

## Rapport Acker: des thèmes chers à la CFDT

**L**e rapport de M<sup>me</sup> Acker sur l'utilisation du compte épargne temps (CET) intéresse les cadres à plus d'un titre. De manière récurrente, c'est l'organisation du travail qui apparaît fondamentale: l'absence de corrélation entre le nombre de postes vacants et le nombre de jours épargnés dans un CET en est la preuve. Le rapport confirme ce que nous voulons valoriser dans l'encadrement: dialogue, participation, reconnaissance, prise en compte des individus.

Dans la mise en place de la réduction du temps de travail, la capacité d'anticipation, de réflexion collective impliquant l'ensemble des salariés fait la différence.

Les constats renforcent l'intérêt à développer un dialogue social efficace.

L'informatisation de la gestion du temps de travail doit aider les cadres de proximité à avoir une vision globale du temps. C'est également un outil indispensable pour travailler la notion de « présentisme », que les directions devraient intégrer pour une gestion dynamique des effectifs.

« Là où le diagnostic préalable a pu être approfondi avec les partenaires sociaux, on peut vérifier que les CET officiels ou bis sont moins utilisés. La réorganisation dans les services de soins a permis de réduire les chevauchements, de mettre en place les transmissions ciblées, de revoir les horaires des équipes, de maîtriser le recours aux heures supplémentaires ». Ces lignes du rapport, reprises intégralement, nous renforcent dans notre action pour un encadrement reconnu pour ses compétences à manager dans le respect des collaborateurs.

Pour la CFDT, il faut encourager les méthodes de management qui permettent à chacun d'être concerné par son travail.

En donnant à la CFDT la première place aux prochaines élections dans la Fonction publique hospitalière, vous nous donnerez les moyens d'aller au bout de notre démarche sur les rôles et missions des cadres.

**Emmanuel Lehuraux**

*secrétaire fédéral, responsable de l'Ufcass*

### SOMMAIRE n° 96

#### Actualité

L'enjeu crucial

du 23 octobre

p. 2



#### Analyse

Enquête cadres :

quatre profils émergent

p. 3-6

#### Question juridique

La responsabilité pénale

et civile des cadres

p. 7-8

# L'enjeu crucial du 23 octobre

Pour chacun d'entre nous, voter aux élections CAP-CTE représente un double enjeu : individuel et collectif. Le rendez-vous du 23 octobre est donc essentiel.

Sur le plan collectif, les commissions administratives paritaires (CAP) et les comités techniques d'établissement (CTE) sont les seuls lieux légitimes de représentation du corps des cadres, avec une part des sièges réservés à la catégorie A.

**Il est donc impératif que les cadres CFDT s'inscrivent sur ces listes et que nous les soutenions par nos votes.**

## Mauvaises réponses

Certains peuvent penser que la mise en place, plus ou moins réussie, de commissions et autres collèges cadres, pilotés par les directions, répond de manière satisfaisante à nos besoins. Mais, ces groupes informels constituent de mauvaises réponses à de vraies questions. En effet, leur représentativité est discutable et ils émettent des avis qui ne peuvent être reconnus statutairement. De plus, ils sont souvent vécus comme corporatistes puisque déconnectés des autres salariés. Ils favorisent ainsi le développement de représentations négatives qui assimilent l'encadrement à des relais de la direction. C'est pourquoi la Fédération CFDT santé-sociaux fait le

choix d'une parole cadre spécifique au sein de sa dimension pluri professionnelle.

### FAIRE LE CHOIX DE LA CFDT, C'EST :

- reconnaître que les valeurs portées par notre syndicalisme nous poussent vers un management différent ;
- prendre en compte l'amélioration des conditions de travail, avec détermination, pour réussir à diminuer le nombre des arrêts maladie ;
- réfléchir et réunir les ingrédients de la motivation indispensables à la mise en place de la tarification à l'activité ;
- porter un management qui valorise les indi-

vidus et recherche dans le même temps la réussite du collectif.

*Les représentants élus des personnels sont consultés sur tout ce qui concerne notre carrière : titularisation, changement de grade, montée d'échelon, notation, discipline, litige avec la direction...*

## De vrais relais

Sur le plan individuel, les domaines qui matérialisent l'utilité du vote sont nombreux.

Le déroulement de la carrière est à regarder de près. Nombreux sont ceux qui s'en préoccupent en milieu ou en fin de carrière. Malheureusement, souvent le mal est fait. On constate une note inférieure à celle du collègue embauché en même temps que soi, ce qui est un frein à l'avancement accéléré d'échelon. Au final, l'impact sur la rémunération est significatif.

Les représentants élus des personnels sont consultés sur tout ce qui concerne notre carrière : titularisation, changement de grade, montée d'échelon, notation, discipline, litige avec la direction...

### FAIRE LE CHOIX DE LA CFDT, C'EST :

- avoir la volonté de garantir l'équité entre les agents, en préservant l'intérêt général ;
  - valoriser sa capacité à préparer les dossiers en concertation avec l'agent concerné, et le cas échéant avec les collègues de travail ;
  - démontrer sa maîtrise des sujets lui permettant d'avoir la capacité à proposer et à négocier tout en sachant revendiquer.
- Pour toutes ces raisons la CFDT est reconnue par tous comme **une organisation responsable qui s'engage en toute indépendance.**

*Voter CFDT les 22 et 23 octobre, c'est jouer la transparence et la compétence.*

Emmanuel Lebraux  
et Denis Planchet

**CFDT Santé-Sociaux,  
L'ambition au quotidien**

**PLUS D'AUTONOMIE, PLUS DE RESPONSABILITÉ  
POUR L'ENCADREMENT**

**La reconnaissance de la responsabilité professionnelle est indispensable pour permettre la prise de décision dans la zone de compétence.**  
Pour cela, la CFDT Santé-Sociaux revendique :

- un espace de liberté,
- une autonomie d'action,
- une possibilité d'initiative,
- une revalorisation des rémunérations.

**La reconnaissance de l'équipe pluridisciplinaire, au sein du pôle d'activité, est efficace pour répondre à l'isolement vécu par de nombreux cadres.**  
Pour cela, la CFDT Santé-Sociaux demande :

- la valorisation de l'animation de l'équipe de cadres, par les responsables de pôles,
- le travail en transversalité des actions arrêtées pour mettre en œuvre le projet de pôle.

**L'amélioration des conditions de travail est incontournable pour redonner de l'attractivité à la profession.**  
Pour cela, la CFDT Santé-Sociaux propose :

- l'adaptation de la formation initiale et continue pour faire face à l'évolution du métier d'encadrement,
- la possibilité pour les cadres d'organiser leur temps de travail,
- l'application réelle des 35 heures, sous la forme de jours RTT ou de compte épargne-temps.

**Votez CFDT, le mardi 23 octobre 2007**

# Enquête cadres : quatre profils émergent

Après un premier éclairage sur l'enquête fédérale, publié dans le précédent numéro, voici une analyse plus complète des résultats par Ivan Sainsaulieu\*, sociologue. Cette interprétation – provisoire – résulte à la fois des tris à plat et des tris croisés des réponses, traitées par les services confédéraux, et de l'analyse « multifactorielle » de ces données.

Des tris à plats, il ressort un profil majoritaire confirmant l'existence, sinon de pratiques, du moins de représentations assez dominantes chez les cadres hospitaliers. L'analyse multifactorielle fait apparaître néanmoins des éléments de différenciation.

**Les cadres sont le support d'une politique de la qualité qui passe par le management participatif.** Dans notre enquête, les cadres de soin apparaissent assez convaincus du bien fondé de la qualité de soins et de la participation. Nous avons voulu tester leur adhésion et voir son lien avec la participation.

## Un profil dominant...

Voyons les grands traits « objectifs » du profil dominant. **Une courte majorité détient le diplôme cadres** (obligatoire depuis 1996), la plupart ont été pressentis au rôle de cadre par la hiérarchie en commençant par « faisant fonction ». Il s'agit d'une population de sexe féminin, de plus de 50 ans, avec une famille à charge, vivant en couple avec deux ou trois enfants d'âge également avancé. D'où peut-



Les cadres de santé représentent la majorité des répondants à l'enquête fédérale.

fait partie intégrante du travail, elle est même nécessaire, comme le couple productivité et amélioration de la qualité de soin.

## ... et des bémols

**La critique porte sur la dénonciation de contraintes fortes, comme la pénurie de personnels ou la menace de pression financière à l'occasion de la mise en**

être une mobilité réduite: 45 % n'ont pas connu d'autre établissement, malgré leur expérience professionnelle (ancienneté dans la profession d'origine et dans la fonction de cadre, de plus de dix ans).

Le père était ouvrier ou cadre. Le conjoint ne travaille pas à l'hôpital: il est employé ou cadre.

Les gros établissements sont un peu sur-représentés (40 % de l'échantillon).

**Soignante, pour les deux tiers, cette population d'âge mûr, expérimentée, syndiquée, féminine, bien répartie sur tout le territoire, apprécie d'avoir une vision d'ensemble, d'être autonome et dresse un bilan positif de son action.**

Le « positivisme » se fait particulièrement ressentir par l'absence de considérations matérielles dans la satisfaction apportée par la situation de cadre: ni le salaire (12 %), ni les rythmes de travail (17 %), ni le statut cadre (4 %), ne jouent sensiblement sur les motivations.

À l'inverse, ce sont des facteurs positifs qui sont explicatifs (le goût de faire changer les choses: 48 %; de l'autonomie professionnelle plus grande: 56 %; du management des personnes: 59 %; de la vision d'ensemble 61 %). On est aussi plutôt optimiste sur l'amélioration de la qualité de soins malgré les contraintes budgétaires, voire grâce à elles.

La routine fait moins problème que l'excès de diversité; complexité et contradiction des missions allant de pair. Cette contradiction

**place des pôles**, ainsi que la volonté de défendre le service public, pour l'égalité des chances. Cette défense passe par l'appartenance à un collectif avant d'être un engagement de conviction purement individuelle ou de simple défense du statut.

**La dimension locale et de proximité est une composante forte de la satisfaction.** Les cadres considèrent que leur rôle a une dimension spécifique, soit comme une profession à part entière, soit comme une compétence développée sur la base du métier d'origine, mais dans un flou réglementaire. Ils connaissent les orientations de leur établissement, mais trouvent qu'on ne les consulte pas régulièrement. Ils affirment leur professionnalisme plutôt dans le cadre du projet de service ou d'unité.

La gestion des imprévus compte plus que la gestion prévisionnelle. La gestion éloigne du soin alors que l'animation de l'équipe, comprenant autant les plannings que l'ambiance dans le service, représente l'activité principale. Les plannings pèsent notamment contre la formation des agents. Elle est à mettre en relation avec la pénurie de personnel, première difficulté identifiée.

**Les cadres attendent d'abord la reconnaissance de leurs subordonnés**, avant tout autre acteur (direction, pairs, patients, médecins), et se sentent partie intégrante de l'équipe, plutôt qu'à distance pour l'encadrer.

**Cet attachement au collectif se traduit par le goût revendiqué de la participation, fortement pénalisée, et de la valorisation du tra-**

\* Ivan Sainsaulieu avait répondu à nos questions dans le n° 54 de Synergie cadres (novembre-décembre 2006). Une étude plus complète, enrichie l'analyse des résultats de la seconde enquête sur le personnel infirmier doit faire l'objet d'un document ultérieur.

## ► **vail effectué, avec le primat des qualités relationnelles du cadre.**

Cependant, la participation reste, pour l'essentiel, limitée à la gestion du matériel et à l'encadrement des stagiaires.

La conception du partage des décisions est minoritaire, même si les pourcentages d'implication du personnel dans les décisions est assez élevé, la consultation des personnels recueillant 90 % d'avis favorables ou très favorables. Les moyens participatifs sont tous plébiscités à plus de 60 %, l'entretien informel étant le moyen privilégié en cas de problème.

L'engagement du cadre au travail doit être entier, on ne peut pas le faire à temps partiel, même si la vie familiale ou privée passe tout de même avant.

**On voit donc ressortir l'image d'un cadre engagé, voire « missionnaire », dévoué au personnel et au patient.** Ce qui n'empêche l'expression de critiques et un certain dépit sensible dans la formulation d'un sentiment de solitude ou de regrets sur le manque de coopération entre cadres ou avec les médecins.

### **Quatre type de cadres**

L'analyse multifactorielle permet d'aller plus avant. **Nous avons pu dessiner ainsi quatre ensembles grâce à la mise en évidence de deux axes structurants : l'un oppose ceux qui sont pour et ceux qui sont contre l'organisation, l'autre oppose ceux qui sont pour et ceux qui sont contre la participation.**

### *L'organisation différencie des cadres consensuels et des cadres critiques (Axe 1)*

L'axe organisation différencie des sceptiques et des croyants dans l'organisation. Comment situer ces deux types de cadre du point de vue des variables passives (identité) ?

On a peu de différenciation selon l'âge, le sexe, etc. Cependant, la variable « cadre supérieur » apparaît fortement dans le camp consensuel et celle de cadre de santé dans celui des critiques. De même, de manière moins frappante, le premier camp rassemble ceux pour qui la vie professionnelle passe avant la vie privée, du secteur sanitaire comme médico-social, avec un niveau licence, bac + 5, mais aussi BEPC. Ils ont un engagement associatif et trouvent l'articulation de la vie professionnelle et familiale plutôt facile, sans avoir de personne à charge à la maison.

Au contraire, les plus critiques sont à la fois célibataires et responsables d'une personne dépendante, n'ont pas d'engagement associatif et trouvent difficile l'articulation entre les deux dimensions professionnelles et personnelles. Pour eux, la vie de famille ou personnelle passe avant. Ils ont le diplôme IDE (infirmier).

### *Des cadres consensuels*

**Pour les champions de l'organisation, tous les feux sont au vert. Il s'agit d'un profil optimiste et positif, au confluent de l'organisation et de la profession.** Le cadre prend ici sa place dans une machine bien huilée.

*Les choix budgétaires obligent à faire attention à ce que l'on fait. De même, on ne critique pas la pénurie de personnels, ni de matériel, ni le poids des plannings dans les tâches...*

Pour lui, la qualité s'améliore, on s'inscrit pleinement dans les activités transversales et l'amélioration de la qualité de soins, que ne défontent ni la quête de productivité, ni les contraintes budgétaires, ni l'existence de contraintes multiples, ni l'abondance de procédures, ni la suppression des lits. L'activité n'est pas routinière, mais enrichissante et le bilan de l'action personnelle satisfaisant.

Les choix budgétaires obligent à faire attention à ce que l'on fait. De même, on ne critique pas la pénurie de personnels ni de matériel, ni le poids des plannings dans les tâches...

La gestion éloigne peu ou prou du soin. Favorable à l'évaluation, aux protocoles, aux procédures qualité institutionnelles, à la gestion par pôle, on trouve que la gestion prévisionnelle domine et non les imprévus.

Une impression de cohérence, d'intégration, de haut en bas, se dégage des réponses.

**On ressent peu ou prou l'isolement, on est consulté régulièrement par la direction et les missions paraissent clairement définies.**

La volonté de faire changer les choses, la croyance à des valeurs collectives se dégageant des réponses ; la participation est possible, l'autonomie a progressé... Si la délégation de tâches aux agents, la gestion des plannings et

l'élaboration des protocoles (24 % et 34 %) est avancée, on ne retient pas l'initiative du personnel comme support de la qualité des prestations.

**Il est peu fait appel à la négociation ou à la règle pour manager l'équipe.** Ces cadres préfèrent la participation et l'affirmation de valeurs collectives, et prennent les choses avec plus de distance, dans un cadre organisé, avec notamment des réunions régulières et l'élaboration collective d'un projet de service. Ils sont plutôt favorables à prendre en compte l'avis de chacun et trouvent la coopération satisfaisante.

**Être cadre, c'est avoir de bonnes capacités d'organisation. Celle-ci prend plus de place que la relation aux patients,** non citée comme facteur de qualité (contre 74 % d'avis contraires).

La reconnaissance attendue ne vient pas de la fiche de paie, mais des collègues cadres (18 %). Le cadre est distancé de l'équipe pour mieux l'encadrer (32 %). Il est aussi en capacité de prendre l'initiative, d'impulser une dynamique organisationnelle. Il s'agit de faire fonctionner et d'améliorer l'organisation, dans laquelle on prend toute sa place.

### *Des cadres critiques*

**Pour les cadres critiques, l'isolement est la variable la plus distinctive. Il s'agit d'un profil à la fois radical, attaché au métier de base et pessimiste sur les chances d'amélioration.**

Il ne s'agit pas de faire changer les choses, en tant que cadres. La direction les consulte rarement, ils sont peu au courant de sa stratégie, tandis que la qualité se détériore. Le budget pose problème, on critique l'idée que la restriction budgétaire puisse favoriser la qualité de soins, ou que la jonction entre qualité et productivité est nécessaire. **On pense que la gestion éloigne souvent du soin.**

L'absence de moyens est une dimension structurante. La suppression des lits est sensible, ainsi que la pénurie de personnels. La reconnaissance est attendue de la fiche de paie. La qualité c'est d'abord la relation avec les patients (74 %), le matériel de pointe (8 %) et les moyens en personnel et en matériel (70 %). On voit là une dimension basiste qui consiste à ne pas croire ce qui vient d'en haut. En même temps, ce basisme est limité par l'attentisme du personnel, qui ne veut pas

assez se former (11 %). Le cadre fait partie de l'équipe, mais l'encadrement n'implique pas la prise en compte de l'avis de chacun : la participation est jugée impossible. On a au-dessus de tout, le ministère, qui est le niveau de décision pertinent dans l'activité quotidienne (2 %).

Ce qui prend le plus de temps, ce ne sont pas les réunions avec la direction, mais la gestion de l'absentéisme et des plannings, qui empêchent de partir en formation.

Les initiatives du personnel sont appréciées pour la qualité des prestations de cadre, et non les procédures, la formation continue, le projet de service, les projets transversaux. **La négociation et la règle sont les deux moyens privilégiés pour manager l'équipe.** On n'aime pas l'idée de la communauté, d'un collectif d'appartenance au service des autres. **Les pôles ne favorisent pas du tout la coopération entre cadres de santé (4 %), ni celle entre cadres supérieurs (6 %).** Les relations sont souvent tendues avec les médecins, les coopérations entre cadres sont plutôt rares. Les projets ne sont pas de se former en plus, mais de changer de secteur. **Le travail de**

*Ce qui prend le plus de temps, ce ne sont pas les réunions avec la direction, mais la gestion de l'absentéisme et des plannings, qui empêchent de partir en formation.*

**cadre est routinier, fait de sollicitations contradictoires et de contraintes multiples, défini par des missions peu claires,** la gestion est débordée par les imprévus, la coopération entre cadres insuffisante ou très rare, même si l'on compte dessus (entre cadres, on forme une équipe). La réussite du travail d'encadrement tient plus à la chance de tomber au bon endroit, qu'aux protocoles, à la formation. L'évaluation n'est pas importante.

### **Cadres animateurs et cadres hiérarchiques (Axe 2)**

**L'axe participation différencie les pro et les anti participation, un engagement participatif pour la qualité et une distance hiérarchique pour encadrer.**

Leur profil identitaire n'est là non plus pas très renseigné. On distingue des soignants non participatifs et des non soignants participatifs, ces derniers privilégiant leur vie personnelle et familiale et n'ayant pas une personne dépendante à la maison.

Les non participatifs sont un peu mieux renseignés, ils sont plus dans la religion ou le sport que dans la politique ou la vie associative, ont plus de 60 ans et prennent rarement leurs journées de RTT. Pour eux la vie professionnelle passe avant la vie personnelle. En somme, **le schéma de la vocation traditionnelle ne va pas de pair avec les méthodes participatives de cadres animateurs, sans doute un peu plus jeunes.**

### **Des cadres animateurs**

**Le recours aux moyens participatifs est déterminant dans l'axe 2:** la reconnaissance du travail bien fait, la désignation d'agents référents, l'entretien avec les personnes en cas de nécessité, la diffusion large de l'information, la contribution du personnel à l'élaboration du projet de service.

Tous les *items* positifs sont du même côté, désignant un encadrement participatif, ou qui croit à la participation, à l'initiative du personnel, au projet de service et à l'affirmation de valeurs collectives, mais aussi à la traçabilité des actes et aux procédures qualité institutionnelles, sans frontière entre procédures d'amélioration de la qualité de soins et participation, au contraire.

C'est d'autant plus différenciateur que deux autres *items* non discriminants sont pour ainsi dire minimaux (rédaction des protocoles, réunions de service).

La différence est accrue par **la place prise par le travail relationnel avec les familles et les patients, par les plannings du personnel et les méthodes de management: la participation,** la valorisation du travail effectué, la formation, voire les pressions amicales. Un management où l'on impulse soi-même une dynamique. D'ailleurs, **le service public évoque pour eux un engagement personnel auprès des personnes, autant que l'égalité d'accès aux soins et le statut de la fonction publique.** De même, les différents *items* sur la reconnaissance rassemblent ceux qui attendent de la reconnaissance (dans l'ordre du personnel, des médecins, des patients, des pairs et de la direction) et ceux qui n'en attendent pas. Cette confiance dans l'engagement ne va pas sans critiques. La question sur l'organisation en pôles d'activités oppose par contre une position optimiste sur leur fonction globale, d'ailleurs très minoritaire (7 %), et en même temps dubitative. Le pôle A mentionne également la pénurie de personnels comme difficulté rencontrée dans le travail, et coche également l'*item* « autres réponses ». On critique encore les missions peu claires, l'absence de matériel et de personnels en nombre suffisant, on regrette le manque d'évaluation permanente et l'insuffisance des coopérations entre cadres. ►►



Bapt-Chapron

**Le « management participatif » au cœur du « métier » de cadre.**

► ► voire on nie catégoriquement l'existence d'un fonctionnement en équipe des cadres. Mineur, cette position l'est également concernant la très grande satisfaction d'avoir coopéré avec les médecins pour l'évaluation du personnel soignant.

**Non seulement le cadre participatif ne se situe pas du côté de la direction, mais il n'hésite pas à critiquer bien des aspects de la gestion nouvelle, distinguant une bonne au service de la qualité et une mauvaise gestion « financière » contre cette dernière.**

Encouragé par la hiérarchie à devenir cadre, ce cadre valorise la formation continue et son équipe, qu'il trouve suffisamment formée, manager des gens est ce qu'il apprécie le plus et il ne veut pas changer d'unité. Il répond à toutes les questions et semble prêt à toutes les aventures (activités transversales ou partage des décisions). Il s'agit donc d'un pôle entreprenant, qui intègre beaucoup d'éléments de la gestion et de la profession, se distingue avant tout pour son engagement relationnel tous azimuts, avec les patients, les familles, les médecins, l'équipe; la seule réserve concernant les autres cadres, d'où la difficulté de la coopération.

### *Des cadres hiérarchiques*

Le pôle B ne sait pas ou ne coche pas les items sur lesquels s'affirme le pôle A. Il a des relations souvent tendues avec les médecins, contrairement à l'autre, trouve peu satisfaisant la coopération avec les médecins sur l'évaluation des personnels soignants, trouve plus satisfaisante la coopération entre cadres.

**En cas de manque de personnel, il ne peut pas faire grand chose, contrairement à l'autre pôle, qui réclame des effectifs supplémentaires.** Il pense que le cadre est distancé par rapport à l'équipe, contrairement à l'autre profil qui pense que le cadre fait partie intégrante de l'équipe. Par contre, il est au courant des projets stratégiques de la direction et trouve les missions clairement définies au niveau national, contrairement à l'autre, majoritaire. Sceptique sur la coopération des cadres supérieurs (16 %), il a un avis très favorable sur la coopération entre cadres hospitaliers (11 %) mais aussi sur la pression financière (36 %). Il a un bilan plutôt négatif sur son activité de cadre, contrairement à l'autre. Il n'a pas été encouragé par ses proches pour devenir cadre, considère que la qualité de soins stagne et que

les contraintes budgétaires obligent à l'améliorer, alors que l'autre pense qu'elle se détériore, du fait du poids des choix budgétaires.

Le cadre hiérarchique ne pense pas qu'il faille prendre l'avis de chacun avant de prendre une décision (5 %), ni ne croit à l'initiative des personnels dont il critique l'individualisme. Il est parfois très critique aussi, comme sur les pôles, mais différemment: il y critique radicalement l'idée qu'ils favoriseraient la coopération entre cadres supérieurs. **Peu interactif, il ne s'intéresse pas aux fonctions transversales**, ni à une formation supplémentaire, il recherche peu la relation à autrui et du coup ne se sent « jamais » isolé. Paradoxalement, il n'a pas été pressenti cadre par sa hiérarchie, mais cela correspond à son manque de confiance dans les autres.

Il n'a pas trop de projets, sinon de changer d'unité. Il n'est pas confronté au problème de la pénurie ou ne peut rien y faire. Il est peu satisfait par la coopération avec les médecins, s'agissant de l'encadrement du service ou de la prise en charge des patients. Il trouve que les relations sont souvent tendues avec ces derniers. Ainsi, il n'y a pas une opposition entre cadres du côté des infirmiers et cadres du côté des médecins. On prend ou l'on rejette les deux ensemble.

**Le cadre hiérarchique ne se sent pas partie prenante d'un groupe en dehors de celui des cadres et de la direction.**

### **Effets de loupe sur le participatif**

**En conclusion**, on peut s'interroger plus en détail sur le type de cadre participatif. Si notre hypothèse sur un modèle de cadre consensuel a dû en effet être amendée par l'existence de critiques dans le modèle dominant et par la variété de types différenciés, le participatif reste cependant un trait prédominant sur l'ensemble des personnes interrogées.

Comment préciser mieux cette option participative? On note deux effets importants: ceux du diplôme et du genre.

D'une part, l'importance de la cohorte qui est passée par le diplôme cadre. Celui-ci opéreraient un tournant: **avec l'obtention du diplôme, on semble plus sensible à la question de la participation, ainsi qu'à la définition de la fonction cadre comme une profession à part entière.**

Cet effet diplôme semble renforcée par les

réponses de la tranche d'âge 45-50 ans, plus massivement diplômée, et qui est plus sensible aux initiatives et à la contribution du personnel, a plus de goût pour le management des personnes et la gestion du service. Cela dit, l'effet diplôme fait également apparaître un fort engagement des moins diplômés (inférieurs au bac) pour les items participatifs « démocratiques » (association, encouragement et information larges du personnel). D'autre part, **les femmes sont plus sensibles au participatif que les hommes.** Comme si elles étaient moins intéressées par le pouvoir (bien que plus présentes aux commandes de l'hôpital que les hommes), elles ont plus le sens de la délégation, pour l'élaboration des protocoles infirmiers ou pour la nomination d'agents référents, de la reconnaissance et de la valorisation du travail bien fait, du recours à l'entretien avec les personnes, de la formation professionnelle et de la diffusion de l'information. Il y aurait donc un management au féminin, plus soucieux de l'écoute et de l'efficacité professionnelles, d'où leur préférence participative plus accentuée que celle des hommes, dans les détails concrets de la participation.

*Si notre hypothèse sur un modèle de cadre consensuel a dû être amendée par l'existence de critiques dans le modèle dominant et par la variété de types différenciés, le participatif reste cependant un trait prédominant sur l'ensemble des personnes interrogées.*

Enfin, une nuance doit être apportée à la fin sur la différence entre les pratiques et les représentations. Ainsi, **l'affirmation dominante d'un management participatif est relativisée par le refus du partage des décisions ou la délégation massive de l'encadrement des stagiaires aux infirmiers.** Cette « participation » des infirmiers à l'éducation des stagiaires montre en effet l'ambiguïté de la participation qui peut traduire aussi bien un engagement pour l'engagement de tous dans l'amélioration de la qualité de soins, que le souci de se décharger de ses responsabilités sur d'autres.

*Ivan Sainsaulieu*

# La responsabilité pénale et civile des cadres

**Dans le cadre de son activité, le cadre du sanitaire, du social ou du médico-social, peut être exposé à des poursuites, pénales ou civiles, et à des condamnations. Qu'en est-il exactement de ses responsabilités ? Ce rappel des circonstances, procédures et règles en la matière s'avèrent utiles pour y voir plus clair.**

La presse se fait souvent l'écho de mise en cause et/ou de condamnations de personnels de santé, ou social, après des difficultés ou des plaintes de patients ou de leur famille. Les causes peuvent en être multiples : vol, maltraitance, comportement délictuel, gestes thérapeutiques ou éducatifs, malencontreux ou imprudents, erreurs ou transmissions d'informations négligées, etc. ; actes la plupart du temps non intentionnels, mais parfois intentionnels, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. Le cadre peut, alors, être également mis en cause pour n'avoir pas su prévoir, envisager, prévenir et éventuellement écarter le risque encouru dans l'accomplissement des actes et/ou actions de son subordonné. Il peut être considéré comme complice ou coauteur de l'acte.

Comment s'articulent la responsabilité pénale et la responsabilité civile ? S'appliquent-elles de la même manière ? Sont-elles mises en œuvre ensemble obligatoirement, ou peuvent-elles l'être séparément, indépendamment l'une de l'autre ? L'établissement, de

santé, ou social, couvre-t-il la responsabilité civile ? Cet article va essayer de répondre succinctement à ces questions, au regard du droit actuel.

Sauf si l'il s'agit d'un geste technique lié à sa qualification professionnelle, une injection effectuée par un cadre infirmier par exemple, ou un geste de kinésithérapie réalisé par un cadre masseur-kinésithérapeute, il sera essentiellement question lors de la mise en cause de l'encadrement, du défaut dans l'organisation du service (manque de surveillance, de contrôle, défaut d'organisation, de protocoles...). Il peut également s'agir d'une faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, tel que le précise le **3<sup>e</sup> alinéa de l'article 121-3 du code pénal**.

## Quelques définitions

Le droit pénal, c'est l'ensemble des règles juridiques qui organisent la réaction de l'État vis-à-vis des infractions et des délinquants. Dans celui-ci, il y a donc : une infraction, c'est-à-dire un comportement interdit ; un ou plusieurs délinquants, c'est-à-dire une ou plusieurs personnes ayant commis l'infraction ; et souvent, une ou plusieurs victimes de l'infraction.

C'est un droit individuel : nul n'est responsable pénalement que de son propre fait (**article 121-1 du code pénal**). Il s'agit donc essentiellement d'une responsabilité physi-

que et ponctuellement une responsabilité pour l'entreprise.

La responsabilité civile, elle, consiste dans l'obligation imposée dans certaines conditions ►►

## Personnels des corps et grades de la FPH exerçant des fonctions d'encadrement

### Personnels administratifs :

attaché d'administration hospitalière/chef de bureau <sup>(1)</sup> ; adjoint des cadres hospitaliers ; chef de standard téléphonique principal <sup>(2)</sup> ; chef de standard téléphonique <sup>(2)</sup>.

### Personnels ouvriers :

agent-chef (agent technique de coordination à l'AP-HP) ; contremaître (agent technique à l'AP-HP) <sup>(2)</sup> ; chef de garage <sup>(2)</sup> ; agent technique d'entretien <sup>(2)</sup>.

**Personnels techniques :** ingénieur hospitalier ; adjoint technique (adjoint des cadres techniques à l'AP-HP) ; dessinateur principal <sup>(2)</sup>.

### Personnels socio-éducatifs :

cadre socio-éducatif.

### Personnels sages-femmes :

sage-femme cadre supérieur ; sage-femme cadre.

### Direction des écoles de sages-femmes et de cadres sages-femmes :

directeur d'école de cadres sages-femmes et de sages-femmes ; sage-femme cadre supérieur exerçant les fonctions de formateur ; sage-femme exerçant les fonctions de formateur.

### Personnels soignants, de rééducation et médico-techniques :

directeur des soins (1<sup>re</sup> classe et 2<sup>e</sup> classe) ; cadre de santé ►►

## Statut particulier des cadres de santé de la FPH : exercer

*des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements.*



## Question juridique

- à cadre supérieur de santé/surveillant des services médicaux <sup>(1)</sup>.

### Dans la filière infirmière :

infirmier cadre et cadre supérieur de santé/surveillant des services médicaux <sup>(2)</sup>; infirmier de bloc opératoire cadre et cadre supérieur de santé/surveillant des services médicaux <sup>(2)</sup>; infirmier anesthésiste cadre et cadre supérieur de santé/surveillant des services médicaux <sup>(2)</sup>; puéricultrice cadre et cadre supérieur de santé/surveillant des services médicaux <sup>(2)</sup>;

### Dans la filière de rééducation :

pédicure-podologue cadre et cadre supérieur de santé/surveillant des services médicaux <sup>(2)</sup>; masseur-kinésithérapeute cadre et cadre supérieur de santé/surveillant des services médicaux <sup>(2)</sup>; ergothérapeute cadre et cadre supérieur de santé/surveillant des services médicaux <sup>(2)</sup>; psychomotricien cadre et cadre supérieur de santé/surveillant des services médicaux <sup>(2)</sup>; orthophoniste cadre et cadre supérieur de santé/surveillant des services médicaux <sup>(2)</sup>; orthoptiste cadre et cadre supérieur de santé/surveillant des services médicaux <sup>(2)</sup>; diététicien cadre et cadre supérieur de santé/surveillant des services médicaux <sup>(2)</sup>;

### Dans la filière médico-technique :

préparateur en pharmacie hospitalière cadre et cadre supérieur de santé/surveillant <sup>(2)</sup>; technicien de laboratoire cadre et cadre supérieur de santé/surveillant <sup>(2)</sup>; manipulateur d'électroradiologie médicale cadre et cadre supérieur de santé/surveillant <sup>(2)</sup>.

### Personnels des corps et grades de la FPH pouvant exercer les fonctions d'encadrement sur désignation du chef d'établissement :

Secrétaire médicale exerçant les fonctions de coordonnatrice.

- à l'auteur d'un préjudice de réparer celui-ci, soit en nature, soit par équivalent.

Toutefois, si la faute n'est pas détachable du service, il appartient à l'établissement de santé de prendre en charge le préposé (le salarié ou l'agent public) qu'il emploie dans l'indemnisation de la victime. Concomitamment à une action pénale et/ou civile, le salarié ou l'agent public peut faire aussi l'objet d'une procédure disciplinaire diligentée par son employeur.

### En pratique

Une faute a été commise par une personne (exemple : erreurs dans la comptabilité d'un préposé délégué à la tutelle dans un établissement de santé) : celle-ci pourra être condamnée au sens pénal par une amende et éventuellement de la prison (s'il y a plainte, soit de la personne, de la famille ou de l'établissement). Elle risque d'être condamnée à rembourser les sommes frauduleusement soustraites par le juge civil avec des intérêts consécutifs. Et enfin, elle peut être sanctionnée d'un licenciement par l'entreprise qui l'emploie, par mesure disciplinaire.

### La procédure

Le juge pénal, le procureur de la république va donc se livrer à deux opérations : la qualification de l'infraction et l'interprétation juridique.

L'instance sera menée par le juge du même nom, qui conclura son instruction publique et contradictoire, soit par un non-lieu, soit par le renvoi de l'affaire devant la juridiction pénale si cela est un délit, soit devant la cour d'assises s'il est constaté le caractère intentionnel et que l'acte est qualifié de crime.

### Responsabilités

Les fautes les plus couramment constatées dans le monde de la santé et du social sont : la maladresse, l'imprudence, l'inattention, la négligence ou l'inobservation des règlements. Le cadre, notamment en service de soins, ou en service social, sera surtout confronté à l'organisation du service qui lui est confié, ainsi qu'au contrôle des actes accomplis, notamment par les personnes en formation dans ce lieu d'exercice professionnel. Ainsi, doit-il veiller à ce que les élèves ne restent jamais seuls et soient constamment accompagnés

par du personnel qualifié. De même, la sortie avec des personnes âgées, ou avec des jeunes enfants ou adolescents, sans encadrement en personnel suffisant, est une faute.

Concernant l'inobservation d'un règlement, celui-ci s'apprécie « *in concreto* » : il n'y aura pas de petite ou de grande faute en la matière. L'organisation du planning du service, que le cadre élabore, reste de la responsabilité définitive du chef d'entreprise.

Toutefois, la loi exonère le cadre de sa responsabilité pénale, s'il est établi qu'il a accompli toutes les diligences normales, compte tenu de ses compétences, du pouvoir et des moyens dont il disposait au moment où la situation a posé problème.

*A contrario*, le quatrième alinéa de l'article 121-3 du code pénal peut le faire condamner dans des situations précises, puisque le texte indique que : « [...] les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage, ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer. »

Louis Ostermann

\* Pour répondre de façon plus exhaustive, plus complète, une session de formation n'y suffirait pas. Je vous renvoie donc sur des livres ou revues plus spécialisés, tel que l'AJFP, l'AJDA, Juris-classeur, etc.

### Synergie cadres n° 56

#### Pages spéciales Multiple

n° 111, septembre-octobre 2007

- Directrice de la publication : Yolande Briand
- Rédacteur en chef : Christian Torregrossa
- Rédacteur en chef-adjoint : Emmanuel Lehuraux
- Secrétaire de rédaction : Bruno Picoche
- Mèl: ufcass@cfdt-sante.fr

N° de CPPAP : 0206 S 06773

Photogravure/Impression : Inckéo - 75017 Paris.

(1) Corps constitué en cadre d'extinction. (2) Dans l'attente des travaux sur la maîtrise ouvrière prévus par le Protocole du 14 mars 2001. (3) Grade provisoire.