infra*, note n° 74).

¹⁰⁰ Cass. civ. 1^{ère}, 9 novembre 2004, 3 arrêts, n° 1606, 1607 et 1608. Précisons que l'enjeu de ces arrêts est le suivant : jusqu'alors, la clinique indemnisait le patient, puis se retournait contre l'assureur du professionnel de santé sur le fondement de son indépendance. En privilégiant le modèle de l'organisation –des professionnels de santé salariés dont l'objet du contrat de travail est de dispenser des soins aux patients- il prive l'assureur de l'établissement de santé d'un recours contre ses proposés, règle prévue par l'article L. 121-12 du Code des assurances, sauf cas de malveillance commise par ces derniers (d'où la formule « *qui agit sans excéder les limites de la mission qui lui est impartie* »).

¹⁰¹ En ce sens, M. Bacache, *L'exercice de la médecine au sein d'un établissement de santé privé : quelles responsabilités ?*, Médecine & Droit, Mars-Avril 2008, p. 48-52.

¹⁰² TC, 8 févr. 1873, *Blanco*, D. 1873.3.20, concl. David.

règles, celui du *droit administratif*, avec sa logique et ses solutions, *celles-ci étant justifiées par les besoins du service*.

Toutefois, *l'application de ces règles à la responsabilité des hôpitaux publics ne se fera pas sans difficultés*, une distinction ayant été opérée entre *celle due à l'activité médicale* et *celle due au fonctionnement et à l'organisation du service*. Deux temps doivent être distingués : **celui qui court jusqu'en 1957**, où cohabitent deux régimes de traitement des accidents causés par l'activité médicale, celui de la responsabilité civile et celui de la responsabilité administrative, puis **celui qui court de 1957 à 1992** durant lequel le régime de responsabilité administrative est univoque, mais nécessite la preuve d'une faute lourde médicale, tandis qu'une faute simple pour les activités distinctes de l'exercice médical suffit, tandis qu'à partir de 1992, l'exigence d'une faute lourde médicale sera abandonnée.

Or ce traitement différencié s'est dans les deux cas appuyé sur *l'autonomie reconnue aux médecins au sein de l'hôpital public*, autonomie *fondée sur l'appartenance professionnelle, quel que soit par ailleurs leur statut*. Elle s'explique par la construction historique de l'activité médicale à l'hôpital, que l'on peut caractériser par deux grands traits : *l'hôpital avant d'être un établissement de santé*¹⁰³ qui accueille des personnes pour les soigner, *a d'abord été* – et cela pendant très longtemps- *un lieu d'assistance des indigents, parmi lesquels certains sont malades* ; or, les médecins qui interviennent dans les hôpitaux sont des *médecins libéraux* qui soignent leurs patients en ville et qui, par ailleurs, ont accepté de soigner sans contrepartie financière des individus malades hospitalisés¹⁰⁴. Cette situation retentira sur le régime de responsabilité, puisque durant soixante ans, à la différence de la responsabilité due au fonctionnement du service hospitalier public qui relèvera sans discussion du régime de la responsabilité administrative¹⁰⁵, selon les cas, l'activité dommageable des médecins sera appréciée sur le fondement de la responsabilité civile ou sur celui de la responsabilité administrative.

¹⁰³ Par la loi du 21 décembre 1941 et son décret d'application du 17 avril 1943 : en ce sens, J. Moreau, D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, coll. Mémentos, 6^e édition, 2004, p. 64.

¹⁰⁴ Car cela leur a permis en échange d'abord d'accéder aux cadavres pour faire des autopsies, puis et, quand la physiologie a supplanté l'anatomie, de mener à bien des expériences sur des malades hospitalisés. Ainsi, René Savatier, professeur de droit de renom, pouvait-il encore écrire en 1962 que le médecin étant un professionnel libéral n'est qu'un « visiteur d'ailleurs intéressé par une humanité souffrante, où les santés n'étaient point bonnes et où les malades en contrepartie de leur hébergement gratuit prêtaient aisément leurs corps à ses observations » : R. Savatier, *Les métamorphoses de la médecine hospitalière dans leurs modernes expressions juridiques*, Droit social, 1962, n° 9-10, p. 479.

¹⁰⁵ CE sect., 8 novembre 1935, *Dame veuve Loiseau et dame Philiponneau* (2 arrêts), S. 1936, p. 327 ; D. 1936, p. 15, concl. A. Heilbronner.

Cette différence s'explique par **les choix procéduraux des victimes** : généralement, si l'accident était dû à un interne en médecine, le patient en demandait réparation devant un tribunal administratif, car dans ce cas, l'interne, comme l'indique précisément cette dénomination, *faisant partie intégrante de l'hôpital*, a un *statut public indiscutable* ; les tribunaux administratifs s'estimant compétents, appliquaient les règles de la responsabilité administrative. En revanche, si l'accident était le *fait d'un médecin*, les demandes de réparation étaient faites devant les tribunaux judiciaires qui s'estimaient compétents, car ils soutenaient que le médecin hospitalier, *exerçant son art en toute indépendance et étant affranchi à ce sujet de toute directive et contrôle des autorités hospitalières*, ne pouvait pas être considéré comme le préposé de l'administration. Ils estimaient donc que la responsabilité de ce médecin n'était pas celle d'un agent public, mais celle d'un simple particulier.

Il fallut attendre un arrêt du Tribunal des Conflits, rendu en 1957¹⁰⁶ pour que l'on considère que *l'activité du médecin hospitalier engage la responsabilité de l'hôpital*. Et ce n'est sans doute pas un hasard qu'il ait été mis fin à cette disparité de traitement un an avant la grande réforme des études médicales et des structures hospitalières issue de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958¹⁰⁷ : cette réforme connue sous le nom de son instigateur, comme étant la réforme Robert Debré, a entendu rapprocher les activités de l'hôpital et de la faculté, instaurer le principe du plein temps hospitalier –ce qui a eu pour effet de faire relever les médecins-professeurs du statut de la fonction publique- et instituer un concours de recrutement national et anonyme. Ensuite, un statut hospitalier a été prévu pour les autres médecins non PUPH. Et, *puisque les médecins travaillant à l'hôpital public relèvent du droit public*, il n'y a plus de place pour le doute : dans un établissement de soins public, le malade hospitalisé se trouve dans une situation d'usager du service public et les soignants sont eux-mêmes des fonctionnaires ou des agents du service public.

La relation s'instaure entre le patient et l'hôpital représenté par son directeur. *C'est, en effet, à ce dernier qu'incombe l'organisation du service public*. Aussi, dans l'hypothèse où un patient estimerait avoir subi un dommage du fait de l'activité médicale, il doit en demander réparation à l'hôpital¹⁰⁸. En conséquence, *les règles de responsabilité applicables sont celles du droit public*.

¹⁰⁶ TC, 25 mars 1957, *Chilloux et Isaad Slimane, D.*, 2957, 2, p. 395, concl. Chardeau ; *JCP*, 1957, II, 10004, note R. Savatier ; *AJDA* 1957, II, p. 177, note J. Fournier, G. Braibant ; *Rev.adm.*, p. 247, note G. Liet-Veaux.

¹⁰⁷ Ordonnance « relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale ». Sur la genèse de cette réforme et ses enjeux, cf. H. Jamous, *Sociologie de la décision, La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Ed. du CNRS, 1969.

¹⁰⁸ Le patient ne peut pas agir directement devant la juridiction administrative qui ne peut être saisie que par la voie d'un recours contre une décision préalable de rejet (« sauf en matière de

- L'autonomie professionnelle de médecins continua de *jouer un rôle éminent au travers de la distinction* maintenue jusqu'en 1992¹⁰⁹ entre *les actes médicaux*¹¹⁰ n'engageant la responsabilité de l'hôpital *qu'en cas de faute lourde* et les *actes de soins ou des actes d'organisation du service* ne nécessitant « *qu'une* » *faute simple*¹¹¹. Dans une note récente de juin 2009, le Conseil d'Etat¹¹² fait observer que « du fait de la difficulté croissante à distinguer clairement les actes médicaux des prestations de soins courants et dans un contexte jurisprudentiel tendant à limiter le champ de la faute lourde, le Conseil d'État a **abandonné l'exigence d'une faute lourde en matière d'actes médicaux** et a ainsi unifié le droit de la responsabilité de tout le secteur de la santé publique sur le régime de la faute simple, sans particularité ».

-

travaux publics, la juridiction ne peut être saisie que par voie de recours *formé contre une décision ...* » : art. R. 421-1 code justice adm). Une demande gracieuse doit d'abord être adressée au directeur d'hôpital, et ce n'est qu'en cas de réponse négative (il dispose de deux mois pour saisir le tribunal administratif) ou en l'absence de réponse (dans ce cas, il n'est pas tenu par un délai pour agir), que la victime peut exercer un recours. Cependant, même en l'absence de décision administrative préalable, elle peut engager une procédure de référé sur simple requête devant le tribunal administratif.

¹⁰⁹ CE, ass., 10 avril 1992, *dame V.*, JCP 1992, II. 21881, note J. Moreau ; AJDA, 1992, p. 335, concl. H. Legal.

¹¹⁰ En la matière, l'expertise joue un rôle central. A ce sujet, l'arrêt CEDH, *Époux Mantovanelli c/ France*, 18 mars 1997, RTD civ., 1997, p. 1006, obsv. J-P Marguénaud a eu une répercussion très importante. En effet, il a remis en cause les conceptions françaises en matière de respect du principe du contradictoire. Pour elle, « *la question à laquelle l'expert était chargé de répondre se confondait avec celle que devait trancher le tribunal : déterminer si les circonstances dans lesquelles de l'halothane avait été administré à la fille des requérants révélaient une faute du CHRN. Or elle ressortissait à un domaine technique échappant à la connaissance des juges.* Ainsi, bien que le tribunal administratif ne fut pas juridiquement lié par les conclusions de l'expertise litigieuse, celles-ci **étaient susceptibles d'influencer de manière prépondérante son appréciation des faits** » ; aussi, « **le respect du contradictoire d'une procédure implique, lorsque le tribunal ordonne une expertise, la possibilité pour les parties de contester devant l'expert les éléments pris en compte par celui-ci pour l'accomplissement de sa mission** ».

¹¹¹ Dans un travail de recherche portant sur l'analyse systématique, de tous les arrêts notamment ceux rendus par le Conseil d'Etat entre 1984 et 1992, j'ai pu montrer que cette distinction était en réalité fondée sur l'indépendance technique reconnue aux médecins et surtout que le concept de « faute lourde » était largement illusoire, essentiellement parce que les arrêts du Conseil d'Etat n'étaient pas motivés : D. Thouvenin, *La responsabilité médicale : analyse des données statistiques disponibles et des arrêts rendus par la Cour de cassation et le Conseil d'Etat de 1984 à 1992*, Flammarion, 1995.

¹¹² Responsabilité de l'État - L'engagement de la responsabilité des hôpitaux publics, www.conseil-etat.fr/cde/fr/dossiers-thematiques/responsabilite-de-lEtat-lengagement-de-la.htm

- Cette position mérite de retenir l'attention parce qu'elle **traduit une évolution notoire** : certes, l'activité médicale a des spécificités, certes elle est appuyée sur les règles de l'art, mais **c'est l'exécution du service public qui est en jeu** ; il y a bien des individus qui ont été défaillants, mais cette défaillance engage le service public pour lequel ils agissent. De ce fait, la responsabilité de l'établissement hospitalier peut seule être engagée et non pas celle individuelle des soignants¹¹³. C'est parce que l'hôpital a manqué aux règles normales de gestion que l'on est en droit d'attendre d'un établissement hospitalier que sa responsabilité pourra être engagée. Aussi les solutions retenues rendent-elles compte **des défaillances des différents intervenants en tant qu'elles sont révélatrices de la mauvaise organisation des soins**.

Le service public hospitalier **assure une mission d'intérêt général**, ce qui sous-entend qu'**il a un objectif à atteindre**, en l'espèce recevoir tous les malades¹¹⁴ et les soigner. Il doit donc mettre à leur disposition une organisation qui assure correctement cette finalité¹¹⁵. Dans ce cadre, **c'est l'organisation qui prime** et non pas, comme dans l'exercice privé de la médecine, la relation individuelle médecin-patient. Du reste le patient n'a pas de relation juridique avec les personnels soignants, quels qu'ils soient. Ceux-ci sont des agents du service public qui **remplissent la mission de service public** qui leur est dévolue par la loi et qui consiste en la délivrance de soins aux malades, aux blessés, aux femmes enceintes, bref toutes personnes dont l'état de santé nécessite d'être hospitalisés. Les **patients** ont affaire **au service public tout entier** dont les **personnels assurent le fonctionnement**.

¹¹³ Sauf en cas de faute détachable du service public, dont l'effet principal est d'écarter la responsabilité de l'hôpital, ce qui oblige la victime à porter son différend devant les tribunaux de l'ordre judiciaire contre le professionnel de santé à titre personnel. Avec à la clé le risque de ne pas être indemnisé.

¹¹⁴ Art. L. 6111-1 al. 1 code santé pub. : « les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ».

¹¹⁵ *A propos de l'admission d'une patiente dans un service médical ne pouvant assurer des soins appropriés à la pathologie dont elle souffre, on relèvera avec intérêt l'arrêt CE, 16 juin 2000, Hospices civils de Lyon, n° 196255. En raison des risques courus en cas d'accouchement prématuré, une patiente enceinte de jumeaux de 23 semaines est transférée en urgence, après deux hospitalisations successives dans des hôpitaux généraux, aux Hospices civils de Lyon. Faute de place dans celui des établissements doté d'un service de néonatalogie, elle est admise dans un hôpital dépourvu d'une telle structure et ne disposant pas, par ailleurs, de spécialistes en réanimation néonatale. Nés prématurément, les enfants subissent des dommages inexorables. Le Conseil d'Etat retient une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service public au motif qu'il fallait admettre en surnombre la patiente dans un établissement spécialisé ou à défaut de mettre à la disposition de celle-ci des spécialistes de la réanimation néonatale. C'est la raison pour laquelle, la faute est retenue et cela même si l'hôpital ayant admis la patiente a exploité au mieux les moyens matériels et humains dont il disposait.*

- **Conclusion générale**

La présente analyse a visé deux objectifs :

1° - en identifiant les **différentes significations** des termes « responsable » et « responsabilité », *rendre compte de leur polysémie* et

2° - en la conduisant **à partir des règles juridiques**, mettre en évidence, au travers de l'application des règles de responsabilité, *les conditions estimées nécessaires à une bonne délivrance des soins*, et *donc à leur organisation*, auxquelles les décisions se réfèrent pour se prononcer sur les défaillances reprochées.

*** En ce qui concerne la polysémie des termes « responsable » et « responsabilité »**, au moins trois plans différents ont pu être mis en évidence :

celui de la responsabilité, au sens moral, qui renvoie chaque personne à sa conscience : elle estime avoir à rendre compte de ses actes et/ou elle considère avoir l'obligation morale de remplir un devoir

celui de la responsabilité, au sens de la réparation du dommage causé, en application des règles juridiques qui déterminent les modalités de désignation de ceux qui ont à l'assumer

celui de la responsabilité, au sens de l'organisation, qui désigne le poste ou la situation occupés et les décisions que ces positions nécessitent de prendre.

S'il n'y a pas lieu de privilégier *une* signification *au détriment de l'autre*, c'est à la condition de *veiller, dans toute la mesure du possible*, à les distinguer *afin d'éviter les confusions*. Si la mise en avant par les soignants de « leur » responsabilité personnelle d'un point de vue moral est estimable, encore faut-il que cette revendication *ne vienne pas en lieu et place* de la responsabilité au regard des règles sociales.

Toutefois, grande est la tentation de passer d'un plan à un autre, car la plupart du temps, **c'est la position qu'occupe chacun d'entre eux vis-à-vis des autres professionnels** qui est sous-jacente aux questionnements que se posent les professionnels de santé sur « la » ou « les » responsabilités. Sont alors en cause la représentation de soi et l'espace de plus ou moins grande liberté que permet l'exercice professionnel, préoccupations qui sont d'une nature différente de celles qui sont au fondement des règles de responsabilité **qui**, quant à elles, **mettent en jeu leurs rapports avec ceux qu'ils soignent**.

*** En ce qui concerne les règles juridiques gouvernant la réparation des dommages causés par un accident médical**, leur **analyse** constitue un outil précieux de compréhension *des rapports existant entre le patient et les professionnels et/ou les établissements de santé*

dont l'accident est *le révélateur*. Ainsi n'est-ce pas le fait d'être une personne malade ou un soignant qui est pris en considération, mais *les positions d'acteurs* ; la conséquence la plus notable est que *la personne qui aura à répondre du dommage causé* n'est *pas nécessairement* celle qui est à l'origine *de l'erreur*.

Et, tel est précisément le cas de la responsabilité dans le cadre de **l'hôpital public** : parce qu'ils n'ont *aucune relation juridique avec les patients*, les soignants quelles que soient leurs fonctions, *n'ont pas à assumer les conséquences dommageables des accidents survenus en son sein*, même lorsque leur activité en est l'origine. Le patient est un usager du service public et entre en relation avec l'établissement de santé public, tandis que les soignants sont des agents publics relevant de la fonction publique hospitalière.

C'est donc l'hôpital, *en tant que personne morale, qui assumera la responsabilité*, s'il est démontré qu'il a manqué aux règles normales d'organisation qui sont celles que l'on est en droit d'attendre d'un établissement hospitalier. Et, *les défaillances* individuelles des différents intervenants *ne sont pas visées en tant que telles*, mais en *tant qu'elles révèlent la mauvaise organisation du service public*. C'est du reste pour cette raison que, dans un procès contre l'hôpital, les personnes à l'origine de l'accident ne sont pas parties à la procédure¹¹⁶.

Cette constatation conduit alors à se poser la question suivante : *pourquoi les soignants hospitaliers publics* sont-ils amenés *avec une constance qui ne s'épuise jamais* à *s'interroger sur « leur » responsabilité*, alors qu'ils n'ont pas à assumer la réparation pécuniaire des accidents qu'ils causent. Certes, ils peuvent craindre des poursuites pénales ; mais si elles sont fortement médiatisées, elles sont rarissimes.

L'hypothèse la plus vraisemblable est que, sous couvert de cette responsabilité si souvent invoquée, il s'agit en réalité de *la revendication d'un espace de liberté* sous forme *d'autonomie vis-à-vis de la hiérarchie administrative*. On en trouve l'origine dans **la représentation de l'exercice libéral** de la profession médicale **comme archétype**, caractérisé par son **indépendance** ; par hypothèse exclusive de toute subordination, elle est l'expression de « *la fierté* » des membres de la profession libérale « *de n'avoir d'autres maîtres qu'eux-mêmes* »¹¹⁷. Elle est considérée comme l'expression de *l'essence même de la profession médicale*¹¹⁸, ce qui en fait

¹¹⁶ D'où le rôle éminent de l'expertise, dans la mesure où, bien que la responsabilité de l'hôpital soit mise en cause, il est nécessaire d'analyser les défaillances individuelles qui sont à l'origine du dommage.

¹¹⁷ J. Savatier, *La profession libérale, étude juridique et pratique*, L. G. D. J. 1947, p. 63.

¹¹⁸ C'est la Charte de la médecine libérale qui la proclamera ; elle fut adoptée lors du Congrès de la Confédération des syndicats médicaux de France du 30 novembre 1927 ; elle a été entérinée par la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971.

un principe de portée générale¹¹⁹. Cette *représentation de soi* s'est imposée *grâce aux différents codes de déontologie*, d'abord ceux des médecins¹²⁰ et des pharmaciens¹²¹, puis plus récemment ceux des auxiliaires médicaux¹²², du moins pour les masseurs-kinésithérapeutes¹²³ et les pédicures-podologues¹²⁴, puisque les infirmiers et infirmières, ont, quant à eux, des « règles professionnelles »¹²⁵.

L'analyse comparée de ces différents codes¹²⁶ permet d'identifier que l'indépendance professionnelle est visée à plusieurs titres : celui de la rémunération (il s'agit d'éviter notamment des modes de rémunération au rendement), celui de *l'indépendance des décisions* et *celui du respect mutuel de l'indépendance de chacun*¹²⁷. En effet, si elle fut, pendant longtemps, l'apanage des médecins, *elle s'applique désormais à l'ensemble des professionnels de santé*.

Et, comme chaque code de déontologie érige l'indépendance comme un *principe* consubstantiel à toute profession de santé, elle constitue *une sorte de statut commun* à tous les

¹¹⁹ Au titre de ce qu'on appelle les « principes déontologiques fondamentaux ». Ils ont été introduits dans le code de la sécurité sociale par la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux. Ils sont énoncés à l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, dans une formule inchangée depuis 1971 : « dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, *le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins* est assuré *conformément aux principes déontologiques fondamentaux* que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 ». Un arrêt du Tribunal des conflits a ainsi pu décider « ... qu'eu égard à *l'indépendance professionnelle* dont bénéficie le médecin dans l'exercice de son art *qui est au nombre des principes généraux du droit*, il est loisible au patient, indépendamment de l'action qu'il est en droit d'exercer sur un fondement contractuel à l'encontre de l'établissement privé de santé de rechercher, sur le terrain délictuel, la responsabilité du praticien lorsque, dans la réalisation des actes médicaux, celui-ci a commis une faute » : T. C., 14 févr. 2000, n°02929.

¹²⁰ Arts. 4127-1 à 4127-112 du code de la santé publique. les chirurgiens-dentistes : arts. 4127-201 à 4127-285 du code de la santé publique ; les sages-femmes : arts. 4127-301 à 4127-367 du code de la santé publique.

¹²¹ Arts. R. 4235-1 à R. 4235-77 du code de la santé publique.

¹²² C'est-à-dire, les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues.

¹²³ Arts. R. 4321-51 à R. 4321-145 du code de la santé publique.

¹²⁴ Arts. R. 4322-31 à R. 4322-96 du code de la santé publique.

¹²⁵ Arts. R. 4312-1 à R. 4321-49 du code de la santé publique.

¹²⁶ Sans oublier ceux des chirurgiens-dentistes : arts. 4127-201 à 4127-285 du code de la santé publique et des sages-femmes : arts. 4127-301 à 4127-367 du code de la santé publique.

¹²⁷ Ainsi le même type de formule est-il répété pour chaque profession : telle catégorie de professionnels doit « ... entretenir de bons rapports avec les membres du corps médical, les membres des autres professions de santé ... *et respecter leur indépendance professionnelle* ».

professionnels de santé qui s'impose indépendamment de la forme de l'exercice professionnel¹²⁸, y compris le salariat ou la fonction publique¹²⁹. Cependant, cette indépendance *n'a jamais été synonyme d'un exercice professionnel* gouverné par *leur bon vouloir*. Pour en mesurer *la portée exacte à l'hôpital public*, il faut prendre en considération l'évolution, durant les 25 dernières années, du modèle de sa gouvernance. Si l'indépendance des soignants à l'hôpital public leur est clairement reconnue vis-à-vis du directeur de l'hôpital, il n'en est pas exactement de même vis-à-vis du chef de pôle. Les règles en la matière sont révélatrices de la manière dont ces deux catégories de rapports sont envisagés.

Dans un premier temps, l'indépendance des soignants a été reconnue vis-à-vis du directeur de l'hôpital, en trois étapes législatives successives -1984, 1986 et 1991- qui marquent son élargissement progressif à tous les professionnels de santé. Ainsi, le directeur « exerce son autorité sur l'ensemble des personnels », mais « *dans le respect* » de *la déontologie médicale et de l'indépendance professionnelle*, limite réservée au seul médecin¹³⁰ en 1984, puis élargie au pharmacien¹³¹ en 1986, enfin à tous les professionnels de santé¹³² à partir depuis 1991. Depuis cette date, la formule inchangée est la suivante : « le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel *dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles* qui s'imposent

¹²⁸ Effet également observé pour d'autres professions, telles que celles d'avocat ou de notaire, notamment pour ceux d'entre eux qui sont salariés.

¹²⁹ Par exemple, art. R. 4127-95 du code de la santé publique : « le fait pour un médecin *d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé* n'enlève rien à ses devoirs professionnels *et en particulier à ses obligations concernant* le secret professionnel et *l'indépendance de ses décisions*. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie ». Cette formule est *reproduite* dans *les codes de déontologie de toutes les autres professions de santé*.

¹³⁰ Loi n°84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier (art. 7) : le directeur de l'hôpital « met en œuvre la politique définie par le conseil d'administration et approuvée par le représentant de l'Etat. Il assure la conduite générale de l'établissement. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble des personnels, dans le respect *de la déontologie médicale, des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins* et de *l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art* ». Dans cette version le terme « praticien » renvoie uniquement au médecin.

¹³¹ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 : « a cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble des personnels, dans le respect de la *déontologie médicale et pharmaceutique, des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins* et de *l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art* ».

¹³² Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. L'indicateur en est la référence, non plus seulement à la déontologie, mais aussi aux règles professionnelles, expression qui concerne les infirmières.

aux professions de santé, des *responsabilités* qui sont les leurs *dans l'administration des soins* et de *l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art* »¹³³.

Pour les professionnels de santé, *l'habileté de cet énoncé qui en fait la force*, tient à ce que la limitation de l'autorité hiérarchique du directeur de l'hôpital par les règles déontologiques, est la conséquence, non pas d'une prérogative qui leur serait reconnue, mais d'une obligation pesant sur eux¹³⁴, puisque « les *règles déontologiques* ou *professionnelles* [...] **s'imposent** aux professions de santé ».

Si *tout professionnel de santé* exerçant à l'hôpital public est soumis aux mesures prises pour l'organisation des services, le directeur de l'hôpital *n'a pas le pouvoir de lui donner des ordres sur la manière d'accomplir sa mission de soins* : établir un diagnostic, prescrire ou choisir un traitement et sa mise en oeuvre. *L'indépendance* dans *l'exercice de leurs compétences*¹³⁵ étant reconnue à l'ensemble des professionnels de santé contribue à la construction d'une **représentation univoque** de l'autonomie de la *communauté des soignants* vis-à-vis du directeur.

Dans un second temps, l'instauration en 2005¹³⁶ des pôles d'activité a *modifié les modalités de l'exercice de l'autorité du directeur de l'hôpital*. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, qui ne remet pas en cause cette orientation, a cependant remanié en profondeur la gouvernance de l'hôpital. Dans son rapport devant l'Assemblée nationale, le député Jean-Marie Rolland la résume clairement : « il s'agit de doter l'hôpital d'une chaîne hiérarchique claire et responsable, d'approfondir le principe du pilotage médico-administratif et d'introduire un réel management de proximité via les pôles. L'objectif est de permettre à chacun, via des organes décisionnels renouvelés, d'assurer un meilleur exercice de ses responsabilités »¹³⁷.

¹³³ Art. L. 6143-7 al. 4 du code de la santé publique.

¹³⁴ En ce sens, J. Moret-Bailly, *Les déontologies*, Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2001, p. 372 et suiv. : « la déontologie, censée s'imposer, légitime donc en le masquant, un choix dans l'organisation du service public ».

¹³⁵ On relèvera que dans l'expression « ... responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins », le terme « responsabilités » est utilisé dans le sens des positions occupées dans la chaîne des soins et renvoie aux différentes compétences mobilisées pour leur réalisation.

¹³⁶ Par l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

¹³⁷ J-M Rolland, *Rapport au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, Ass. Nat. n° 1441, 5 févr. 2009, tome I, p. 17.

La loi est la traduction de ce projet : le directeur « *conduit la politique générale de l'établissement* »¹³⁸ et met en œuvre le projet médical de l'établissement. S'il assume l'organisation administrative interne, celle-ci est appuyée sur une logique d'objectifs négociés entre les différents niveaux hiérarchiques¹³⁹ : il « *définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité, conformément au projet médical d'établissement ...* »¹⁴⁰, le « *contrat de pôle* » étant conclu entre le directeur et le chef de pôle ; ce contrat précise « *les objectifs et les moyens du pôle...* »¹⁴¹, dont la *mise en œuvre* est réalisée par « le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique... ».

C'est le *praticien chef de pôle* qui *organise son fonctionnement* « avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement » et *affecte les personnels* « en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels... »¹⁴². Son autorité est qualifiée de « *fonctionnelle* », à la fois pour la distinguer de l'autorité hiérarchique du directeur et pour marquer qu'elle est au service de la réalisation du projet d'établissement. Elle est exercée, non plus « dans le respect des règles déontologiques qui s'imposent aux professions de santé » et dans celui de « l'indépendance professionnelle... » à l'instar de celle du directeur, mais seulement « *dans le respect de la déontologie de chaque praticien ...* »¹⁴³.

L'absence de référence au *respect de l'indépendance professionnelle* dans l'énoncé *qui concerne le chef de pôle* n'est sans doute pas l'effet d'un oubli. Celui-ci, qui a *la qualité de médecin*¹⁴⁴, est en position d'autorité sur l'ensemble des personnels médicaux et soignants¹⁴⁵. Dans ce cas, « la déontologie de *chaque* praticien » ne produit pas vis-à-vis du *chef de pôle les*

¹³⁸ Aussi définit-il « l'organisation interne de l'établissement » qui passe par la signature des « contrats de pôle d'activité » : art. L. 6143-7 als. 1 et 6 du code de la santé publique.

¹³⁹ Il s'agit d'une « déconcentration de la gestion au plus près des structures de prises en charge des patients à travers la contractualisation interne et les délégations de gestion) destinée à renforcer la direction administrative des établissements et les équipes médicales pour donner à l'hôpital plus de souplesse, de réactivité et d'efficacité » : J-M Rolland, *Rapport au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, Ass. Nat. n° 1441, 5 févr. 2009, tome I, p. 17.

¹⁴⁰ Art. L. 6146-1 al. 1 du code de la santé publique.

¹⁴¹ Art. L. 6146-1 al. 8 du code de la santé publique.

¹⁴² Art. L. 6146-1 al. 9 du code de la santé publique ; le texte précise que « dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme ».

¹⁴³ «... *et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle* ».

¹⁴⁴ Cf. art. L. 6146-1 al. 4, 5, 6 et 7 du code de la santé publique.

¹⁴⁵ Également non médicaux, mais la question de l'application des règles déontologiques ne se pose pas pour eux.

mêmes effets que « *les règles déontologiques...* » vis-à-vis *du directeur* : non plus, leur respect *comme une limite* qui lui est opposable parce qu'il est extérieur à la sphère des soins, mais *un outil de reconnaissance des spécificités* de chaque professionnel de santé intervenant dans le pôle. Ici « *la déontologie de chaque praticien* », opère *en interne* comme une forme de bornage des positions de chacun vis-à-vis des autres, au sens du respect des compétences de chaque professionnel de santé.

On émettra l'hypothèse, que *la portée de la déontologie pour chaque catégorie professionnelle* est *moins efficace en interne*, car dans ce cas, il n'est pas possible de ne pas prendre en considération les hiérarchies explicites ou implicites existant entre les différentes catégories de professionnels de santé ; ici, la *représentation univoque de la communauté des soignants* vis-à-vis de ceux qui n'en font pas partie *ne peut pas jouer*.

Le modèle qui sert de sous-bassement à cette organisation est *celui de la contractualisation des objectifs*, expression entrée il y a un quart de siècle dans le vocabulaire administratif pour désigner un nouveau procédé de modernisation de la gestion des services publics, succédant à la « rationalisation des choix budgétaires ». Alors que cette dernière opérait une rationalisation de l'action publique « par le haut », la contractualisation fait dépendre l'attribution de crédits d'Etat aux ministères, collectivités ou personnes publiques, de leur engagement à atteindre certains objectifs¹⁴⁶.

C'est donc selon un *schéma contractuel* que se décline désormais l'organisation des soins hospitaliers. Si le directeur de l'établissement conduit la politique de l'établissement, et pour cela « arrête l'organisation interne de l'établissement... »¹⁴⁷, les chefs de pôles la réalisent. Le contrat¹⁴⁸ qui est négocié leur fixe des objectifs de résultats en lien avec les moyens matériels et humains qui leur sont délégués. Ils ont autorité sur l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux du pôle et veillent à la mise en œuvre du projet médical. Au sein des pôles, la démarche de contractualisation est ensuite déclinée avec l'ensemble des personnels concernés ; c'est dans ce cadre que les compétences de chacun sont mobilisées pour les objectifs qui ont été fixés au pôle, dans une *finalité commune*, celle des *soins dont le patient a besoin*.

Paris, le 4 août 2009

Professeure Dominique Thouvenin

¹⁴⁶ Cf. notamment, L. Richer, *La contractualisation comme technique de gestion des affaires publiques*, AJDA, 19 mai 2003, p. 973.

¹⁴⁷ Art. L. 6143-7 du code de la santé publique : il « signe les contrats de pôle d'activité ».

¹⁴⁸ Il « ... définit les *objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi* des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat » : art. L 6145-16 du code de la santé publique.

Ecole des hautes études en santé publique
Titulaire de la chaire «Droit de la santé et éthique»
Centre de Recherche «Droit, Sciences et
Techniques» (CRDST), UMR 8103, Paris1
Panthéon-Sorbonne

Denis Debrosse et Pierre Simon : Chefs de pôle : quel rôle dans la future loi HPST ?

La France est avec l'Allemagne l'un des derniers pays européens à réorganiser l'hôpital en pôles, ces unités hospitalières qui visent à obtenir la meilleure évaluation de l'efficacité des organisations de soins. Considérés en 2005 comme le produit d'unions impossibles ou illégitimes entre des services (de la carpe et du lapin...), les pôles sont aujourd'hui en place. Pierre angulaire de l'organisation de l'hôpital dans la future loi Hôpital, patients, santé, territoires, à condition que l'établissement ait une taille suffisante, le pôle est dirigé par un médecin. De responsable, il devient chef. Une sémantique pleine de sens, volontairement choisie par les pouvoirs publics. Ce chef de pôle exercera une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels du pôle, y compris les médecins. Il devra être un « clinical manager » qui s'engagera sur un contrat, avec délégation de gestion. Cette délégation va créer, de facto, un lien hiérarchique avec le directeur.

Comment la loi décrit-elle le rôle du nouveau pilote ? Qui le nomme ? Sachant que l'établissement doit disposer d'une taille suffisante pour bénéficier de marges de manœuvre et d'outils de pilotage significatifs (lorsque l'hôpital est petit, l'organisation en pôle sera facultative), seul le directeur a le pouvoir de choisir et nommer le chef de pôle.

Le directeur recueille l'avis du président de la CME, et dans les CHU, du directeur de l'UFR et du président du comité de coordination des études médicales (CCEM). Il ne s'agit plus d'une nomination commune par les deux têtes de la gouvernance. Peut-on dès lors parler d'un retour en arrière de la gouvernance, comme le croient certains médecins ? Nous ne le pensons pas, car le président de la CME, qui est de droit vice-président du directoire, conserve un rôle fort dans la gouvernance de l'établissement.

Le pouvoir politique a souhaité qu'il n'y ait qu'un seul « patron » à l'hôpital, c'est-à-dire un seul responsable du management. Le directeur (qui pourra être un médecin) devra donc assumer ses choix. Le chef de pôle a une délégation de gestion qui engage la responsabilité du directeur. On passe néanmoins d'une période de démocratie participative (désignation du candidat à la chefferie de pôle par les médecins du pôle, avis de la CME) à une démocratie plus directive (choix du directeur qui a seul le pouvoir de nomination, le recueil d'avis semble plus secondaire).

Quelle est la durée du mandat ?

La future loi précise que le chef de pôle est nommé pour trois ans. Cela signifie qu'il dispose de 36 mois pour démontrer ses aptitudes à conduire les objectifs du contrat de pôle signé avec le directeur. C'est une durée nécessaire et suffisante pour ne pas mettre en péril la compétence médicale.

Si on se réfère aux autres pays européens, le temps consacré à la gestion du pôle est en moyenne de deux demi-journées par semaine. La réduction du temps médical n'est que de 20 %.

Le chef de pôle reçoit une indemnité mensuelle de 200 euros pour cette fonction (l'arrêté est en cours de préparation), sachant par ailleurs que la loi prévoit un intéressement.

Qu'est-ce que l'autorité fonctionnelle ?

L'autorité fonctionnelle est à distinguer de l'autorité hiérarchique.

>>L'autorité hiérarchique : conformément aux termes de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique (CSP), l'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement s'exerce « *sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art* ». Autrement dit, lorsque les médecins et les personnels de santé ne sont pas dans l'exercice des soins aux patients, ils sont placés sous l'autorité hiérarchique du directeur.

L'autorité hiérarchique dispose d'au moins quatre prérogatives :

- le pouvoir d'instruction, c'est-à-dire le pouvoir d'évoquer une affaire et de la traiter directement,
- le pouvoir d'annulation, c'est-à-dire la possibilité d'annuler une décision prise par un subordonné pour des raisons d'opportunité,
- le pouvoir de substitution, ou la possibilité de se substituer à son subordonné et d'agir en son lieu et place,
- le pouvoir de réformation, qui fait que l'autorité hiérarchique peut modifier la décision prise par son subordonné.

>>L'autorité fonctionnelle : l'autorité fonctionnelle du chef de pôle est définie à l'article L. 6146 al. 1 du code de la santé publique (CSP) : « *Le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle.* »

Elle présente quelques caractéristiques du pouvoir hiérarchique : le pouvoir de donner des instructions au personnel du pôle, le pouvoir d'annuler des décisions prises par les collaborateurs et le pouvoir de réformer leurs décisions, c'est-à-dire de les modifier. Il ne s'agit pas d'une autorité hiérarchique car elle n'inclut pas les prérogatives liées à la qualité d'autorité « investie du pouvoir de nomination », ni celles portant sur la gestion des carrières, le pouvoir de notation et le pouvoir disciplinaire.

La nouvelle loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) conforte l'autorité fonctionnelle du chef de pôle sur l'ensemble des personnels du pôle, incluant les médecins responsables d'unités fonctionnelles ou de services, les cadres soignants, les infirmiers, les aides-soignants, les agents administratifs, etc. L'objectif est bien de donner au chef de pôle toute l'autorité nécessaire à la réalisation du contrat de pôle qu'il a signé avec le directeur.

Comment le chef de pôle doit-il utiliser cette autorité fonctionnelle ?

Le pouvoir solitaire n'est jamais une bonne chose et conduit souvent à l'échec. Le chef de pôle doit s'entourer d'une équipe au sein d'un bureau de pôle. La nouvelle loi lui donne la faculté de choisir les membres de cette équipe et de les proposer au directeur qui les nommera dans cette fonction d'assistance au chef de pôle. Le chef de pôle aura donc toujours la possibilité de s'entourer d'un cadre soignant et d'un cadre administratif, mais il les choisira. Il aura également intérêt à réunir au sein du bureau de pôle les responsables d'unités fonctionnelles ou de services, mais ce n'est pas une obligation. Le management d'un pôle nécessite des aptitudes. Si le directeur, investi du pouvoir de nomination, repère les aptitudes d'un médecin, celui-ci peut demander une formation complémentaire pour consolider sa compétence managériale.

Comment doit-il élaborer le projet de pôle ?

Le projet de pôle doit être le poumon du pôle. Il doit être clinique, c'est-à-dire servir la qualité et la sécurité des soins aux patients. C'est en ce sens que le chef de pôle doit être un *clinical manager*, dénomination des chefs de pôle dans les autres pays européens. Le projet de pôle est la déclinaison du projet médical d'établissement, voire du projet médical de territoire. Le chef de pôle élabore ce projet avec son équipe rapprochée et le soumet ensuite au conseil de pôle. Celui-ci est un lieu de débats, comme l'était en son temps le conseil de service. Le conseil de pôle doit s'approprier le projet pour le faire vivre par les différents métiers qui s'exercent au sein des services et unités fonctionnelles. C'est du projet de pôle que sortira le contrat de pôle, véritable contrat d'objectifs et de moyens du pôle (CPOM), partie du CPOM de l'établissement qui est signé avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, et bientôt celui de l'agence régionale de santé. Le contrat d'objectifs et de moyens du pôle est conclu entre le directeur de l'établissement et le chef de pôle.

Quel pouvoir donne la délégation de gestion ?

La nouvelle loi oblige le chef d'établissement à donner une délégation de gestion au chef de pôle. Le contenu de cette délégation de gestion est de la responsabilité du directeur. Il figure dans le contrat de pôle.

L'article 6145-16 du code de la santé publique précise ce qu'est la délégation de gestion : « *Les responsables (chefs) de pôle bénéficient de délégations de gestion accordées par le directeur après la signature du contrat interne.* » Le texte ne précise ni le contenu ni la portée de cette délégation de gestion, d'où la liberté d'appréciation du directeur quant au contenu et à l'extension de la délégation de gestion qu'il consent.

L'objectif est d'attribuer au chef de pôle les marges de manœuvre nécessaires à la mise en œuvre du contrat de pôle et au bon fonctionnement du pôle. En pratique, il peut s'agir d'une délégation de signature formelle ou d'un droit de tirage sur l'enveloppe budgétaire du pôle, l'administration s'interdisant alors d'en discuter l'opportunité. La délégation de gestion donne une responsabilité au délégataire, mais ne libère pas le délégant de sa responsabilité : c'est un contrat

d'engagement managérial, un contrat interne. Elle suppose la mise en place d'un système d'information performant et partagé, ainsi que des procédures de contrôle, avec mise à disposition du chef de pôle et de son bureau de guides pratiques précisant la réglementation et les modalités de mise en œuvre, ainsi que d'outils de pilotage : tableau de bord mensuel ou bimestriel, qui est un suivi de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) du pôle.

La délégation de pouvoir est consentie au délégataire en raison des fonctions qu'il exerce. Elle n'est donc pas affectée par les changements intervenant dans la personne du délégant ou du délégataire. Elle constitue une véritable modification de la répartition des compétences en dessaisissant le délégant au bénéfice du délégataire : le délégant ne peut plus exercer les compétences qu'il a déléguées. La délégation de signature est consentie *intuitu personae*. Elle cesse ipso facto du fait du changement intervenu dans la personne du délégant ou dans celle du délégataire. Elle consiste seulement à décharger matériellement le délégant d'une partie de ses attributions, qui restent toujours de sa compétence et qu'il peut donc toujours traiter en lieu et place du délégataire.

Les dispositions de la future loi HPST sur cette question importante ne sont pas encore connues. Juridiquement, il ne peut y avoir à l'hôpital que des délégations de signature : en ce qui concerne les directeurs des établissements publics de santé, les textes ne prévoient que la seule délégation de signature. L'article L.6143-7 du CSP précise que « *le directeur peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par décret* ».

Pour être clair sur ce point, c'est une évolution majeure dans l'organisation de l'hôpital. Le chef de pôle est bien placé sous l'autorité hiérarchique du chef d'établissement. C'est une règle absolue : le délégataire engage en effet la responsabilité du délégant. La deuxième innovation, et ce n'est pas la moindre, c'est le transfert de délégation de signature vers la sphère médicale, alors que cela était toujours resté dans la sphère administrative. Cela peut être considéré comme une perte de pouvoir pour l'administration, avec les résistances que l'on imagine.

Quelle place pour le chef de pôle dans le directoire ?

Dans le Conseil exécutif (CE), la plupart des responsables de pôle avaient leur place, à la condition que le découpage en pôles de l'établissement ait été raisonnable. L'enquête récente réalisée par la DHOS a montré que dans les CHU, le nombre moyen de pôles était de douze (les médecins avaient neuf places au conseil exécutif) et de neuf dans les centres hospitaliers (les médecins avaient six places au CE).

Dans la nouvelle loi, le directoire est limité à cinq personnes dans les CH et à sept en CHU. Tous les chefs de pôle ne pourront donc pas y siéger. De plus, c'est le directeur qui a la responsabilité de nommer les membres du directoire après avoir recueilli l'avis du président de la CME pour la nomination des membres médecins. Sur ce point, il faut préciser que le directoire reste, dans la nouvelle loi, une instance consultative. C'est le président du directoire, directeur général unique, qui est investi du pouvoir de décision... On peut souhaiter que le président du directoire qu'il sache instaurer un régime d'invitation de responsables de pôles en fonction des

sujets traités par le directoire. Au delà, il relève de l'initiative de chaque établissement de définir son mode de management.

Quelles sont les conditions de la réussite ?

Les pôles ont trois ans de vie. Une durée d'observation suffisante pour autoriser certains enseignements, que nous résumerons en quatre points :

>> La cohérence en termes de management : l'organisation en pôles fonctionne dès lors que chacun joue le jeu et tout particulièrement le directeur, le conseil exécutif, l'équipe de direction et la direction des soins. C'est une évidence, mais on est encore loin du compte sur le terrain.

>> La qualité des gestionnaires : la balle est dans le camp de l'administration qui se doit d'être très performante en termes de gestion (finances, ressources humaines, système d'information...).

>> La qualité de la saisie des données : le département d'information médicale doit garantir la qualité de la saisie des données, leur rapidité est partie prenante de la gestion. Les réticences, au nom du secret médical et de la santé publique, ne sont plus de mise. Il en va de l'avenir de chaque pôle en termes de ressources.

>> Un projet médical fondé sur les besoins de santé : l'organisation doit être fondée sur un projet médical qui n'est pas l'addition des ambitions, mais la réponse aux besoins de santé de la population du territoire, avec des marqueurs très structurants (urgences, prise en charge des personnes âgées et des alternatives à l'hospitalisation).

Le management doit être au rendez-vous de la loi Hôpital, patients, santé, territoires. La loi Mattei a donné un cap à l'hôpital, la future loi HPST va changer le braquet : l'administration classique disparaît, le chef de service est remplacé par le chef de pôle, avec des pouvoirs importants.

Cette réforme connaîtra des succès, là où les hommes s'engageront résolument. Elle comporte des risques d'échec, en raison notamment de difficultés financières majeures. L'agence nationale d'appui à la performance sera aux côtés des hospitaliers afin de les aider. Le Centre national de gestion assurera une vraie gestion des compétences et l'Institut du management devra, au sein de l'école des hautes études en santé publique, former les nouveaux dirigeants.

Denis DEBROSSE et Pierre SIMON, conseillers généraux des établissements de santé

Jean Riondet : La mobilité verticale et horizontale et les passerelles entre le médical et médicosocial :

Filières d'accès et de formation, aspects réglementaires et organisationnels

Dans mon champ d'observation, les passages d'une catégorie à l'autre sur la base d'expériences professionnelles et éventuellement de formations complémentaires se sont faits de deux manières :

- soit en proposant à des fonctionnaires des emplois dans des organisations de droit privé (associations) où ils sont mis à disposition pour des activités en lien avec les activités hospitalières (réseau de santé),
- soit en permettant l'évolution vers la catégorie des ingénieurs des techniciens supérieurs hospitaliers promus par le biais d'un concours sur titre. Notre action aura consisté à mettre en œuvre l'acquisition du titre.

Pour situer mon propos, je m'inscris dans les réflexions qui ont distingué cadre et encadrement. Ce qui suit porte sur les personnes qui occupent des positions d'encadrement. Puisque, en France, une particularité de l'usage du terme cadre renvoie à la pratique de classer dans cette catégorie ceux qui peuvent bénéficier de la caisse complémentaire des cadres.

Cette pratique intègre dans cette dénomination des personnes qui sont en position fonctionnelle et non hiérarchique. Ainsi en va-t-il des cadres commerciaux.

Cette distinction est à noter car elle impacte fortement nos représentations, nous confondons aisément responsabilité d'encadrement, de pilotage, de management et position dans une grille indiciaire, un statut, une convention collective, un niveau de rémunération.

Mon propos portera moins sur les jeux sociaux autour de la reconnaissance dans une grille indiciaire que de comprendre comment un passage d'une position à une autre est possible dans l'évolution d'une carrière vue sous l'angle de la reconnaissance des compétences.

Je ne ferai pas référence à des travaux de recherche, mais à mon expérience professionnelle.

Dans la tradition industrielle française les ingénieurs sont recrutés dans des écoles d'ingénieurs ou au niveau M2 des Universités. Les promotions internes à ce niveau sont exceptionnelles, et relèvent du parcours du combattant.

Dans la Fonction Publique les cadres sont recrutés par concours sur épreuve et concours sur titre, ouverts systématiquement en interne et en externe, dans des proportions toujours définies au moment de l'ouverture des concours pour les recrutements des cadres supérieurs. Ce nombre de postes pourvu par des candidats internes est laissé au libre choix des DRH, dans des limites encadrées par les textes, pour un certain nombre de catégories de cadres intermédiaires. Ce mélange de candidatures internes et externes est une caractéristique de la fonction publique liée au principe républicain d'égalité.

Cependant, le passage dans la catégorie des cadres supérieurs devient presque impossible en promotion interne. La DAGPB pourrait le confirmer en fournissant les taux de réussite des candidats internes aux concours DH, DESS, DESMS, DES, IASS, AAH qui mettent en concurrence des candidats internes avec ceux issus des filières universitaires des IPAG / CPAG de préparation aux concours rattachés aux IEP par exemple.

La promotion interne se situe au niveau de l'accès aux postes de cadres intermédiaires, TSH, ADCH dans des filières sans concurrence externe sur le marché de la formation.

Exception pour la filière infirmière qui est continue depuis le niveau infirmière jusqu'à Directeur de soins dans la seule filière managériale, (survivance de la tradition des ordres religieux).

Mais il n'y a pour cette catégorie professionnelle aucune reconnaissance des divers degrés d'expertise sur le cœur de métier acquis au cours de la vie professionnelle et au travers de formations ad hoc.

L'exemple de la stomathérapie

Le cas typique est celui de la stomathérapie, discipline importée des Etats-Unis en France à la fin des années 1950 sous l'impulsion d'un chirurgien lyonnais Georges Guillemin qui y envoya se former une de ses infirmières. Une activité de stomathérapie et de traitement des plaies se développa autour des patients opérés des organes digestifs, de patients diabétiques, de brûlés.

Ce développement fut également accompagné de la mise en place d'une formation professionnelle en cours d'emploi dispensée hors université et IFSI, sanctionnée par un diplôme. Cette activité de formation fut intégrée dans le cadre de l'association internationale des entérostomathérapeutes qui accrédite les centres de formation... cette construction sociale donne une lisibilité à ce qui n'aurait pu rester qu'une pratique infirmière marginale.

Mais dans le cadre des statuts de la fonction publique hospitalière, aucune reconnaissance de cette compétence n'eut lieu. Le choix d'un diplôme privé ne permet pas une reconnaissance dans les statuts de la FP, sauf exception.

De surcroît, la consultation infirmière n'étant pas reconnue cette activité est mal repérée statiquement et non valorisée financièrement dans l'activité hospitalière. Par exemple, le podologue dans les consultations de diabétologie, généralement sous statut libéral, a un acte rémunéré. Pas la stomathérapeute pourtant très sollicitée dans cette discipline.

Les cas existants de services offrant la prestation de stomathérapie sont des consultations internes aux hôpitaux dans des services de chirurgie digestive le plus souvent. Lorsque la consultation est ouverte sur l'extérieur la cotation des actes est faite de manière aléatoire coté en AMI, ou intégrée à la consultation médicale ou ignorée.

Les postes de stomathérapeutes sont demandés à l'occasion de l'accréditation le plus souvent, rarement dans le cadre d'un projet médical intégrant les soins et le traitement des plaies complexes (radiothérapie, diabétologie, gériatrie...)

Or des compétences similaires pourraient être reconnues en endocrinologie, gériatrie, une déclinaison de la catégorie cadre dans le domaine de l'expertise en soins pourrait faire l'objet d'une attention particulière. Cette position ne se situant pas dans le contexte de l'encadrement.

La professionnalisation

Cette réflexion préliminaire renvoie à la notion de professionnalisation. Deux dimensions sont sous jacentes à l'usage du terme. Le versant individuel d'un coté, la dynamique de constitution d'un groupe social identifié, reconnu de l'autre.

La professionnalisation, coté individuel, est l'accroissement des compétences. C'est la reconnaissance par le biais des savoirs... Ces acquis dépendent tout à la fois de l'appareil de formation et des organisations dont la fonction qualifiante est à l'œuvre. La professionnalisation est l'acquisition de savoirs et de savoirs -faire, elle est également la reconnaissance par le client des prestations fournies.

C'est l'expérience acquise au sein d'organisations qui sont en capacité de développer une expertise sur leur propre production. L'organisation apprenante, pour reprendre un terme apparu il y a une quinzaine d'années, sait capitaliser de la connaissance, via son expérience, la transmettre, l'intégrer dans les comportements standardisés de ses membres qui participent de cette production et en tirent des bénéfices pour eux-mêmes. L'organisation, de ce point de vue, professionnalise l'individu.

C'est l'axe de travail que je développe personnellement pour les réseaux de santé gériatrique dans la mesure où l'insuffisance de temps disponible du coté de côté des infirmiers conduit à transférer certaines tâches aux aides à domicile. Mais ce transfert ne peut s'opérer que sous le contrôle de l'infirmière et sous condition d'une formation et d'un encadrement de ces aides à domicile. Un plan d'action médico-social est établi pour chacun des patients, le travail est protocolisé, les échanges d'information sont standardisés, des procédures d'évaluation appliquées.

Seule l'organisation peut révéler les potentiels des personnes et les mettre en condition d'acquérir ces compétences professionnelles attendues, la formation étant dans ce cas un vecteur de connaissances sans doute, mais surtout la mise en forme des acquis de l'expérience. Dans ce contexte, le diplôme valide des compétences évaluées et non les seules connaissances acquises au cours de la formation.

La professionnalisation peut être entendue du coté des conditions sociales de reconnaissance d'un groupe de acteurs qui font valoir leurs compétences dans une stratégie d'identification.

C'est la stabilisation institutionnelle du rapport de travail, c'est-à-dire la manière dont des individus se reconnaissant dans un type d'activité se coalisent pour obtenir des avantages liés à cette reconnaissance. Ainsi, la professionnalisation concerne la capacité d'énonciation sur les contenus de l'activité, sur les conditions de son exercice, sur les territoires d'intervention, sur les contenus de la formation... L'une des conséquences ultimes en est l'émergence de monopoles dont les professions de santé ont su se faire doter au cours de l'histoire.

Le monopole d'exercice, le monopole sur l'embauche, sur la reconnaissance du titre, sur les contenus de l'activité... sont des exemples de modalités de professionnalisations qui conduisent, dans l'acception du concept utilisé par Catherine Paradeise, à des « marchés du travail fermés ».

Ce sont des métiers qui se sont organisés transversalement aux entreprises et qui répondent aux mêmes conditions de production et de reproduction. Dans cette catégorie on y

retrouve toutes les « professions » juridiques, les architectes, les professions de santé. Mais dans cette définition on y mettra, mais aussi les dockers au monopole d'embauche connu et concédé après la seconde guerre mondiale, les contremaîtres qui relèvent de marchés du travail internes aux entreprises... De la même manière, on peut y mettre également y mettre les cadres de santé, cadres supérieurs et directeurs des soins, en ce que ce sont des marchés du travail internes aux hôpitaux publics donc sans concurrence externe possible du point de vue des qualifications, des origines et des expériences professionnelles...

Cette approche de la professionnalisation, telle que la développe Catherine Paradeise, focalise l'attention sur les conditions historiques d'émergence, de maintien de ces situations monopolistiques puis et de leur éventuelle mise en cause ou transformation.

Elle insiste en particulier sur le fait que, pour que de tels monopoles perdurent, il faut une alliance objective entre trois partenaires : l'Etat qui concède les monopoles, les employeurs et les clients (ou les consommateurs).

Si l'une ou l'autre profession voit son monopole s'estomper, il faut alors s'interroger sur les rapports qui ont changé entre ces trois acteurs de la « professionnalisation ». Cette analyse n'est pas faite en ces termes par les professionnels concernés, elle s'exprime sous la forme de mal être, malaise, crise identitaire... Qu'est-ce que ces « mal être » signifient, que révèlent-ils comme déconstruction sociale, de quelles concurrence ou émergence d'acteurs nouveaux sont-ils révélateurs ?

C'est ainsi que j'aurai tendance à analyser le mal-être de nombre de cadres de santé, qui perçoivent la concurrence externe possible, et pour certains souhaitable, de cadres venant d'autres horizons professionnels.

Cette analyse permettrait d'ouvrir la réflexion sur d'autres « professions » en devenir qui seraient les alliés des professions hospitalières en ce que la réduction drastique des DMS, les contraintes financières conduisent à des retours rapides à domicile dans des conditions de prise en charge des malades problématiques et notamment pour les catégories pour lesquelles l'attention est la plus faible : les personnes âgées, les personnes handicapées, psychologiquement fragiles et économiquement en difficultés.

Les débouchés qu'offrent les savoirs infirmiers

Cette première réflexion concerne en fait la mobilité horizontale, c'est à dire l'usage extensif des compétences soignantes vers des activités internes ou externes à l'hôpital, mais en lien avec l'inscription des malades dans des filières de soins, des réseaux de santé.

On retrouvera des infirmières au pilotage de soins (SSIAD par exemple) ou à la prise en charge de malades du seul point de vue de la coordination des professionnels et autres activités nécessaires au domicile (réseau de santé), ou de coordination entre professionnels du domicile, hospitaliers et autres établissements (filières).

Elles seront spécialisées dans des pathologies et des soins à des populations spécifiques, connaissances acquises par leur pratique hospitalière. Le terme de coordination est à rapprocher du sens donné par les économistes au marché comme l'ensemble des processus d'ajustement entre une offre et une demande. La coordination opérée par ces infirmières est l'ajustement de

l'ensemble des paramètres nécessaires à la vie au domicile y compris la dimension économique des soins, la prise en charge d'un environnement souvent « dés-aidant »...

Nous sommes clairement dans le champ médico-social, il s'agit de métiers liés à des organisations nouvelles rendues possibles par l'expertise acquise au sein de l'exercice professionnel hospitalier. Que ce soit en termes de méthodes de travail ou de compétences spécifiques en soins sur des pathologies particulières, mais surtout dans la médiation entre une situation objective pathologique, biologique... et la capacité du malade à supporter, accepter, les soins ou son état.

La négociation me semble au cœur des compétences que les infirmières peuvent acquérir dans l'exercice quotidien. C'est ce que nous recherchons pour les coordinatrices du réseau de santé gériatrique, savoirs à parité de leurs compétences en gériatrie.

Ce sont des métiers qui émergent du fait du repositionnement de l'hôpital dans le parcours de soins, de la chronicité des malades et du besoin des soins en ville de s'articuler avec les compétences et l'offre de service hospitalière.

Mais si les professionnels peuvent être recrutés à partir de l'hôpital, les organisations, elles, devraient être conçues à partir de la ville.

Bien d'autres filières recrutent des infirmières ce. Ce sont toutes les filières managériales autour d'institutions sociales ou médico-sociales qui trouvent bénéfiques de disposer de cadres managers habitués à gérer des situations complexes. L'Université offre les formations pour ces reconversions professionnelles ...

Du TSH à l'ingénieur

Prenons un autre point de vue: celui de la mobilité verticale, de la promotion professionnelle. Je m'appuierai sur une expérience que je conduis avec l'Université à Lyon sur les TSH en restauration hospitalière.

La restauration hospitalière est une activité très importante au plan économique, c'est. C'est même la première des restaurations collectives, car si elle sert moins de repas à midi que les cantines scolaires et d'entreprises réunies, elle en sert le soir le week-end.

Pour autant, aucune filière de formation de l'éducation nationale dans l'hôtellerie et la restauration n'offre de niveau M2. Au mieux, se sont mises en place des licences professionnelles, - généralement les professionnels ont des BTS et des CAP .

Les grandes écoles de management en hôtellerie sont privées et à des coûts tels que les cadres qui en sortent se dirigent vers des secteurs à forte rémunération.

Compte tenu de l'offre très limitée en cadres de restauration, l'essentiel des postes de direction dans les unités de production alimentaire hospitalières est tenu par des TSH.

Il nous est venu l'idée qu'une filière au niveau M2 serait possible, validant par la VAE un niveau M1.

Le recrutement est celui de TSH, occupant des fonctions de direction dans des unités de production alimentaire, ayant au moins 10 années d'expérience et ayant participé activement à des opérations de restructuration ou des projets de construction.

La formation est centrée sur les attendus d'un cadre dans une équipe de direction, elle. Elle comporte des volets très importants en durée autour du management des RH, de la comptabilité finance, de la démarche par projet, de la capacité argumentative, de l'écriture de notes, de rapports, de synthèses.

Les volets professionnels ont été centrés sur l'évolution des règles : la sécurité sanitaire, le Code des marchés publics ; sur l'apparition de nouvelles technologies de cuisson et de conservation des aliments et les perspectives industrielles en matière d'offre de préparations pré-cuisinées et préemballées (produits vendus à l'assiette).

Le responsable de la restauration est un logisticien pour sa propre activité et très souvent chargé des transports de l'hôpital et du magasin pour les fournitures non médicales.

D'autres filières sur des métiers peu représentés dans les filières universitaires à l'Université seraient à explorer. En effet, il est illusoire de penser que l'on puisse facilement réaliser la même opération avec des métiers bien identifiés comme les biomédicaux, pour lesquels les écoles d'ingénieurs et les universités fournissent en quantité des candidats labellisés dans la spécialité. On peut identifier d'ores et déjà, la sécurité, l'hygiène, l'environnement...

L'usage des catégories statutaires de TSH pour les techniciens en information médicale, les contractuels recrutés en comptabilité pour les PAM... ouvrent la voie à des passages vers la catégorie des ingénieurs hospitaliers, sous conditions d'expérience professionnelle et de formations complémentaires.

Phénomènes marginaux ? Sans doute numériquement aujourd'hui, mais nous sommes dans une phase de recomposition de la Fonction Publique par les modalités de recrutement.

Nous pouvons aussi reprendre le point mentionné ci-dessus concernant la professionnalisation. La reconnaissance dans des statuts d'une catégorie identifiée est un processus d'agrégation de situations différentes reconnues identiques sur un ou plusieurs critères. Alors qu'en terme qu'en termes de métier, d'organisation de travail... les différences entre les personnes peuvent être majeures. Selon le type d'activité, un analyste programmeur pourra être soit sur le cœur de la machine et travaillera avec des outils informatiques très sophistiqués, soit en exploitation, où il fera l'interface entre les utilisateurs et l'offre du service informatique.

Ce qui conduit à désigner par la même appellation des ingénieurs en contrôle de gestion, en sécurité, en protection de l'environnement, en documentation scientifique et gestion de l'information administrative sous la forme numérique... c'est la position d'expertise nécessaires dans les activités administratives dans des domaines où l'expérience et la connaissance sont désormais à parité des compétences juridiques qui spécifient la position de cadre de direction.

Les recrutements se font par la voie contractuelle, puis par intégration progressive dans les catégories statutaires conduisant à des postes d'ingénieurs.

Le cadre des statuts de la Fonction Publique permet de maintenir un espace de promotion professionnelle s'appuyant tout autant sur la formation que sur les acquis de l'expérience. Le

Le système est d'autant plus opératoire que la professionnalisation du secteur est moins forte, au sens d'une construction identitaire d'un métier et des prérogatives associées, fruit de stratégies d'acteurs en matière de maîtrise de leur espace social.

Jean Riondet,
Directeur de l'Institut international supérieur de formation des cadres de santé, HCL Lyon

Gilles Calmes : Mobilités inter-fonctions publiques

I - ATTENTES DES FONCTIONNAIRES EN MATIERE DE MOBILITE ET DE PARCOURS PROFESSIONNELS (ENQUETE IPSOS) : DES VOLONTES ET DES ESPOIRS A ACCOMPAGNER

- 59 % des agents ayant entendu parler de la réforme de la Fonction Publique estiment qu'elle va porter, entre autres, sur les parcours professionnels.
- 86 % des fonctionnaires pensent qu'une fonction publique modernisée doit pouvoir donner à ses agents la possibilité de changer de métier tout en restant dans la fonction publique.
- 82 % souhaitent une gestion plus souple des ressources humaines dans la fonction publique, au travers d'une refonte des règles de gestion des fonctionnaires fondée sur les métiers plutôt que sur leur appartenance à un corps.
- 84 % des fonctionnaires attendent des dispositifs d'aide pour accompagner les agents qui souhaitent quitter la fonction publique.
- 31 % des agents souhaitent, à une échéance de deux ans, évoluer en changeant de métier soit dans leur ministère, soit dans un autre ministère, soit chez un autre employeur public.
- Les principaux obstacles à la mobilité pour les fonctionnaires souhaitant évoluer dans la fonction publique sont : le manque d'information, ou le peu de postes disponibles, pour 43 % des agents ;, puis, pour 28 % d'entre eux, les contraintes liées à la mobilité géographique ou de nature financière.

* L'Observatoire de la Fonction Publique (Ipsos pour le ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique) est une enquête basée sur un échantillon de plus de 5 000 fonctionnaires des **trois fonctions publiques** pour la première vague (août 2007). Une seconde vague s'est déroulée en octobre 2007 auprès de 1000 fonctionnaires.

II - REPONSES A LA DEMANDE DE MOBILITE INTER FONCTIONS PUBLIQUES : DE RECENTES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES A CONCRETISER SUR LE TERRAIN

Les cadres mesurent désormais l'importance et l'intérêt de carrières mobiles, diversifiées, riches de nouvelles expériences. Pour certains d'entre eux, la mobilité est même une obligation statutaire.

L'employeur doit s'efforcer de concevoir et mettre en œuvre les processus permettant à chaque fonctionnaire de disposer d'un droit effectif à la mobilité. C'est essentiel pour le service public, qui doit pouvoir compter sur des agents publics mobiles et réactifs. C'est fondamental aussi pour les agents eux-mêmes, qui souhaitent évoluer dans leurs perspectives professionnelles.

La loi sur la mobilité et les parcours professionnels dans la fonction publique (2009) est un texte qui rompt avec la situation antérieure.

Aujourd'hui à la mobilité est un parcours du combattant pour les fonctionnaires, ainsi que pour leurs administrations de départ et d'accueil, la mobilité est un parcours du combattant. Demain, parce que les cadres auront un droit à la mobilité, les décideurs devraient disposer des moyens d'organiser cette mobilité pour fluidifier le fonctionnement des services et assurer la continuité du Service public.

La mobilité, qui ne concerne actuellement que 5 % des fonctionnaires, en dehors de leur corps d'origine, est une préoccupation centrale pour chacun d'eux.

A travers cette loi et les décrets qui l'accompagnent, 3 objectifs précis sont poursuivis :

1) Lever tous les obstacles juridiques à la mobilité des fonctionnaires.

Par exemple, grâce à cette loi, qui systématise les possibilités de détachement et d'intégration, on n'opposera plus à un agent son statut pour exercer des missions dans un autre corps de niveau comparable.

Autres mesures : l'administration ne pourra plus s'opposer au départ d'un agent, sous réserve du respect d'un préavis de 3 mois, et un agent ne perdra plus le bénéfice de son avancement en revenant dans son corps d'origine.

2) Créer les conditions qui permettront d'assurer la continuité du service et la réorientation des agents.

La loi autorise notamment le remplacement d'un fonctionnaire momentanément absent par un contractuel et facilite la réorientation professionnelle des fonctionnaires dans le cadre d'une réorganisation d'une administration ou d'un service.

3) Offrir des outils, notamment financiers, pour encourager la mobilité.

Seront ainsi mises en place des primes encourageant la mobilité et accompagnant la réorganisation des services, de même qu'une indemnité de départ volontaire.

Il sera désormais possible de maintenir la rémunération d'un agent dans les cas de mobilités liées à un changement de service ou à un projet professionnel particulier.

Toutes ces mesures sont aussi novatrices que concrètes. Les fonctionnaires qui souhaitent être mobiles et évoluer dans leur carrière professionnelle devraient en être les premiers bénéficiaires.

Pour les cadres de la Fonction Publique Hospitalière, la réussite de cette réforme exigera une politique d'accompagnement individuel à concevoir, à mettre en œuvre et à évaluer.

Gilles CALMES, directeur général adjoint CHU Limoges

Repères bibliographiques

Voici quelques repères de lecture qui ont été plus particulièrement utilisés par la mission, parmi la bibliographie considérable sur les cadres.

LES ARTICLES ET LES DOSSIERS

* Revue soins n°719 « Hôpital, les métiers en réforme », FRANCOIS-XAVIER SCHWEYER, DECEMBRE 2007

* www.carnetsdesante.fr, « Cadres de santé : une crise identitaire », MARIE-CLAIRE CHAUVANCY, DÉCEMBRE 2008

* La Revue française d'administration publique, n° 128, « Les cadres de santé face à la logique managériale », SOPHIE DIVAY ET CHARLES GADÉA 2008

* La Revue française d'administration publique, n° 128, « Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible », PAULE BOURRET 2008

* Revue Education Permanente : Peut-on former à la fonction d'encadrement, N°178, Mars 2009

* www.carnetsdesante.fr, « Les réformes hospitalières et leur impact sur l'encadrement infirmier », « Les pôles d'activité, une chance pour l'encadrement ? », MARIE-CLAIRE CHAUVANCY, MARS 2009

LES OUVRAGES

* « Sociologie des cadres », PAUL BOUFFARTIGUE, CHARLES GADÉA, ÉDITIONS LA DÉCOUVERTE 2000

* « Objectif compétence. Pour une nouvelle logique », PHILIPPE ZARIFIAN, ÉDITIONS LIAISONS 2001

* « Management hospitalier, Stratégies nouvelles des cadres », JOSETTE HART ET SYLVIE LUCAS, ÉDITIONS LAMARRE SEPTEMBRE 2002

* « Le déclin de l'institution », FRANÇOIS DUBET, ÉDITIONS SEUIL PARIS 2002

* « L'hôpital en question(s), un diagnostic pour améliorer les relations de travail », FRANÇOISE GONNET, SYLVIE LUCAS, ÉDITIONS LAMARRE 2002

* « Les cadres en France », CHARLES GADÉA, ÉDITIONS BELIN 2003

* « La fatigue des élites », FRANÇOIS DUPUY, ÉDITIONS DU SEUIL 2005

* « La Société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social », GAULEJAC de V., 2005, Paris, Seuil.

* « Encadrer, un métier impossible? », FREDERIK MISPELBLUM BEYER, ARMAND COLIN 2006

* « L'idéal au travail », MARIE-ANNE DUJARIER, PUF, LE MONDE ÉDITIONS 2006

* « Les cadres de santé à l'hôpital », PAULE BOURRET, SELI ARSLAN 2006

* « Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques », OUVRAGE COLLECTIF DIRECTION YVAN SAINSAULIEU, LAMARRE SEPTEMBRE 2008