

# Multiple

ÉDITO

## Des réseaux cadres dans tous les départements

*AVEC CE NUMÉRO, nous saluons l'arrivée dans l'équipe rédactionnelle de Fatima Amrouni et Dominique Bizot, respectivement, référentes régionales Ufcass de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et de la région Bourgogne.*

*LA VOLONTÉ D'OUVRIER LA PUBLICATION aux cadres qui souhaitent collaborer à sa rédaction, est ainsi une réalité.*

*Au-delà du travail d'écriture, la participation des cadres s'est traduite également par l'organisation d'une réunion dans le Gers, et se poursuivra par la programmation, sur le dernier trimestre de l'année 2005, de réunions dans le Nord, en Bourgogne, en Lorraine, en Haute-Garonne.*

*LES CADRES qui participeront à ces réunions pourront, de manière active, faire avancer la problématique des cadres en confrontant leurs analyses et points de vue, tout en travaillant à la rédaction de propositions d'amélioration.*

*TOUS LES CADRES décrivent la même situation professionnelle, jalonnée de difficultés analogues. C'est pourquoi il est nécessaire, partout où cela sera possible, d'organiser des rencontres pour que cette unité dans les difficultés devienne une unité dans les propositions.*

*Il nous appartient de faire valoir nos compétences et notre pertinence dans l'exercice de nos missions.*

*Pour ce faire, affirmons collectivement notre vision d'un travail de qualité, refusons d'être réduit à un rôle d'exécutant et mettons en place les stratégies efficaces pour que notre voix soit entendue.*

*C'est ce que nous vous proposons dans le cadre de l'Ufcass, en partenariat avec l'ensemble des équipes syndicales. NOUS COMPTONS SUR VOTRE PRÉSENCE.*

Emmanuel Lehuraux ■

Secrétaire fédéral, responsable de l'Ufcass

synergie cadres

### Ufcass Cfdt

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

**Synergie  
cadres n° 51**

3 €

### SOMMAIRE

- II — Des services techniques à la blanchisserie
- III — IV — La réforme de la gouvernance  
vue par les cadres de la Cfdt
- V — Formateurs en IFSI et VAE pour les aides-soignants
- VII — Les cadres de santé s'engagent dans l'évaluation  
des pratiques professionnelles
- VIII — Le détachement dans un corps de catégorie A  
de la fonction publique hospitalière

# Des services techniques à la blanchisserie

**Michel Aubert est responsable de la blanchisserie à l'hôpital de Vitry-le-François (faisant fonction de cadre) et s'occupe de l'imprimerie de l'établissement. Il est également administrateur de l'hôpital, représentant du personnel au niveau des instances CAPL et secrétaire de la section CFDT: une expérience multiple dont il nous fait part.**

## Synergie-cadres: Quelle est ta situation de travail à l'hôpital de Vitry-le-François ?

**Michel Aubertel:** Après avoir travaillé au service technique pendant vingt-trois ans, j'ai été mis au placard par mes supérieurs (directeur technique et directeur adjoint) à la suite de ma demande d'un mi-temps syndical. Je n'avais plus de travail à faire, je faisais fonction de bouche-trou. J'étais déjà intervenu, en CTE, sur un passe-droit du responsable du service (utilisation privative d'un bien collectif). Il n'a pas apprécié.

J'ai donc demandé au directeur de changer de service. Je lui ai présenté un projet sur l'imprimerie de l'hôpital, qui visait à créer des économies par rapport à l'utilisation de la photocopieuse. En novembre 2004, il m'a appelé en me proposant la blanchisserie. À mes yeux, cela représentait un défi intéressant en raison de la situation très mauvaise de la blanchisserie.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, je suis responsable du service de blanchisserie, comme maître ouvrier principal. En outre, je suis l'imprimeur de l'établissement. Enfin, je dispose d'un mi-temps syndical. Pour accomplir ma tâche, je dispose de douze personnes: deux ouvriers professionnels qualifiés (OPQ), deux ouvriers professionnels spécialisés

(OPS), un agent d'entretien spécialisé (AES), un CDD, trois contrats emploi consolidé (CEC), deux contrats emploi solidarité (CES), un agent de service hospitalier (ASH).

## S. C. : Quelles difficultés rencontres-tu dans l'exercice de ton métier ?

**M. A.:** Je déplore essentiellement un manque de reconnaissance de la part de mes collègues de l'hôpital, ainsi que de mes anciens supérieurs des services techniques.

Même si je nettoie les moteurs tous les lundi matin, il y a souvent des pannes dans les lave-linge. D'où les moqueries des gens des services techniques. De plus, nous traitons également le linge d'une maison de retraite: en tout, cela fait une tonne cinq de linge par jour.

En outre, la situation devient de plus en plus difficile par manque de budget. Depuis 1997, celui-ci a diminué du tiers. Du coup, il est difficile de doter les services en linge propre.

Depuis des années, la T2A nous étrangle, de même que dans tous les petits établissements. L'an dernier, nous accusions un déficit de 700 000 euros, ce qui représente 22 postes en moyenne, selon l'ARH. Il en est de même cette année. Je ne peux pas à l'heure actuelle commander du linge. Je vais devoir attendre trois ans avant de pouvoir renouveler les draps.

De plus, il est nécessaire de mettre en place des normes d'hygiène (RABC). Ce sont les normes qui existent dans les lingeeries, pour éviter les maladies nosocomiales.

Enfin, les conditions de travail ne sont pas bonnes.

## S. C. : Quelles solutions y apportes-tu ?

**M. A.:** J'ai demandé un audit sur la pro-

tection des travailleurs, sur les conditions de travail, ainsi que sur l'hygiène, même si nous réalisons des analyses quand le linge sort. Celui-ci doit être impeccable.

Nous visons aussi à faire évoluer l'environnement: certains lieux doivent être modifiés et aménagés, car ils ne répondent plus aux besoins actuels. Il est possible de réaliser ces aménagements à moindre coût.

La maison de retraite de 85 lits devrait passer à 130 lits: il faudra augmenter la capacité de traiter le linge. Le chantier est déjà lancé.

Par ailleurs, j'attends beaucoup de la préparation du budget 2006 pour un meilleur fonctionnement. Je prépare actuellement celui du fonctionnement de la blanchisserie, de façon à fonctionner autrement.

## S. C. : Quelles sont tes perspectives de carrière ?

**M. A.:** Je vise à être agent chef. Dans cinq ans, ma carrière s'arrête. J'ai donc du mal à envisager de reprendre des études. Je préférerais passer sur la liste d'aptitudes.

Il est en effet possible d'accéder au corps des agents chefs (catégorie B):

- par concours interne sur épreuves, ouvert notamment aux maîtres ouvriers, pourvu qu'ils justifient de trois ans d'ancienneté dans leurs corps;
- par inscription sur une liste d'aptitudes, dans la limite du tiers des titularisations.

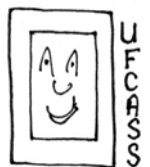
## S. C. : Parle-nous de l'activité de ta section syndicale ?

**M. A.:** La section comptait l'an dernier 63 adhérents. Mais depuis, en raison des départs à la retraite, nous sommes retombés à 57. Nous avons effectivement du mal à faire venir les jeunes.

Pourtant, nous nous rendons beaucoup sur le terrain. J'aime bien aller voir les cadres dans les différents services, en même temps que tout le personnel.

Au départ, c'est pour discuter du linge, mais nous débordons vite le sujet et cela me permet d'être informé sur la réalité de l'hôpital. C'est un bon ressort de l'activité syndicale.

Propos recueillis par  
**Philippe Maillard**



### Hôpital de Vitry-le-François (Marne)

151 lits d'hospitalisation

140 lits d'hébergement (EHPAD)

23 places de soins à domicile (SSIAD)

Soit au total: 314 lits et places.

Effectif au 31 août 2005:

Contrats aidés (CES, CEC, CAE, CEJ): 46

Contractuels (CDD + CDI): 44

Titulaires et titulaires-stagiaires: 411

Personnels médicaux: 41

Effectif total: 542.

# La réforme de la gouvernance vue par les cadres de la CFDT

**La dynamique de coordination entre cadres et directeurs d'établissement porte ses fruits. La réflexion commune de l'Ufcass et du Syncass-CFDT sur la réforme de la gouvernance a débouché en effet sur un texte. Analyse et propositions pour réussir sa mise en œuvre n'en ont que plus de force.**

**LA PARUTION DE L'ORDONNANCE** du 2 mai 2005 relative à l'organisation interne des établissements publics de santé et de ses décrets d'application fait entrer la réforme de la gouvernance hospitalière, annoncée depuis 2003, dans sa phase effective de mise en œuvre. Le présent texte est le résultat de la réflexion d'un groupe de travail composé de directeurs d'hôpitaux, de directeurs des soins et de cadres de santé de la CFDT, réuni à l'été 2005 pour envisager les conséquences pour les professionnels de cette réforme et les moyens de la réussir.

## Une réforme nécessaire

La plupart des pays européens se sont engagés depuis le début des années 1980 dans des réformes de l'organisation interne de leurs établissements hospitaliers, visant à améliorer simultanément leur réactivité ainsi que la qualité et l'efficacité des prises en charge qu'ils dispensent.

Les grands principes de ce mouvement de réorganisation hospitalière sont proches de ceux qui sont à l'origine de la « nouvelle gouvernance » actuellement promue en France :

- **décloisonnement de l'hôpital** et organisation plus intégrée des prises en charge privilégiant les soins primaires et les soins ambulatoires,
- **extension de l'autonomie de gestion et de la responsabilité financière des établissements publics** soumis à une concurrence plus forte avec les prestataires privés, dans le cadre du développement de modes de rémunération prospectifs fondés sur des tarifs fixes par activité ;

- **regroupement des unités cliniques en pôles d'activité autonomes et responsables** en termes d'activité et de résultats financiers.

## Méforme de la réforme

Malgré des objectifs ambitieux, il nous faut constater que cette réforme manque parfois cruellement d'envergure et fait apparaître aussi bien des problèmes de forme que de fond.

**Trois problèmes de forme pour commencer :**

- **La dynamique de la réforme n'a pas été entretenue :** la défense des corporatismes ou des particularismes professionnels, évidemment différents d'une organisation à l'autre, a empêché une étude rapide des projets de textes au sein du comité suivi constitué avec le ministère. L'absence de conduite ministérielle du dossier, notamment pendant le ministère Douste Blazy, a également contribué à l'inefficacité d'un comité paradoxalement

chargé d'améliorer l'efficacité des établissements.

- **Le formalisme juridique l'a emporté sur l'esprit de la réforme :** chargé avant tout d'examiner des projets de textes, le comité de suivi s'est perdu dans des arguties juridiques interminables sur la représentation de chaque corps ou catégorie dans chaque instance.

- **Les effets symboliques ont été amplifiés par ce formalisme :** centré sur les mots et non sur les actions à mener, la réforme de la gouvernance s'est souvent résumée à une lutte d'influence symbolique entre les corps hospitaliers, dont les directeurs des soins et les cadres de santé sont apparus comme les grands perdants, parce qu'apparaissant moins souvent favorisés dans les textes que les médecins ou les directeurs d'hôpital.

**Les problèmes de fond, ensuite : en dépit de leur précision formelle, les textes relatifs à la réorganisation interne de l'hôpital demeurent encore très ambigus.**

Comme l'a rappelé la Fédération CFDT santé-sociaux dans une communication en février 2005, l'ordonnance « est un texte de compromis qui mélange différents principes de fonctionnement et n'atteint pas l'objectif de clarification des responsabilités » :

- le conseil d'administration n'est pas



Suite page IV

vraiment constitué en conseil de surveillance, notamment parce que le président de la CME en est membre tout en étant membre du conseil exécutif;

- les chefs de pôle, bien que disposant d'un champ de compétences plus étendu que celui des actuels chefs de service, ne remplacent pas ces derniers, qui sont maintenus et peuvent limiter la réforme de l'organisation retenue;
- l'organisation en pôles vise un double objectif qui peut être contradictoire, notamment pour les disciplines prestataires: peut-on promouvoir un regroupement géographique des activités de radiologie et d'exploration fonctionnelles pour diminuer leur coût et favoriser en même temps leur intégration au sein de chaque pôle pour améliorer les prises en charge?
- le contenu de la notion « d'autorité fonctionnelle » du chef de pôle sur les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, « dans le respect de la déontologie de chaque praticien », demeure imprécis;
- le principe de l'affectation locale des praticiens est gêné par la mise en place de listes nationales d'habilitation pour les chefs de pôle et les conseils de service;
- le conseil de pôle doit assurer simultanément le rôle d'une instance d'expression des personnels et de préparation du projet de pôle;
- l'intégration et la diminution des documents institutionnels (projet médical, de soins social...) alors que des documents unifiés pourraient remplir les mêmes fonctions, et réduire les calendriers d'élaboration en évitant les redondances.

### Sortir de la représentation catégorielle

En dépit de leurs multiples imperfections formelles, la mise en place du conseil de service, l'organisation en pôles d'activité et le renforcement de la contractualisation interne constituent les trois piliers indispensables d'une réforme réussie de l'organisation interne de l'hôpital. Et il faut sans doute profiter de l'ambiguïté largement entretenue par ces textes pour expérimenter des modes d'organisation plus performants.



Mais, au-delà d'une clarification de texte, cela suppose de réussir à faire évoluer en profondeur le management des personnels hospitaliers. **Trois pistes peuvent à cet égard être évoquées pour les cadres :**

- **Susciter une plus grande adhésion des directeurs des soins et des cadres intermédiaires en remédiant aux effets symboliques contre productifs des textes par une pratique réellement participative :** la rivalité supposée entre directeurs et médecins ne peut constituer la grille de lecture pour restructurer l'hôpital. Celui-ci ne pourra effectivement évoluer positivement qu'en responsabilisant chaque professionnel et en lui permettant en contrepartie d'influer sur la décision collective. L'adhésion et l'appropriation par les directeurs des soins comme par les cadres intermédiaires, soignants, administratifs ou médico-techniques, des objectifs de la réforme est ainsi une condition indispensable de son succès. À ce titre, l'Ufcass et le Syncass-CFDT soutiennent la participation du directeur des soins, membre de l'équipe de direction, au conseil exécutif.

- **Réfléchir aux responsabilités des cadres et des directeurs dans la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, dans le contexte d'une évolution démographique importante de ces corps :** l'enquête réalisée récemment par l'Ufcass avait mis en évidence trois difficultés spécifiques ressenties par les cadres hospitaliers pour définir clairement leurs missions, obtenir la reconnaissance des responsabilités qu'ils exercent et obtenir des zones d'autonomie. Ce questionnement rejoint celui des directeurs d'hôpitaux adhérents du Syncass-CFDT qui, dans une récente enquête sur leurs conditions de travail, s'interrogeaient sur la répartition des rôles et des emplois entre directeurs et attachés d'administration hospitalière et sur le degré de spécialisation fonctionnelle des uns ou des autres.

La mise en place des pôles et l'élaboration du règlement intérieur des éta-

blissements peuvent permettre d'aborder ces questions et d'accompagner les changements nécessaires par des formations adaptées, notamment en renforçant le rôle et les responsabilités des cadres dans le management des équipes.

- **Promouvoir des modes d'organisation privilégiant l'intégration fonctionnelle plutôt que la représentation catégorielle :** l'un des problèmes spécifiques de l'hôpital français réside dans le fait que les prises en charge, médicale, soignante, et la gestion, sont chacune confiées à des corps différents dont les identités professionnelles ont tendance à se construire parallèlement les unes aux autres, voire parfois les unes contre les autres. Dans ce système, chaque corps se considère comme seul dépositaire de la logique qu'il croit seul représenter et dont il veut assurer la prééminence face aux autres. Or, les pôles invitent à rompre avec cette logique de représentation catégorielle et à passer à des modes d'organisation plus fonctionnels dans lesquels les trois dimensions, médicale, soignante et de gestion, doivent devenir complémentaires. Il y a là évidemment tout un travail de pédagogie, qui n'est malheureusement pas réalisé en formation initiale, à conduire, pour faire évoluer les représentations et les discours professionnels à l'hôpital.

Ces trois pistes peuvent permettre de réunir les conditions d'une réforme plus cohérente, coordonnée et suscitant une plus grande adhésion afin, peut-être, de prévenir le risque qu'évoquait Frédéric le Play (1806-1822), théoricien de l'économie sociale, quand il affirmait que « la réforme sociale viendra seulement des catastrophes, si elles ne vous tuent pas tout à fait ».

**Syncass-CFDT/Ufcass-CFDT ■**

Suite  
de la page III

# Formateurs en IFSI et VAE pour les aides-soignants

**L'obtention de diplômes par le biais de la VAE, approuvée par la CFDT, commence à entrer en vigueur profession par profession. S'agissant des aides-soignants, le processus est récent. Deux formateurs en IFSI de la région Paca, à travers leur expérience, en soulignent les limites, les effets induits, mais aussi les aspects positifs. De quoi alimenter la réflexion... et les revendications.**

**UN ARRÊTÉ DU 25 JANVIER 2005** du ministère des solidarités, de la santé et de la famille, fixe les modalités d'organisation de la VAE pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant.

La Drass (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) de la région Paca (Provence-Alpes-Côte-d'Azur) a aussitôt pris les dispositions pour l'application de cet arrêté.

## Le dispositif

La validation des acquis de l'expérience (VAE) donne le droit à toute personne engagée dans la vie active, de faire valider son expérience pour obtenir un diplôme, titre ou certificat.

La VAE est instituée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002.

Elle est destinée à toute personne engagée dans la vie active, sans condition d'âge, de statut et de niveau de formation ou de qualification, justifiant d'une expérience, pour être candidat en 2005, d'au moins cinq ans dans une activité en rapport direct avec le diplôme souhaité pendant les douze dernières années.

Pour 2006, l'expérience demandée n'est plus que de quatre ans, et pour 2007 de trois.

Dans ce but, les formateurs des IFSI (instituts de formation en soins infirmiers) dont la direction s'est porté candidate pour intégrer ce dispositif dans leur établissement, ont été conviés à plusieurs réunions avec des responsables de la Drass pour étudier les différentes procédures proposées.

Ils n'est évidemment pas à l'ordre du jour d'augmenter les effectifs de formateurs en IFSI, pour répondre à cette

demande, malgré la surcharge de travail que cela va occasionner.

## Sur le terrain

Pas facile de mettre en place la VAE avec des moyens limités. L'expérience en montre la difficulté, soulève des questions et montre les problèmes auxquels sont confrontés les formateurs.

**M<sup>me</sup> D. A. :** « Il m'a fallu m'informer des modalités, lire des propositions, m'imprégner des différentes données, travailler sur des documents susceptibles d'être modifiés... »

Nous avons l'obligation de mettre en place soixante-dix heures de modules obligatoires dont les contenus sont définis, mais la répartition des heures est laissée au libre choix de chaque institut de formation.

**La principale difficulté est de devoir travailler en termes de compétences et non plus en termes de savoirs.**

Il nous est demandé de personnaliser la formation en fonction des prérequis des professionnels en VAE, pour les intégrer dans un système de formation professionnelle.

Il va nous falloir aussi planifier l'arrivée des professionnels inscrits dans un processus de VAE. Comment ne pas risquer ainsi de cloisonner une formation et comment organiser efficacement une formation de ce type en alternance. Les candidats pourront-ils faire les liens entre les différents modules ?

De plus, il nous est demandé pour une meilleure adaptation à ce processus, de changer la date de rentrée pour les étudiants AS en formation initiale. Pour rattraper le décalage, nous allons devoir gérer pendant deux ans (2006 et 2007) le chevauchement des promotions.

En 2006, la promotion sortante et l'entrante se chevaucheront pendant un mois et en 2007 elles se chevaucheront pendant trois mois. Notre quota d'élèves sera donc doublé pendant cette période. Outre le surplus de travail, il va falloir gérer au plus près les facteurs temps et espace disponible. Même si pour le moment nous n'avons que deux demandes de VAE pour 2006, du fait des lourdeurs administratives, au niveau de l'étude et de l'acceptation des candidatures par la Drass ou la Ddass.

Nous, nous retrouvons donc avec une surcharge de travail, avec obligation de repenser nos méthodes de formation et d'en intégrer de nouvelles. Pour être opérationnel entre la réforme et la mise en place, nous avons peu de temps.

La mise en place de la VAE est fastidieuse et mobilise une grande énergie. Certains enseignants estiment que ce système est une acceptation de dépassement de fonctions et une mise sur le marché de personnel (sous-qualifié). »

**M<sup>me</sup> C. R. :** « Avec la VAE, il y a nécessité à repenser sa posture professionnelle, la formation, et surtout à réfléchir en termes de compétences à atteindre, par rapport aux traditions didactiques qui consistaient à transmettre des savoirs.

La formation doit intégrer les transferts cliniques, c'est très intéressant car on part d'un vécu, mais c'est en même temps très difficile du fait que l'expérience de terrain peut donner une vision déformée. Il existe toujours un « différentiel » entre le terrain et la réalité.

En matière de charge de travail, la VAE étant une formation à la carte, alors que dans la formation traditionnelle existe un continuum, elle peut entraîner une déstabilisation du formateur et du formé.

La solution la plus adaptée à ce nouveau mode d'apprentissage serait me semble-t-il la création de postes de formateurs, spécifiques pour la VAE. De

V

Suite page VI

Suite  
de la page V

plus, dans une VAE il ne faut pas négliger le rôle social du formateur et la transformation du statut social du formé.

**J'approuve la mise en place de la VAE pour les aide-soignants car c'est une valorisation de l'expérience professionnelle, mais elle ne peut se substituer à une formation à qualité. »**

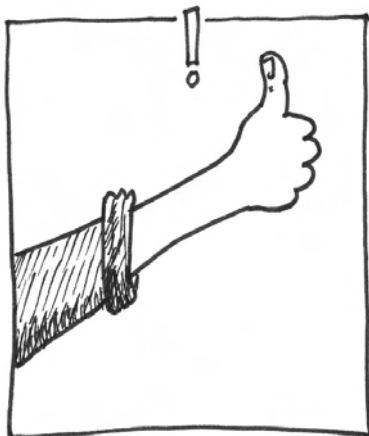
### Des moyens pour la VAE

Surplus de travail, problèmes organisationnels (à résoudre), lourdeur administrative, mais aussi investissement important pour les formateurs et les formés, valeur des diplômes (qualification équivalente par la formation initiale et par la VAE?), tels sont les problèmes soulevés par les deux témoignages qui ont précédé.

La réflexion sur la posture professionnelle et la formation, peuvent, malgré les difficultés rencontrées, être bénéfiques. Quant à l'embauche de formateurs supplémentaires, voire spécifiques, pour la VAE, la question reste posée.

L'opportunité pour les professionnels d'accéder à un diplôme par la VAE ne doit pas être affaiblie par le manque de moyens en terme d'encadrement, les formateurs, quant à eux, doivent pouvoir exercer leur mission dans de bonnes conditions. L'action syndicale doit aider à obtenir cet équilibre.

**Fatima Amrouni** ■  
Référente régionale Ufcass Paca



## Les cadres de santé s'engagent dans l'évaluation des pratiques professionnelles

**La démarche qualité est devenue un instrument de régulation du système de santé. Par leurs fonctions, les cadres sont au cœur du processus: ils ont un rôle essentiel à jouer en matière d'évaluation et d'amélioration des pratiques... L'occasion pour eux de faire reconnaître leurs compétences et de les enrichir.**



La société montre, de façon légitime, un niveau d'exigence croissant par rapport à la gestion des risques et à la qualité des soins en milieu hospitalier.

Cette préoccupation se traduit par la participation active des représentants des usagers au niveau national, mais également au niveau local grâce à leur implication dans la vie institutionnelle des établissements de santé.

Les attentes des usagers relatives à la qualité des soins sont confortées par la décision de la Haute autorité de santé (HAS) d'inclure, dans les références de la version 2 du manuel d'accréditation, des exigences en matière d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). La HAS entre ainsi en concordance avec le cadre de la **loi du 13 août 2004** relative à l'Assurance-maladie, qui fait de l'évaluation de la qualité un instrument de régulation du système de santé.

L'évolution des connaissances et des techniques médicales est si rapide que la mise à jour des pratiques des professionnels de santé doit se faire de manière permanente, pour qu'ils soient en mesure de procurer au patient des soins de qualité dans un souci de maîtrise des risques.

Pour ces raisons, l'EPP s'inscrit définitivement dans le programme

d'amélioration de la qualité des établissements de santé.

### Des atouts majeurs pour les cadres

Les établissements se trouvent devant la nécessité de définir une politique institutionnelle d'évaluation des pratiques. Le système de management de l'amélioration de la qualité est implicitement participatif et transversal, puisqu'il doit mettre en concordance les exigences de la qualité et les pratiques de terrain. C'est tout naturellement que les cadres de santé se retrouvent impliqués dans cette démarche, ce qui leur permet désormais d'être identifiés au niveau de l'institution comme des acteurs incontournables dans la conduite du changement. Les cadres de santé bénéficient d'atouts majeurs: leurs compétences dans leur métier d'origine, leur connaissance parfaite du terrain où ce métier s'exerce, leur pratique du management des équipes, enfin leur rôle d'interface dans la dimension organisationnelle du soin.

### Vers une reconnaissance des compétences

L'amélioration de la qualité passe par la formalisation des pratiques, dont découleront la rédaction et la mise en application de procédures et de protocoles. Il s'agit de comparer la pratique existante avec



Photo D.R.

la pratique de référence, en prenant en compte les recommandations professionnelles du moment.

Le cadre de santé est engagé à tous les niveaux du processus ; il est amené à évaluer l'existant, décrire, rédiger, diffuser, veiller à la mise en application, proposer des indicateurs d'évaluation, et à mettre en œuvre les réajustements nécessaires.

Il propose les améliorations, identifie les moyens nécessaires et entraîne son équipe à s'approprier les procédures visant à faire évoluer les pratiques professionnelles.

Décrire et écrire ce que l'on fait et comment on le fait c'est mettre en lumière son activité. C'est également s'interroger sur le processus, sa finalité et les possibilités de le faire évoluer. Dans ce contexte, la pratique professionnelle du cadre, s'enrichit par l'acquisition de la méthodologie et des outils de la qualité, lui permettant, du même coup, de mobiliser de nouveaux savoir-faire.

Il s'agit bien là d'une opportunité pour l'encadrement soignant de témoigner, au regard de ses partenaires hospitaliers, de ses compétences, et d'en développer de nouvelles.

**Dominique Bizot** ■

Référente régionale Ufcass  
Bourgogne

## Le détachement dans un corps de catégorie A de la fonction publique hospitalière

**Modalités, impact sur la carrière, conditions statutaires, voilà l'essentiel de ce que vous devez connaître sur les détachements de longue durée dans la Fonction publique hospitalière.**

Le détachement se définit comme une position où le fonctionnaire est placé hors de son corps d'origine, pour être placé dans un autre corps.

Pour les agents relevant de la fonction publique hospitalière, les modalités de détachement sont définies **aux articles 51 à 59 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986**, portant disposition statutaire relative à la fonction publique hospitalière, ainsi que par **les articles 13 à 24 du décret 88-976 du 13 octobre 1988**.

### Modalités du détachement

Concrètement, le détachement est prononcé à la demande du fonctionnaire. L'autorité investie du pouvoir de nomination peut s'y opposer. Même si le détachement ne peut excéder cinq ans, il peut être renouvelé par période n'excédant pas celle-ci. La situation du fonctionnaire détaché peut donc perdurer jusqu'à sa retraite.

Le détachement a lieu à indice égal ou, à défaut, immédiatement supérieur. La notation est arrêtée par l'autorité dont il relève du fait de son détachement.

### Impact sur la carrière

Le fonctionnaire bénéficie des règles d'avancement dans le corps de détachement et dans son corps d'origine. Cependant, l'avancement accordé aux fonctionnaires dans le corps de détachement n'implique pas de modification dans le corps d'origine, il en est de même pour l'avancement qui pourrait lui être accordé dans le corps d'origine.

### Fin du détachement

Le détachement peut prendre fin au terme de la période, mais peut aussi se réaliser avant le terme.

La réintégration dans l'emploi d'origine est soumise à la vacance d'un emploi.

En l'absence de vacance, le fonctionnaire est mis en disponibilité d'office. L'autorité administrative de l'État (préfet ou la DDASS) doit alors proposer, dans le délai d'un an, trois postes correspondant au grade de l'agent. Ces emplois doivent se situer dans la région du siège d'établissement d'origine, sauf pour les ingénieurs, les directeurs de soins et les psychologues.

Les propositions sont faites sur l'ensemble du territoire.

### Conditions statutaires

Chaque statut particulier définit les conditions de détachement. Les grandes règles regroupent :

- les conditions de diplômes pour les professions réglementées comme (ex : psychologue) ;
- des conditions de services effectifs en catégorie A ;
- des conditions d'indice.

Par exemple, pour être détaché dans le corps d'attaché d'administration hospitalière, il faut justifier de six ans de service effectif dans la catégorie A. De plus, l'indice brut terminal du grade le plus élevé du corps auquel appartient le fonctionnaire doit être égal à 966.

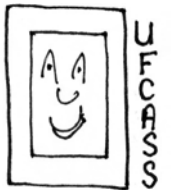
### En guise de conclusion

Le détachement est une modalité d'intégration d'un corps de la fonction publique hospitalière car il permet aux fonctionnaires détachés d'intégrer le corps d'accueil dans un délai qui est le plus souvent de deux ans.

Le fonctionnaire n'est pas obligé de passer un concours et conserve une fois intégré dans son nouveau corps, l'ancienneté qu'il avait acquise dans son ancien corps.

**Xavier Guenser** ■

VII



### Les cadres du Gers dans l'Ufcass

LE 5 OCTOBRE DERNIER, une réunion regroupant une vingtaine de cadres du département du Gers s'est tenue au Centre hospitalier d'Auch. Nous tenons à les remercier tout particulièrement pour leur enthousiasme et la qualité des échanges.

Le premier élément que nous retiendrons est la satisfaction de tous devant cette initiative CFDT. Avant toute chose, organiser une rencontre qui permet aux cadres de sortir de leur isolement et de partager leur point de vue, répond à une attente forte. L'expression des uns et des autres le prouve. Le second point positif résulte de la diversité du public présent. Le secteur hospitalier, le maintien à domicile, le sanitaire, le social, la psychiatrie, étaient représentés. Cela a permis des discussions riches et même quelquefois la découverte de situations mal connues. Le choix d'avoir des activités larges a été très apprécié.

Enfin, nous insisterons sur l'implication de tous les cadres présents. Après une présentation rapide de l'enquête réalisée en 2003, les participants se sont reconnus dans les réponses de l'enquête et ont témoigné de leur soutien à la démarche. Plusieurs personnes ont donné leur accord pour participer à un groupe

## Les guides juridiques 2006 DROITS DES SALARIÉS



Conception : Murielle Guillard. Service Communication CFDT/Illustration : Mokeil

Une aide efficace et concrète. Commandez les guides dès aujourd'hui auprès de votre URI pour bénéficier du meilleur tarif.

de réflexion Cadres dans le Gers. Il sera animé par Jean Philippe Rymarczyk, cadre de santé au CH d'Auch. Tous ceux qui veulent faire avancer le problème cadre dans le département, en étant créatifs et en avançant des idées nouvelles, sont les bienvenus dans le groupe de travail. ■

### Les responsables du syndicat Métropole-Nord attentifs à l'Ufcass

Le 7 octobre, le conseil syndical Métropole-Nord, a invité les représentants Ufcass : le représentant national et le représentant régional. Cette rencontre a permis de présenter le travail réalisé au sein de l'Ufcass, de poser les axes de réflexion autour des rôles et missions, de la formation, de la responsabilité et de l'autonomie. L'enjeu pour les responsables Ufcass était de partager ce dossier avec toutes les personnes

présentes. Nous devons saluer l'accueil qui nous a été réservé. Nous exprimons, également, notre satisfaction face à l'attention portée à ce dossier, ce qui devrait se concrétiser par l'organisation d'une rencontre avec des cadres relevant du syndicat Métropole-Nord. ■

### Les prochains rendez-vous de l'Ufcass

Le 17 novembre se tiendra une rencontre avec les responsables syndicaux du département de la Côte-d'Or. Il s'agira de jeter les bases de la création d'un groupe de réflexion cadre sur ce département.

Le 24 novembre, la section du CHU de Toulouse, a souhaité organiser une rencontre avec les cadres de l'établissement, en présence des responsables de l'Ufcass. Venez nombreux pour des échanges toujours riches et de qualité. ■

VIII

### Synergie cadres

n° 51 ► Supplément à *Multiple* (n° 92, octobre 2005)

► 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).