

## PRÉAMBULE

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.

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 protocolisation 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.

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...).

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.

Les personnels ayant une fonction d'encadrement, toutes filières confondues, sont soumis à de fortes pressions. Leur malaise est un des symptômes d'une organisation qui ne les prend pas en compte dans une réelle « démocratie d'élaboration ». Pourtant, les cadres représentent un atout majeur dans les réformes actuelles et à venir. Il est grand temps de prendre soin d'eux !

## REMARQUES GÉNÉRALES

Ce rapport décline les problématiques de l'encadrement. Cette situation – les enquêtes menées par la CFDT Santé-Sociaux l'ont révélée depuis quelques années déjà<sup>1</sup> – et les témoignages que nous recevons, nous alertent sur un inquiétant sentiment d'usure professionnelle. Nous rappelons également que la CFDT Santé-Sociaux est à l'origine de la demande de travailler sur les missions des cadres, actée dans les protocoles d'accord de 2001 et 2006. Les événements de France Télécom mettent d'ailleurs en lumière de façon cruelle l'impact direct entre management et santé au travail ainsi que la capacité de nuisance d'un management désincarné de la base.

La mission définit la fonction d'encadrement comme l'ensemble des activités qui consistent à organiser, coordonner, cadrer, contrôler. Elle la considère au sens large, que ce soit sur un exercice ponctuel ou permanent, en incluant les « faisant fonction » et des personnels non-cadres ayant des fonctions d'encadrement.

**Pour la CFDT Santé-Sociaux**, il n'existe pas statutairement de définition du cadre, le statut ne définit pas plus la fonction d'encadrement, elle interroge l'organisation du travail à l'hôpital.

Le rapport insiste sur l'enjeu de prendre en compte les cadres pour le succès des réformes en cours à l'hôpital : son rôle est défini comme un « interprète » de ces réformes et pas seulement comme une « courroie de transmission ».

**Pour la CFDT Santé-Sociaux**, ce n'est pas le ressenti des cadres interrogés lors des enquêtes. Ils demandent une participation aux décisions stratégiques dans l'application de ces réformes. Ils se considèrent comme les exécutants de décisions prises à un niveau supérieur. C'est pourquoi un projet managérial et un positionnement clair sont indispensables dans l'organisation hospitalière.

Mais 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.

On est encore très loin du participatif. La transmission par les cadres, leur position de « traducteur », n'est présentée que sur un mode descendant : que fait-on de l'avis des salariés, de leur pertinence du fait de la connaissance au plus près du terrain, du relais que représentent les cadres dans ce cas ?

---

<sup>1</sup> « Travail en questions Cadres » 2003/Fédération CFDT Santé-Sociaux/Synergie Cadres n° 67.  
« Le cadre animateur » 2006/LISE/CFDT/Synergie Cadres n° 55 et 56.

Le taux d'encadrement est défini selon 3 facteurs : activités plus au moins automatisées, niveau de qualification du personnel, travail plus ou moins spécialisé et qualifié.

**Pour la CFDT Santé-Sociaux**, cette définition est calquée sur le mode industriel. Le rapport indique que l'accroissement des procédures et l'informatisation à l'hôpital pourraient amener une diminution du taux d'encadrement à l'instar des usines où le taux d'encadrement peut être bas puisque les machines structurent et encadrent le travail des ouvriers, que les personnels qualifiés « s'auto-encadrent » et que les cadres experts dirigent leur propre travail...

Cette vision uniquement axée sur l'aspect « contrôle » est extrêmement réductrice de la fonction d'encadrement quand on sait la complexité des relations à l'hôpital.

Aujourd'hui, les établissements de notre champ d'activité connaissent des tensions internes préoccupantes. L'intensification du travail, pour des raisons technologiques, démographiques et sociétales, ne fait aucun doute.

Le taux d'encadrement est faussé car il est calculé par rapport au nombre total de cadres : encadrants et non-encadrants. Celui de la filière soins est le plus urgent à clarifier. Il est indispensable de définir et de 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...).

La mission relève que la gestion des imprévus est typique dans l'activité des cadres, une constante dans toutes les organisations, d'où la nécessité de définir leur périmètre d'intervention.

**Pour la CFDT Santé-Sociaux**, définir leur périmètre d'intervention n'empêchera pas la gestion des imprévus qui est une des caractéristiques de la fonction. Cela interroge surtout l'organisation du travail à l'hôpital et donc le positionnement des cadres et leur reconnaissance dans celle-ci.

Si en matière de soins, les enjeux d'organisation sont notés comme primordiaux, alors il faut 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 celle de leur service.

La mission reconnaît que la complexité de l'hôpital demande un net renforcement de la dimension managériale de la fonction d'encadrement.

**Pour la CFDT Santé-Sociaux**, le travail des cadres est d'autant moins reconnu qu'il a la particularité de rester invisible s'il est mené à bien. Le point central demeure bien 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. Leur fonction essentielle de régulation n'est pas

suffisamment prise en compte. Ils sont pourtant au cœur du dialogue social des établissements.

Pour cela, la politique managériale de l'établissement doit tenir compte de la proximité - que les cadres doivent retrouver auprès de leurs équipes - et en aménager la faisabilité. Il est regrettable que la mission n'ait pas pris en compte ce que les « encadrés » attendent de leur encadrement, et notamment, plus de présence, de disponibilité et de régulation.<sup>2</sup>

La gestion du temps est une problématique commune aux autres champs professionnels due à l'intensification des tâches sans priorisation, renforcée par la fausse valorisation des cadres basée sur le concept de « mission à remplir ». Il faut rappeler aux directions que les cadres ont le choix d'opter pour un décompte en heures ou en jours.

Les cadres associent reconnaissance et qualité des soins du fait de la véritable vision qu'ils ont de cette qualité auprès des usagers, d'où l'importance de leur participation aux décisions stratégiques de l'établissement et de leur rôle de relais ascendant des observations des équipes.

Sur la question de la référence ou non au métier d'origine dans les fonctions d'encadrement.

**Pour la CFDT Santé-Sociaux**, les cadres de proximité sont reconnus aussi par leur connaissance technique du métier des personnes qu'ils encadrent. Les équipes demandent cet appui technique qui participe à la crédibilité et à la confiance qu'ils leur accordent et qui en font les moteurs d'un management qui ne peut pas être que gestionnaire.

Les cadres stratèges sont plus éloignés de leur métier d'origine avec une référence qui semble moins prégnante.

La responsabilité des cadres pourrait être engagée s'ils n'ont pas les moyens de la bonne réalisation des résultats attendus. Les plaintes sont en fin de compte très peu nombreuses.

**Pour la CFDT Santé-Sociaux** : Quel en est le chiffre ? Même si elles ne sont pas nombreuses, elles entraînent une charge de travail importante de par les enquêtes administrative, judiciaire, des services de la DDASS... qui en découlent. Les conséquences d'une plainte ne se limitent pas au directeur, en sa qualité de représentant d'un établissement doté de la personnalité morale. Le traitement de la plainte, dans les services, se décline en cascade - voire en pression - jusqu'au cadre.

Loi HPST : L'hôpital est plus que jamais invité à sortir des murs et les cadres hospitaliers, toutes filières confondues, ont un rôle déterminant à jouer dans cette dynamique.

**Pour la CFDT Santé-Sociaux** : Quelle faisabilité au vu des charges de travail actuelles pleinement remplies par l'activité intra-hospitalière ? Cela renforce la nécessité d'une réelle politique managériale dans le projet d'établissement permettant le développement et l'organisation des soins hors de l'hôpital.

---

<sup>2</sup> « Les cadres vus par les infirmiers » LISE/CFDT/Synergie cadres n°57.

Le décloisonnement de l'hôpital avec l'organisation en pôles.

**La CFDT Santé-Sociaux** constate que l'organisation en pôles n'a pas rapproché les cadres des centres de décision. Le cadre n'est pas nommé en tant que tel dans le trio du pôle : « *Le médecin chef de pôle choisira ses collaborateurs directs, l'un sur le versant soins et l'autre sur le versant administratif.* »

Certaines propositions nous semblent aller dans le bon sens, comme l'inscription de la politique managériale dans le projet d'établissement et l'évaluation des chefs d'établissement sur celle-ci ou la création d'instituts régionaux de management en santé que nous préférons voir nommés : « Instituts régionaux de santé (IRS) » à l'instar des futures ARS.

D'autres sont beaucoup plus timides. Si l'hôpital est aujourd'hui un producteur de soins, il ne peut reposer sur une organisation médicale prédominant sur l'organisation paramédicale. C'est bien de la capacité d'autonomie des cadres dont il s'agit et qui posera un acte fort de leur reconnaissance.

## REMARQUES SUR LES PROPOSITIONS

### 1. Pour une réelle politique managériale au sein de chaque établissement

#### ➤ *Les rôles et missions*

Proposition n° 1 : Définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement à savoir, les rôles et positionnements de l'ensemble de l'encadrement (y compris médical) et les circuits de décision.

**Pour la CFDT Santé-Sociaux**, cela nécessite de :

- inclure la politique managériale dans le projet d'établissement ;
- établir un projet d'encadrement pluriannuel par établissement en tenant compte des évolutions démographiques par une Gestion prévisionnelle 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 nombre de lits d'hospitalisation...) ;
- clarifier les lignes hiérarchiques et fonctionnelles de l'encadrement : périmètre d'intervention, niveau de décision, évaluateurs ;
- maintenir la liaison hiérarchique du cadre de santé à la direction des soins : mettre le cadre sous la liaison hiérarchique du chef de pôle risque de réduire encore plus la marge de manœuvre des cadres et leur capacité d'intervenir sur l'organisation. N'oublions pas que la création du service infirmier avait comme objectif d'équilibrer les pouvoirs à l'hôpital en donnant une représentation et un droit d'intervention « infirmière » au sein des directions.

Proposition n° 2 : Rendre effective la participation des cadres aux décisions qui concernent leurs domaines de responsabilité.

**Pour la CFDT Santé-Sociaux :**

- La politique managériale doit être basée sur un management participatif afin d’associer réellement les cadres au fonctionnement de l’hôpital, pas seulement comme de simples exécutants des décisions prises (administratives, techniques, médicales).
- Cette politique doit reposer sur le concept de « démocratie d’élaboration ».
- Le circuit de décisions à l’intérieur des pôles doit intégrer pleinement les cadres, à savoir nommer précisément les cadres de pôles ; le terme de « collaborateur » est trop imprécis et laisse trop de liberté au chef de pôle.
- Les cadres de santé doivent rester sous l’autorité hiérarchique de la direction des soins, et non pas être placés sous celle des médecins.

Proposition n° 3 : Revoir les organisations pour renforcer le rôle managérial des cadres en allégeant leurs tâches quotidiennes par une organisation des logistiques et du système d’information autour de leurs activités.

**Pour la CFDT Santé-Sociaux :**

- Avoir un système d’information performant : priorisation des informations, meilleure anticipation au niveau des directions et demandes « raisonnées » auprès des cadres.
- S’assurer de la faisabilité des changements en termes de charge de travail et le faire figurer dans les protocoles.
- Les cadres ont empilé un certain nombre de tâches sans réelle réflexion d’une possible « redistribution » ou « aide » : ils récupèrent ce qui ne peut pas être fait par d’autres ! Alléger leur charge de travail par des aides avec le corollaire d’une diminution du nombre rendra le résultat nul en sachant le manque actuel de cadres de santé notamment.
- Il est indispensable de 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...) et de mettre en place un accompagnement sous forme de tutorat à la prise de poste.

➤ ***Le recrutement***

Proposition n° 4 : Prévoir pour la promotion interne, avant l’entrée en formation d’encadrement, une période de mise en situation organisée, accompagnée et évaluée.

**Commentaires CFDT Santé-Sociaux :**

- La CFDT a toujours été opposée aux faisant fonction.
- Sur une position de cadre apprenant : cela ne doit pas être juste un changement de terminologie pour les DRH mais être réellement tourné vers l’apprentissage de cette fonction.

- Il s’agira également de mettre en place les modalités d’un site apprenant et d’en garantir la qualité.
- Cette période ne doit pas être un préalable systématique et obligatoire à la réussite au concours de l’IFCS ni à la VAE.

Proposition n° 5 : Recruter les cadres de santé par concours sur titre circonscrit à un entretien professionnel après obtention du diplôme.

**Commentaires CFDT Santé-Sociaux :**

- Ce n’est donc pas un concours sur titres mais un entretien de sélection. Un entretien professionnel définirait que la personne est apte aux fonctions d’encadrement ? Quid du diplôme ?

Proposition n° 6 : Recruter les attachés d’administration hospitalière sur liste d’aptitude à l’issue de leur formation à l’EHESP.

**Commentaire CFDT Santé-Sociaux :**

- Sur liste d’aptitude et non plus de classement : le choix du directeur prédomine sur la formation.

➤ ***L’évaluation des pratiques managériales***

Proposition n° 7 : Supprimer la notation et fonder l’évaluation individuelle des cadres sur la mesure de l’atteinte des objectifs fixés chaque année.

**Commentaires CFDT Santé-Sociaux :**

- L’évaluation individuelle sur la base de critères doit tenir compte des conditions d’exercice et du contexte permettant ou non l’atteinte des objectifs.
- La démarche d’évaluation doit rester attachée aux directions hiérarchiques dont dépendent les cadres afin de préserver une cohérence sur l’ensemble d’un établissement.
- Attention à une individualisation excessive au niveau des pôles d’autant que la prime de fonctions et de résultats (PFR) sera liée à cette évaluation. La crainte réside au final dans des différentiels de traitement au vu du « rendement » des pôles.
- Clarifier la ligne hiérarchique.
- Formation à l’évaluation professionnelle.

Proposition n° 8 : Utiliser la démarche d’évaluation des pratiques professionnelles pour développer les compétences managériales individuelles et collectives avec le soutien de la Haute Autorité en Santé.

➤ ***Le projet managérial***

Proposition n° 9: Rendre obligatoire l'identification d'un projet managérial comme une des composantes du projet d'établissement afin de préciser les engagements de l'établissement en matière de politique de l'encadrement.

**Commentaires CFDT Santé-Sociaux :**

- La politique de formation des cadres doit être clairement définie dans la politique managériale des établissements.
- On peut regretter que la direction des soins ne soit même pas évoquée quand il s'agit de politique managériale alors que les cadres de santé sont les plus nombreux dans les établissements.
- Quelle place pour la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) ?

➤ ***La représentation institutionnelle***

Proposition n° 10 : Créer un collège cadre au sein du Comité Technique d'Établissement.

Proposition n° 11 : Établir une présence des représentants de ce collège cadre à la Commission Médicale d'Établissement.

**Commentaires CFDT Santé-Sociaux :**

- Ayant le souci de l'intérêt collectif, la CFDT n'a jamais défendu des positions uniquement catégorielles.
- L'arrivée espérée des infirmiers en catégorie A ne doit pas être l'occasion de créer un espace catégoriel, mais plutôt de conduire à un réaménagement éventuel à l'intérieur de ce collège.

Proposition n° 12 : Favoriser la création d'espaces cadres.

**Commentaire CFDT Santé-Sociaux :**

- Ces espaces cadres doivent concerner l'ensemble des cadres toutes filières confondues. Pour quel objectif, quelle reconnaissance et avec quels moyens ?

➤ ***L'évaluation de la politique managériale des établissements en matière de conduite d'une dynamique de l'encadrement***

Proposition n° 13 : Évaluer les chefs d'établissement sur leur politique managériale.

**Commentaire CFDT Santé-Sociaux :**

- La politique managériale doit faire l'objet d'une évaluation spécifique du chef d'établissement.

Proposition n° 14 : Inclure dans le référentiel de certification de la Haute Autorité en Santé un item sur l'implication des cadres hospitaliers dans les processus de décision.

## **2. Pour une reconnaissance universitaire de la formation des cadres et le renforcement du lien avec le métier**

Proposition n° 15 : Donner une dimension universitaire aux formations initiales des cadres de santé, sages-femmes, techniques, administratifs et socio-éducatifs tout en garantissant leur dimension professionnelle.

### **Commentaire CFDT Santé-Sociaux :**

- Dossier très complexe à traiter avec l'université et qui requestionne les différents niveaux de qualification requis.

Proposition n° 16 : Encourager des parcours universitaires pour les techniciens supérieurs hospitaliers et les adjoints des cadres hospitaliers ayant les responsabilités les plus lourdes.

### **Commentaires CFDT Santé-Sociaux :**

- Clarification au préalable du contenu du travail des adjoints des cadres hospitaliers (ACH) et des techniciens supérieurs hospitaliers (TSH).
- Définition des niveaux de qualification.
- Qualifier « les responsabilités les plus lourdes ».

Proposition n° 17 : Donner à la formation des cadres de santé une équivalence universitaire (60 ECTS au moins) permettant l'obtention d'un master dans un parcours de formation organisé incluant la validation des acquis de l'expérience.

### **Commentaires CFDT Santé-Sociaux :**

- Le grade Licence des infirmiers va nécessiter un examen approfondi de l'ensemble des métiers au regard de ce niveau.
- Master 1 pour les cadres managers et Master 2 pour les cadres enseignants : management et pédagogie demandent le même niveau de qualification.
- Un niveau identique et des passerelles doivent exister entre cadres enseignants et cadres managers, répondant ainsi à la mobilité.
- Le Master 1 n'est pas reconnu au niveau de l'Europe.

Proposition n° 18 : Prévoir dès maintenant l'obtention d'un master pour les cadres de santé et les sages-femmes cadres en situation de cadre paramédical ou sage-femme de pôles.

### **Pour la CFDT Santé-Sociaux :**

- Master 2 pour tous les cadres avec des modules supplémentaires plus spécifiques en termes de gestion par exemple, pour accéder aux fonctions de cadres supérieurs ou de pôles. Modules dispensés dans les instituts supérieurs de santé.

Proposition n° 19 : Donner à la formation des attachés d'administration hospitalière une reconnaissance universitaire permettant l'obtention d'un master et prévoir pour eux un statut d'élève de l'EHESP.

Proposition n° 20 : Donner à la formation des cadres sages-femmes une reconnaissance universitaire niveau master.

### **3. Pour une dynamique régionale du développement des compétences managériales et de soutien des cadres**

#### **➤ *Les instituts supérieurs de management en santé***

Proposition n° 21 : Créer les Instituts supérieurs du management en santé, au niveau régional ou interrégional pour la formation initiale des cadres et le développement des compétences managériales de l'ensemble des managers hospitaliers (cadres).

### **Pour la CFDT Santé-Sociaux :**

- Proposition intéressante avec une notion de culture commune de tous les cadres hospitaliers et une dimension universitaire de la formation. Elle permettrait une harmonisation de l'enseignement trop disparate aujourd'hui. Il est certainement illusoire de voir les médecins managers (nouveau terme !) et les directeurs y participer.
- Nous préférierions l'appellation « Instituts régionaux de santé (IRS) » à l'instar des futures ARS, rassemblant formation initiale en management et en pédagogie, modules spécifiques dans le cadre de la gestion des pôles et de la formation continue pour faire face aux évolutions des métiers.
- Cela induit de revoir l'ensemble des formations et niveaux de recrutement des cadres hospitaliers en fonction d'encadrement, toutes filières confondues, et de les positionner dans leur filière au regard de l'évolution globale de celle-ci.

#### **➤ *Une animation régionale des projets portés par les cadres***

Proposition n° 22 : Impliquer les institutions et acteurs régionaux concernés dans l'animation régionale des projets développés par les cadres des secteurs hospitalier, social et médico-social.

#### **4. Pour un accompagnement national des projets et des innovations conduits par les cadres**

Proposition n° 23 : Obtenir le soutien de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance à des projets de changements organisationnels conduits par les cadres.

Proposition n° 24 : dédier des programmes hospitaliers de recherche clinique à la recherche en management impliquant des cadres.

##### **Commentaire CFDT Santé-Sociaux :**

– Toujours un vœu pieux en fin de rapport : quels moyens financiers et humains ?

Proposition n° 25 : Mobiliser la Haute Autorité en Santé sur le développement de la qualité du management et le soutien des évaluations des pratiques professionnelles en ce domaine.

Proposition n° 26 : Confier à l'EHESP une mission particulière sur l'animation du réseau des instituts supérieurs de management en santé (certification internationale, recherche, partage de l'information et de l'expertise) et conforter son rôle dans le développement des compétences des dirigeants hospitaliers.

#### **5. Pour valoriser les niveaux de responsabilités des cadres par les statuts et les rémunérations**

Proposition n° 27 : S'appuyer sur la réforme des grilles indiciaires en cours dans les trois fonctions publiques pour revaloriser les statuts des cadres hospitaliers.

##### **La CFDT Santé-Sociaux demande :**

– Un calendrier de négociation et une mise en application cohérente avec la réforme LMD.

Proposition n° 28 : Renforcer l'indice de début de carrière des cadres de santé pour garantir un différentiel significatif de rémunération entre le cadre et les membres de son équipe.

##### **Commentaires CFDT Santé-Sociaux :**

- La fonction cadre doit être reconnue par une rémunération conforme à l'expertise et aux responsabilités exercées en lien avec les risques encourus : revalorisation des grilles salariales.
- 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.
- Valoriser les acquis des formations.

Proposition n° 29 : Créer un statut d'emploi accessible aux cadres paramédicaux et cadres sages-femmes de pôles.

**Commentaire CFDT Santé-Sociaux** : Que devient ce statut à l'arrêt des fonctions de cadres de pôles ?

Proposition n° 30 : Instituer un statut d'emploi de conseiller d'administration hospitalière (accès à la hors échelle A) pour les AAH investis des fonctions d'encadrement les plus lourdes.

**Commentaire CFDT Santé-Sociaux** : Définition de critères objectifs des « fonctions d'encadrement les plus lourdes ».

Proposition n° 31 : Réformer et améliorer le régime indemnitaire des cadres (intégrer l'atteinte des objectifs).

**Commentaires CFDT Santé-Sociaux** :

- Cette proposition trouve sa place dans la perspective de la PFR : objectifs, critères, répartition... ?
- Concevoir et mettre en œuvre une politique d'évaluation individuelle plus pertinente et objective.

Proposition n° 32 : Mener une réflexion sur l'intéressement collectif dans les établissements.

Proposition n° 33 : Renforcer le niveau de NBI pour certains cadres hospitaliers.

**Pour la CFDT Santé-Sociaux** :

- Question dans le cadre de la PFR ?

## 6. Pour porter et piloter les suites de la mission

Proposition n° 34 : Initier une série de recherches pour mieux situer les cadres hospitaliers et comprendre la spécificité des différents métiers de cadres hospitaliers ;

Proposition n° 35 : Créer un espace internet pour les cadres hospitaliers en prolongeant le site mis en place pour la mission.

**Commentaire CFDT Santé-Sociaux** : Quel suivi et quel traitement de cet espace sont envisagés ?

Proposition n° 36 : Mettre en place une démarche nationale de projet (avec un chef de projet) impliquant la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la Direction générale de l'action sociale, en lien avec les principaux acteurs institutionnels.

## CONCLUSION

En rapprochant les différentes actualités – loi HPST, négociations FPH en cours et ce rapport – nous pouvons nous inquiéter des incohérences entre la conception de la future organisation de l'hôpital et le positionnement des cadres dans celle-ci.

Souligner l'importance du rôle des cadres dans la réussite des réformes et en même temps le soumettre à l'autorité du chef de pôle nous semble contradictoire. Notre demande de clarification des lignes hiérarchiques n'est pas celle-ci.

N'oublions pas que la création du service infirmier a permis une prise en compte de la parole infirmière au sein des directions et de créer un équilibre entre pouvoir administratif et médical.

Si le médecin chef de pôle, par la loi HPST, peut affecter « son » personnel comme il l'entend au sein du pôle, quel contrôle y aura-t-il si la direction des soins en est exclue ?

Qu'en sera-t-il de sa réelle capacité d'autonomie dans l'organisation du service sachant que l'enjeu prioritaire est l'indispensable adéquation à réaliser entre activité médicale et paramédicale ?

Par ailleurs, les négociations FPH débutées sur la catégorie A ne peuvent être dissociées du travail que le ministère doit impulser suite à ce rapport, au risque d'une déconnexion entre classifications et rôle des cadres hospitaliers mis en exergue dans ce rapport.

Il ne pourra s'agir que de dispositions transitoires en attendant le positionnement de toutes les formations cadres au regard du grade Licence des infirmiers qui bouscule toute la chaîne hospitalière.

**De façon urgente, et pour être en phase avec les négociations actuelles dans la FPH, la CFDT Santé-Sociaux demande un calendrier de travail sur la faisabilité des propositions émises par la mission avec les partenaires sociaux.**