

MULTIPLE

Synergie
cadres

ÉDITO

Avancer avec la CFDT

L'ACTUALITÉ, c'est l'enquête « Travail en questions cadres ». Les questionnaires ont été ventilés et les premiers sont de retour à la Fédération. Nous allons donc bientôt nous confronter à la réalité du dépouillement. Viendront ensuite l'analyse et le temps de la restitution. Notre tenons à vous communiquer les résultats avant l'été.

L'actualité, c'est aussi « Hôpital 2007 ». Plusieurs missions élaborent des propositions pour le ministre de la Santé qui veut, par ordonnance, réformer l'institution hospitalière sur plusieurs axes : la réforme de



la gouvernance du système de santé, mais aussi l'organisation interne des hôpitaux et leur modernisation, par une révision du code des marchés publics permettant aux sociétés d'économie mixte d'intervenir.

L'actualité, c'est encore la permanence des soins 24 heures sur 24. De nombreuses dispositions doivent être prises afin de simplifier l'organisation et le fonctionnement du système de santé. Et il est important que chacun ait sa place, avec une réelle autonomie. Pour nous, la lutte de pouvoir n'est pas d'actualité. En revanche, travailler ensemble pour une prise en charge collective du patient est indispensable.

L'actualité, c'est toujours la réforme des retraites et les élections professionnelles dans les hôpitaux (CAP-CTE), à l'automne.

Nous ne sommes pas là pour regarder les trains passer, nous voulons être acteurs, force de propositions. Notre ambition : que la CFDT santé-sociaux soit incontournable et obtienne des résultats dans tous ces chantiers.

BERNARD BILLON ■

Ufcass CFDT

Union fédérale
des cadres sanitaires
et sociaux CFDT
47, avenue Simon Bolivar
75950 Paris CEDEX 19

**Synergie
cadres n° 42**

3 €

SOMMAIRE

- II-III-VI** Responsabilité, déontologie et éthique des cadres
- IV-V** « Hôpital 2007 » : les éléments du débat
- VI** Actualité/Adhésion
- VII** La parole aux cadres de la Pitié-Salpêtrière
- VIII** Teq cadres : À pied d'œuvre

Responsabilité, déontologie et éthique des cadres

Le Comité national CFDT Cadres des 15 et 16 mai prochains sera l'occasion de réfléchir et de débattre sur la responsabilité, la déontologie et l'éthique des cadres. Voici le texte de présentation de cette rencontre importante.

LORS DE CE COMITÉ NATIONAL, instance statutaire, à la fois temps de réflexion collective et temps de « pédagogie », il est proposé de débattre de l'évolution de la responsabilité des cadres et des conditions nécessaires à sa mise en œuvre dans les entreprises et les administrations. Au regard des règles de déontologie et d'éthique personnelle, ce débat devrait permettre de préciser les régulations individuelles et collectives, ainsi que les modalités de prise en charge syndicale.

Ce temps d'appropriation et de compréhension collective précède donc l'élaboration de nos revendications syndicales concrètes. **Il s'appuie sur les travaux réalisés depuis fin 2001 par le groupe de travail « Responsabilité des cadres »**, ainsi que sur les contributions de la revue *Cadres CFDT* n° 401-402 (novembre 2002).

Enseignements du TEQ 2002

Les résultats du TEQ - Cadres 2002 nous montrent bien l'importance de l'exercice de responsabilités pour les cadres, mais en marquent aussi les limites et les difficultés.

« Qu'il s'agisse de choix écologiques (77 %), de choix sociaux (65 %), de choix économiques et financiers (62 %), les cadres disent majoritairement peser très faiblement, ou pas du tout, sur les choix de gestion de leur entreprise ou de leur administration.

Pour les cadres, la mise à distance des choix stratégiques peut être considérée comme un moyen de se protéger et d'en laisser la responsabilité soit aux conseils d'administration soit au gouvernement interne de l'entreprise. Cela éviterait également de se retrouver pris dans des

logiques divergentes, entre ce gouvernement de l'entreprise et les collaborateurs qu'ils doivent gérer.

Cette mise à distance peut être aussi considérée comme une façon de délimiter leur zone de responsabilité et, parallèlement, de légitimer les entretiens d'évaluation qui sont alors limités aux facteurs sur lesquels ils ont un réel pouvoir.

Il existerait alors une forme de contrat « moral » au sein de l'entreprise sur le domaine de compétence et de responsabilité des uns et des autres. L'autonomie paraît donc constituer une réponse de nature stratégique et protectrice.

Mais les cadres revendiquent un pouvoir réel sur les missions qui leur sont confiées. **La responsabilité, une responsabilité personnelle et professionnelle, est au centre de leur fonction, au cœur même de leur identité professionnelle.**

● Plus des 3/4 des cadres interrogés disent avoir déjà ressenti le besoin de s'opposer à une consigne venant de leurs supérieurs.

● Ils sont 80 % à avoir exprimé une divergence de point de vue avec leur hiérarchie qui, dans 49 % des cas, a tenu compte des avis exprimés.

Ils justifient leur opposition à la hiérarchie

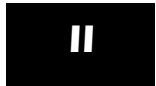
majoritairement dans des situations où **leur éthique personnelle** est mise en question: accepter des conditions de travail dangereuses (77,5 %), employer des salariés en situation irrégulière (69 %), taire une situation de harcèlement moral (65,1 %), pratiquer des discriminations, raciale, sexuelle ou syndicale (de 64 % à 55 %).

L'opposition est moins tranchée lorsqu'il s'agit d'infractions à la réglementation ou au droit de travail, comme les dispositions de la RTT ou lorsqu'on touche à la performance économique de l'entreprise: objectifs difficiles à atteindre ou externalisation, à la seule exception des plans sociaux envisagés dans les entreprises qui font des bénéfices. »

Aussi souhaitons-nous que soit reconnu à chaque cadre, en fonction de ses missions et de son positionnement dans l'organisation du travail, **un droit d'initiative, droit réel à la parole**. Mais reconnaître la citoyenneté dans l'entreprise ou l'administration, c'est aussi reconnaître un droit d'alerte pouvant aller, dans certaines situations, jusqu'à **un droit d'opposition** dès lors qu'une instruction hiérarchique serait susceptible de mettre en jeu la responsabilité pénale, civile, disciplinaire ou financière de celui qui agit. **Ce droit est la contrepartie de la responsabilité**, demandée par l'entreprise et revendiquée par les cadres.

Ce droit existe déjà en matière d'hygiène et sécurité du travail, c'est le droit de retrait; au sein des fonctions publiques, le statut général reconnaît un devoir de désobéissance dès lors qu'un agent public est en présence « d'un ordre hiérarchique manifestement illégal et susceptible de troubler un intérêt public ».

Ce droit d'opposition, reconnu et protecteur, doit-il être **un devoir d'opposition**, qui protège alors formellement celui qui s'oppose? Mais, dans ce cas cela entraînerait la possibilité d'une sanction en cas de non-opposition, contrepartie de la protection juridique. Faut-il aller



jusqu'à cela? La question est en débat. En tous les cas, il est aujourd'hui nécessaire d'examiner les nouveaux contours de la responsabilité des cadres, d'en définir les modalités d'exercice, individuel et collectif, d'en négocier les régulations individuelles et collectives, notamment par des démarches d'identification *a priori* et une prévention collective des situations limites.

Thèmes de réflexion

Le comité national est organisé autour de trois axes :

1- L'organisation du travail et les modes de management changent, l'exercice de la responsabilité par les cadres aussi.

La responsabilité est depuis toujours liée aux fonctions de cadre, mais nous devons prendre la mesure de l'évolution des exigences des entreprises : ainsi, le rôle des cadres a-t-il glissé progressivement de celui « d'encadrant » vers celle de « manager », puis de « leader ». Alors qu'on attendait du cadre qu'il sache expliquer les besoins de l'entreprise, du manager qu'il sache faire adhérer aux objectifs de l'entreprise, on attend du leader qu'il s'implique personnellement pleinement et qu'il obtienne l'implication totale des salariés. Par ailleurs, pour les cadres « professionnels » (producteurs ou experts), l'organisation du travail en mode projet, y compris au sein d'équipes internationales, renforce une responsabilité sur une séquence de projet, au détriment de la vision d'ensemble.

Ces évolutions ne sont pas neutres et ont des impacts importants dans la compréhension du champ et du niveau de responsabilité à assumer par les cadres. Elles sont accentuées par la part de plus en plus importante de l'immatériel dans les activités qu'ils exercent.

Il convient également de réfléchir à la contradiction entre l'augmentation du niveau de responsabilité individuelle et d'autonomie des cadres, tant encadrants que professionnels, et de la pression exercée pour leur faire respecter des normes qui portent à la fois sur des aspects techniques et sur des aspects culturels.

2- Responsabilité, déontologie et éthique des cadres : définitions et pratiques.

Ces trois termes, souvent associés, voire confondus, demandent à être clarifiés afin de mieux en percevoir les implications dans l'action des cadres au quotidien.



La responsabilité peut se définir comme une obligation ou une nécessité morale de répondre de ses actions ou de celles des autres, de s'en porter garant devant une autorité, d'accepter pour quelqu'un de supporter les conséquences de ses actes.

Elle est la juste contrepartie de la liberté comme principe d'action, l'homme n'étant libre que pour autant qu'il assume les conséquences de ses actes. La responsabilité a aussi une dimension collective. Si elle se diffuse aujourd'hui à tous les niveaux des organisations de travail, elle reste un élément fort de l'identité cadre, au même titre que la capacité d'initiative, les compétences et qualifications. Si « être responsable » c'est « être capable de répondre », c'est aussi « faire, anticiper et prévoir ». C'est enfin « rendre compte ».

La déontologie est un ensemble des règles qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent. Fondée sur des droits et obligations définis par la loi ou des textes fondamentaux, faisant référence à une « morale professionnelle », la déontologie est un ensemble de principes d'action, pour les pratiques professionnelles de personnes agissant dans un cadre similaire, exerçant un métier identifié. Elle a une dimension collective, doublée d'un caractère obligatoire. Avant de dire ce qui doit être fait, elle prescrit de façon impérative ce qui ne doit pas l'être. Tout manquement à la déontologie est qualifié de faute et sanctionnable disciplinairement ou pénalement.

L'éthique, ensemble des principes moraux qui sont à la base du comportement d'un individu, peut se définir comme la recherche personnelle d'une sagesse de l'action. C'est le fait d'avoir, un jour, dit « non » qui permet à quelqu'un d'affirmer qu'il a une éthique. Celle-ci ne prend sens que dans un contexte.

3- Régulations individuelles et collectives, prise en charge syndicale Responsabilité et déontologie sont caractérisées par leur dimension collective. Elles peuvent et doivent être formalisées. Elles demandent à être articulées et inté-

grées dans les différents niveaux de l'organisation concernée (administration, entreprise, mais aussi organisation syndicale, parti, etc.), dans une tension constante entre l'individuel et le collectif. En revanche, l'éthique renvoie d'abord à l'individu. Il est difficile d'en faire un objet de travail collectif au sein d'une entreprise, d'une administration ou d'une organisation syndicale.

La notion d'éthique du management devrait être approfondie pour rendre compte de démarches et interactions collectives permettant aux dirigeants, aux cadres et aux salariés, de s'interroger en vue de l'action la meilleure possible, sur les principes d'action (les valeurs) qui président aux modes de management de l'entreprise ou de l'administration. Mais aussi sur les fondements de la responsabilité sociale, sociétale et environnementale de l'entreprise ou de l'administration, sur les objectifs et les moyens mis en œuvre, sur les régulations collectives et individuelles développées.

Au-delà de cette vision juridique, la réflexion doit procéder d'une dynamique individuelle et collective. Il faut en revenir à l'expérience de chacun, afin d'élaborer ensemble une règle du jeu. C'est la confrontation entre des situations individuelles, délicates, sensibles ou difficiles et des principes généraux collectivement définis qui permet de définir et mettre en œuvre des solutions personnelles et collectives.

Une méthode, des ambitions, peuvent déjà être esquissées : définir les attentes réciproques entre l'organisation et les cadres (ou l'ensemble des personnels) concernés ; poser un diagnostic des situations sensibles ou à risques ; favoriser le partage de références communes face à ces situations, en définissant notamment des règles de prudence ; modifier en

Suite page VI





Hôpital 2007 : les éléments du débat

IV

MONSIEUR MATTEI veut moderniser la gestion interne de l'hôpital. Il a chargé trois professionnels pour copiloter le groupe projet. Celui-ci travaille dans deux directions : la restructuration de l'organisation du système de soins et la modernisation de l'organisation et du fonctionnement interne de l'hôpital.

La Fédération les a rencontrés et a leur remis un dossier de 19 pages. Le canevas de ce document est :

I – La restructuration de l'organisation du système de soins

- A – Rôle de l'État,
- B – Organisation territoriale,
- C – La tarification à l'activité,
- D – Fonctionnement des structures hospitalières publiques.

II – Modernisation de l'organisation et du fonctionnement interne de l'hôpital

- A – Organisation interne,
- B – Les instances à l'hôpital,

- C – Relations sociales et négociation,
- D – L'intéressement.

Ne pouvant reprendre ici la totalité du texte (chaque syndicat a reçu le document complet. Il est possible de se le procurer auprès des responsables syndicaux), voici des extraits de la seconde partie, qui concernent les cadres. S'agissant d'« Hôpital 2007 » l'objectif est triple :

- donner aux cadres CFDT une information ;
- leur permettre de débattre entre eux ;
- faire remonter à la Fédération (Ufcass CFDT) les conclusions de leur débat, pour enrichir le dossier.

Il faut nous impliquer dans la réflexion sur les mutations hospitalières, être acteurs des évolutions... Ne regardons pas le train passer. Alors, à la joie de vous lire.

Bernard Billon ■

qualité, du management et de l'animation ne sont plus l'apanage de tel ou tel type de professionnel. Si chacun reste en charge principale de sa mission directe, liée à son savoir-faire et à sa qualification, il doit partager cette mission avec les autres professionnels présents.

Le niveau de complexité du fonctionnement hospitalier est tel que l'exercice de l'autorité décisionnelle ne peut plus se concevoir comme une responsabilité exhaustive, détaillée et quotidienne. Il appartient, à des responsables médicaux et soignants, au-delà de la direction « administrative » classique, d'assumer, dans leur intérêt comme dans celui de l'institution, des actions d'organisation et de régulation à l'échelle de leur champ d'action professionnel.

Dans le cadre fixé par le conseil d'administration, le directeur s'appuie sur l'expression des structures consultatives (CME, CTE, CHS-CT et aussi CLIN*...) mais également sur une dynamique collégiale associant le Président de la CME, l'équipe de direction et les responsables médicaux et soignants des différentes structures internes. Seule, la clarification nette de leurs tâches et responsabilités respectives, permettra de mettre fin à une ambiguïté sur la légitimité de chacun à agir. [...]

Modernisation de l'organisation et du fonctionnement interne de l'hôpital

[Extraits]

Organisation interne

L'organisation interne de l'hôpital n'a de sens qu'au regard de la mise en œuvre des missions qui lui sont assignées.

La tâche d'un directeur ou d'un responsable médical de discipline ne se limite pas au strict champ hospitalier. Cette responsabilité devra s'exercer en collaboration avec des partenaires extérieurs, hospitaliers publics ou privés, de soins ambulatoires, sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Le duo directeur/médecin sera de

plus en plus impliqué dans la réalisation de réseaux et dans la recherche de solutions sur un territoire donné.

Rechercher une meilleure organisation présuppose, sans même parler de mission de santé publique, la nécessité d'un minimum de logique et d'appropriation institutionnelle par les responsables médicaux, soignants et gestionnaires intéressés dans un cadre de missions fixé, tant par le schéma régional d'organisation sanitaire que par sa traduction à l'échelle de l'hôpital dans le projet d'établissement.

Les domaines du soin, de la

L'encadrement non médical

En juin 1993, le Parlement européen a adopté une résolution sur la situation des cadres : « Les cadres sont des salariés assumant, du fait de leur emploi, soit une fonction ou délégation extérieure, technique ou commerciale exercée au nom de leur employeur, soit un commandement, soit une responsabilité, et dont les fonctions se caractérisent notamment par des responsabilités supérieures à celles des autres salariés, ainsi que par un haut niveau de qualification, de compétence et d'efficacité dans la gestion de l'entreprise ou de l'organisation »

omité de lutte
tre les infections
comiales.

où ils exercent leurs fonctions. » Dans la Fonction publique, les statuts des corps de catégorie A font référence aux fonctions de conception, de direction, d'encadrement, d'expertise ou de contrôle...

Dans les textes officiels pour les hospitaliers, seules les compétences sont évoquées, mais non définies. La loi de 1991 précise simplement que le chef de service (dont les fonctions ne sont pas davantage précisées!) assure la conduite du service; il est assisté d'un cadre paramédical pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences. Le problème est que ces compétences ne sont pas définies. Différentes études ont mis en évidence les difficultés d'exercice de la fonction cadre en milieu hospitalier et la dégradation de leurs conditions de travail :

- le manque de reconnaissance,
- les glissements de tâches et de responsabilités.

La situation s'est considérablement dégradée au cours de ces dernières années. Il fut un temps où les cadres étaient associés à la marche générale de l'établissement. Peu à peu, le rôle de pivot du fonctionnement assuré par les cadres est de moins en moins reconnu pour aboutir à la situation actuelle, où les cadres sont obligés de faire appliquer des décisions prises sans eux et, fait aggravant, sans avoir toujours les moyens de les faire appliquer.

Aujourd'hui, les cadres sont à la fois des gestionnaires, des contrôleurs, des ergonomes chargés des conditions de travail, des hygiénistes, des qualitateurs, des accompagnateurs, des facilitateurs, des évaluateurs, des managers, des chercheurs, des organisateurs, des conseillers, des tuteurs, des régulateurs etc.

Ils constatent que, de plus en plus, seul le corps médical est associé à la marche de l'établissement. Même le récent manuel d'accréditation de l'Anaes* ignore complètement qu'il existe des cadres hospitaliers. C'est pourquoi la CFDT santé-

sociaux fait les propositions suivantes :

➔ **Identifier les différentes fonctions des cadres à l'hôpital et différencier les exercices professionnels.**

La reconnaissance de la fonction cadre passe par la reconnaissance de la fonction essentielle d'un hôpital qui est de prodiguer des soins, et que ceux-ci ne sont pas tous des soins médicaux. Dès lors, d'autres intervenants que les seuls médecins sont à prendre en compte, car le fonctionnement d'un établissement hospitalier nécessite de multiples compétences (médicales, soignantes, médico-techniques, techniques et administratives) qu'il ne faut pas négliger.

On peut repérer :

- les cadres dirigeants, membres de la direction générale. Ils ont en charge la stratégie, le pilotage global, la conduite du changement;
- les cadres intermédiaires hiérarchiques, encadrant une ou plusieurs personnes;
- les cadres experts, dans leurs domaines, sont reconnus comme spécialistes, experts, maîtrisant des techniques particulières.

➔ **Mieux associer les cadres au fonctionnement de l'hôpital par une stratégie hospitalière réelle.**

La plupart de nos établissements ne disposent pas (ou plus) d'un véritable projet d'établissement, et donc de vrais projets de service qui permettent à tous les acteurs, et en particuliers les cadres, de savoir vers où se dirige le service et qui permettent de fixer des objectifs clairs à chacun. Comment préciser ce que l'on attend d'un cadre en dehors d'un véritable projet?

➔ **Il faut redéfinir de façon claire et précise les missions et fonctions des cadres à l'hôpital:**

► *Par la reconnaissance d'une responsabilité entière dans la gestion de leur secteur*, à l'instar de ce qui se fait dans l'organisation des hôpitaux dans plusieurs pays étrangers (cas des « polycliniques à l'allemande »), les services – en fait des structures ayant la taille de centres de responsabilités – sont co-

dirigés par un cadre paramédical et un cadre médical, ou autre chef de service. Toutes les décisions nécessitent la double signature. On entérinerait ainsi un schéma existant actuellement dans quelques établissements, où le chef de service s'occupe du fonctionnement médical et le cadre du fonctionnement paramédical et administratif, chacun selon ses compétences.

► *Par la responsabilité de l'animation de leur secteur.* Toutes les décisions importantes concernant l'établissement et le service (plan d'investissement, politique d'évaluation et d'intéressement, plan de formation, organisation, réorganisation des services, etc.) devraient impérativement être examinées par le conseil de service qui, de ce fait, jouerait réellement son rôle. Ces conseils, ainsi reconnus, devraient être coprésidés par le cadre paramédical et le chef de service.

► *Par le décloisonnement et l'harmonisation des actions de tous les différents acteurs requis pour prodiguer des soins*, la CFDT propose de remplacer la direction du service infirmier par une direction des activités paramédicales pour organiser la complémentarité d'actions entre les différents partenaires, tous reconnus en tant que professionnels agissant dans l'intérêt du malade. Cette réunification organisée permettrait un meilleur dialogue entre tous les cadres hospitaliers. [...] ■

V

* Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

IMPORTANT.

Parmi les cadres, nombreux sont ceux qui disposent d'une boîte aux lettres électronique (e-mail ou mël). Pour faciliter les échanges d'information, nous souhaiterions que les adhérents de l'Ufcass, nous transmettent leur adresse. Si vous êtes dans ce cas, veuillez nous envoyer l'identité de votre mël, en précisant votre téléphone et votre statut ou convention d'appartenance, à l'adresse suivante: ufcass@cfdt-sante.fr



Vers une qualification pour l'encadrement de proximité

LA DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE a mis en place un groupe de travail en 2002 sur la formation des cadres de proximité. L'évolution des travaux a abouti à la proposition d'un référentiel professionnel, auquel des groupes de travail régionaux, initiés par la Drass, ont contribué.

Nous sommes entrés dans la phase de validation et devons nous exprimer sur le contenu des référentiels, le projet de certification et son classement, son inscription dans une filière et les passerelles, l'exclusivité pour la fonction, les possibilités de VAE, le contenu de la formation, sa durée.*

VI

Le référentiel

Le référentiel est « générique », il est conçu pour couvrir l'exercice dans tout le champ social ou médico-social.

Il comporte six grands blocs de compétences :

- pilotage de l'action ;
- encadrement d'équipes et de professionnels, GRH ;
- gestion administrative et budgétaire ;
- communication interne ;
- participation au projet de la structure ;
- partenariat d'action et travail en réseau.

Ces blocs sont déclinés en activités, aux-

Suite DOCUMENT de la page III

conséquence l'organisation et les méthodes de travail ; définir des règles déontologiques « impératives » lorsqu'il le faut. L'enjeu est bien sûr de faire émerger les « valeurs », les « principes d'action » de l'organisation.

Au sein des entreprises ou des administrations, l'élaboration de chartes d'éthique, chartes du management, codes de conduite... est souvent mise en œuvre, sans association des cadres et des organisations syndicales. Nous devons donc nous interroger sur ces pratiques, sur les modalités et les lieux de réflexion collective à promouvoir, sur la prise en charge syndicale à développer, tant sur le plan collectif que sur le plan individuel, pour permettre l'expression et la protection des cadres concernés. ■

quelles correspondent des savoirs théoriques, opérationnels et relationnels.

Pour la CFDT ce référentiel semble assez complet et bien décrire les compétences attendues des professionnels. Mais attention à ce que les fonctions de gestion administrative et budgétaire ne soient pas trop développées, afin de ne pas générer de flou dans la délégation des fonctions par les directions et de confusion dans les responsabilités sur le terrain. Une carence a été pointée sur la gestion des situations d'urgence en lien avec la responsabilité.

Le projet de certification

Quatre épreuves non compensables sont prévues sous forme de :

- mémoire pour la conception et le suivi de projet ;

ADHÉSION

Cadres, identifiez-vous !

LORS DES RENCONTRES RÉGIONALES CADRES, j'ai constaté que des cadres adhérents CFDT ne sont pas identifiés « cadres ». Ils découvrent à l'occasion de ces réunions que *Synergie cadres* existe...

Plusieurs raisons peuvent conduire à cette situation et voilà les moyens d'y remédier :

- la surcotisation cadre n'existe plus depuis très longtemps. Aujourd'hui identifier les cadres ne coûte rien au SD ;
- pour les cadres, il est nécessaire de signaler les changements d'adresse ;
- en adhérant à la CFDT santé-sociaux, le statut n'est pas toujours celui de cadre, il est donc nécessaire lors du changement de grade que l'adhérent transmette l'information à son responsable syndical ;
- une mutation dans le travail peut entraîner un changement de fédération, là aussi l'information est indispensable pour actualiser la situation ;
- il est de la responsabilité des SD, notamment des trésoriers, d'actualiser régulièrement les adhésions et de bien renseigner « Gessy » en identifiant la fonction cadre. Pour l'adhérent cela se

- dossier technique et oral, en cours de scolarité, pour l'expertise technique ;
- oral en cours de scolarité pour le management d'équipe ;
- écrit en cours de scolarité pour la gestion administrative et budgétaire.

Le classement est prévu en niveau II. La question du champ couvert et du niveau du diplôme est posée par les prérequis exigés à l'entrée.

Pour la CFDT, les jurys méritent une attention particulière, la formalisation des exigences pour les épreuves en cours de scolarité, afin d'éviter les disparités, également.

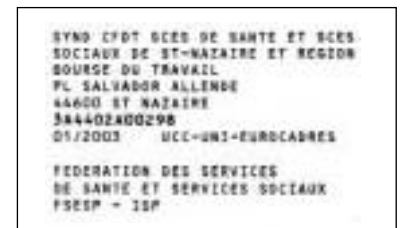
Inscription dans la filière et passerelles

L'articulation doit être pensée avec les filières domicile/éducation spécialisée et les liens avec la filière animation ; avec les diplômes supérieurs existants (Cafdes, DSTS) et les certifications universitaires.



traduit sur sa carte par :

- ☛ le n° d'adhérent
- ☛ l'inscription de UCC-UNI-EUROCADRES (voir détail carte ci-contre).



Si cela n'est pas le cas, il faut prendre contact avec le trésorier du syndicat pour actualiser votre situation.

Notre objectif pour l'été est d'avoir notre fichier adhérents cadres à jour.

Nous voulons que tous les cadres adhérents reçoivent l'information, tant par l'UCC CFDT, que par la Fédération santé-sociaux, afin qu'ils puissent participer à la réflexion collective.

Nous voulons rompre l'isolement par le déclouonnement. **B. Billon** ■

Exclusivité pour la fonction

Ce diplôme doit-il être le seul requis pour l'exercice des responsabilités de cadre intermédiaire, compte tenu de la diversité actuelle des formations, essentiellement universitaires, mises en place faute de certification à ce jour?

Cette qualification peut-être « promue » par sa reconnaissance par les partenaires sociaux des branches concernées (CPNE et conventions collectives).

Possibilités de VAE

En matière de VAE, nous n'avons pas reçu de projet à ce jour. **Pour la CFDT**, en accord avec l'esprit de la loi sur la validation des acquis, tout ou partie de cette certification doit être accessible à la validation. Mais une attention particulière doit être apportée à l'évaluation des capacités.

Contenu et durée de la formation

Une des questions qui s'est posée est celle de l'accession par un niveau IV, problème concernant essentiellement le maintien à domicile, pour celles qu'on appelle les « coordonnatrices de secteur »? C'est ce qui est pris en compte dans la proposition de la version « renforcée » de la formation. Mais celle-ci s'adresse également à des candidats potentiels « hors secteur » et sans expérience professionnelle préalable.

Deux versions existent, suivant le niveau pris en compte dans les pré-requis :

- une « courante », de 400 heures (330 heures de formation théorique et 70 heures de stage) ;
- une « renforcée » de 820 heures (400 de formation théorique et 420 de stage) :
 - * conception et suivi de projet (90 heures),
 - * expertise technique (80 heures – 150 heures en version renforcée),
 - * management d'équipe (100 heures),
 - * gestion administrative et budgétaire (60 heures).

Pour la CFDT, l'accès à partir d'un niveau IV est possible et le classement doit être le même pour tous et de niveau II. La solution trouvée est intéressante par la non discrimination a priori des candidatures. L'appréciation portée sur le parcours et le projet professionnel est déterminante pour l'accès à la formation. Il faudrait formaliser un cadre général plus précis pour ces candidatures et leur traitement.

Nous reviendrons plus en détail sur le dossier dans notre prochain numéro.

Marie-Christine Jannin ■

La parole aux cadres de la Pitié-Salpêtrière

Notre rubrique

« Témoignage » permet de faire état des engagements et réflexions des cadres adhérents à l'Ufcass-CFDT.

Voici, dans cette optique, de larges extraits d'un courrier du groupe cadres hospitaliers de la Pitié-Salpêtrière.

L'INVESTISSEMENT PERSONNEL des cadres au travail n'est plus à démontrer, notamment dans le secteur public hospitalier. Cette implication est ressentie comme le moyen naturel d'assurer des fonctions de management auprès du personnel. À l'hôpital, la pression au travail des cadres est due à la demande des usagers et à la volonté partagée avec les équipes de maintenir la qualité du service rendu en période de contraintes financières et de recrutement.

Les cadres de santé donnent avant tout du sens aux actions qu'ils conduisent, car elles sont le plus souvent à vocation humanitaire. L'approche « sciences humaines » du travail est donc culturellement privilégiée. Afin d'optimiser l'organisation des soins et du progrès médical, le management des services nécessite aujourd'hui des notions d'économie de la santé,



d'épidémiologie, de réglementations sanitaires, d'efficacité...

« Organisations complexes »

Garantir une reconnaissance des diplômes, mais aussi l'expérience professionnelle, sont des axes revendicatifs de la CFDT.

L'élargissement des responsabilités conduit à des diplômes de deuxième cycle universitaire, voire de troisième cycle (Dess de santé publique, Dess d'économie de la santé, Dess d'analyse et de gestion des établissements de santé, DEA éducation de la santé, DEA éthique...) pour les cadres de santé : coordonnateurs paramédicaux de fédération de gestion commune, responsables paramédicaux de départements ou des prochains pôles d'activités médicales, etc. À cet égard, le rapport de la Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT dans les établissements de santé, du 30 octobre 2002, préconise le développement des formations au management des « organisations complexes ».

Responsabilité des cadres

L'animation des équipes, la transmission interne des informations pertinentes, les liens établis au sein du milieu professionnel sont des éléments caractéristiques de l'activité interprofessionnelle des cadres. Ce versant managérial de l'activité des cadres doit entretenir une dynamique de projets, une identité collective et une capacité accrue à la « transversalité ». Toute la question est d'articuler la culture hospitalière – sur laquelle intervient le management des cadres – et les contraintes économiques du moment. Cette dualité est au cœur des questions relatives à la responsabilité des cadres. La CFDT invite à une modernisation globale du fonctionnement de l'hôpital. Les cadres en seront les éléments moteurs. [...] ■

VII



À pied d'œuvre...

NOUS SOMMES en ce mois d'avril dans le vif du sujet de l'enquête « Travail en questions cadres ». Les cadres non dirigeants sont sollicités pour y répondre. Celle-ci s'adresse à ceux qui sont syndiqués, mais aussi à ceux qui ne le sont pas. Depuis plusieurs mois, nous disons que nous voulons être à l'écoute des cadres ; aujourd'hui, nous sommes sur le terrain. Dire ce qu'on fait ; faire ce que l'on dit : près de 15 000 enquêtes ventilées aux établissements, petits ou grands, sanitaires et sociaux sur toute la France, voilà la réalité.

Nous voulons donner aux cadres la possibilité de s'exprimer sur leur vécu, leur permettre de dire ce qu'ils pensent de leurs fonctions – si celles-ci sont clairement définies ou restent dans un flou artistique –, de dire ce qu'ils pensent de la reconnaissance qu'ils ont ou qu'ils n'ont pas, des moyens dont-ils disposent (ou ne disposent pas) pour les mener à bien. L'enquête est également l'occasion pour eux de dire s'ils participent à l'élaboration des décisions qu'ils sont chargés de mettre en musique auprès des équipes dont-ils ont la charge, de pointer les difficultés qu'ils rencontrent, s'ils sont satisfaits de leur rémunération et de leur carrière...

La formation reçue correspond-elle aux besoins du terrain? Les lieux d'écoute, de représentativité, sont-ils appropriés pour les cadres? Le TEQ Cadres, c'est au total 61 questions et,



Tour de France

LES MOIS DE FÉVRIER ET MARS ont été mis à profit pour rencontrer les structures syndicales et les cadres. Étapes de ce tour de France : Strasbourg, Metz, St-Brieuc, Dijon, Paris, Angers, Bordeaux, Bierville, Lyon, Orléans, Limoges, Lille, Reims, Aix-en-Provence, l'Île-de-France, Toulouse, Montpellier, Caen, Besançon et Niort.

Trois points à l'ordre du jour de ces rencontres :

- ◆ les objectifs de la Fédération pour la prise en charge des cadres non-dirigeants ;
- ◆ l'écoute des cadres présents ;
- ◆ le lancement de l'enquête pour les cadres : Travail en questions.

enfin, une possible expression libre sur le sujet souhaité. Il ne faut surtout pas hésiter à réclamer l'enquête auprès des responsables CFDT pour pouvoir participer à cette écoute nationale. Ensuite, viendra le temps du dépouillement, au mois de juin, la communication des résultats et bien sûr, la restitution auprès des cadres qui nous auront permis de réaliser cette enquête.

Notre action CFDT santé-sociaux, c'est, par une écoute individuelle, de réaliser des axes revendicatifs collectifs, de les porter pour les faire aboutir. Nous voulons être acteurs, prendre toute notre place,

pour que les transformations soient réalisées avec nous.

Bernard Billon ■

Synergie cadres

n°42 ► Supplément à *Multiple* (n° 62, avril 2003) ► Directrice de la publication : *Yolande Briand* ► Chef de projet : *Bernard Billon* ► Rédacteur en chef : *Philippe Maillard* ► Secrétariat de rédaction : *Bruno Picoche et Dan Culcer* ► Mèl : ufcass@cfdt-sante.fr ► N° de CPPAP : 1 494 D 73 ► Photogravure/Impression : Imprimerie nouvelle (St-Ouen)

VIII

