

Multiple

Synergie cadres

Pages spéciales n° 122
juillet-août 2009

Cfdt
des choix. des actes
Santé Sociaux
Ufcass

Le développement durable et la responsabilité sociale des cadres

La responsabilité sociale des entreprises (RSE) est au cœur de la Résolution de la Fédération santé-sociaux de la prochaine mandature. Les cadres ont toute leur place à tenir dans cette réflexion et dans les actions mises en place.

Au-delà de la simple défense de l'environnement, fondamentale mais insuffisante, et si on intègre celle-ci dans un ensemble d'autres préoccupations, sociales, culturelles, économiques, il est évident que ceux qui exercent des responsabilités de gestion, les cadres en particulier, sont concernés. Mais pour être de véritables acteurs, ils doivent impérativement être impliqués dans la définition des objectifs stratégiques et les processus de décision au sein de nos établissements.

C'est, par exemple, un des axes revendicatifs porté lors de l'audition de la CFDT santé-sociaux dans le cadre de la mission de Singly portant sur le rôle et la mission des cadres hospitaliers qui se déroule actuellement. Le texte vous est présenté dans ces pages.

En parallèle, c'est aussi le développement du réseau Ufcass qui permettra de construire des revendications pertinentes pour les cadres à l'image des trois nouveaux groupes cadres créés en ce début d'année.



D.R.

SOMMAIRE n° 59

Actualité

Les cadres et les Ordres professionnels : exercice incompatible? p. 2

Le Congrès fédéral de Saint-Étienne relance une dynamique pour quatre ans p. 2

Les santé-sociaux au congrès de la CFDT Cadres p. 3

Réflexion et analyse

Contribution CFDT pour la Mission de Singly
Rôle et mission des cadres dans la gouvernance hospitalière p. 4-6

Question juridique

Que faire en cas de danger grave et imminent? p. 7

En région...

Le réseau Ufcass se renforce pas à pas p. 8

Catherine Marchand

secrétaire fédérale, responsable de l'Ufcass

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

Les cadres et les Ordres professionnels : exercice incompatible ?

En pleine mobilisation CFDT contre les Ordres professionnels, une décision de justice estime que les cadres (ici les masseurs-kinésithérapeutes) ne peuvent légalement pas cotiser à un Ordre.

Le conseil départemental de Haute-Garonne de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes a assigné en février une vingtaine de professionnels en référé pour exercice illégal de la profession, faute d'inscription à l'Ordre. Une majorité ayant finalement déposé un dossier d'inscription, les poursuites contre eux ont été abandonnées.

Deux d'entre eux, cadres de santé du CHU de Toulouse, refusaient de prêter serment. Leurs défenseurs ont argumenté que la qualification de cadre de santé leur permettait de ne pas s'inscrire à l'Ordre.

Jurisprudence

Dans son **ordonnance du 28 mai 2009**, le Tribunal de grande instance estime que les cadres de santé n'ont pas à s'inscrire à l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Le Procureur de la République a conclu à l'absence de trouble manifestement illicite, après avoir soutenu à l'audience qu'un cadre de santé et un cadre supérieur de santé n'exerçaient aucun acte relevant d'un masseur-kinésithérapeute.

Le tribunal rappelle que l'Ordre regroupe obligatoirement l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes, sauf ceux des armées, et souligne que l'inscription au tableau « *rend licite l'exercice de la profession sur tout le territoire national* ». Argument qui sera à reprendre dans le dossier de boycott de la cotisation à l'ordre infirmier aussi.

Enfin le conseil départemental n'ayant pas rapporté la preuve de l'accomplissement « *d'au moins un acte relevant de l'exercice exclusif de la profession de masseur-kinésithérapeute* » à l'égard des cadres de santé poursuivis, a été débouté de sa demande. Conclusion : **le cadre de santé masseur-kinésithérapeute n'a pas à s'inscrire à l'Ordre.**

Les juristes devront étudier si cette décision atteste que « *seuls les kinésithérapeutes, qui exer-*

cent à titre libéral ou à titre salarié peuvent être élus » au sein des instances de l'Ordre, et que « *les cadres de santé n'ont pas à être inscrits au tableau et encore moins à être élus* ». Auquel

Le congrès fédéral de Saint-Étienne relance une dynamique pour quatre ans

Le 31^e Congrès fédéral santé-sociaux s'est tenu du 26 au 29 mai 2009 à Saint-Étienne. La place des cadres dans la CFDT y a été réaffirmée.

L'Union fédérale des cadres sanitaires et sociaux (Ufcass) figure dans le **Rapport d'activité** de la Fédération santé-sociaux dans le **chapitre relatif à l'organisation et au fonctionnement**. Le texte réaffirme que l'Ufcass est une représentation des cadres originale dans sa construction. Elle permet ainsi de mener une réflexion et de construire un cahier revendicatif en lien avec les spécificités de l'encadrement. Cela nécessite un travail de partenariat avec les structures, une collaboration étroite entre les militants cadres et non cadres.

Néanmoins, il faut encore convaincre de l'utilité de la syndicalisation des cadres.

La dernière mandature a été marquée par quatre axes majeurs :

- le « Travail en question Cadres » (TEQ Cadres) avec une enquête sur le champ sanitaire, social et médico-social (cf. *Synergie cadres* n° 67) ;
- le développement du réseau de référents avec l'aide des syndicats et des UPR et l'existence d'un groupe national ;
- le journal *Synergie cadres* publiée en supplément de *Multiple* ;
- le travail de recherche sur les rôles et missions de l'encadrement mené en partenariat

cas les élections ordinaires pourraient être considérées comme caduques, tant dans l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes que dans celui des infirmiers.

Le président du conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes considère que l'interprétation du TGI, est « complètement à côté de la plaque ».

Le conseil départemental de l'Ordre de Haute-Garonne n'a pas encore décidé s'il interjetait appel de la décision du TGI. Un dossier à suivre...

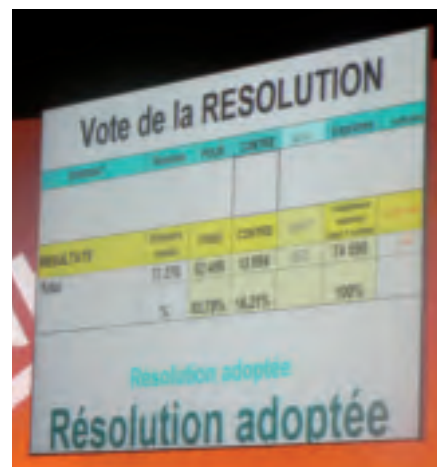
Nicole Péruez
et Michaël Deroche

avec un sociologue du CNRS (cf. *Synergie cadres* n° 55, 56, 57).

La Résolution du 31^e congrès de la Fédération détermine les actions qui seront menées pour les professionnels du secteur de 2009 à 2013. Elle vous est proposée dans sa totalité dans le numéro 122 de *Multiple*. **La responsabilité sociale de l'entreprise** en constitue le fil conducteur, ainsi que la réflexion sur nos pratiques syndicales, celles-ci représenteront un enjeu majeur dans le cadre des nouvelles règles de la représentativité.

La Fédération santé-sociaux insiste sur son engagement afin de continuer et d'intensifier le travail auprès des cadres.

C. M.



Les santé-sociaux au congrès de la CFDT cadres

Le 13^e Congrès de la CFDT Cadres s'est déroulé à Nîmes du 17 au 19 juin 2009. La Fédération, présente, est intervenue à la tribune pour retracer un historique de son action en direction des cadres sanitaires et sociaux... et exposer ses projets.

Une forte détermination de la Fédération santé-sociaux a permis le développement d'un travail auprès des cadres par la création de deux structures spécifiques. Promouvoir les valeurs CFDT pour et avec les cadres constitue un des axes de travail aujourd'hui incontournable. Si les adhérents cadres ont besoin de travailler ensemble sur la spécificité de leurs missions et de leur fonction, ils sont une composante à part entière dans la section d'entreprise.

Un long cheminement

En 1973, le Congrès de Lorient de la Fédération santé-sociaux CFDT « décide la dissolution du Syndicat national des cadres et l'intégration des cadres dans la section d'entreprise ». Un Conseil fédéral suivant institue un groupe fédéral « cadres », mais rejette « les propositions qui visent à terme à reconstituer une structure nationale (...) ». La décision prise obère donc, pour longtemps, la capacité de la CFDT d'avoir une représentation dans ce secteur, et le nombre d'adhérents cadres est devenu infime en 1975.

LES CADRES sont des acteurs à part entière pour la réussite du changement.

Dès le début des années quatre-vingt, la montée des revendications liées aux métiers émerge dans le secteur de la santé et du social. Un groupe cadres au niveau national va donc se reconstituer avec une autonomie suffisante pour lui permettre d'aborder la spécificité

de ces professions. Puis la Résolution du Congrès d'Annecy de 1983 affirme que les cadres sont des acteurs à part entière pour la réussite du changement. Ils ont leur place dans la construction d'un syndicalisme qui s'enrichit de ses diversités.

En 1986, les élections professionnelles traduisent une progression de la CFDT parmi les cadres, sans qu'elle se concrétise par des adhésions. Or, face à la montée d'associations professionnelles corporatistes, une politique efficace de syndicalisation des cadres doit se mettre en œuvre. Il est impératif de dépasser le niveau des adhésions individuelles sans signification collective.

L'Union fédérale des cadres sanitaires et sociaux, l'Ufcass est alors créée. Elle permet ainsi des adhésions directes. Elle est constituée par les cadres de direction du secteur public et privé, des psychologues et des cadres soignants.

Avec la création du Syndicat national des cadres sanitaires et sociaux : le Syncass **en 1993**, la Fédération santé-sociaux se dote alors de deux structurations pour les cadres :

- le Syncass pour les cadres de direction, médecins, dentistes et pharmaciens des établissements publics et privés ;
- l'Ufcass pour les cadres intermédiaires.

Le Syncass

La création du Syncass obéit à la même logique de développement et de renforcement de l'audience de la CFDT, l'action au sein de l'Ufcass ne suffisant plus. La forme choisie, celle d'un syndicat national, était indispensable à une claire identification par les milieux professionnels visés. Elle était aussi requise pour permettre une action syndicale nationale efficace. La Fédération santé-sociaux a validé et soutenu cette démarche.

Le Syncass-CFDT dispose de ses propres capacités d'action et d'expression et intervient directement dans son champ de responsabilité. Mais il est aussi étroitement impliqué dans la réflexion et dans l'action fédérale.

Les adhésions de l'ensemble du syndicat, qui dépassent les 1 600 adhérents, progressent actuellement de 10 % par an. Il reste à ren-

forcer cette dynamique dans le secteur privé, notamment associatif et à développer la syndicalisation des médecins et des pharmaciens.

L'Ufcass

Avec un temps fédéral affecté en **octobre 2002**, l'Ufcass prend un nouveau départ. Elle a pour mission de constituer un réseau de responsables cadres régionaux, désignés par les unions professionnelles régionales. Il s'agit d'écouter, de débattre, d'agir en dehors des démarches corporatistes, pour une véritable reconnaissance de la responsabilité des cadres. Un article du règlement intérieur de la Fédération santé-sociaux assoit la légitimité de cette union et désigne le responsable national de l'Ufcass, élu par le Conseil fédéral, au Bureau national de la CFDT cadres.

L'Ufcass représente aujourd'hui 3 000 cadres. Sur le premier semestre 2009, trois nouveaux groupes cadres ont vu le jour en lien avec les syndicats départementaux, les régions et la Fédération (voir p. 8). Plusieurs contacts se finaliseront au cours du deuxième semestre.

IL S'AGIT D'ÉCOUTER, de débattre, d'agir en dehors des démarches corporatistes, pour une véritable reconnaissance...

Dernièrement, le travail des référents Ufcass a permis, entre autres, de porter les revendications des cadres auprès de la Mission de Singly chargé par le ministère de la santé de redéfinir le rôle et les missions des cadres hospitaliers (voir p. 4).

Les perspectives d'avenir reposent sur la volonté d'ancrer le dossier cadre au plus près des salariés par l'implication des syndicats départementaux et des Unions professionnelles régionales afin d'amener la réflexion sur le terrain des revendications et de la négociation.

Les nouvelles règles de la représentativité rendent indispensable une politique de développement portée par tous et à tous les niveaux de l'organisation.

Catherine Marchand

Rôle et mission des cadres dans la gouvernance hospitalière

Le ministère de la Santé a confié à Chantal de Singly l'élaboration d'un rapport sur le rôle et la mission des cadres hospitaliers. La CFDT santé-sociaux a été la première organisation syndicale à être auditionnée le 9 avril 2009. Nous présentons ici la contribution fédérale.

L'hôpital s'est transformé ces trente dernières années, bien plus qu'en quinze siècles d'existence. Dans ces mutations rapides et massives, les personnels hospitaliers ont montré une réelle capacité d'adaptation. Cette période a été aussi celle de la structuration des professions et de l'arrivée de techniciens de plus en plus qualifiés et efficaces. Cette professionnalisation accrue ne se limite pas aux seuls services de diagnostics et de soins, elle concerne également tous ceux qui font fonctionner l'hôpital dans

Textes de référence et travaux de recherche du groupe CFDT

- Circulaire du 20 février 1990: missions et rôles des surveillant(e) s et surveillant(e) s chefs hospitaliers.
- Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.
- Répertoire des métiers de la Fonction publique hospitalière.
- « Travail en question Cadres » 2003/Fédération CFDT santé-sociaux/Synergie cadres n° 67.
- « Le cadre animateur » 2006/Lise/CFDT santé-sociaux/Synergie cadres n° 55, 56.
- « Les cadres vus par les infirmiers » Lise/CFDT/Synergie cadres n° 57.

les filières ouvrières et techniques, de l'hôtellerie et administratives.

Les transformations du secteur et notamment le passage d'une logique de moyens à une logique d'activités, ont fait évoluer la plupart des métiers d'encadrement.

Dans un contexte de restriction budgétaire, les contraintes économiques sont de plus en plus prégnantes. Toutes les fonctions de cadre sont soumises à de fortes pressions.

La réflexion est à mener en priorité sur les cadres de proximité, manquant une équipe et représentant l'ossature du fonctionnement de l'hôpital, notamment les cadres de santé.

La structure hospitalière s'est énormément complexifiée au cours de ces dernières années. De par leur place spécifique dans les organisations, les cadres sont les relais de ces changements successifs organisationnels et gestionnaires et se trouvent en première ligne.

Évolution du métier

Dans le champ sanitaire, l'évolution des technologies médicales et le développement du système d'information, l'organisation en pôles plus spécialisés et plus technologiques, induisent une hyperspécialisation des soignants. En parallèle, la complexification des techniques et les exigences en matière de sécurité sanitaire nécessitent une protocolarisation accrue des pratiques.

L'augmentation des textes législatifs et réglementaires produit une bureaucratisation croissante et la nécessité de gérer en continu la communication d'informations, l'enregistrement des données, etc.

Les métiers et donc les compétences attendues des managers se transforment radicalement et nécessitent la compréhension et la maîtrise de nouveaux champs (informations médico-économiques, contrôle de gestion, négociation, épidémiologie...).

La certification et l'évaluation des pratiques deviennent des outils de management pour les établissements: recherche de l'excellence,

différenciation de l'offre, démarche qualité, mobilisation du personnel, meilleure attractivité pour les patients et le personnel...

L'exigence de l'utilisateur quant à l'information, la qualité et la sécurité est toujours plus forte. Elle induit une nouvelle approche de la responsabilité des professionnels: responsabilité revendiquée, recherchée, sollicitée en vue d'une pleine reconnaissance de prérogatives professionnelles, mais aussi responsabilité subie, assumée en raison de la plus grande exigence des personnes bénéficiaires des prestations.

REDÉFINIR le rôle et la mission des cadres est une demande de la CFDT santé-sociaux depuis 2001 et faisait partie intégrante du protocole Bertrand de 2006.

Ces évolutions de l'organisation, des institutions, et des pratiques modifient considérablement la fonction managériale. Les lieux de décision et d'organisation vont devoir à la fois se rapprocher des usagers et des personnels mais aussi tenir compte d'un environnement mouvant (développement des réseaux, approche territorialisée...).

Constat

Au travers des enquêtes menées, les cadres soulignent tous l'augmentation de leur charge de travail et une adaptation incessante aux changements. Le contenu de leur travail connaît de grandes variations, les interruptions sont nombreuses, la gestion quotidienne des imprévus alourdit des conditions de travail déjà difficiles. Tout ceci entraîne une désorganisation constante de la gestion du temps et une impression d'urgence qui déstabilise.

Le rôle du cadre est central dans l'information des changements et des protocoles mis en

place, or leur moindre proximité des équipes entrave une appropriation raisonnée.

Son travail est d'autant moins reconnu qu'il a la particularité de rester invisible s'il est mené à bien.

Le point central demeure le management des équipes, dans la mesure où il faut à la fois assurer un service permanent et de qualité, tout en faisant en sorte que le personnel vive bien sa pratique professionnelle et concilie vie familiale et vie professionnelle.

La gestion des risques, inhérente à la fonction du cadre, devient complexe, à travers l'inflation législative et réglementaire en particulier et la « judiciarisation » de la société en général.

La nature du travail a donc changé. De réformes en changements successifs, on assiste à une addition de modifications et de tâches chronophages.

La fonction cadre est, aujourd'hui, beaucoup plus dépendante des autres services et reliée à des lieux de décisions multiples dont elle doit porter et assumer les positions.

Les cadres se retrouvent dans un rôle de médiateur entre les décisions auxquelles ils ne participent pas et les équipes de terrain. Ils sont au cœur du dialogue social des établissements. C'est pourquoi l'efficacité de l'hôpital ne peut résulter que de la motivation et de l'implication de tous ses professionnels dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets. C'est au travers de leur légitimité à agir et de la place accordée aux projets que les professionnels hospitaliers pourront mesu-

Le rapport de Singly

Dans le cadre de la Mission de Singly, douze rencontres régionales ont été organisées **du 5 juin au 10 juillet**, avec l'appui des établissements d'accueil et des délégations régionales de la Fédération hospitalière de France (FHF), sans invitation spécifique des représentants syndicaux.

Même si la volonté affichée est une concertation plus élargie au niveau national, les conclusions de ce rapport, dont la remise est prévue fin août au ministre de la Santé, feront l'objet d'un point dans le comité de suivi de ce protocole fin septembre.

rer leur intégration dans la communauté hospitalière, il convient d'aller vers une plus grande responsabilisation. Dès lors que la politique de santé énonce clairement les missions de l'hôpital et que les attentes des différents interlocuteurs sont recensées, hiérarchisées et intégrées, il faut mettre en œuvre une délégation contractualisée.

C'est la conception de l'organisation et de l'encadrement que nous souhaitons interroger. Aujourd'hui, les établissements de notre champ d'activité et surtout les établissements hospitaliers connaissent des tensions internes préoccupantes. L'intensification du travail, due à des raisons technologiques, démographiques et sociétales, ne fait aucun doute. Définir le rôle et les missions du cadre demande donc à redéfinir les zones d'intervention et de décision de chaque professionnel dans l'organisation globale de l'hôpital.

Il s'agit de réécrire les missions des cadres en intégrant les aspects de :

- coordination permanente avec l'extérieur ;
- coordination et animation dans les mutations structurelles ;
- certification/qualité ;
- gestion des risques ;
- relation avec les usagers et leur entourage ;
- missions transversales...

L'enjeu est d'apporter de véritables réponses face aux attentes très fortes et légitimes des cadres.

Cinq problématiques majeures

Implication des cadres dans la définition des objectifs stratégiques et les processus de décisions.

Pour sortir des crises successives, l'hôpital a besoin d'une dynamique sociale. Les textes et les structures ne suffiront pas à la créer. Cela passe, pour l'essentiel, par la modernisation des rapports sociaux et la reconnaissance mutuelle de légitimité.

- Management participatif afin d'associer réellement les cadres au fonctionnement de l'hôpital, pas seulement comme de simple exécutant des décisions prises (administratives, techniques, médicales).
- Transparence de l'information aux cadres sur les évolutions de leur établissement.
- Clarification des lignes hiérarchiques et fonctionnelles par une définition claire du positionnement de l'encadrement : périmètre d'intervention, niveau de décision, évaluateurs. Les notions d'autorité fonctionnelle et hiérarchique se confondent et risquent de se complexifier (cf. article projet loi HPST « le responsable médical de pôle a autorité fonctionnelle... le responsable de pôle peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs... »).

POUR SORTIR des crises successives l'hôpital a besoin d'une dynamique sociale...

Politique de l'emploi et des effectifs

- En réponse aux demandes des équipes hospitalières pour un encadrement de proximité qualifié en nombre suffisant, établir un projet d'encadrement pluri annuel par établissement en tenant compte des évolutions démographiques par une Gestion prévisionnelle ►►



Les risques d'une bureaucratie croissante

Burger/Phanie

Réflexion et analyse

►► des emplois et des compétences (GPEC) quantitative et qualitative.

● Définir et respecter des ratios pour le volume et la qualification des équipes d'encadrement (par nombre de personnes encadrées, par activité, par nombre de lits d'hospitalisation...).

● Recentrer le cadre de proximité comme référent professionnel pour les équipes.

● Prendre en compte le parcours professionnel en :

- mettant en place d'un accompagnement sous forme de tutorat à la prise de poste ;

- créant des perspectives d'évolution de carrière ;

- permettant des parcours professionnels en fonction des choix individuels : mobilité et reconversion ;

- définissant des critères objectifs des modalités de concours sur titre de cadre supérieur.

Reconnaissance à plusieurs niveaux

Reconnaissance du travail

Les cadres effectuent un travail souvent invisible aux yeux des autres : « C'est quand le cadre n'est plus là que l'on s'aperçoit à quoi il sert... »

● Impliquer les directions, les médecins et les équipes hospitalières à une meilleure reconnaissance du travail des cadres en mettant en avant la plus-value qu'ils apportent pour garantir le fonctionnement complexe de l'hôpital.

● Rendre obligatoire l'entretien professionnel pour valoriser le travail effectué, en réexaminant les modalités et les critères d'évaluation et de notation.

● En complément du profil de poste, mettre en place une fiche de mission dont les contenus sont partagés et négociés.

● Être soutenu par les directions.

Reconnaissance de l'autonomie dans l'organisation du travail.

● Permettre aux cadres d'agir sur les choix en matière d'organisation du travail, notamment sur l'adéquation entre l'activité médicale et paramédicale.

● Reconnaître les connaissances et les compétences des cadres pour mieux les associer dans les choix d'organisation.

● Donner aux cadres une réelle autonomie et un droit d'initiative dans l'organisation de leur travail et de celle de l'unité.

● Mettre en place une organisation claire et équitable pour la permanence de l'encadrement (week-end, nuit...) et définir les missions de celle-ci.

● Valoriser les expérimentations comme l'organisation transversale (annexe IV) notamment sur : gestion des ressources humaines, qualité des soins, équipements et logistique, gestion de l'activité et fluidité du circuit patient.

« **C'EST QUAND LE CADRE n'est plus là qu'on s'aperçoit à quoi il sert... ».**

Reconnaissance par la rémunération.

La fonction cadre doit être reconnue par une rémunération conforme à l'expertise et aux responsabilités exercées en lien avec les risques encourus, il faut :

● revaloriser les grilles salariales des cadres de proximité et des cadres supérieurs ;

● instaurer un différentiel notable lors de la prise de fonction cadre de proximité et cadre supérieur, en tenant compte des revalorisations attendues des grilles salariales des personnels infirmiers (LMD) en catégorie A ;

● valoriser nettement les cadres paramédicaux de pôles.

Les conditions de travail

● Repositionnement de l'encadrement sur son cœur de métier : l'organisation des soins et le management.

● Apport de méthodologie et d'outil de gestion (informatique...) et aide réelle technique sur des dossiers (hygiène, qualité, informatique, ingénieur en organisation...):

- implication dans la chaîne des changements ;
- lors d'un changement d'organisation dont l'opérateur final est le cadre, s'assurer de la faisabilité avec le cadre ;

- priorisation des informations descendant des différentes directions.

● Analyse des effets sur la santé des risques physiques et mentaux et des répercussions sur la vie personnelle et familiale.

● Respect du temps de travail :

- respect des rythmes au travail et des congés programmés ;

- maintien et respect du choix en décompte horaire ou du forfait ;

- instauration de limite au dépassement du temps de travail par le respect de la réglementation ;

- rémunération de tout dépassement horaire à sa juste valeur (possibilités de paiement d'heures supplémentaires).

La formation

Initiale

Trois raisons militent pour une réingénierie de la formation initiale actuelle :

● l'adaptation de la formation cadre en termes de critères d'admission, de contenu et de validation à l'évolution du métier ;

● l'équivalence au grade Master suite à la réforme LMD des études infirmières ;

● la mise en œuvre de la Validation des acquis de l'expérience.

Continue

Pour faire face aux évolutions des métiers et des qualifications, des réglementations et des attentes des usagers, il est nécessaire d'élaborer une politique de formation continue.

Problématique particulière des faisant fonction cadre (FFC)

Le recours aux faisant fonction s'intensifie, il pose la question de la gestion prévisionnelle du personnel des établissements et de l'attractivité de la fonction.

Tout en réaffirmant notre opposition au recours des faisant fonction, leur exercice doit être néanmoins encadré :

● transparence et définition des critères de désignation (âge, ancienneté service, parcours professionnel...);

● inscription dans le projet professionnel de l'intéressé, mais cette expérience ne doit être un préalable systématique et obligatoire à la réussite au concours de l'IFCS, ni à la VAE ;

● instauration d'une véritable contractualisation écrite entre le FFC et l'institution ;

● limitation dans le temps (< /= deux ans) ;

● reconnaissance des mêmes droits que les cadres nommés : prime d'encadrement, RTT... ;

● tutorat par un cadre sénior sur la base d'une fiche de mission.

En conclusion

Au regard de nos observations et de nos enquêtes, l'urgence à réécrire les rôles et missions des cadres est clairement posée.

Nous tenons à préciser également les témoignages que nous recevons et qui expriment un fort sentiment d'usure professionnelle.

Les cadres hospitaliers, toutes filières confondues, représentent un atout majeur dans les réformes actuelles et à venir. Il est grand temps de prendre soin d'eux. ■

Que faire en cas de danger grave et imminent ?

Deux procédures existent en cas de danger grave et imminent: le droit de retrait et le droit d'alerte. Les cadres sont concernés à deux titres dans ces procédures: en tant que salariés pouvant user de ces deux droits et en tant que représentants de l'employeur.

Quand ils sont exposés à une situation de danger grave et imminent, les salariés et/ou les représentants du personnel peuvent avoir recours à deux procédures à but préventif: le droit d'alerte et le droit de retrait.

Avant de poursuivre, une explication sémantique s'impose.

Qu'est qu'une situation de danger grave et imminent ?

Le danger est dit grave s'il peut provoquer un accident du travail ou une maladie professionnelle grave causant une incapacité partielle permanente ou une incapacité temporaire prolongée, ou une intoxication par produit dangereux.

Par danger imminent, il faut entendre que l'accident ou la maladie peuvent se produire d'un instant à l'autre. Nous ne pouvons pas fixer le moment exact où le danger va se matérialiser, mais sa survenue est certaine.

La notion de gravité peut être difficile à apprécier, elle doit pouvoir s'appliquer à toute menace susceptible de provoquer une atteinte sérieuse à la santé et à l'intégrité physique d'un travailleur.

Les conditions d'utilisation des droits d'alerte et de retrait

L'article L 4131-1 du Code du travail fixe le droit d'alerte et de retrait pour le salarié qui a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé.

Concrètement, le salarié alerte l'employeur ou son représentant sur la dangerosité de son poste de travail. Le signalement peut se faire oralement mais alors il est préférable d'avoir des témoins ou un écrit. **Ce représentant peut être le cadre de l'unité ou du service** qui doit alors en référer immédiatement à l'employeur ou prendre des mesures s'il peut y remédier à son niveau et en a la compétence.

L'employeur doit prendre les dispositions et donner des instructions pour que les travailleurs puissent arrêter leur activité et se mettre en sécurité en quittant immédiatement leur lieu de travail.

Le salarié peut décider d'user de son droit de retrait, il quitte alors son poste de travail. La seule restriction à l'usage de ce droit est qu'il

puisse créer pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent (article L 4132-1 du Code du travail).

Il est à noter que l'employeur ne peut demander à un salarié qui a fait usage de son droit

de retrait de reprendre son activité si persiste un danger grave et imminent résultant notamment d'une défectuosité du système de protection.

Le représentant du personnel au CHSCT, qui constate un risque de danger grave et imminent ou qui est prévenu par un salarié, alerte l'employeur et consigne son avis daté et signé par écrit dans un **registre spécial** dont les pages sont numérotées et authentifiées par le tampon du comité. Sont alors indiqués: les postes de travail concernés par la cause du danger constaté, la nature et la cause de ce danger, le nom des travailleurs exposés.

Ce registre est tenu à la disposition des représentants du personnel au CHSCT.

Les conséquences du droit de retrait

L'usage non abusif du droit de retrait a pour conséquences:

- la suspension du pouvoir disciplinaire de l'employeur, puisqu'il lui est interdit d'infliger au salarié qui s'est retiré de son poste de travail une quelconque sanction et de lui demander de reprendre son travail s'il y a persistance du danger;
- le maintien de salaire pendant toute la période où le salarié exerce son droit de retrait, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il n'existe plus de danger;
- la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur si un accident se produit après que le ou les salariés ou un membre du CHSCT aient signalé à l'employeur un risque. Cependant la victime devra démontrer l'existence de cette faute inexcusable, d'où l'intérêt de remplir le plus précisément possible le registre spécial.

Le caractère subjectif de danger grave et imminent existe. Cependant à partir du moment où le salarié a alerté l'employeur, c'est ce dernier qui porte l'entière responsabilité de juger si le caractère de danger grave et imminent existe ou pas. Il est responsable de la situation de travail.

Les conséquences du droit d'alerte formulé par un représentant au CHSCT

La procédure est un peu plus technique que celle mise en œuvre à l'issue d'un droit d'alerte du salarié. L'employeur doit faire immédiatement une enquête avec le représentant du personnel ayant signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier. En cas de désaccord sur la réalité du danger ou la façon de le traiter, le CHSCT est réuni d'urgence dans un délai inférieur à 24 heures. L'employeur informe alors l'inspecteur de travail et le préventeur* de la Cram qui peuvent assister au CHSCT.

En cas de désaccord persistant à l'issue du CHSCT, l'inspecteur du travail est saisi et intervient.

Nathalie Pain

* Professionnel en charge des questions de sécurité et de prévention.

Le réseau Ufcass se renforce pas à pas

L'Ufcass construit progressivement son réseau au plus près du terrain. En allant à la rencontre des syndicats, elle les sensibilise à la problématique cadre et suscite les échanges entre cadres sanitaires et sociaux.

Trois rencontres régionales Ufcass ont eu lieu durant ce premier semestre 2009.

Elles se sont concrétisées grâce à l'intérêt porté, soit par la ou le secrétaire du syndicat souhaitant intégrer cet axe dans leur plan de travail, soit par le secrétaire d'une section syndicale animant un groupe cadres au sein d'une structure.

Le point commun de ces démarches, c'est la même volonté de fédérer les réflexions et d'intégrer réellement les problématiques cadres au plan syndical.

Les Vosges

À l'initiative du syndicat CFDT santé-sociaux des Vosges, une première rencontre « cadres » a eu lieu à l'Union départementale d'Épinal **le 5 février** dernier.

Cette réunion avait pour thème une présentation des actions de l'Union fédérale des cadres sanitaires et sociaux (Ufcass), elle était animée conjointement par Christophe Petitdemange, cadre de santé au Centre hospitalier de Remiremont et Patricia Hacquard, Secrétaire générale du syndicat.

Patricia explique l'importance pour le syndicat départemental de donner aux cadres adhérents CFDT un espace de parole et la possibilité de travailler sur des sujets précis, afin de contribuer aux négociations fédérales.

Après la présentation de l'Ufcass et des différents travaux effectués, il est décidé de prioriser les thèmes à retenir au niveau du département pour 2009. Il s'agit notamment de l'élaboration des référentiels nécessaires à la Validation des acquis de l'expérience (VAE) cadre, prévue théoriquement cette année.



L'équipe de syndicat de l'Yonne à l'initiative de la rencontre du 24 mars : Anne-Marie Serre, Catherine Vuillamy, Charles Aachach et Sabine Trousseau.

L'Yonne

Après des contacts avec Sabine Trousseau, secrétaire du syndicat de l'Yonne, un rendez-vous a été programmé à Auxerre **le 24 mars 2009**.

Pour le syndicat, l'objectif est de créer un groupe cadre public/privé sur le département, de permettre échanges et débats, de prendre en compte la spécificité des cadres, mais aussi de répondre à des problématiques locales et de mettre en place une information syndicale spécifique à leur fonction.

Cette rencontre s'est déroulée en deux temps :

- tout d'abord, avec l'exécutif du syndicat afin d'exposer les enjeux de la syndicalisation des cadres, d'insister sur le lien entre leurs conditions d'exercice et l'impact sur les conditions de travail des équipes ;

- puis, avec les référents du groupe cadres CFDT du Centre hospitalier d'Auxerre (CHA) qui examinent et mettent en commun leurs problématiques internes, comme l'organisation des astreintes. L'originalité de leur travail a été de mettre en lumière tout ce que les cadres font mais ne relevant pas directement de leurs missions.

Le Calvados

Le 11 juin, une douzaine de cadres du département était réunie à Caen pour une première rencontre à l'initiative de Nelly Jean, secrétaire de la section CFDT du

CHU et membre de la commission exécutive du département.

Le but était de présenter l'Ufcass et de créer un groupe cadres au niveau départemental avec un référent régional participant au groupe fédéral Ufcass (3 à 4 réunions par an à la Fédération).

Un besoin de fédérer

Ces groupes de travail doivent permettre d'une part, d'analyser les problématiques spécifiques aux cadres, de mener la réflexion pour construire des actions revendicatives et, d'autre part, de donner un lieu d'expression pour des cadres quelquefois isolés dans leur structure.

De ces trois réunions, il ressort le besoin de mettre en commun, au niveau syndical, les réflexions des cadres, de prendre en compte leurs problématiques et d'intensifier le développement de la syndicalisation.

C. M.

Synergie cadres n° 59

Pages spéciales Multiple
n° 122, juillet-août 2009

- Directrice de la publication : Nathalie Canieux

- Rédactrice en chef : Catherine Marchand

- Secrétaire de rédaction : Bruno Picoche

- Mèl: ufcass@cfdt-sante.fr

(pour tout contact et/ou commentaires)

N° de CPPAP: 0206 S 06773

Photogravure/Impression : Inckôo - 75017 Paris.