



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 , CNOSEF 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.heyem@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

ensemble
modernisme l'hôpital

Angers - 5 Juin 2009

Rencontre
en région

mission cadres

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 BENARD, 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 du 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 Montlémair)

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 Ancecy).

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 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

Forum "Mission Cadres"
Mardi 16 juin 2009
CHU-Hôpitaux de Rouen

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 appropriés. 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


MINISTÈRE DES AFFAIRES
SOCIALES



**JOURNÉE RÉGIONALE D'EXPRESSION ET DE RÉFLEXION
SUR LE THÈME 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 Arnoz
Avenue du Haut Levéque - 33004 PESSAC
Grand amphithéâtre

INFORMATION ET INSCRIPTION

Sylvie LASCAUD-THOMASSON
FHF-Région Aquitaine
12 rue Dubernat - 33404 YALENCE Cedex
sylvie.lascaud-thomasson@chu-bordeaux.fr
05 56 79 57 83



FHF
Fédération Hospitalière
de France
Aquitaine



C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

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 hospitalières

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 diplômés 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

Faculté de Médecine
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandœuvre-lès-Nancy

Programme du 3 juillet 2009

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
- **Jocil NOEL**, Délégué Régional, FHF Nord - Pas-de-Calais
- **Dieder 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.vanberkelaere@chru.lille.fr

partenaires

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 décroquer, 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'Education 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 » Fantasme 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 hyperperformés 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 1992, 368-372.

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 pastoriennne, 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 inadaptes 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 Bertaux 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*, editions 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 procéduriers 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 *demander 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°220.

⁹⁵ Civ. 1^{ère}, 18 juillet 2000, Bull. n° 221.

⁹⁶ Civ. 1^{ère}, 7 juillet 1998, Bull. n° 239.

⁹⁷ Civ. 1^{ère}, 15 décembre 1999, Bull. n° 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-l-Etat-l-engagement-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 côté, la dynamique de constitution d'un groupe social identifié, reconnu de l'autre.

La professionnalisation, côté 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 savoir-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 côté 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'acquiescer 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 côté 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 et 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