

ÉDITO

La CFDT pour la reconnaissance des cadres

LES CADRES SONT SENSIBLES, eux aussi, à la reconnaissance professionnelle. Quel que soit le secteur d'activité, cette reconnaissance est un élément essentiel de la valorisation des personnes-cadres dans leur travail.

Pourtant, beaucoup de vos témoignages le confirment: les réformes engagées ne prennent pas en compte d'entrée de jeu cette dimension de l'activité cadre. Tel est le cas, par exemple, de:

- la réforme de la nouvelle gouvernance des hôpitaux, qui pose question sur la place des cadres du secteur sanitaire;
- le blocage, au niveau interministériel, de l'évolution du statut des cadres dans le secteur socio-éducatif, qui constitue un problème qui attend des mesures satisfaisantes.

Or, la reconnaissance professionnelle emprunte des chemins certes variés, mais également créateurs d'avancées:

- mise en place d'un certificat (Caferuis ou certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable dans les unités d'intervention sociale);
- possibilité d'ouverture de négociations pour l'évolution d'un statut;
- précision des champs de compétences et affirmation des zones d'autonomie.

L'Ufcass, au sein de la Fédération santé-sociaux, travaille dans chacun de ces domaines et sur l'ensemble des dossiers d'actualité pour une reconnaissance réelle de la profession de cadre.

Emmanuel Lehuraux

Secrétaire fédéral, responsable de l'Ufcass

Ufcass CFDT

Union fédérale
des cadres sanitaires
et sociaux CFDT
47, avenue Simon Bolivar
75 950 Paris CEDEX 19

Synergie cadres n° 47

3 €

SOMMAIRE

- II — Joseph Bristiel, chef de la sécurité (interview)
- III — Le nouveau diplôme des cadres du social
- IV- Construire un syndicalisme d'adhérents avec les cadres
- V — Qualité et évaluation « en questions » dans le secteur sanitaire et social
- VII — Organiser le travail dans l'intérêt général
- VIII — Questionnaire pour les adjoints des cadres hospitaliers

PAROLES DE TERRAIN

Joseph Bristiel, responsable de sécurité (Hôpitaux de Metz):

« Ce qui me plaît dans mon métier, c'est la diversité et la réactivité »

JOSEPH BRISTIEL EST CHEF DE SERVICE DE LA SÉCURITÉ au groupement des hôpitaux de Metz, qui fait partie du CHR de Metz-Thionville.

Ce service comprend 19 agents de sécurité incendie, dont cinq titulaires en poste fixe. Il faut y ajouter un agent de sécurité malveillance.

Le rôle du service concerne la sécurité des biens et des personnes : incendie, malveillance (personnes agitées: patients ou famille), vols, agressions du personnel et des usagers. De plus, dans les missions de la sécurité, il y a l'entretien du matériel de sécurité incendie (vérification des extincteurs, des lances à incendie), le contrôle des véhicules...

Le service de sécurité a deux tutelles distinctes: la direction du groupement et le directeur de la DTBMS (direction des travaux biomédicaux, de la maintenance, de l'environnement et de la sécurité). Un ingénieur de sécurité couvre l'ensemble du CHR de Metz-Thionville.

Du point de vue de la formation professionnelle, J. Bristiel est issu des services techniques. La formation de base est celle d'ATPS (agent technique de prévention et de sécurité). Il a d'abord obtenu le CAP (ERP1), puis le BP (ERP2), obligatoire pour être chef d'équipe, et enfin le ERP3: établissement recevant du public de 3e degré (contremaître principal).

En 1986, il a suivi une formation de formateur. Il a débuté sa carrière en 1988, en tant que chef du service à temps plein.

Multiple: Peux-tu situer l'importance des services de sécurité dans le fonctionnement des centres hospitaliers?

J.-B.: En réalité, au quotidien, nous faisons essentiellement de l'entretien. Les services nous contactent pour résoudre un problème. Tout passe par le n° du poste fixe de sécurité. Nous sommes également contactés par bip: les trois qui tournent sont le mien, celui du chef d'équipe et un troisième, porté par un agent.

Parmi les trois agents de sécurité en fonction simultanément, un seul est en poste fixe qui s'occupe à la fois des appels, des ouvertures, de la gestion des alarmes... Tout passe par le poste fixe. Il intervient alors auprès des agents. En fonction de

la demande, il appelle les services techniques (report technique) ou la sécurité. Par émetteur-récepteur, il va contacter les agents de sécurité, par exemple pour l'ouverture d'une porte la nuit, recherche d'un fugueur, d'une personne...

La mission première est bien sûr l'intervention sur l'alarme incendie. Dans tous les cas, nous effectuons un lever de doutes.

En cas d'appel interne pour une odeur de fumée, un bruit bizarre... même procédure: l'agent appelle par talky-walky.

En cas de feu déclaré, nous intervenons avec l'aide des services techniques (brancardiers, techniciens divers). Un appel général fait intervenir tous les équipiers. S'ils ont eux-mêmes besoin d'un coup de main, ils nous appellent.

Nous assurons également la formation du personnel sur les questions de sécurité. En cas de vols dans l'établissement, je m'occupe des dépôts de plainte.

Il s'agit alors de déterminer la responsabilité de l'établissement. J'interviens sur l'élaboration d'un questionnaire. Au-delà, se pose la question de la protection: Faut-il s'équiper de caméras?

M.: *Quel rôle joues-tu comme cadre technique au sein de ton service: champ de compétences, objectifs, relations avec l'équipe, la direction...?*

J.-B.: Au sein de mon service, je joue un rôle de pivot. Je participe notamment aux réunions de CHS-CT: protocole de chargement, déchargement, plans de prévention pour les petits travaux ponctuels... Je coordonne tout ce qui est plan d'urgence interne: plan d'accueil (plan blanc).

Les parties administrative et relationnelle constituent une part importante de mon activité. Je m'occupe aussi de gestion des accidents pour le bilan social.

Le contact permanent avec l'équipe (planning, distribution des travaux) est primordial. Mon activité se déroule de 7 heures jusqu'à 18h30, mais je peux très bien rentrer chez moi à 8 ou 10 heures du soir.

La formation du personnel est une autre de mes casquettes. Elle va de l'élaboration des thèmes de formation aux exercices d'évacuation.

Même si la dimension hiérarchique existe, je joue davantage un rôle d'animateur dans mon service. Le professionnel doit avoir une réactivité. Je lui laisse une certaine latitude. Cela les responsabilise, ce qui est cohérent avec le fait qu'ils sont des professionnels.

D'ailleurs, ils se dépensent sans compter. Ils ne discutent même pas pour se relayer quand il y a un malade dans le service.

L'identité de l'hôpital est importante dans leur travail, avec une forte dimension d'anticipation, de prévention. La sécurité à l'hôpital, c'est tout un état d'esprit. Dans notre activité, les deux dimensions de prévision et d'intervention existent bien.

M. Quelles difficultés rencontres-tu et quelles réponses y apportes-tu?

J.-B.: Les difficultés sont d'ordres différents. En premier lieu, il y a la question de la reconnaissance de notre domaine d'intervention.

Dans la sécurité, il n'y a pas de grade défini. Nous nous battons avec l'Association des chargés de sécurité des établissements sanitaires (ACSESS), dont je suis membre, pour être reconnu à travers un statut. Tous les membres se retrouvent pendant deux jours chaque année. Cette année, c'était au CHU de Reims.

Nous sommes aussi en pourparler avec le ministère, pour qu'il y ait un statut propre pour les agents de sécurité. Il s'agit d'élaborer des grilles indiciaires.

A ce jour, nous n'avons toujours pas de réponses, mais les discussions se poursuivent. Nous sommes bien perçus par tous les autres services, qui nous demandent de les rencontrer, reconnaissant par là nos compétences.

Autre grande difficulté: le manque de personnel. Avec deux équipes de sept agents d'intervention et cinq agents en poste fixe, ce sont quatre personnes — trois agents d'intervention (obligatoire) et un agent en poste fixe — qui, chaque jour, forment un roulement minimum, 24 heures sur 24 et un week-end sur deux.

Du coup, nous nous retrouvons avec des heures supplémentaires qu'il devient quasi impossible de récupérer: 225 heures, 318 heures... dans l'année.

Les salariés partent en congé et nous fonctionnons en « flux tendu ».

Ce qui me plaît dans mon métier, c'est la diversité des tâches et la réactivité obligatoire sur un thème donné.

Propos recueillis par
Philippe Maillard ■

II



Le nouveau diplôme des cadres du social

Comme annoncé dans le précédent Synergie cadres, nous vous apportons des précisions sur le Caferuis. L'accent est mis sur le travail et les positions CFDT lors de son élaboration, puis sur certains éléments constitutifs de ce nouveau diplôme cadre dans le secteur social et médico-social.

LE CERTIFICAT D'APTITUDE AUX FONCTIONS D'ENCADREMENT et de responsable d'unité d'intervention sociale (Caferuis) est devenu une réalité avec la publication de l'arrêté du 8 juin au *Journal officiel* du 1^{er} juillet 2004 (conformément au décret du 25 mars 2004). Ce nouveau diplôme atteste des compétences nécessaires pour animer une unité de travail dans le champ de l'intervention sociale.

La formation sera dispensée par des établissements publics ou privés, agréés par le préfet de région, sur proposition du directeur régional de l'Action sociale et après avis du président du Conseil régional.

Dans le cadre des demandes fortes de la CFDT, cette certification est également accessible par la validation des acquis et de l'expérience (VAE).

Lors de l'élaboration du diplôme notre organisation est intervenue notamment 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 et sa durée.

On retiendra trois points :

- le référentiel professionnel est assez complet et décrit bien les compétences attendues ;
- les fonctions de gestion administrative et budgétaire ne doivent pas être trop développées. Vis-à-vis des directions, il importe de ne pas générer de flou dans la délégation de fonction et de confusion sur les niveaux de responsabilité.
- la possibilité d'accès à partir d'un

niveau IV. L'appréciation portée sur le parcours et le projet professionnel est déterminante pour l'accès à la formation. Les jurys méritent une attention particulière, ainsi que la formalisation des exigences pour les épreuves en cours de scolarité, afin d'éviter les disparités.

Le contenu du diplôme

L'architecture du diplôme repose sur un certain nombre de points :

● Référentiel professionnel et domaines de compétences

Intermédiaire entre direction, équipes et partenaires, le cadre est un maillon essentiel de l'organisation et joue un rôle clé pour la mise en œuvre des réponses aux besoins des usagers. Il conduit les actions engagées en pilotant le projet de service, en référence au projet de l'organisation. Sa position d'interface lui confère une fonction spécifique de communication interne.

Il possède, en fonction de sa position hiérarchique et du degré de délégation, les caractéristiques habituelles du cadre : autonomie, initiative, responsabilité.

Ses fonctions et son positionnement nécessitent qu'il développe des compétences susceptibles d'être mises en œuvre dans l'ensemble des secteurs de l'action sociale et médico-sociale. Celles-ci s'expriment à travers des savoirs théoriques, opérationnels et relationnels. Elles sont déclinées en six domaines :

- la conception et la conduite de projets d'unité et de service à l'intérieur d'un projet institutionnel ;

- l'expertise technique ;
- le management d'équipe ;
- l'organisation du travail, la gestion administrative et budgétaire ;
- la communication, la gestion des partenariats ;
- l'évaluation et la gestion de la qualité ;

● Référentiel de certification

Quatre unités de formation sont à valider à travers quatre épreuves :

- un mémoire soutenu devant un jury, épreuve en lien avec la conception et la conduite de projet ;
- la présentation d'un dossier technique en rapport avec l'activité professionnelle du candidat, pour l'évaluation des compétences dans l'expertise technique ;
- une étude de situation présentée oralement, après un temps de préparation de quarante-cinq minutes, concernant le management d'équipe ;
- une épreuve écrite de trois heures, concernant une étude de situation d'un service afin d'évaluer les compétences en gestion administrative et budgétaire.

Un « passeport » pour la mobilité

Au final, ce diplôme contribue à la reconnaissance des encadrants « de proximité ». Il est conçu pour ne pas enfermer les professionnels dans un champ d'activités particulier, afin d'accroître les possibilités de mobilité.

Il reste à faire en sorte que cette certification soit réellement accessible par la mise en place de financements au regard des demandes.

Marie-Christine Jannin ■
Secrétaire nationale





Conseil national de la CFDT cadres Construire un syndicalisme d'adhérents avec les cadres

Comment construire un syndicalisme d'adhérents avec les cadres, pour élaborer et conduire une action revendicative pertinente, spécifique ou non ? Cette question a été le fil rouge des travaux du Comité national de la CFDT Cadres, qui s'est tenu les 18 et 19 mai 2004 à Paris.

IV

UNE CENTAINE DE PARTICIPANTS, constituant les délégations des Unions régionales et des fédérations professionnelles CFDT, ont participé au Comité national cadres.

Ces deux jours de travail, rythmés par quatre tables rondes, les unes centrées sur les réflexions de secrétaires généraux et les autres sur les pratiques syndicales de terrain, ainsi que par les travaux de groupe, ont bien montré la nécessité de mettre en tension constante action revendicative et syndicalisme d'adhérents.

Ce Comité national a également été marqué par deux événements mettant les cadres sous des regards externes : le vernissage d'une exposition photo intitulée « Cadres » et la publication d'un livre rassemblant les travaux réalisés par une quinzaine d'équipes de recherche sur la base des résultats de l'enquête CFDT TEQ Cadres de 2002.

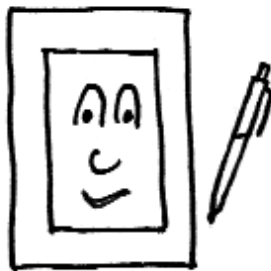
Chacun des huit secrétaires généraux d'unions ou de fédérations (dont Yolande Briand), à partir des réalités professionnelles, territoriales et syndicales de son organisation, des identités professionnelles repérées et des actions menées ou non pour soutenir une présence active des cadres dans la CFDT, a été invité à partager très librement ses attentes, ses difficultés et ses questionnements sur leur prise en charge, y compris au sein de la Confédération (rôle de la CFDT cadres).

Retours de terrain

De nombreuses équipes syndicales développent des pratiques pour rencontrer les cadres, les écouter, communiquer, construire et agir avec eux.

Selon les identités professionnelles, le contexte, les stratégies en cours, elles sont différentes. Nous avons opéré un premier recensement de ces pratiques (un document sera disponible dans l'espace adhérent du site www.cadres-plus.net).

Sept acteurs de ces pratiques les ont présentées au cours du Comité national. Ce ne sont pas des modèles, ce sont des réalisations concrètes, avec leurs atouts et leurs faiblesses... Ces retours du terrain ont introduit un travail concret de réflexion pour construire des pistes d'action pour les équipes,



à partir des questions suivantes :

- Quels sont les « domaines » revendicatifs qui concernent les cadres et nécessitent une attention particulière, une prise en charge collective ?
- Comment intégrer le « revendicatif cadre » dans le revendicatif général ?
- Comment, pour et avec les cadres, pratiquer le syndicalisme d'adhérent dans ses différentes étapes ou différentes formes, existantes ou à créer ?

Du spécifique à l'intercatégoriel

Même si au sein de la CFDT la réalité demeure encore contrastée, le constat de la situation, déjà esquissé lors du congrès CFDT Cadres d'Amiens en 2001, paraît maintenant largement partagé : la diversité de la population cadres, son importance croissante au sein du salariat, le rôle que la CFDT doit jouer pour cette catégorie de salariés, la nécessité d'intégrer les cadres dans l'action syndicale.

Elle a un intérêt objectif à les syndiquer, pour être plus efficace et vraiment représentative ; il apparaît donc nécessaire de mettre en œuvre des formes de participation des cadres à la vie syndicale, compatibles avec leurs obligations et leurs perceptions de leur avenir professionnel.

Des propositions ont été formulées qui articulent fortement lieux d'échanges spécifiques et ancrage politique intercatégoriel fort, pour renforcer notre capacité à faire émerger par les intéressés eux-mêmes des revendications particulières, mener des confrontations constructives pour une traduction revendicative intégrative et élargie aux multiples figures du salariat, cadres et non-cadres, jeunes et moins jeunes, hommes et femmes.

Ce Comité national s'inscrit dans la démarche confédérale « Améliorer la prise en charge des cadres », préparée par un groupe de travail et ponctuée par un premier débat lors du Bureau national confédéral de mars dernier.

Ainsi, avant le deuxième débat au BNC en décembre prochain, ce temps de rencontre et d'écoute a participé au nécessaire mûrissement du débat interne pour améliorer la prise en charge des cadres dans toute la CFDT.

Laurent Mahieu ■

Qualité et évaluation « en questions » dans le secteur sanitaire et social

Les démarches qualité et d'évaluation, appliquées au secteur sanitaire et social, suscitent depuis quelques années, un intérêt mêlé d'inquiétudes. Entre nécessité, effet de mode, recherche d'efficacité, les expériences se multiplient dans les établissements. Elles suscitent bien des interrogations et des avis contraires...

AU FUR ET À MESURE que les pratiques professionnelles sont moins disparates, on observe des formes de concentration d'exigences. La référence aux « bonnes pratiques », initialisées dans le secteur sanitaire, se diffuse peu à peu dans le champ de l'éducatif et du social.

Ces démarches sont de plus en plus formalisées; elles reflètent l'évolution de ce secteur en matière politique et économique, professionnelle et « managériale », à l'aune de l'uniformisation et de la mondialisation. Elles s'inscrivent désormais de manière forte dans l'action des pouvoirs publics, à travers un dispositif législatif qui leur donne un caractère obligatoire et institutionnel, réaffirmant la volonté de l'État de promouvoir un pilotage efficient, moderne et démocratique de l'action sanitaire et sociale.

Une logique séduisante

Ces démarches s'inscrivent dans un contexte économique et social où se développent la précarité de l'emploi, le sentiment d'insécurité et d'abandon, la disparition progressive de la régulation réalisée jusque dans les années quatre-vingt par un État providence omniprésent et le développement des nouvelles technologies, des échanges internationaux. Elles apparaissent dans le secteur sanitaire et social au moment même où la nécessité d'imaginer un autre lien entre la logique du social et celle de l'économique se fait de plus en plus pressante pour nos dirigeants.

Utilisées par les adeptes, dans l'entreprise et chez certains politiques, de la démocratie participative et de l'entreprise citoyenne, ces démarches

peuvent paraître à bien des égards adaptées à la problématique actuelle: elles encouragent l'esprit démocratique quand il s'exprime au travers du management participatif; favorisent la maîtrise des dépenses par une conception dynamique de l'organisation; garantissent le respect des droits des « usagers-citoyens » par la mise en œuvre de l'évaluation des besoins, des prestations offertes et la mesure de la satisfaction des bénéficiaires.

Risques et nécessité

Néanmoins, certains spécialistes et acteurs du champ sanitaire et social, craignent une rigidification des pratiques du fait de leur normalisation et une maîtrise des dépenses qui profiterait davantage aux financeurs qu'aux usagers.

Les questions qu'ils se posent résument très bien leurs inquiétudes, ne serait ce que parce qu'il est professionnel et « légitime de s'interroger sur les conséquences d'une transposition trop rapide et à l'identique d'outils du secteur marchand, fournisseur de sur mesure de masse », au secteur sanitaire et social, fournisseur essentiellement de projet et action individualisés. Pour eux, ces démarches ne sont-elles pas seulement des effets de mode qui cacheraient un manque d'imagination chez nos dirigeants, incapables d'aborder la « question du social » sous un angle novateur et solidaire? Ne sont-elles pas aussi une réponse facile aux besoins de reconnaissance, d'innovation et de résultats des professionnels du secteur? Ou encore n'est-ce pas une autre manière d'envisager « un lien » entre les logiques sociale et économique, mais surtout au profit de cette dernière?

Il est clair qu'en matière politique et

économique ces démarches constituent un objectif prioritaire dans le cadre de la régulation des activités du secteur de la santé et du social. Pour les pouvoirs publics, il apparaît indispensable d'associer la composante « qualité/évaluation/accréditation » à la problématique de rationalisation des choix économiques, compte tenu notamment des coûts de santé en progression et des attentes de plus en plus fortes des usagers. Cette composante leur paraît si nécessaire qu'elle s'inscrit désormais dans un cadre légal contraignant et en évolution.

En matière professionnelle et managériale, elles font l'objet à la fois de résistances et d'intérêt, pour plusieurs raisons. Se pose par exemple le problème de l'identité du secteur au travers de coopérations accrues entre savoir-faire social et médico-social, auxquelles s'ajoute aujourd'hui le savoir-faire urbain, économique... Il y a également l'inquiétude de ses acteurs qui recherchent des réponses communes et s'interrogent sur les rapports qu'ils entretiennent avec « l'usager-client » et leur organisation et les pouvoirs publics. Ces démarches sont toutefois favorisées par l'histoire de ce secteur, où le principe de l'évaluation n'est pas nouveau: mesurer la pertinence des actions au regard des bénéfices attendus pour les personnes a toujours été un enjeu qui s'est traduit en particulier par la mise en œuvre du « projet individualisé » dans le champ éducatif et social et par l'organisation de l'évaluation clinique des pratiques médicales dans le secteur sanitaire.

Pour et contre

Les opposants à ces démarches s'inquiètent de la manière dont la pensée managériale, issue de l'entreprise, pourrait « pervertir » le champ de l'action sanitaire et sociale.

Pour eux, une organisation centrée sur une gestion rationnelle et efficiente des processus ne peut permettre la prise en compte de l'individu dans ses attentes – sociales et citoyennes – et



Suite page VI



Qualité et évaluation « en questions » dans le secteur sanitaire et social



Page V →

VI

dans ses besoins en matière de santé et de bien-être. Ce type d'organisation ne peut que cantonner la réflexion sur le terrain exclusif de la maîtrise des coûts et de la régulation sociale, au détriment d'une véritable prise en compte des besoins et droits des individus. À leurs yeux, ces démarches sont avant tout des effets de mode, repris par des technocrates conditionnés dans des écoles, dont le contenu éducatif est traversé par un discours managérial dominant et mondialisé. Elles sont aussi ressenties par une partie des salariés et de l'encadrement, comme « des miroirs aux alouettes » destinées à normaliser leurs interventions afin d'en évaluer l'efficacité et réduire ainsi la prestation offerte à « un produit de consommation » comme un autre, assimilant par-là même ce secteur à un secteur marchand et concurrentiel, sans véritable éthique d'intervention.

Pour les promoteurs de ces outils, au contraire, ces démarches sont des opportunités d'innovation, d'expérimentation, y compris d'exercice de démocratie interne dans les établissements. La démarche d'accréditation, par exemple, ne demande-t-elle pas non seulement la participation des salariés, mais également la réalisation d'enquêtes régulières de satisfaction sur leurs conditions de travail ?

Elles permettent selon leurs partisans, dans un environnement de plus en plus complexe, une reconnaissance des modes de travail en rapport à des normes connues qui s'affichent comme des labels, à partir de référentiels reconnus par l'État et les partenaires. Elles peuvent aussi conduire à un management des organisations plus moderne, puisque ces démarches requièrent une construction et une mise en œuvre de type participatif, associant tous les opérateurs internes et externes selon leurs niveaux respectifs d'intervention, suscitant ainsi un mode de direction et d'animation dynamique et solidaire, plus transparent. Satisfaire l'utilisateur, faire participer le

salarié, réduire les coûts, innover dans les pratiques, être reconnu pour son savoir-faire, faire du dirigeant un gestionnaire de la complexité : voilà des perspectives alléchantes que nous offre le discours des promoteurs des démarches qualité. Peut-être d'ailleurs ont-ils raison et avons-nous là un de ces outils miracles qui dans les situations incertaines peut au moins nous rassurer et nous conduire vers le changement, l'amélioration.

Outils, pratiques, résultats...

Peut-être aussi devons-nous nous rappeler qu'un outil n'est rien sans celui qui s'en sert et celui-ci, parfois, n'a peut-être pas les intentions qu'il semble afficher ou n'est pas prêt au changement.

D'autres questions émergent dans un tel climat, plus précises encore : Peut-on en effet parler en toute objectivité et vérité, comme le font nos dirigeants, d'innovation et de participation et dans le même temps de conformité et de contrôle ? Les directions sont-elles sincères lorsqu'elles nous disent vouloir utiliser dans leur pleine mesure des outils susceptibles de bouleverser les rapports hiérarchiques, les compétences collectives, les modalités de reconnaissance et être capables de mettre à jour les dysfonctionnements ? Les professionnels du social et du sanitaire sont-ils prêts à reconsidérer leurs pratiques et à renoncer à l'opposition communément admise entre éthique médico-sociale et tout économique ? La réalité des pratiques montre de nombreuses différences dans l'utilisation de ces outils : il y a ceux qui mettent le participatif et la dynamique interne en avant – donc la démocratie interne –, ceux qui mettent la stratégie, l'évaluation et la conformité en première ligne – donc l'organisation –, et enfin ceux qui n'ont d'yeux que pour l'éthique, la solidarité, la dignité, les droits du

citoyen – donc l'humain dans sa globalité.

Bien sûr, selon la posture, le résultat est différent. Pour les premiers, on constate à la fois déception et véritable désir de changement. Déception de s'apercevoir que réfléchir et faire ensemble n'est pas obligatoirement synonyme d'amélioration dans l'organisation et les conditions de travail ; et désir de changement, parce que le vécu participatif rassemble des compétences, les renforçant entre elles, tout en produisant de l'innovation dans les pratiques, une approche globale de l'organisation et une reconnaissance mutuelle.

Pour les seconds, c'est à la fois l'enthousiasme et la crainte : un enthousiasme lié à la perspective de pouvoir peut-être gérer la complexité des organisations et donc leur efficacité, et une crainte, celle du changement qui peut réduire les avantages acquis, les positions confortables et accroître le sentiment d'insécurité.

Pour les derniers, c'est une expérience de plus, demandant à être validée, reconsidérée si nécessaire, en fonction de nos capacités à intégrer le champ du politique, de la culture et des valeurs de solidarité, de partage.

Les conditions de réussite pour l'utilisation positive de ces outils et la reconnaissance de leur utilité dans le champ du social et du sanitaire sont, vous en conviendrez, draconiennes. Elles obligent à travailler à la fois l'outil « qualité », mais aussi le positionnement de la personne et de l'institution, dans ses valeurs, son approche du politique et du social, avec les forces contradictoires qui s'affrontent sans cesse dans toute organisation.

Bien sûr, rien ne vous empêche, désormais, d'essayer.

Anne-Lise Sadkowsky ■
(SD 57)

Organiser le travail dans l'intérêt général

L'accord national du 27 septembre 2001, sur la RTT, a consacré la réduction du temps de travail à 35 heures par semaine. Mais il a aussi permis d'offrir à tous les agents de la fonction publique hospitalière, un certain nombre de garanties en matière d'organisation du travail. Mieux les connaître c'est l'assurance, pour les cadres, de les appliquer au bénéfice de tous. Un rappel utile.

LES TEXTES RÉGLEMENTAIRES qui ont été publiés suite à la signature de l'accord national sur la RTT dans la fonction publique hospitalière prévoient un certain nombre de mesures, dont voici l'essentiel.

Thème par thème

- **Repos hebdomadaire**: quatre jours pour deux semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs, dont un dimanche. Ce repos doit être d'au moins 36 heures consécutives.

- **Temps de travail effectif**: il est défini comme dans le Code du travail et comprend le temps d'habillage et de déshabillage.

- **Durée de travail hebdomadaire maximum**: 48 heures au cours d'une période de sept jours.

- **Pause**: une pause d'une durée de vingt minutes accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à six heures consécutives.

- **Tableau de service**: élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le directeur, il précise les horaires de chaque agent pour chaque mois. Il doit être affiché 15 jours au moins avant son application et pouvoir être consulté à tout moment par les agents. Toute modification, 48 heures avant sa mise en vigueur, donne lieu à une information immédiate des agents concernés, sauf contrainte impérative de fonctionnement du service.

- **Congés annuels (CA)**: 25 jours ouvrés par an (ou 2 jours par mois).

- **Congés hors période**: un jour supplémentaire pour 3 à 5 jours de congés annuels pris entre le 1^{er} novembre et le 30 avril, 2 jours supplémentaires pour plus de 6 jours de CA pris durant cette même période (ces jours hors période ont désormais une assise réglementaire).

- **Jour de fractionnement**: un jour supplémentaire si les congés annuels sont fractionnés en au moins trois périodes de 5 jours ouvrés chacune.

- **Tableau prévisionnel des congés**: il est fixé par le directeur, après consultation des agents, et mis à leur disposition au plus tard le 31 mars de l'année considérée.

- **Période estivale**: le directeur permet à chaque agent de bénéficier de trois semaines de congés annuels consécutives durant la période d'été, sauf contrainte impérative de fonctionnement du service.

- **Jours fériés**: les règles de compensation des jours fériés, selon que l'agent travaille ou pas en repos variable, incluant ou non le samedi et le dimanche, ont maintenant une base réglementaire, et donc s'imposent.

- **Compensation des sujétions**:
 - **Repos variables**: un jour supplémentaire de repos compensateurs pour les agents travaillant au moins 10 dimanches ou jours fériés pendant l'année civile, deux jours supplémentaires de repos compensateurs pour les agents effectuant au moins 20 dimanches ou jours fériés.

- Agents travaillant exclusivement de

nuit: le temps de travail hebdomadaire est de 32 h 30 à compter du 1^{er} janvier 2004.

- **Servitude d'internat**: cinq jours ouvrés consécutifs de repos compensateurs supplémentaires par trimestre (hors le trimestre comprenant la période d'été).

- **Jours RTT**: ce sont les jours supplémentaires de repos destinés à compenser le temps effectué au-delà de la durée réglementaire du travail.

- Pour 35 h 30 de travail par semaine: 3 jours RTT par an.

- Pour 36 heures de travail par semaine: 6 jours RTT par an.

- Pour 37 heures de travail par semaine: 12 jours RTT par an.

- Pour 38 heures de travail par semaine: 18 jours RTT par an.

- Pour plus de 38 h 20 de travail par semaine: 20 jours RTT par an.

Les personnels exerçant des fonctions d'encadrement peuvent choisir entre un régime de décompte horaire et un régime de décompte en jours de leur temps de travail; dans ce cas, ils bénéficient de 20 jours par an de RTT.

Les jours RTT, ainsi que les congés annuels et les heures supplémentaires peuvent être placés dans un compte-épargne temps, dans la limite de 15 jours RTT (18 pour les cadres), 5 jours de CA et la moitié des heures supplémentaires.

VII



Suite page VIII



En pratique

Ces mesures concernant l'organisation du travail s'appliquent à tous les agents de la fonction publique hospitalière, y compris les cadres, quel que soit le type d'établissement dans lequel ils travaillent.

Les accords locaux RTT, qui ont été signés dans les établissements, peuvent procurer aux agents des garanties supplémentaires à celles prévues par les textes réglementaires. Les personnels d'encadrement ont souvent du mal à appliquer ces mesures, surtout s'ils n'ont pas été associés à la réflexion conduisant à leur mise en application et s'ils ne sont pas assurés d'avoir les moyens nécessaires pour les appliquer. Si les agents doivent comprendre que la fonction première d'un établissement est de soigner, prendre en charge ou héberger, ceux qui les encadrent, eux, doivent intégrer le fait que leurs subordonnés seront d'autant plus enclins à accepter une modification de l'organisation du travail qu'ils auront été informés, consultés et associés à la décision.

Quant aux directions, elles doivent cesser de laisser les cadres pris en tenaille entre les nécessités de service imposées par l'administration et les demandes légitimes des agents concernant l'organisation du travail.

Il est de la responsabilité des militants CFDT qui siègent dans les instances traitant de l'organisation du travail (CHS-CT, CTE, CA) de se soucier de ce problème, pour faire en sorte que les cadres puissent bénéficier de bonnes conditions de travail. Et, pour un cadre, travailler dans de bonnes conditions, c'est pouvoir organiser le travail des agents dans le sens de l'intérêt général.

Jean-Pierre Fougère ■
Secrétaire fédéral

Textes réglementaires de référence

Décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Questionnaire : Faire évoluer le statut de la fonction publique pour les adjoints des cadres hospitaliers

La CFDT santé-sociaux a écrit, avec d'autres organisations syndicales, pour demander la réouverture de négociations, notamment sur la filière administrative.

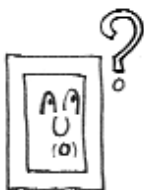
Elle travaille actuellement avec quelques équipes sur l'actualisation des revendications pour la filière.

Vu les niveaux de qualification que les directions d'établissements affichent sur les profils de poste à pourvoir des

ACH, nous souhaitons construire une grille de revendications adaptée. Pour cela, nous avons besoin de votre contribution.

Merci de répondre le plus précisément possible au contenu et de recueillir d'autres informations auprès de vos collègues adjoints des cadres. Dès que possible, retournez votre réponse à la Fédération. ■

| | Niveau de qualification (ex : Bac, Bac+2) | Diplôme obtenu (ex : BTS comptabilité) | Demandé par qui ? (agent ou direction) | Remarques |
|---|---|--|--|-----------|
| Adjoint des cadres hospitaliers | | | | |
| Au recrutement | | | | |
| Suivi depuis le recrutement | | | | |
| Quel niveau de qualification ? | | | | |
| Demandé sur les profils de postes depuis 2000 | | | | |



CH de Sarrebourg

Réintégration d'un cadre de santé dans son service

Suite au décès accidentel d'une patiente, survenu le 10 mai 2003 dans son service, Roger Berger, cadre de santé et délégué syndical CFDT au Centre hospitalier de Sarrebourg, a fait l'objet d'une mutation de la part du directeur de l'établissement. Parallèlement, deux enquêtes, auprès de la Ddass et du Procureur de la République, ont été diligentées.

Considérant cette mutation comme une sanction déguisée, Roger Berger a fait un recours en annulation auprès du tribunal administratif de Strasbourg, qui lui a donné gain de cause par son jugement du 4 mai 2004. La direction, s'acharnant, a lancé aussitôt une procédure disciplinaire à son encontre... Le 17 juin, pendant le conseil de discipline qui se tenait à la Ddass (Metz), 100 manifestants ont manifesté leur soutien au délégué mis en cause. SMS, faxes, et messages Internet à la Ddass ont participé aussi de cette mobilisation initiée par la CFDT. Après quatre heures de réunion, où Roger Berger et son avocat ont pu démonter l'accusation de fautes point par point, le conseil a considéré à l'unanimité qu'il n'y avait pas lieu à sanction.

Roger Berger vient d'être réintégré à son ancien poste le 1^{er} septembre 2004. C'est un grand succès pour le syndicat CFDT! ■

Synergie cadres

n° 47 ▶ Supplément à *Multiple* (n° 79, septembre 2004)

▶ Directrice de la publication:

Yolande Briand

▶ Chef de projet:

Emmanuel Lehuraux

▶ Rédacteur en chef:

Philippe Maillard

▶ Secrétariat de rédaction:

Dan Culcer et Bruno Picoche

▶ Mèl: ufcass@cfdt-sante.fr

▶ N° de CPPAP: 0206 S 06773

Photogravure/Impression:

Imprimerie nouvelle (St-Ouen).