

ÉDITO

Responsabilité et droit d'expression

LA **CFDT SANTÉ-SOCIAUX** a milité durant la période écoulée pour un meilleur rééquilibrage interrégional de l'offre de soins et donc de financement. Malgré cela, les cadres sont confrontés à des projets sectoriels dont la déclinaison, s'éloignant des besoins des usagers et des situations de travail, relève trop souvent de l'arbitraire.

AU-DELÀ DES RÉALITÉS LOCALES, ce sont les enjeux sociétaux, avec la place de l'Assurance-maladie, qui doivent être appréhendés par les cadres CFDT. Disposant alors d'une analyse pertinente, ils sont en mesure d'effectuer un réel travail d'explication et de propositions dans leurs établissements. Ainsi les évolutions économiques, culturelles et professionnelles, font évoluer le rapport du cadre à la notion de responsabilité.

« En tant que cadre, quels sont, aujourd'hui et demain, mes rôles et missions, ma zone d'autonomie et surtout, comment je m'approprie ces thèmes pour défendre nos valeurs ? », tel peut être le sens du questionnement à mener. Nul doute que notre enquête « Rôle et missions des cadres », en cours, aidera à approfondir la réflexion commune...

REVENDIQUER le respect du droit d'expression, voire du droit d'alerte, constitue le corollaire à la responsabilité et à la reconnaissance de zones d'autonomie. La mission des cadres CFDT est bien d'échanger, d'expliquer, d'accompagner, dans le but de valoriser ces deux piliers de la fonction cadre : responsabilité et droit d'expression. C'est la démarche que nous vous proposons de poursuivre. En attendant, nous vous souhaitons de bonnes fêtes et par avance une bonne année 2007.

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° 54

3 €

S O M M A I R E

II – La nature au service du soin

III – Pour une amélioration des stages

IV – Cadres hospitaliers, entre mission et gestion : mariage ou divorce ?

VI – L'enquête « Rôle et mission des cadres »

VII – Arrêts maladie, procédures de contrôle et place des cadres



La nature au service du soin

Jean-Philippe Maître, 42 ans, est agent-chef du service « espaces verts et voirie » au CHS de la Chartreuse, à Dijon (21). Un parcours... fleuri.

Synergie cadres : Quelle est ta situation de travail et comment y as-tu accédé ?

Jean-Philippe Maître : Je m'occupe des aménagements extérieurs du domaine de la Chartreuse. Au départ, j'ai passé un BEP horticole, sous-option floriculture. De 1983 à 1997, j'ai travaillé comme maître-ouvrier, chargé des productions florales et des pépinières, dans la municipalité de Dijon.

S.C. : Quelles formations as-tu suivies pour devenir chef de service espaces verts ?

J.-P.M. : J'ai passé les concours : AOP, puis OPS, OPQ et maître-ouvrier principal, qui est une distinction. En 1997, je suis parti de la ville par détachement, pour intégrer la Chartreuse. J'ai toujours eu un désir d'évolution dans mon métier. Ici, le projet était intéressant, avec une équipe à manager. Le domaine de la Chartreuse sommeillait un peu : il fallait retrouver une gestion du parc boisé et travailler à plus long terme. Le résultat des travaux sur le parc, ce sera pour les générations futures. Je suis un adepte du développement durable. J'ai été embauché, comme contremaître, pour une gestion durable du site et une implication dans les travaux d'aménagement et de voirie.

S.C. : Quelle place occupes-tu au sein de la Chartreuse ?

J.-P.M. : J'ai une vision personnelle de mon rôle : les espaces verts ont un impact particulier sur la psychologie des patients et un environnement agréable contribue à la thérapie. D'autant plus que j'ai développé des ateliers de jardinage, notamment pour les enfants : après étude, j'ai mis en place des structures de jeux répondant aux normes actuelles. Le service fonctionnait bien, issu du maraîchage. Les agents faisaient des légumes et des fruits pour les patients. Pour eux, il s'est agi d'une reconversion.

Il y avait sept agents dont l'activité se concentrait sur l'entretien : tonte et ramassage de feuilles, fleurs coupées, production de plantes fleuries qui allaient dans les services, taille des haies, arrosages. Dans l'effectif, nous ne sommes plus que six, y compris moi-même.

Désormais, nous faisons davantage de valorisation du patrimoine : choix d'essences végétales plus intéressantes, tout en maintenant le fleurissement.

Avec la contribution de l'ONF⁽¹⁾, une expertise a été réalisée : nous avons soumis un dossier à la Drac⁽²⁾, donnant des abattages d'arbres et les replantations, avec beaucoup d'essences ayant un intérêt paysager.

Dans ce métier, il faut savoir évoluer, notamment par une adaptation aux contraintes du sol, du climat... Dans tous les travaux, il y a une démarche environnementale : gestion des déchets, gestion de l'eau, gestion des essences adaptées au climat, au sol et aux bâtiments – des chênes et des hêtres pour donner un aspect un peu forestier, puis quelques conifères. Pour la partie historique, il s'agit de respecter les cèdres.

S.C. : Comment conçois-tu ton rôle de cadre ?

J.-P.M. : J'ai d'abord un rôle vis-à-vis de la formation du personnel pour qu'il puisse remplir ses missions : formation continue pour gérer les unités boisées en milieu urbain, sur la conception et la réalisation d'un projet paysager, formation sur l'entretien et la voirie.

Moi-même, j'ai obtenu un bac pro d'aménagement paysager. Je vais pro-

chainement constituer un dossier pour devenir technicien supérieur par la VAE. Avec les agents, il est important qu'il y ait une reconnaissance mutuelle des connaissances professionnelles et beaucoup d'échanges. Je sers de trait d'union entre la hiérarchie et les agents de terrain. Je dépends d'un ingénieur des services techniques, qui coordonne les différents corps de métier.

S.C. : Quelles sont vos conditions de travail ?

J.-P.M. : L'entretien du domaine donne lieu à une programmation annuelle des travaux, mais nous dépendons d'une organisation journalière du travail, à cause de la météorologie, régissant à 80 % notre activité. En début de journée, nous établissons un plan de travail. Après discussion, nous trouvons une position commune.

En passant, je remarque que nous ne sommes pas formés et préparés au management. C'est pourtant un axe important de ma fonction.

Le projet de base, je l'ai. S'ils ont des idées originales pour que cela soit esthétique et paysager (harmonie architecturale), c'est tant mieux. Il faut également suivre le parc du matériel. Nous nous répartissons le travail.

Le personnel est ici en réduction et je le déplore, car nous sommes contraints de travailler davantage dans l'urgence. La norme est d'une personne pour 3 ha. Or, nous sommes six personnes pour 25 ha. Je suis actuellement en train de rédiger un projet sur l'évolution du service espaces et voirie.

Propos recueillis par Philippe MAILLARD ■



Le Parc de la Chartreuse : un environnement favorable pour les patients du CHS.

Photos D.R.

(1) Office national des forêts. (2) Direction régionale des affaires culturelles.

Pour une amélioration des stages

Les stages, moments importants de la formation des futurs infirmiers, ne répondent pas toujours aux attentes des étudiants... Comment y remédier ? Une des réponses est à chercher du côté de leur organisation. Le rôle des cadres intermédiaires est essentiel sur ce point. En partenariat avec l'équipe, ils sont à même de mettre en place des projets d'encadrement privilégiant un véritable tutorat.

LA FORMATION des étudiants en soins infirmiers est caractérisée par une alternance entre enseignements théoriques et pratiques. Le stage constitue un temps fondamental de la formation qu'il convient de ne pas négliger. Le cadre occupe une place tout à fait importante dans l'organisation du stage. Il nous est apparu utile d'apporter nos éléments de réflexion pour alimenter le débat lancé par les étudiants eux-mêmes, ayant trop souvent le sentiment de bénéficier de stages de qualité moyenne.

Réfléchir aux éléments de bonnes pratiques en matière d'encadrement des stagiaires constitue un double enjeu, de qualité de niveau de formation et d'attractivité pour les établissements.

Les professionnels en exercice possèdent, avec la transmission de leur savoir-faire, un outil incontournable pour former leurs futurs collègues dans le respect des exigences de qualité.

À travers des stages réussis pour les étudiants, il s'agit pour les directions d'établissements de construire une politique d'attractivité en favorisant l'envie des stagiaires de rester dans un établissement où les stages se passent bien.

Chacun a donc un intérêt à progresser sur ce dossier.

Un projet d'encadrement...

La responsabilité des cadres intermédiaires s'exprime dans la nécessité de tout mettre en œuvre pour que l'enca-

drement des stagiaires soit satisfaisant. Il est important que les équipes se réapproprient le rôle de formateur. Trop souvent, les professionnels surchargés de travail vivent la présence de stagiaires comme une contrainte supplémentaire. Cette situation aboutit à une insatisfaction de part et d'autre.

Il convient que les cadres, en partenariat avec l'équipe, mettent en place un projet d'encadrement des stagiaires. L'objectif de ce projet est de valoriser la place et le rôle des encadrants dans l'acquisition des « savoir agir » dans lesquels s'enracinent les compétences. Une réflexion collective sur l'organisation du travail, trouvant sa traduction concrète dans le planning, permettra à l'équipe de remplir sa mission de formation envers les étudiants.

La richesse du terrain de stage est inhérente à la complexité des situations qu'il propose et qui sont difficiles à reproduire en institut de formation. En cela, le stage est l'expérience de la confrontation à la réalité.

Plusieurs points méritent d'être développés pour étayer le propos.

Les ingrédients d'un bon stage

Le livret d'accueil

Il s'agit de créer au niveau de l'établissement un livret d'accueil des stagiaires. Ce travail est à réaliser par des représentants de l'établissement, administratifs et soignants, des représentants des instituts de formation et des représentants des étudiants.

Ce livret d'accueil a pour objectif de présenter l'établissement et le lieu de stage. Ces éléments de connaissance de l'environnement de l'étudiant et participent à sa compréhension des situations de stage. Il est possible de concevoir le livret en deux parties : une partie générale de présentation de l'établissement, donné par l'institut de formation avant les stages et une partie plus spécifique décrivant le lieu de stage, distribué par le service.

L'accueil personnalisé

Cette étape dans le déroulement du stage

nous paraît un élément essentiel pour la réussite de l'encadrement. Il appartient ici au cadre de proximité de rencontrer le stagiaire lors d'un entretien initial afin d'avoir une prise de contact personnalisée. C'est un moment privilégié d'échanges et de reconnaissance mutuelle, au cours duquel le cadre pourra présenter l'étudiant à l'équipe présente. Il pourra aussi lui donner toutes les informations utiles au bon déroulement du stage.

Un planning spécifique

Il s'agit là de réaffirmer la position d'étudiant qui ne peut en aucun cas constituer du personnel de remplacement. Le cadre tient compte de cette affirmation en bâtissant le planning de l'équipe sans tenir compte de la présence de stagiaires.

Cela se traduit, dans le service, par un planning de stage qui est indépendant de celui de l'équipe.

Cette indépendance n'empêche pas la recherche de la cohérence entre les deux, notamment vis-à-vis des capacités d'encadrement de l'équipe.

L'évaluation de la capacité d'accueil

Il est important de mener une réflexion sur le nombre de stagiaires que l'équipe pourra assumer, en corrélant cette réflexion avec le niveau d'étude des différents stagiaires.

Les référents

Cette notion consiste à permettre au stagiaire de s'appuyer sur une personne particulière de l'équipe. Il s'agit de créer une relation de proximité facilitant l'enseignement des « savoir agir ». Il est à noter que les rythmes de travail, avec un personnel fonctionnant 24 heures sur 24, altèrent l'efficacité du dispositif « référent ». Là aussi, le cadre occupe une place centrale d'une part dans sa capacité à être une personne relais en cas d'absence du référent, d'autre part dans la possibilité qu'il a de tenir compte de l'importance de la relation référent sta-



▼ giaire lorsqu'il établit l'organisation de travail.

L'évaluation

L'évaluation de stage est toujours un moment important, souvent source de discussions, voire de différends. L'implication de l'ensemble de l'équipe est nécessaire. Pour ce faire, développer les compétences de l'équipe dans l'évaluation va dans le bon sens. En un mot nous devons professionnaliser l'évaluation et éviter ce que les étudiants appellent la notation à la tête du client.

Le partenariat avec les instituts de formation

Ce point est à développer pour limiter le décalage entre le terrain de l'école et celui de l'apprentissage. L'objectif est bien de créer un réel enseignement par alternance.

Ce partenariat passe par des temps de travail commun et l'élaboration d'outils pédagogiques communs, tant sur le plan de l'enseignement que celui de l'évaluation.

Rapprocher les deux univers est une nécessité pour sécuriser les étudiants et leur donner des repères cohérents en lieu et place des informations actuelles trop souvent contradictoires.

Valoriser le tutorat

Au terme de ces réflexions, nous souhaitons valoriser le tutorat, dimension complémentaire inhérente à la place que va prendre ce jeune diplômé dans son activité professionnelle en entreprise. Il s'agit de différencier la période de for-

mation théorique et pratique de la période d'insertion en entreprise, où cet acteur devra assurer et assumer les responsabilités liées aux actes professionnels qu'il sera amené à effectuer.

Pour l'aider dans cette nouvelle période, la mise en place d'un tutorat paraît incontournable. La notion de tuteur est ici à ne pas confondre avec celle de référent.

La confusion repose sur le fait qu'avant même l'ère industrielle le compagnonnage était la transmission des savoirs en situation de travail entre le professionnel et l'apprenant, et que les formations du secteur sanitaire et social sont encore très souvent modélisées sur ce principe. Pour autant, un stage n'est pas une prise progressive de responsabilités alors que c'est ce qu'attendent les futurs professionnels. C'est un des points qui prévaut dans un accompagnement tutoral et le différencie du référent ou moniteur de stage.

De même les référents de stages sont multiples sur une même formation, alors que le tuteur est unique sur toute la durée de la formation. Il est ainsi mieux à même de mesurer la progression du salarié tutoré et la progression de ses capacités d'autonomie.

Ainsi le tutorat en entreprise, complément à la formation initiale, est à valoriser autour de deux points essentiels : l'intégration des nouveaux professionnels en début de carrière dans l'entreprise et l'ouverture qu'il offre sur la formation tout au long de la vie.

Emmanuel LEHURAUX ■

Cadres hospitaliers et gestion, m

Ivan Sainsaulieu, sociologue au CNRS, a entamé à la demande de la CFDT santé-sociaux un travail de recherche sur le rôle et les missions des cadres hospitaliers, à l'aune de leur identité et des évolutions du management. Dans la présentation ci-contre (extrait), il en expose la problématique et les hypothèses.

COMMENCÉES avec des études nombreuses sur la socialisation des salariés de l'hôpital en général, et des personnels soignants en particulier, nos recherches trouvent un prolongement logique dans la focalisation sur le groupe des cadres à l'hôpital, pour lequel des données existent sans avoir été vraiment exploitées ⁽¹⁾.

Une étude à mener

Il existe des manuels techniques sur le management public en général et à l'hôpital en particulier ⁽²⁾. Mais les cadres hospitaliers n'ont pas fait l'objet jusqu'à présent d'une approche sociologique approfondie, ni de publications à la fois spécifiques et englobantes : on dispose maintenant d'un corpus important sur les cadres en général ⁽³⁾ et de quelques contributions sur des cadres hospitaliers ⁽⁴⁾. Le raccord entre les deux perspectives, générale et sectorielle, reste à faire.

La littérature spécialisée nous apprend notamment que se sont succédées, pour les cadres infirmiers, trois périodes porteuses de modèles différents depuis l'après-guerre, ceux de la vocation, de la profession, puis de la gestion (Feroni et Kober Smith).

En allant à l'essentiel, on peut se demander comment la montée des préoccupations gestionnaires est ressentie par les cadres hospitaliers dans leur diversité et comment leurs pratiques s'en trouvent modifiées.

IU

OUTIL

Un guide de l'Apec

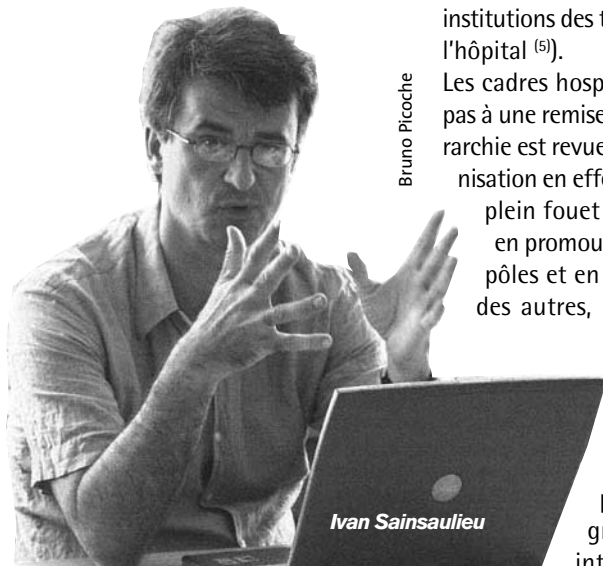
L'APECA A PUBLIÉ EN SEPTEMBRE *Les Métiers du secteur sanitaire, social et médico-social*.

L'ouvrage dresse un état des lieux des établissements, des acteurs et des évolutions du secteur, puis au travers de quatre grands chapitres, décline 24 fiches métier (de directeur d'hôpital ou de clinique... à formateur). Chacune aborde salaire, recrutement, rattachement hiérarchique, relation fonctionnelle, puis poste, profil, mobilité, et se termine par un témoignage. Voilà un bon outil pour aborder les situations de promotion professionnelle.

192 pages - 19,90 €



Hospitaliers : entre mission mariage ou divorce ?



Bruno Picoche

institutions des trois cercles constituant l'hôpital ⁽⁵⁾.

Les cadres hospitaliers n'échapperont pas à une remise en question car la hiérarchie est revue et corrigée. La réorganisation en effet risque de percuter de plein fouet les cadres hospitaliers en promouvant les uns au sein des pôles et en supprimant les postes des autres, mis au placard ou en retraite (non remplacés).

Cette situation, potentiellement « de crise », crée donc l'opportunité d'observer un groupe déjà en pleine interrogation, qui a d'ailleurs manifesté ses

humeurs, resserré ses liens et unifié ses représentations, comme groupe, dans les mobilisations de ces dernières années. D'où la question : différenciation ou unification du groupe cadres à l'hôpital ?

Si l'on prend les résultats de l'enquête réalisée par la CFTD [NDLR : « TEQ-Cadres » de 2002], ils apparaissent dans nombre de réponses assez homogènes. En poste depuis longtemps dans leur service, assez âgés et anciens, ils veulent surtout ne pas changer de région, d'établissement et de poste, malgré l'augmentation du temps, de l'instabilité et de la charge de travail et l'absence de discussion avec leur hiérarchie. En effet, l'intérêt de leur travail est leur première source de satisfaction, avant les relations dans le service.

Ils sont assez autonomes, sauf sur le recrutement et l'affectation des moyens, et ne rencontrent pas de problème majeur à résoudre dans les relations dans l'établissement.

Les difficultés sont conjoncturelles (35 heures) et organisationnelles (cloisonnement des services), avant d'être structurelles (moyens). On aurait donc d'après cet échantillon un groupe assez stable, peu sujet à de graves remises en questions ⁽⁶⁾.

On mesure l'enjeu des tensions du fait, d'une part, d'un positionnement struc-

turellement intermédiaire entre base et sommet (ou plutôt des bases, professionnelles et de service, et des sommets sectoriels et politiques), d'autre part des événements conjoncturels (réformes, mouvements) susceptibles de renforcer la différenciation ou au contraire l'unification des représentations autour de la catégorie « cadres ».

L'impact du management participatif

Seconde hypothèse particulière, la fonction des cadres est hiérarchique et en tant que telle associée au fonctionnement (et à sa critique). Mais les pratiques de l'autorité par les cadres ne découlent pas automatiquement de cette fonction : sont-elles rigides ou paralysées ? Le défaut de responsabilité entraîne la paralysie dans les grandes structures bureaucratiques où le dysfonctionnement se mesurerait à l'importance de l'absentéisme et du non-dit qui l'entoure (les pratiques du double emploi seraient aussi répandues à l'hôpital que tacites). Par ce biais, la question de la participation rencontre aussi la motivation des personnels, que l'on dit souvent épuisés ou ayant perdu la vocation de leurs aîné(e)s.

À l'inverse, on peut chercher les origines

La problématique de la gestionnarisation suppose davantage le divorce d'avec la profession d'origine, niée ou mise de côté, que le mariage réussi. Or, par hypothèse, cette rencontre peut produire des effets différents, voire de leur mariage être issue une identité différente.

Les effets de la réforme

C'est dans un dédale complexe de mélange de satisfaction et d'insatisfaction, aux dimensions identitaires et pratiques aussi subtiles que variées, que se met en place une réforme du fonctionnement hospitalier.

On peut se demander comment la montée des préoccupations gestionnaires est ressentie par les cadres hospitaliers dans leur diversité et comment leurs pratiques s'en trouvent modifiées.

Le plan de gouvernance pour l'hôpital 2007, de J.-F. Mattei, porte toute une refonte à la fois organisationnelle (notamment la concentration des moyens au sein des pôles) et institutionnelle (notamment la révision des

(1) L'enquête CFTD sur les cadres au travail (qui a donné lieu à la publication récente du même nom - cf note 3) a couvert le secteur hospitalier, mais les résultats n'ont pas été exploités avec les autres dans l'ouvrage (Karvar et Rouban dir, 2004).

(2) Par exemple le livre de Josette Hart et Sylvie Lucas, *Management hospitalier, Stratégies nouvelles des cadres*, Lamarre, 2004, 180 p.

(3) Luc Boltanski, 1982, *Les cadres*, Les éditions de Minuit, Paris ; Bouffartigue, P., dir, *Cadres, la grande rupture*, La Découverte, 2001 ; Gadea, C., *Les cadres en France, une énigme sociologique*, Belin, 2003 ; Groux, G., « Les nouveaux enjeux du syndicalisme », in *Les cadres au travail*, Karvar, A., Rouban, L., dir, La Découverte, 2004.

(4) Par exemple sur les cadres infirmiers : Ferroni, I., Kober-Smith, A., « La professionnalisation des cadres infirmiers », *Revue Française de Sociologie*, 46-3, 2005 ; ou encore sur les directeurs de soin : François-Xavier Schweyer, « L'infirmière qui devient Directeur. Profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics », in *La compétence en question*, Pierre Merle dir., PUR, 199.

(5) Kervasdoué (De), J., idem. 6 *Synergie cadres*, n°44 et n°45, septembre 2003 et janvier 2004.

de la paralysie dans les hautes sphères, avec le turn-over exemplaire des ministres de la santé (18 depuis 1981) et les défauts de formulation d'une politique de santé, y compris au niveau européen. On considère d'ordinaire que le centralisme administratif est trop lourd, caractérisé par un manque de confiance et une crainte de la délégation — par exemple les chefs de service des 1 016 hôpitaux publics sont nommés par le ministre et il faut une loi pour donner de la marge de manœuvre à des cadres hospitaliers⁽⁷⁾. Les cadres seraient-ils non décisionnaires plutôt qu'autoritaires? Entre autorité et autonomie, la position des cadres à l'égard de leur hiérarchie reste à préciser.

Quant à leur pratique de commandement à l'égard de leurs subordonnés, il s'agira de saisir comment se met en œuvre une pratique de management participative, particulièrement en vogue à l'hôpital. Non seulement du fait de dispositions législatives (par exemple l'instauration de conseils de service), mais plus encore de l'importance stratégique nationale des questions de santé et de la nécessaire implication des acteurs qui appelle la bonne gouvernance de la santé en général et la mise en place de dispositifs d'amélioration de la qualité de soins (comme l'accréditation) en particulier.

Vers une nouvelle professionnalité ?

Selon Isabelle Ferroni et Anne Kober-Smith, à une logique de professionnalisation s'oppose une logique organisationnelle de type gestionnaire. On serait passé d'un modèle d'encadrement autoritaire à un modèle professionnel, puis à un modèle gestionnaire.

La « montée gestionnaire » peut se comprendre comme une composante du pouvoir administratif sur les professions, effet induit d'une orientation généra-

7) Kervasdoué (De), J., *L'hôpital, Que sais-je?*, Puf, 2004.
 (8) Castel P., Merle I., « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du travail*, 44, 337-355, 2002 ; Sainsaulieu, I., 2005, « La mobilisation communautaire pour la qualité de soins », *Gestions Hospitalières*, n° 443 - Février, Cahier n° 189, 2005.
 (9) Voir par exemple : Binst, M., *Du mandarin au manager hospitalier*, L'Harmattan, 1990.



L'enquête « Rôle et missions des cadres »

LA RECHERCHE menée en partenariat avec Ivan Sainsaulieu, a débuté par la rédaction d'un questionnaire distribué durant le mois de novembre. Par cette enquête, nous souhaitons faire avancer le dossier « Définition des rôles et missions des cadres ». L'objectif est de faire reconnaître l'encadrement comme un métier à part entière, qui nécessite des compétences particulières.

Le questionnaire est construit autour de trois points : l'activité des cadres, le mode de management et les relations professionnelles et hiérarchiques.

Le traitement des résultats se fera début 2007. Nous souhaitons faire un retour des résultats, dans le courant du premier trimestre de l'année prochaine, lors de réunions organisées dans vos régions. Par votre présence, vous montrerez votre intérêt pour ce dossier. □

le, une nouvelle régulation du secteur « axée sur la performance et les gains de productivité », ainsi que la satisfaction de l'usager. La rationalisation budgétaire et la contractualisation ont contribué à la fois à l'affaiblissement des formes antérieures de régulation professionnelle des métiers de l'intervention sociale et à la remise en cause des modèles de travail fondés sur l'autonomie. Mais les nouveaux procédés gestionnaires sont parfois domestiqués par les

Accède-t-on à une nouvelle identité professionnelle de cadre ou reste-t-on « fidèle » à sa profession d'origine ?

professionnels, comme on l'a vu chez des médecins ou dans des collectifs de soin⁽⁸⁾. D'où la nécessité d'une différenciation des pratiques de gestion. La question du rapport entre administration et professions n'est pas nouvelle dans le secteur de la santé, habitué à la coexistence de lignes hiérarchiques différentes, pouvoir managerial et pouvoir médical⁽⁹⁾, voire pouvoir paramédical (Schweyer, cf. note 4). En même temps, l'équilibre (inégal) est toujours sujet à caution. D'une manière générale, la question de la multiplicité des pouvoirs à l'hôpital est telle dans la santé qu'elle a soulevé les doutes les plus forts sur la possibilité de la mise en place d'une « réforme hospitalière »⁽¹⁰⁾.

Une identité cadre ?

Par ailleurs, accède-t-on à une nouvelle identité professionnelle de cadre ou reste-t-on « fidèle » à sa profession d'origine? Le problème se pose d'autant plus que l'on est plus bas dans la hiérarchie, mais l'on peut trouver également des directeurs de soin toujours en blouse blanche ! L'identification aux catégories « ingénieurs », « techniciens », « infirmiers », etc., a toujours posé problème aux responsables, tant administratifs que syndicaux, à la recherche de catégories générales plus signifiantes pour les acteurs que la fameuse catégorie de l'Insee « professions intermédiaires ». Les identités au travail se construisent dans la pratique de proximité, dans l'interaction avec les autres professionnels et profanes⁽¹¹⁾. Nous avons été frappés déjà, dans des études antérieures, de voir la différence d'identités des cadres de proximité, entre professions d'origine et lignes hiérarchiques administrative et médicale, générant des investissements plus ou moins collectifs⁽¹²⁾. Ces résultats vont dans le même sens que d'autres sources syndicales et professionnelles antérieures⁽¹³⁾. Plus récemment, nous avons creusé la dimension d'appartenance collective

UI



fréquente dans les services de soin ⁽¹⁴⁾, qui pèse sur les pratiques de management hospitalier. Les identités collectives de service se croisent avec des identités professionnelles diverses et des mythes corporatifs vivaces, comme l'illustre la revendication récurrente d'un Ordre infirmier.

Il faut ajouter à cela la question de l'appartenance au service public et de la conception de ses missions, plus ou moins en harmonie avec les évolutions de rôle des cadres, selon notamment qu'ils considèrent la gestion au service de la mission ou non.

Il est possible qu'un hiatus progresse entre mission de service public et rôle gestionnaire – on rejoindrait alors la scission de nature chez les cadres anglo-saxons, partagés entre managers et professionnels, c'est-à-dire cadres de l'organisation et cadres de la profession.

En même temps, le rapport à la profession exerce une médiation sur le rapport au service public, comme le font apparaître nos analyses sur la communauté de soins (op. cit., 2006). La force du symbole provient de sa nature composite, même s'il ne rassemble toutes ses facettes que dans les grandes occasions, où il est brandi comme un étendard. D'où l'importance variable du symbole du service public [...].

Ivan SAINTSAULIEU ■
Chercheur au CNRS

(10) Stasse, F., « Les acteurs de la politique de santé », *Pouvoirs*, n° 89, 1999.

(11) cf. Renaud Sainsaulieu, *L'identité au travail*, PNFSP, 1977.

(12) Non encore publiée, cette analyse est incluse dans un rapport : Sainsaulieu, I. (2001), *La modernisation sociale des hôpitaux*, AP-HP/DHOS/CNRS.

(13) Dans un mémoire pour l'obtention du diplôme des hautes études en pratiques sociales, (*Cadres infirmiers, quelles identités professionnelles ?*, Laurent Visier dir, Université de Rennes 2, 1993), Yolande Briand notait une double identité des cadres infirmiers : cadres-managers de l'organisation, dans une logique administrative, ou cadres experts, dans une logique soignante en tant qu'anciens professionnels infirmiers. Cette double identité trouva son expression dans le mouvement infirmier de 1989. Elle se décline en quatre type identitaires : manager, super infirmière, animatrice, maîtresse de maison.

(14) Ivan Sainsaulieu, *La communauté de soins en question*, Lamarre, 2006.

Arrêts maladie, procédures de contrôle et place des cadres

Regarder le contrôle des arrêts maladie sous l'angle juridique est une autre manière d'aborder le management. Relire les procédures légales permettra, sans doute, à chacun de redéfinir son champ de compétence et d'éclaircir les différentes responsabilités exercées dans un des aspects de la gestion de l'absentéisme.

LES AGENTS DES ÉTABLISSEMENTS de la Fonction publique hospitalière, titulaires, stagiaires ou contractuels, ont le droit de bénéficier de congés de maladie ordinaire. L'administration peut faire contrôler le bien fondé de ces congés prescrits. Les cadres de santé, par les missions qu'ils remplissent au sein des établissements, ont un rôle important dans la mise en œuvre des contrôles et le respect des procédures prévues par les textes.

UN RAPPEL DE LA LOI

La loi 88-33 du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, énonce dans son article 41 : « Le fonctionnaire en activité a droit : 2° a des congés de maladie ».

Le décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie de la Fonction publique hospitalière indique à l'article 15, 2° alinéa : « Les fonctionnaires bénéficiaires d'un congé de maladie doivent se soumettre au contrôle exercé par l'autorité investie du pouvoir de nomination. Cette dernière peut faire procéder à tout moment à la contre visite de l'intéressé par un médecin agréé ; le fonctionnaire doit se soumettre, sous peine d'interruption de sa rémunération, à cette contre visite... ».

C'est le cadre de santé (de qui dépend l'agent), qui reçoit dans la plupart des cas, dans les 48 heures, l'arrêt de travail, avec mission d'en informer l'administration.

LE CONTRÔLE MÉDICAL

Il ressort de ces dispositions que l'administration, pour s'assurer du bien fondé du congé maladie, peut demander aux agents publics de subir une contre visite.

C'est parfois parce que des cadres constatent des d'arrêts intempestifs d'agents, qu'ils demandent à l'administration de faire contrôler ceux-ci. L'administration, seule, décide ou pas de ce contrôle.

Ce contrôle, de nature médicale, effectué par un médecin agréé pendant le congé maladie, sur convocation au cabinet du médecin ou au domicile de l'intéressé, a un caractère obligatoire.

La contre visite ne peut s'opérer après la fin de l'arrêt de travail.

L'objet de la contre visite est de constater le bien fondé dudit congé (T. A ; Grenoble, 8 septembre 2000, req. 98 4382, Vechin c/ CHU Grenoble).

Le diagnostic du médecin traitant ne peut être remis en question par le médecin agréé. Ce contrôle médical n'annule pas le congé maladie en cours mais peut y mettre un terme. Dans ces conditions, ce n'est pas le médecin agréé qui ordonne la reprise de fonctions, mais l'administration par une décision fondée sur les conclusions administratives (non médicales).

On constate parfois, sur le terrain, que certains cadres se substituent à l'administration en demandant la reprise de l'agent dans ses fonctions. Ceci ne relève pas de leurs attributions et les expose à des difficultés si surgissent lors de la reprise de l'agent des difficultés de nature médicale.

EN CAS D'ABSENCE DE L'AGENT

L'agent doit être informé du contrôle. Si par négligence il n'a pas mentionné d'adresse

VII

Bruno Picocche





pour la contre visite, l'administration peut suspendre le traitement pendant la période d'absence (C. E 24 octobre 1990, req. 78592, M^{me} Mangé).

Le refus systématique de se soumettre à un contrôle peut justifier l'application d'une sanction disciplinaire mais ne peut être assimilé à un abandon de poste (C.A.A Nancy 13 juin 1996, req. 95NC001022, C. H de Clermont de l'Oise).

Le contrôle n'a pas pour vocation de s'assurer de la présence de l'intéressé à son domicile. Il s'ensuit que l'administration ne peut pas justifier d'une retenue sur traitement même si cette absence si situe en dehors des heures de sorties autorisées (T. A Montpellier 24 avril 2002, req. 98 4471, Bartz c/CH de Thuir). Aucune disposition du décret n° 88-386 ne prévoit de respecter des heures de sorties autorisées pour les agents publics.

Rappelons que les titulaires et les stagiaires bénéficient d'un régime de sécurité sociale qui leur est spécifique (décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial, décret n° 77-812 du 13 juillet 1977 relatif au régime de sécurité sociale des agents stagiaires des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial).



LE CAS DES CONTRACTUELS

La situation est différente pour les contractuels qui relèvent du régime de sécurité sociale et peuvent subir un double contrôle.

D'une part, par le médecin agréé comme agent contractuel d'un établissement public et d'autre part, dépendant du régime général de Sécurité sociale par le biais d'un médecin contrôleur de la sécurité sociale.

L'absence du domicile pendant l'arrêt de travail est permise uniquement pendant les heures de sortie autorisées par le médecin traitant, sans excéder trois heures consécutives par jour (art. L 326-6, 3° du C.S.S)

Le respect des heures de sortie autorisées persiste pendant toute la durée de l'arrêt, y compris le samedi, le dimanche et les jours fériés. Les contractuels peuvent éventuellement quitter leur domicile pendant l'arrêt de travail

Les références des textes

- **La loi n° 83-634 du 13 juillet 1983** portant droits et obligations des fonctionnaires, art. 20, 3^e alinéa, 21.
- **La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 art. 41**, 2^o portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- **Décret n° 88-386 du 19 avril 1988**, relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière.

et séjourner en dehors de la circonscription de leur caisse d'Assurance-maladie à condition d'avoir obtenu l'autorisation préalable de celle-ci.

Les contractuels en cas d'absence hors des heures de sorties autorisées peuvent être privés de tout ou partie des indemnités journalières pour maladie.

APRÈS LE CONTRÔLE

Si les conclusions de la contre visite déclarent l'agent apte à l'exercice de ses fonctions, l'administration doit enjoindre l'agent à reprendre son service, sous peine de procéder à l'interruption de sa rémunération s'il ne reprend pas.

L'administration est fondée à interrompre le versement du traitement à compter de la date à laquelle elle a enjoint l'agent à reprendre son service et non à compter de la date de la contre visite (C. E 21 octobre 1994, n° 133-547). En cas de contestation des conclusions du médecin agréé, l'intéressé ou l'administration peuvent saisir le comité médical (art. 15, 3^e alinéa du décret 88-386 du 19 avril 1988).

« Le comité médical compétent peut être saisi par l'administration ou par l'intéressé des conclusions du médecin agréé. »

Il n'appartient pas au cadre de connaître la suite du contrôle, la présence ou non de l'agent chez lui, le caractère fondé ou non de l'arrêt.

Le refus de l'agent de reprendre son service suite à une mise en demeure de l'administration après avis médical d'aptitude à la reprise de fonctions constitue un manquement aux obligations d'exécution du service et d'obéissance hiérarchique prévue par le statut général. Ce manquement peut conduire à une sanction disciplinaire.

Un agent qui ne reprend pas ses fonctions à

l'expiration d'un congé de maladie peut être radié des cadres sur simple mise en demeure écrite, même s'il a obtenu des certificats médicaux attestant qu'il avait besoin de repos supplémentaire et qu'il a été reconnu apte par le médecin agréé.

Certains établissements font procéder à des contrôles administratifs par des agents de leurs établissements. Ces contrôles sont possibles mais ne reposent sur aucun fondement légal ou réglementaire. En tout état de cause, ils ne peuvent donner lieu à interrompre le traitement en cas d'absence des agents à leur domicile (T. A Grenoble, 8 septembre 2000, req. 98 4382, Vechin c/CHU Grenoble).

La place des cadres de santé dans le déroulement de la procédure des arrêts de travail est importante, notamment dans leur position de relais auprès de l'administration.

La relecture des dispositions légales montre bien que le champ de compétence de l'encadrement est limité au signalement d'une situation qui interroge.

Il appartient au directeur seul, ou à son représentant, de déclencher une procédure de contrôle. L'affirmation de niveau différent de responsabilité est fondamentale à un positionnement clair et reconnu de l'encadrement. Nous redisons fortement notre conviction que c'est dans le respect des champs de responsabilité qu'il convient certainement de mieux définir, que les cadres travaillent à leur crédibilité, créant ainsi les conditions d'une animation d'équipe satisfaisante pour tous.

Jean-Yves LECONTE ■

Synergie cadres

n° 54 - Supplément à *Multiple* (n° 105-106 novembre-décembre 2006)

■ Directrice de la publication : *Yolande Briand*

■ Chef de projet : *Emmanuel Lehuraux*

■ Rédacteur en chef : *Philippe Maillard*

■ Secrétariat de rédaction : *Bruno Picoche*

■ Mèl : ufcass@sante-sociaux.cfdt.fr

■ N° de CPPAP : 0206 S 06773

■ Photogravure/Impression : Inckôo (Paris XVII^e).