



La ministre de la santé et des sports

**Rapport
de la Mission Cadres Hospitaliers**

**Présenté par
Chantal de Singly**

Rapport final

Propositions

11 Septembre 2009

Préface

Madame la ministre

La mission que vous m'avez confiée sur les cadres hospitaliers s'achève, je vous remets aujourd'hui le rapport qui en rend compte.

J'ai reçu cette mission avec enthousiasme et inquiétude.

Enthousiasme à la pensée des cadres, de ce qu'ils sont, ce qu'ils accomplissent, des espoirs et des attentes qu'ils portent, des interrogations justes qu'ils nous posent.

Inquiétude devant l'ampleur du travail à conduire dans un délai court, inquiétude de passer à côté des questions essentielles, de rester à la surface des choses, d'énoncer des pistes trop générales.

Avec le soutien de votre cabinet, et l'engagement de Bernard Verrier, rapporteur général, j'ai pu très rapidement mettre une équipe mission au travail, l'entourer d'experts, mobiliser des personnes ressources pour organiser les rencontres en régions que vous aviez souhaitées, créer un site internet. Notre objectif était d'aller vers les cadres, de leur donner la parole et de faire en sorte que dans la démarche même de la mission, les cadres soient associés aux décisions qui les concernent. Je savais que vous y étiez vous-même très attachée : vous aviez pris l'initiative d'ouvrir officiellement la mission par une visite dans un hôpital à Amiens le 3 avril 2009.

Au terme de ces mois intenses, je voudrais vous dire le grand plaisir que j'ai eu à animer cette mission. L'inquiétude initiale a rapidement laissé place à une forte mobilisation, encouragée par vous avec l'attention particulière que vous manifestiez à l'avancement de nos travaux, par toute l'équipe de la mission ainsi que les différentes personnes qui lui furent associées, encouragée aussi par les retours des cadres de terrain. Vous l'aviez senti, cette mission répondait à une véritable attente. J'espère que nous en avons perçu toute la portée. J'espère aussi que les propositions que nous formulons permettront réellement d'y répondre.

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée.

Chantal de Singly



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé et des Sports

La ministre

Paris, le 26 FEV. 2009

Chère Madame la directrice,

Les hôpitaux publics connaissent, depuis les années 1990, de profonds changements liés aux progrès des techniques médicales, à l'exigence légitime des patients quant à la qualité de leur prise en charge et au nouveau mode de financement des activités. Ces évolutions se doublent d'une multiplication des normes et des procédures de sécurité, tant dans le domaine du soin que dans ceux de la logistique, des infrastructures et des équipements techniques, de la gestion financière et humaine.

La réforme de la gouvernance hospitalière, initiée avec les ordonnances de mai 2005 et que le projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » parachève, a modifié les schémas organisationnels au sein des établissements de santé, en favorisant l'implication de professionnels aux compétences diverses, qu'elles soient pluridisciplinaires, spécialisées ou transversales. En associant, à la tête des pôles d'activité, les compétences des médecins, des cadres de santé et des cadres administratifs, elle est exemplaire de cette coopération entre métiers, désormais indispensable à une organisation des soins pertinente.

Qu'ils soient cadres de proximité, cadres « experts » ou cadres dirigeants, qu'ils appartiennent aux professions soignantes, administratives, logistiques ou techniques, les cadres hospitaliers sont un élément crucial du nouveau dynamisme dont je souhaite que la réforme soit porteuse.

Nous ne gagnerons le pari de l'efficience dans les établissements publics de santé qu'en y associant pleinement les cadres, c'est-à-dire tous ceux qui se trouvent en situation de concevoir, de fédérer, de piloter et de décider dans les organisations de travail hospitalières. Ces responsabilités commandent aussi un renouvellement profond de la fonction de cadre et sa valorisation.

Madame Chantal de SINGLY
Directrice de l'Institut du management
Ecole des hautes études de la santé publique
Avenue du professeur Léon Bernard
35043 RENNES – Cedex

C'est dans cette perspective que je souhaite vous confier une mission sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers.

Vous vous attacherez, en premier lieu, à définir le rôle et les missions des cadres dans la gouvernance hospitalière, en fonction des exigences de qualité, de sécurité et d'efficacité spécifiques aux métiers de la santé, et sans omettre aucun des secteurs de l'activité des hôpitaux. Vous étudierez, en particulier, les modèles de gestion qu'il convient de privilégier pour améliorer la motivation et l'attractivité des équipes hospitalières, autant que la prise en charge et la satisfaction des usagers du service public.

Vous vous interrogerez ensuite sur les modalités de recrutement, de sélection et de formation des cadres hospitaliers qui devront être choisies afin de concourir à cet objectif. Vous veillerez notamment à mettre en valeur l'enrichissement des parcours professionnels, la promotion de l'expertise et d'un enseignement fondé sur une véritable recherche professionnelle. D'une manière plus générale, vous proposerez des pistes de réflexion pour que la formation initiale des cadres et la formation tout au long de leur vie professionnelle les préparent mieux à exercer leurs responsabilités et à améliorer la viabilité des organisations.

Enfin, je souhaite que vous analysiez les actions que je pourrais mettre en œuvre pour valoriser et reconnaître la fonction d'encadrement dans les hôpitaux. En dehors des évolutions statutaires et de l'amélioration de la gestion des carrières qui pourraient être prévues, il s'agira d'étudier les modalités d'intéressement des cadres au regard de l'évaluation des performances.

Pour remplir votre mission, vous vous entourerez d'une équipe constituée de personnalités du monde de la santé, de l'enseignement universitaire et professionnel. Au-delà des consultations que vous mènerez, vous veillerez à organiser une large concertation. Afin de mieux connaître les aspirations et les attentes des cadres, je souhaite que chaque CHU organise une journée d'expression et de réflexion sur le thème des cadres hospitaliers.

Vous bénéficierez dans votre travail de l'appui des services du ministère chargé de la santé.

Vous voudrez bien me remettre vos conclusions à la fin du mois de mai 2009, après un point d'étape à mi-parcours.

Je vous remercie d'avoir accepté cette mission dont je souhaite qu'elle contribue de manière décisive à la modernisation et au dynamisme de nos hôpitaux.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Sommaire

Préface	2
Lettre de mission	3
Sommaire	4
Synthèse	5
Les propositions de la mission	13
1 - Pour une réelle politique managériale au sein de chaque établissement.....	14
2 - Pour une reconnaissance universitaire de la formation des cadres et le renforcement du lien avec le métier.....	15
3 - Pour une dynamique régionale du développement des compétences managériales et de soutien des cadres.....	16
4 - Pour un accompagnement national des projets et des innovations conduits par les cadres.....	16
5 - Pour valoriser les niveaux de responsabilités des cadres par les statuts et les rémunérations.....	17
6 - Pour porter et piloter les suites de la mission.....	17
Introduction.....	18
0.1 Qu'est-ce qu'encadrer ?	20
0.2 Les cadres hospitaliers.....	24
I- Relever le défi de la complexité de la fonction d'encadrement à l'hôpital	28
I.1 Le rôle central mais « invisible » des cadres dans l'organisation hospitalière.....	28
I.2. Comment les cadres répondent aux évolutions de l'hôpital	38
II Construire et développer les compétences des cadres hospitaliers	47
II.1 Repérer les futurs cadres.....	48
II.2 Mettre en place pour tous les cadres hospitaliers des formations initiales universitaires et professionnelles.....	50
II.3 Former tout au long de la vie professionnelle.....	56
II.4 Développer le conseil, l'expertise et la recherche en management.....	59
II. 5 Evaluer les pratiques professionnelles managériales.....	62
II.6 Investir des lieux de formation régionaux et nationaux.....	65
III Affirmer le positionnement des cadres au sein du système hospitalier.....	70
III.1 S'engager dans une politique managériale.....	71
III. 2 Organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement	78
III.3 Renforcer la reconnaissance statutaire et financière des cadres.....	80
Conclusion	91
Fiches de propositions statutaires	93
FICHE N°1 : LES CADRES DE SANTE.....	93
FICHE N°2 : LES CADRES ADMINISTRATIFS.....	96
FICHE N°3 : LES CADRES TECHNIQUES	100
FICHE N°4 : LES CADRES SOCIO-EDUCATIFS	101
FICHE N°5 : LES SAGES-FEMMES CADRES.....	102
Taux d'encadrement dans les établissements publics de santé	103
Remerciements	113
Liste des Membres et des Collaborateurs de la Mission.....	114
L'organisation de la mission.....	116
Sigles utilisés dans le rapport.....	120
Table des matières.....	122

Synthèse

« Maillon central », « pilier du service », « clef du changement », « référence permanente et solide »... les mots ne manquent ni aux directeurs ni aux médecins pour souligner le rôle essentiel que jouent les cadres à l'hôpital. Ces mots, les cadres les connaissent ; ils et elles les ont tant entendus, eux qui ne comptent ni leurs heures ni leur énergie, pour soutenir leurs équipes, repenser les organisations de travail autour de la qualité et de l'efficacité ou répondre aux nombreuses priorités qui s'imposent à eux. Mais au-delà des mots, quelle place occupent réellement les cadres dans l'organisation hospitalière ? Quelle confiance leur est-elle faite dans leur capacité à conduire leurs équipes ? Comment sont-ils associés aux décisions stratégiques de l'établissement ? Quelle reconnaissance reçoivent-ils et perçoivent-ils de ceux qui les encadrent et de ceux dont ils sont partenaires ?

Au moment où se déploient de nouvelles réformes de gouvernance hospitalière, modifiant en profondeur les hiérarchies, la répartition des compétences et les moyens pour atteindre les objectifs de l'institution, il était indispensable de poser au niveau national la question des cadres hospitaliers. Faute d'ouvrir ce débat, se prenait le risque de voir se figer des organisations encore plus complexes et moins lisibles pour les acteurs qui sont censés les animer. C'est pour cette raison que la ministre de la santé et des sports, Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, a décidé de confier à Chantal de SINGLY, directrice de l'institut du management à l'EHESP, une mission de réflexion et de proposition sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers.

La mission a souhaité s'entourer de l'avis d'experts ; à ce titre, elle a auditionné de nombreux spécialistes et représentants des cadres (180 personnes au cours de 60 auditions) et s'est appuyée sur un groupe de réflexion composé de chercheurs. Par ailleurs, elle a mis en avant la nécessité de donner la parole non seulement aux experts ou aux représentants mais aussi directement aux cadres eux-mêmes. De ce choix de méthode a découlé la place donnée à l'expression des cadres : dans la construction de la commission, majoritairement composée de cadres en exercice ; à travers les rencontres régionales qui ont réuni plus de 4000 cadres ; par des rencontres informelles avec des groupes locaux de cadres hospitaliers et enfin par le site internet créé pour la mission. Pendant trois mois, avec près de 23000 visiteurs, sur le forum, plus de 1100 inscrits ont échangé.

Une définition fonctionnelle

Parmi les différentes définitions possibles, la mission retient une définition fonctionnelle du cadre hospitalier. Quatre missions principales se dégagent :

- une mission de management d'équipes et d'organisations ;
- une mission transversale ou de responsabilité de projet ;
- une mission d'expert ;
- une mission de formation

Cette définition apparaît opportune à plusieurs titres : elle dépasse sans les ignorer les qualifications statutaires, elle s'adresse à tous les secteurs de l'hôpital, elle transcende sans les confondre les filières professionnelles, elle se décline aussi bien au sein qu'en dehors des différents niveaux hiérarchiques, elle correspond au mieux aux objectifs indiqués dans la lettre de mission.

Le champ traité par la mission

Selon les intentions de la lettre ministérielle, les cadres de direction, les directeurs des soins et les praticiens hospitaliers n'apparaissent pas dans le périmètre des emplois d'encadrement traités par la mission. Toutefois, si elles ne seront pas étudiées en tant que telles, les fonctions de direction et médicales resteront à l'évidence très présentes dans les réflexions et propositions de la mission dès lors que certains sujets ne pourront être appréhendés avec cohérence qu'en y intégrant l'ensemble de la ligne managériale.

Au regard des données fournies par la DHOS, les effectifs de cadres hospitaliers s'élevaient en 2007 à environ 45 000 personnes soit 5,6 % du total des effectifs non médicaux des établissements publics de santé. Si l'on ajoute à ce chiffre l'effectif des personnels « faisant-fonction de cadres », on approche les 6% des effectifs des établissements publics de santé.

*
* *

Est traité dans un premier chapitre le rôle des cadres et son évolution dans un hôpital confronté à des demandes sociales fortes et à des transformations rapides. Cela conduit la mission à proposer des organisations de travail portées par des cadres plus autonomes et dotés de capacité d'agir élargies. Cela conduit également à proposer en conséquence une évolution du recrutement et du développement des compétences des cadres (deuxième chapitre). Dotés de nouvelles responsabilités avec de nouvelles compétences, les cadres seront réellement positionnés dans l'organisation hospitalière en lien fort avec le niveau stratégique et mieux reconnus par une évolution de carrière et des rémunérations à la hauteur de responsabilités élargies et d'implication plus grande (troisième chapitre).

I- Relever le défi de la complexité de la fonction d'encadrement à l'hôpital

A l'hôpital comme dans tous les secteurs d'activité, les cadres sont en première ligne d'évolutions liées à l'exigence croissante de qualité et de sécurité, à l'accélération des progrès techniques et technologiques, aux mutations du rapport social au travail, au reengineering des organisations. Les cadres hospitaliers ont aussi à relever des défis spécifiques au champ du soin qui nourrissent la complexité de leurs fonctions.

Les cadres hospitaliers jouent un rôle central mais souvent invisible dans l'organisation hospitalière parce que le temps consacré à la coordination des actions, à l'encadrement des équipes, à l'organisation du travail ne sera jamais aussi visible qu'un acte de soin, l'utilisation d'un appareil ou un geste technique. Au cœur d'une organisation en profonde mutation, soumis, bon gré mal gré, à une distanciation progressive de son métier d'origine, le cadre hospitalier ressent, aujourd'hui plus souvent qu'hier, des difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle.

Et pourtant ces mêmes cadres se sont largement investis dans les évolutions en cours, convaincant leurs équipes, les soutenant dans l'action, produisant la transversalité et la cohérence à des niveaux techniques élevés. Ces mêmes cadres voient se dessiner des territoires de santé avec une complémentarité entre les soins et la prise en charge médico-sociale et imaginent leur place dans ces liens à créer et/ou à renforcer.

Pour poursuivre, ils ont besoin de nouvelles marges de manœuvre, d'une réelle capacité à décider. Ils ont besoin d'être aidés, dégagés de certaines tâches pour se consacrer à la dimension managériale de leur métier. Ils sont prêts à se former pour développer leurs compétences.

II- Construire et développer les compétences des cadres hospitaliers

La formation initiale aurait pu apparaître comme le point clef des propositions en ce domaine. Mais ce n'est pas le point de vue que la mission a développé en se situant pleinement dans l'approche par les compétences et l'activité. La logique compétence et la logique curriculum doivent se substituer à terme à la seule logique connaissance. Dans l'approche par les compétences, la construction et le développement de celles-ci ne relèvent pas seulement de la formation mais résultent de parcours professionnalisants dans des organisations dont la structure et le fonctionnement favorisent les apprentissages collectifs. La VAE devrait permettre de donner de la visibilité à la richesse de ces parcours et de faire le lien avec le diplôme acquis en formation.

II.1 Repérer les futurs cadres

Alors que l'extension de la dimension managériale pour les cadres fait appel à des capacités comportementales de plus en plus nombreuses, les hôpitaux ne se donnent pas suffisamment les conditions de détecter des talents de cadres. Et pourtant cette détection devrait pouvoir largement être mise en œuvre dès qu'il s'agit de concours interne et *a fortiori* lorsque qu'une ancienneté professionnelle est exigée pour se présenter au concours, comme c'est le cas pour les cadres de santé. Or, même pour ces derniers, repérer les personnes susceptibles de devenir cadres, tester leur capacité et les accompagner dans ce changement, cela ne se fait pas systématiquement. La mission préconise de mettre fin à la position bancale de « faisant fonction de cadre » et de rendre systématiques dans toutes les démarches de promotion interne professionnelle conduisant à l'encadrement, des mises en situation permettant de vérifier les réelles dispositions à manager.

II.2 Mettre en place pour tous les cadres hospitaliers des formations initiales universitaires et professionnelles

Même si la réforme de 1995 a uniformisé la formation initiale des cadres de santé quel que soit le métier d'origine et quelles que soient les perspectives d'exercice professionnel, les parcours de formation initiale de l'ensemble des cadres hospitaliers restent trop diversifiés et ne favorisent pas le développement d'une culture managériale partagée à l'hôpital : il faut poursuivre les pistes ouvertes il y a quinze ans. Aujourd'hui les différents cadres hospitaliers sont majoritairement formés dans des écoles professionnelles spécialisées et n'ont pas l'opportunité de se former avec d'autres cadres hospitaliers en formation initiale. L'engagement dans des diplômes universitaires est souvent le fruit de démarches individuelles sans aucun effet sur le positionnement et la carrière. Les écoles professionnelles délivrent des diplômes sans équivalence au niveau international. Parce qu'elle favorise l'ouverture et la mobilité, qu'elle s'appuie sur la recherche et donc la réflexivité et qu'elle s'est fortement engagée dans la professionnalisation, la formation universitaire doit mailler la formation des cadres hospitaliers.

Tels sont les constats majeurs en matière de formation initiale qui conduisent à deux propositions principales : élaborer un tronc identique voire commun à toutes les formations professionnelles de cadres, et leur donner une dimension universitaire. Ces mesures applicables aux différentes filières de cadres hospitaliers seraient accompagnées de mesures spécifiques

préconisées pour les cadres de santé, pour les cadres sages-femmes et pour les attachés d'administration hospitalière.

II.3 Former tout au long de la vie professionnelle

De même que la formation initiale doit préparer les futurs cadres à des responsabilités et des organisations en forte transformation, la formation continue doit permettre cette adaptation aux cadres en fonction. C'est l'enjeu général et majeur pour tous les cadres hospitaliers. Ce faisant, cette formation tout au long de la vie accompagnera aussi les évolutions de carrière proposées aux cadres. De manière spécifique, de nouveaux métiers de cadres apparaissent pour lesquels les formations ne sont pas nécessairement prêtes ou en tous cas pas suffisamment largement généralisables. C'est le deuxième constat fait par la mission. Enfin à un moment où les cadres expriment des souhaits de mobilité entre les filières d'encadrement et de manière générale entre les métiers d'encadrement de différentes fonctions publiques, ainsi qu'entre le public et le privé, il paraît très opportun de favoriser ces mobilités par des formations adaptées.

II.4 Développer le conseil, l'expertise et la recherche en management

Qu'ils soient managers d'équipes, experts chargés de missions transversales, ou formateurs, les cadres acquièrent eux-mêmes de l'expertise qu'ils n'identifient pas toujours comme telle ; il faut des demandes externes pour qu'ils mesurent le potentiel qu'ils ont ainsi mis en valeur. Experts, les cadres ont aussi besoin de l'expertise des autres. C'est sur ce développement croisé de l'expertise que la mission voulait porter un regard spécifique en imaginant des propositions qui les mettront en valeur et enrichiront les démarches de changements dans tous les établissements. Dans certains cas, l'expertise développée témoigne d'une véritable aptitude à la recherche qu'il paraîtrait particulièrement novateur et pertinent de mettre en pratique.

II. 5 Evaluer les pratiques professionnelles managériales

Partie intégrante de leur formation continue, l'évaluation des pratiques professionnelles est devenue une obligation pour les professionnels de santé, médecins et non médecins, que la Haute Autorité en Santé est chargée d'accompagner à cette fin. Si le management n'est pas directement visé dans ces évaluations qui concernent les pratiques de soins, il apparaît pertinent de le situer aussi dans la méthodologie du développement continu de la qualité, base de construction des EPP et ce pour plusieurs raisons. D'une part les principes de démarche qualité (dire ce que l'on va faire, faire ce que l'on dit, analyser les écarts et améliorer) ont du sens pour le management, d'autre part, cette culture d'EPP se développe dans les hôpitaux qui ont mis en place la commission des évaluations des pratiques professionnelles et construisent des outils ad hoc. Par ailleurs, à l'hôpital, ces évaluations portent souvent sur des pratiques d'équipe et incluent de ce fait une dimension managériale (coordination, interaction, communication). Enfin, le management est devenu un élément central de la certification des établissements de santé.

La mission propose d'utiliser la démarche des évaluations des pratiques professionnelles comme moyen de renforcer les capacités managériales à l'hôpital, en mobilisant les cadres eux-mêmes et leurs établissements, le niveau régional et la Haute Autorité en Santé. Elle ouvre aussi la question de la validation individuelle d'EPP en management en recommandant d'en faire un outil de suivi de l'évolution professionnelle individuelle (formations et réinvestissement des formations) et de la lier à l'évaluation individuelle.

II.6 Investir des lieux de formation régionaux et nationaux

Les transformations proposées pour la formation initiale et continue des cadres hospitaliers appellent deux choses, d'une part des lieux de formation accessibles à l'ensemble des cadres et plus généralement à tous les managers de l'hôpital (cadres hospitaliers, médecins et directeurs) et demain plus largement encore aux cadres des secteurs social et médico-social, d'autre part un rapprochement important avec les universités. Pour dépasser ces frontières, la mission retient le principe de créer dans les régions des instituts supérieurs de management en santé, qui auront vocation à développer sur un territoire les capacités managériales de tous les cadres, en liens étroits avec les universités et les acteurs régionaux en charge des questions de santé (y compris le secteur social et médico-social). Un maillage national épaulé par l'EHESP permettrait à ces instituts une harmonisation des pratiques, des développements d'axes spécialisés et complémentaires et des actions nationales en accompagnement des évolutions générales de l'hôpital et du système de santé.

III- Affirmer le positionnement des cadres au sein du système hospitalier

La question du positionnement des cadres dans l'hôpital renvoie à trois constats distincts mais complémentaires. En premier lieu, les cadres ne sont pas suffisamment impliqués dans les processus de décision de l'établissement ; en second lieu, ils sont faiblement représentés dans les instances institutionnelles ; enfin, leur reconnaissance statutaire et financière n'est pas à la hauteur des responsabilités qui leur sont confiées.

III.1 S'engager dans une politique managériale

Un positionnement clair dans l'organisation hospitalière et une implication plus grande dans les processus de décision, telles sont les attentes premières exprimées par tous les cadres, qu'ils soient dans des filières techniques, de soin, d'administration. Au travers d'une politique managériale propre à l'établissement, les cadres doivent être associés, à tous les échelons de la structure, aux décisions les plus importantes. Un mode organisé de participation des cadres aux décisions est indispensable. C'est vrai partout mais particulièrement dans les grands hôpitaux : plus la ligne hiérarchique est longue, plus la lisibilité et la cohérence managériales sont nécessaires. La mission préconise un engagement fort de tous les établissements hospitaliers dans une réelle politique managériale en les invitant à définir (ou redéfinir avec la nouvelle loi) leur organisation, à se fixer des priorités pluriannuelles concernant l'encadrement dans un projet managérial et à veiller à respecter et faire respecter les règles du jeu posées. La mission propose aussi que cette obligation de construire et d'afficher une politique managériale figure dans des décrets d'application de la loi Hôpital, Patient, Santé Territoire.

III. 2 Organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement

Le positionnement des cadres dans l'établissement implique aussi leur représentation institutionnelle. Sur cette question très discutée qui reçoit des réponses multiples, la mission a longuement débattu. Elle considère que la solution esquissée dans l'ordonnance de mai 2005 - à savoir la réunion de la CME et du CTE dans une seule instance incluant un collège cadre - serait la plus appropriée : elle garantit une représentation institutionnelle des cadres sans créer une instance supplémentaire et elle fait le lien entre le médical et le non médical. Mais quatre années après, force est de constater que les hôpitaux ne sont pas prêts et rien ne laisse penser qu'ils le seront à court terme. Il restait une alternative : la création d'un collège cadre en tant que tel, ou

l'intégration d'un collègue cadre dans le CTE. C'est la deuxième formule que la mission préconise, en recommandant que cette représentation des cadres au CTE se fonde sur une dynamique locale facilitée par la création d'espace-cadre et que les cadres élus au CTE soient aussi invités permanents à la CME.

III.3 Renforcer la reconnaissance statutaire et financière des cadres

La reconnaissance des cadres passe également par une mise à plat et une valorisation des carrières et des rémunérations. Nombre de dispositifs statutaires et indemnitaires sont aujourd'hui dépassés et inadaptés à la situation des cadres, à leur niveau de qualification, aux responsabilités élargies qu'ils assument et à leur place au sein de l'hôpital. Une réforme d'envergure est en cours dans la fonction publique concernant les grilles indiciaires, les niveaux statutaires et les régimes indemnitaires. Les cadres hospitaliers doivent y trouver toute leur place et leur spécificité doit être prise en compte.

Des carrières peu attractives et des responsabilités mal valorisées

Bien qu'ils soient de création récentes pour la plupart d'entre eux, certains statuts particuliers ne correspondent plus à ce que l'on est en droit d'attendre d'une gestion moderne des ressources humaines (c'est le cas en particulier du statut des attachés d'administration hospitalière) ou ne prennent pas suffisamment en compte les responsabilités inhérentes aux fonctions d'encadrement, notamment celles des cadres de santé, beaucoup plus lourdes avec la mise en place de la nouvelle gouvernance et l'organisation de l'hôpital en pôles.

Au-delà d'un manque général d'attractivité de leur statut, auquel la réforme en cours de la catégorie A devra s'attaquer, les cadres de santé connaissent deux difficultés particulières, constatées par la mission et largement corroborées par les réactions des professionnels lors des réunions interrégionales ou sur le forum Internet : un début de carrière peu valorisé et des responsabilités de cadre paramédical de pôle insuffisamment prises en compte.

Le corps des attachés d'administration hospitalière est en crise. La principale raison de ce phénomène tient aux difficultés statutaires qui elles-mêmes entraînent des stratégies alternatives de la part de nombreux établissements.

Le corps des adjoints des cadres hospitaliers est un exemple parfaitement significatif des ambiguïtés de corps classés dans la catégorie « B type » mais dont le niveau réel de recrutement externe est bien supérieur à celui du bac et qui peuvent occuper des fonctions d'encadrement hospitalier. Ces missions d'encadrement sont insuffisamment reconnues.

Les techniciens supérieurs hospitaliers exercent dans de multiples domaines de l'activité hospitalière. Si les fonctions d'encadrement des TSH sont clairement prévues par le statut particulier du corps, elles ne sont pas assez valorisées au regard des responsabilités parfois lourdes, dans des domaines sensibles pour l'établissement.

Les cadres socio-éducatifs, très présents dans les établissements sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, sont souvent moins « visibles » en établissement hospitalier où ils assument pourtant d'importantes fonctions de responsabilités et d'encadrement : direction de services sociaux ou éducatifs, encadrement des personnels sociaux et éducatifs, responsabilité de projets, relations avec les patients et leurs proches etc. Par ailleurs, ils ont un rôle déterminant à jouer dans l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur et la prise en

charge globale du patient. Leurs responsabilités et fonctions d'encadrement doivent être mieux prises en compte.

Des régimes indemnitaires dépassés et globalement insuffisants

Le régime des primes et indemnités spécifiques versées à la plupart des cadres hospitaliers n'est pas modulable ou l'est faiblement. En outre, le niveau global des primes d'encadrement est relativement faible.

A l'évidence, de tels dispositifs ne permettent pas une politique de rémunération indemnitaire tenant compte de la nature de l'emploi occupé par le cadre, de l'étendue des responsabilités assumées, de l'implication de l'agent ni de l'atteinte des objectifs.

Des propositions communes pour tous les cadres hospitaliers et des dispositions spécifiques

La mission estime cohérent que la réforme en cours, pilotée par le ministère en charge de la fonction publique, des grilles de rémunération et des dispositifs indemnitaires, soit le support de la mise en œuvre de ses propositions se rapportant aux statuts et à la rémunération des cadres hospitaliers.

Certains modes de recrutement et de gestion sont à moderniser ou à clarifier (notamment le recrutement des attachés et certains concours sur titres).

La mission présente en outre des propositions concrètes pour rendre les carrières plus attractives et mieux reconnaître les responsabilités dans les statuts. Il s'agit en particulier de valoriser plus qu'aujourd'hui d'une part la nomination dans un premier emploi de cadre de santé et d'autre part les responsabilités les plus lourdes, notamment celles de cadre de pôle.

Les systèmes indemnitaires doivent être radicalement réformés. Le régime indemnitaire doit être d'un niveau suffisant et adapté à la nature du poste occupé, à l'étendue des responsabilités, à l'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés.

Enfin, la mission propose de s'appuyer sans tarder sur la philosophie de la prime de fonctions et de résultats (PFR) et, dans ce cadre, d'une part qu'une véritable modularité soit instaurée (faisant varier la prime à la hausse ou à la baisse en fonction de l'atteinte des objectifs fixés), d'autre part que les montants des indemnités soient revalorisés par la fixation de plafonds plus élevés.

III.3.3. Engager la réflexion pour un intéressement collectif

Le gouvernement envisage de donner une assise juridique à caractère transversal pour l'intéressement collectif dans le champ des fonctions publiques d'Etat, territoriale et hospitalière. La mission propose que la déclinaison de l'intéressement collectif pour les cadres hospitaliers s'inscrive dans un processus largement concerté avec les partenaires sociaux. A l'évidence, les mécanismes de l'intéressement des personnels aux résultats, à ne pas confondre avec le régime indemnitaire qui est un complément individuel de rémunération, doivent être adaptés aux particularités des missions de l'hôpital, « producteur de soins ». Les indicateurs retenus devront être objectifs, simples, mesurables et si possible partagés.

*
* *

Au-delà de l'intérêt conjoncturel suscité par ses travaux, la mission appelle de ses vœux une véritable dynamique nationale sur la question de l'encadrement dans les établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. Elle préconise que le pilotage de la suite de ses travaux, et pas seulement de la mise en œuvre de ses propositions, s'organise sur la base d'une démarche de projet.

La mission invite l'ensemble de la communauté médicale et des dirigeants hospitaliers à porter un nouveau regard sur les cadres. Il leur appartient de construire avec les cadres les organisations où chacun pourra jouer pleinement son rôle au bénéfice des citoyens et des patients.

Les propositions de la mission

Pendant quatre mois, la mission a auditionné 133 personnes, réuni plus de 4000 cadres dans douze forum inter régionaux, discuté avec des groupes de cadres dans les hôpitaux; elle a ouvert un site internet pour les cadres hospitaliers qui a enregistré 23000 visiteurs 1100 inscrits et mobilisé plus de 500 contributeurs actifs. Elle a analysé les écrits de chercheurs, entendu des représentants des cadres, des directeurs, des médecins, des témoins.

De cette vaste consultation ressortent de nombreuses pistes pour répondre aux questions posées par la ministre, Roselyne Bachelot-Narquin sur le rôle, le positionnement, la formation et la valorisation des cadres hospitaliers. Les attentes sont grandes et les idées le sont aussi pour penser un nouveau modèle de « gestion » de l'hôpital et des cadres, où ceux-ci seraient pleinement reconnus, avec des champs de responsabilité élargis et se sentiraient en confiance pour conduire des projets et soutenir leurs équipes.

Le rapport de la mission explicite ces pistes en partant de l'évolution de l'hôpital et du rôle des cadres pour mettre en évidence le très fort besoin de nouvelles compétences et la manière d'y répondre. Les cadres, ainsi mieux recrutés et encore mieux formés, seraient plus écoutés dans les décisions stratégiques et disposeraient de marges plus grandes pour agir. Ces cadres devraient aussi bénéficier de carrières plus adaptées à ces responsabilités élargies.

En synthèse nous présentons ici trente six propositions concrètes qui nous semblent permettre d'engager une véritable politique de l'encadrement et donner aux cadres hospitaliers un signal fort.

Si toutes les actions relèvent d'une impulsion nationale, elles s'adressent à différents niveaux, celui des établissements, le niveau régional et le niveau national. Certaines intéressent les cadres hospitaliers en général et d'autres concernent une partie d'entre eux ; tout en cherchant les dimensions communes à tous les cadres hospitaliers, la mission n'a jamais cherché à gommer les écarts de niveau de responsabilité ou de champ d'action des différents cadres. Comme nous l'avons toujours dit en conclusion des rencontres interrégionales, les propositions s'adressent aussi aux cadres eux-mêmes. Ce sont eux qui avec la clairvoyance et le sens des négociations qu'ils manifestent savent comment faire bouger les organisations. Ce sont eux aussi qui les feront évoluer pour qu'ils s'y retrouvent mieux.

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.

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

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.

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.

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

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

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.

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.

La représentation institutionnelle :

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

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

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

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.

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.

Proposition n°16 : encourager des parcours universitaires pour les techniciens supérieurs hospitaliers et les adjoints des cadres hospitaliers ayant 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.

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.

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, médecins managers et directeurs).

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.

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.

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.

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

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

.

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.

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.

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.

Introduction

« Maillon central », « pilier du service », « clef du changement », « référence permanente et solide »... les mots ne manquent ni aux directeurs ni aux médecins pour souligner le rôle essentiel que jouent les cadres à l'hôpital. Ces mots, les cadres les connaissent. Ils et elles les ont tant entendus, eux qui ne comptent ni leurs heures ni leur énergie, pour soutenir leurs équipes, repenser les organisations de travail autour de la qualité et de l'efficacité ou répondre aux nombreuses priorités qui s'imposent à eux. Mais au-delà des mots, quelle place occupent réellement les cadres dans l'organisation hospitalière ? Quelle confiance leur est accordée dans leur capacité à conduire leurs équipes ? Comment sont-ils associés aux décisions stratégiques de l'établissement ? Quelle reconnaissance reçoivent-ils et perçoivent-ils de ceux qui les encadrent et de ceux dont ils sont partenaires au quotidien ?

Au moment où se déploient de nouvelles réformes de la gouvernance hospitalière, modifiant en profondeur les hiérarchies, la répartition des compétences et les moyens pour atteindre les objectifs de l'institution, il était indispensable de poser au niveau national la question des cadres hospitaliers. Faute d'ouvrir ce débat, se profilait le risque de voir se figer des organisations encore plus complexes et moins lisibles pour les acteurs qui sont censés les animer. C'est pour cette raison que la ministre de la santé et des sports, Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, a décidé de confier à Chantal de SINGLY, directrice de l'institut du management à l'EHESP, une mission de réflexion et de proposition sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers.

La complexité de la question, du fait du nombre de cadres concernés (45000), de la diversité des spécialités couvertes et de la variété des conditions d'exercice du métier de cadre dans une organisation elle-même complexe, interpelle l'hôpital. Cette complexité appelait une approche exploratoire ouverte à des experts différents : c'est le premier « parti pris » méthodologique retenu par la mission qui a auditionné de nombreux spécialistes et représentants des cadres (133 personnes au cours de 60 auditions) et s'est appuyée sur un groupe de réflexion composé de chercheurs. Le second, inspiré des nouvelles démarches de recherche et de la « démocratie participative » met en avant la nécessité de donner la parole non seulement aux experts ou aux représentants mais aussi, directement, aux personnes elles-mêmes, les experts et les profanes produisant ensemble le savoir. De ce choix méthodologique a découlé la place donnée à l'expression des cadres : dans la construction de la commission, majoritairement composée de cadres en exercice ; à travers les rencontres régionales, qui ont réuni plus de 4000 cadres ; par des rencontres informelles avec des groupes locaux de cadres hospitaliers ; et enfin à travers les échanges rendus possibles grâce au site Internet ouvert par la mission. Pendant trois mois, avec près de 23000 visiteurs sur le forum <http://www.cadres.creer-hopitaux.fr>, plus de 1100 cadres hospitaliers inscrits ont régulièrement échangé sur ce forum. Les informations ainsi recueillies sont particulièrement riches, trop riches sans doute pour être toutes retraduites dans ce rapport. Mais elles ont permis de construire une analyse et de fonder les propositions soumises à la ministre de la santé et des sports. Au-delà du rapport, la démarche engagée par la mission, qui a été encouragée et interpellée par les cadres, a suscité une dynamique qu'il apparaît indispensable

de maintenir et de développer. Ainsi, les changements qui pourront être impulsés en conclusion de la mission seront non seulement proposés aux cadres mais surtout portés avec eux et par eux. De même que la mission a tenu à donner la parole aux cadres, il est indispensable que les cadres soient parties prenantes et agissantes des transformations qu'ils attendent pour eux, et in fine pour l'ensemble de l'organisation, et donc pour les personnes accueillies et soignées à l'hôpital.

S'il est un point fort et largement exprimé par les cadres, c'est la demande d'être pleinement reconnu comme cadre. C'est-à-dire comme des acteurs capables de décider dans un champ de responsabilités bien identifié et d'apporter leur contribution à la construction de la stratégie, capables de s'engager sur des objectifs à atteindre, qui bénéficient du soutien de leur hiérarchie pour y parvenir, qui sont évalués sur l'atteinte de ces objectifs.

Des rôles et des missions clarifiés et renforcés pour tenir compte des évolutions de l'hôpital et de la société, des marges de manœuvre pour les exercer, une formation initiale et tout au long de la vie à la hauteur de ces responsabilités, une capacité de peser dans les décisions de l'hôpital et une reconnaissance financière de cette plus grande implication, telles sont les grandes lignes que nous retenons et que nous allons développer dans ce rapport qui est structuré en trois chapitres :

. Nous traiterons d'abord du rôle des cadres et de son évolution dans un hôpital confronté à des demandes sociales fortes et à des transformations rapides. Cela amène la mission à dessiner des organisations de travail portées par des cadres plus autonomes et dotés de capacité d'agir élargies (premier chapitre).

. Cela conduit en conséquence à proposer une évolution du recrutement et du développement des compétences des cadres (deuxième chapitre) : les formations initiales sont revisitées, les formations tout au long de la vie accompagnent des évolutions de responsabilité, et les changements engagés par les cadres bénéficient largement d'expertise et d'accompagnement ; certains peuvent s'inscrire dans des projets de recherche.

. Dotés de nouvelles responsabilités avec de nouvelles compétences, les cadres seront réellement positionnés dans l'organisation hospitalière en lien fort avec le niveau stratégique et mieux reconnus par une évolution de carrière et des rémunérations à la hauteur de responsabilités élargies et d'implication plus grande (troisième chapitre).

En préambule nous préciserons le champ de la mission en explicitant ce que nous entendons par la fonction d'encadrement en général et comment elle s'exprime à l'hôpital à travers les « cadres hospitaliers ».

0.1 Qu'est-ce qu'encadrer ?

Cadres et fonction d'encadrement

La mission s'est intéressée aux « cadres hospitaliers », qui, d'après les nomenclatures officielles et les statistiques existantes, sont au nombre d'environ 45.000 dans les établissements publics de santé. L'une des raisons principales dans la définition de ce « périmètre » est que les cadres sont, à juste titre, définis comme une composante et une force essentielles dans la mise en œuvre au quotidien des réformes en cours à l'hôpital. Les cadres font en effet le lien entre un « haut » constitué par les directeurs et autres dirigeants, et un « bas » constitué par le personnel hospitalier ni cadre ni dirigeant. Les cadres de santé font aussi le lien entre les médecins et les directions de gestion. C'est la raison pour laquelle la mission, au-delà du statut institutionnel des cadres hospitaliers, s'est intéressée à la *fonction d'encadrement*.

Par « fonction d'encadrement » nous désignons l'ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer, puis contrôler le travail des personnels ainsi encadrés. Ces activités contribuent d'une manière décisive à définir au quotidien les critères du « bon travail », donc certaines orientations de ce travail (d'où leur importance stratégique pour les réformes dans les organisations). La forme la plus explicite et connue de ces activités est l'encadrement dit de proximité, qui consiste à encadrer des personnels au quotidien et de manière directe (ex : cadre de santé) ou plus indirecte (ex : cadre supérieur de santé). Mais de manière encore plus indirecte, le personnel est aussi encadré par les procédures, décisions budgétaires, solutions techniques, dont s'occupent les « cadres experts », et aussi « en aval » par la formation, organisée par les cadres formateurs.

Le périmètre couvert par cette définition « large » de l'encadrement dépasse de loin les « cadres » proprement dits, pour inclure à la fois les « faisant fonction », mais aussi d'autres personnels qui, sans être cadres, exercent de façon permanente ou ponctuelle une activité d'encadrement. C'est le cas des responsables et gestionnaires de projet (ex : conduite d'une démarche d'accréditation) ou de certains techniciens de l'hôpital qui encadrent des personnels d'entreprises sous-traitantes. L'une des conséquences en est que le nombre de 45.000, qui n'inclut que les cadres statutaires, sous-estime largement le périmètre réel de la fonction d'encadrement.

Cette définition est à la fois plus large mais aussi plus restreinte que celle des « cadres », dans la mesure où une partie (minoritaire) des cadres n'encadre pas (ou guère) de personnels...

mais des dossiers. Ce sont ce qu'on appelle les « cadres experts ». Néanmoins, cette expertise, loin d'être seulement « technique », implique toujours, en référence aux réformes en cours, des choix dans plusieurs manières de gérer un dossier, donc dans des alternatives qui engagent la responsabilité (y compris personnelle) des cadres experts. C'est l'une des raisons pour lesquelles on emploie couramment le terme de « salariat de confiance » pour désigner les cadres, et cette confiance engage notamment leur loyauté à l'égard des orientations politiques en cours dont ils sont chargés de traduire en chiffres, solutions techniques, choix financiers et autres, les conséquences concrètes. On peut prendre comme exemple les logiciels informatiques mis en place dans la gestion hospitalière : ceux-ci peuvent avoir été conçus par des ingénieurs (cadres experts) qui estiment qu'il n'y a que les spécialistes pour pouvoir s'occuper d'informatique, ou par des ingénieurs plus « participatifs » qui estiment nécessaire d'associer le personnel à l'élaboration de ces logiciels. Le « produit informatique » sera de nature très différente dans ses applications, utilisations et appropriations, selon l'un ou l'autre de ces choix. Les cadres experts sont de ce point de vue bien inclus dans notre définition de la « fonction d'encadrement ».

Il en va de même pour les cadres formateurs. Ceux-ci sont inclus à juste titre dans la fonction d'encadrement pour au moins deux raisons. La première est qu'il y a, dans l'activité de formation, une dimension d'encadrement évidente dans le rapport formateurs/formés : maintenir la discipline dans un cours, contrôler le travail des formés et le noter, évaluer. La seconde est que les dispositifs pédagogiques choisis et les contenus enseignés contribuent de manière décisive à faire intégrer des idées, principes, connaissances, outils, qui « pré-cadrent » le travail des personnes formées en leur en fournissant certains codes et une certaine conception de ce qu'est un « bon travail ».

On comprend dès lors l'importance de cette fonction d'encadrement vis-à-vis des réformes en cours à l'hôpital. Car c'est elle qui fait le lien concret, quotidien, entre les directives reçues des directions générales et des responsables d'unité et le travail au jour le jour. C'est elle qui fait la « traduction » entre le caractère général et parfois abstrait des directives et les caractéristiques des personnels encadrés et des situations singulières locales. En ce sens, l'encadrement n'est pas une « courroie de transmission » mais bien un traducteur et un interprète, qui doit savoir adapter des principes généraux à des situations particulières, ceci de façon souvent très « personnelle » : la manière dont l'encadrement se positionne lui-même par rapport aux réformes, et est (ou n'est pas) intimement convaincu de leur bien-fondé, joue un rôle décisif dans la façon dont il tentera (ou ne tentera pas) de convaincre celles et ceux qu'il encadre. Cette position, intermédiaire par définition, fait que les cadres sont pris dans des contradictions, des conflits de loyauté et de « malaise » si récurrents qu'on peut les dire constitutifs de leur position spécifique. Ils expriment bien ce dilemme sur le forum Internet : *« loyal !!! Mais envers qui? (...) en tant que cadre de proximité, cette loyauté doit être universelle » « Ce qui apporte au quotidien, bien des désagréments. Même si on est le "lien" qui unit les différentes parties, à force de tirer sur la corde, elle se rompt »*

Le nombre de cadres et la diversité de l'encadrement diffèrent d'une organisation à une autre et dépendent notamment de trois facteurs : la plus ou moins forte standardisation et « automatisation » des tâches et activités, la qualification du personnel et le caractère plus ou

moins spécialisé et qualifié du travail. Dans des usines où le travail est fortement structuré et rythmé par des chaînes de montage, le taux d'encadrement peut être relativement bas car les salariés (ouvriers) sont encadrés par les machines. On peut penser que l'accroissement des procédures à l'hôpital et l'informatisation de certaines activités ont aussi pour effet d'y réduire le taux d'encadrement. De même, un personnel qualifié et diplômé, possédant un fort sens des responsabilités, notamment à l'égard des clients et usagers dans les entreprises de service (ex : les patients de l'hôpital), permet de diminuer le nombre d'encadrants dans la mesure où le personnel en quelque sorte « s'auto-encadre ». Enfin, dans certaines entreprises spécialisées en recherche et développement, comme des laboratoires ou des unités de conception de nouveaux produits, le nombre de cadres experts (ingénieurs, techniciens très qualifiés) est très élevé, bien que leur taux d'encadrement soit très faible quand chacun gère et dirige son propre travail. Le nombre de cadres et le taux d'encadrement à l'hôpital varieront donc selon l'organisation générale du travail, les qualifications des personnels et peuvent être différents d'une spécialité à une autre. Avec l'évolution constante des technologies et la création de nouvelles techniques de soins, ces variations vont probablement aller en s'accroissant. La formation et la qualification de l'encadrement hospitalier devront en tenir compte.

L'activité d'encadrement

L'activité d'encadrement proprement dite, celle qui concerne directement les personnels encadrés, connaît à la fois des spécificités selon les secteurs et des traits souvent très « personnels » et obéit à des mécanismes qu'on retrouve d'un secteur à un autre, d'un encadrant à un autre¹. Tout d'abord, c'est une activité où (tout comme dans la fonction de direction d'ailleurs) dominant l'incertitude, l'imprévisibilité et les tensions. L'un des traits constants de l'activité d'encadrement est qu'elle existe pour répondre à ce qui ne se passe pas comme prévu, qu'elle résout les problèmes de toutes sortes qui surgissent dans le travail, qu'elle met de l'huile dans des rouages qui parfois « grincent ». Cela en fait une activité dans laquelle on peut avoir à résoudre une diversité presque infinie de problèmes et, par conséquent, une grande variété de solutions : l'encadrement fait souvent « feu de tout bois ». Ce côté « fourre-tout » constitue l'une des spécificités de l'activité, commune à toutes les organisations.

Encadrer, c'est toujours plus ou moins « ferrailler », argumenter et contre-argumenter (par exemple, concernant le sens des réformes en cours). L'improvisation et l'adaptation aux situations sont de ce point de vue des caractéristiques essentielles de l'encadrement. Ce dernier est obligé tant bien que mal de créer des terrains d'entente (et donc parfois de compromis) avec les personnels et équipes encadrés s'il veut conserver son autorité. C'est d'ailleurs ce qui en fait l'attrait pour beaucoup d'encadrants, qui apprécient cet aspect imprévisible et anti-routinier de leur travail. Mais c'est aussi ce qui peut faire peur à d'autres encadrants, qui tentent de se réfugier

¹ Pour une analyse plus complète des différents « secrets » de l'activité d'encadrement en général, voir F. Mispelblom Beyer : Encadrer, un métier impossible ? Armand Clin, 2006, dont cette partie du Préambule s'est largement inspirée.

dans la gestion, les tableaux de bord, les plannings, et d'éviter les conflits qui sont toujours potentiellement présents dans le travail.

Une autre caractéristique générale du travail d'encadrement est que la personnalité de l'encadrant y joue un grand rôle, d'où l'importance de la loyauté et de la confiance (entre direction et encadrement). En effet, le cadre est là pour « personnaliser » les directives générales, selon deux sens du terme. D'une part, il y met sa propre touche personnelle, ses convictions, ses mots et son style. D'autre part, il les adapte aux personnalités, styles et convictions de celles et ceux qu'il encadre. Les dimensions sociales et personnelles sont ici indissociables. Et ces « styles propres » se rencontrent aussi d'une organisation à une autre (ex : styles plus ou moins participatifs ou au contraire autoritaires, gestionnaires et techniques, ou au contraire « humains et conviviaux »). Un bon exemple en est l'importance des différences de genre, qui jouent un rôle non négligeable dans l'activité d'encadrement, notamment à l'hôpital. On sait qu'outre les inégalités dans les chances d'accès aux postes « de pouvoir » dans les organisations (ce qu'on appelle le « plafond de verre »), perdurent dans les organisations des stéréotypes qui désignent tel travail comme plutôt « masculin » et tel autre plutôt « féminin » (les activités de communication, de gestion des ressources humaines et surtout de soins et de « social » en général, rentrent dans ces derniers stéréotypes). Qu'on soit cadre homme ou cadre femme n'est donc pas indifférent. Une femme cadre devra, par exemple, inventer des stratégies d'encadrement particulières si elle veut réussir à encadrer des équipes à dominante masculine, qui considèrent que leur travail ne peut être effectué que par des hommes et pensent qu'une femme ne peut pas les encadrer car « elle ne comprend rien » à leur travail.

Les divergences d'orientations au sein de l'encadrement

Les *manières d'encadrer*, les manières de faire, diffèrent donc d'un cadre à l'autre, tout en n'étant pas purement personnelles et totalement originales ou uniques. Ainsi, si les cadres n'ont généralement guère le choix d'effectuer ou de ne pas effectuer ce que leurs directions leur demandent de faire, ils ont de fait le « choix » quant à la manière de remplir leur mission. Les choix dans ces manières de faire sont très importants pour les modalités d'adhésion ou de rejet, d'appropriation ou d'incompréhension que le personnel encadré manifeste à l'égard des décisions et projets qu'on lui propose et impose. C'est le cas, par exemple, des démarches qualité et d'accréditation, largement répandues tant dans les entreprises que dans le secteur de la santé et le secteur social. Un « responsable de projet » peut mener ce type de démarches en s'entourant d'un « petit comité spécialisé », en rédigeant les procédures dans le langage spécialisé de la qualité, en n'y formant que quelques cadres, ou au contraire, proposer de former l'ensemble du personnel concerné en employant certains éléments de langage des salariés eux-mêmes dans les procédures, avec une large association de toutes les personnes concernées. Ces différences et divergences d'orientation caractérisent l'encadrement dans son ensemble.

0.2 Les cadres hospitaliers

L'hôpital, lieu d'exercice différent

Les cadres hospitaliers partagent une partie des traits généraux de l'encadrement présentés ci-dessus, mais ils ont aussi leurs particularités intrinsèques. L'hôpital n'est pas tout à fait une organisation comme une autre. L'hôpital occupe une place très particulière dans la société. On y naît, on y meurt, on y souffre, on y est soulagé, on y guérit. Parce qu'il est un lieu de vie et de mort, parce qu'il s'adresse au corps et à l'intimité profonde de la personne, l'hôpital doit inspirer confiance. L'étymologie même du mot, renvoyant au concept d'hospitalité, indique l'importance de la qualité de l'accueil et de la prise en charge du patient. On n'exerce pas à l'hôpital par hasard. Compétence, déontologie, respect : ce sont bien là les marques distinctives de toute profession hospitalière quels que soient les qualifications, les origines, les métiers, la place occupée. Dans ce contexte d'exercice à un haut niveau de risques encourus, de visibilité sociale et d'attention médiatique, le rôle du cadre hospitalier est déterminant.

Une définition fonctionnelle du cadre

Il devient dès lors indispensable de cerner au mieux ce que l'on entend par « cadre hospitalier » et par « fonction d'encadrement ». Curieusement, alors que l'expression « cadre », singularité très française semble-t-il, est particulièrement utilisée dans les conventions collectives et les statuts, il n'en existe aucune définition légale universelle². « *Cadre, quel mot mal choisi pour définir une fonction qui n'a pas de réelle limite ...* »³

La fonction publique, notamment celle de l'Etat, en donne une définition statutaire trop réductrice (la catégorie A) pour être retenue. Pour sa part, la mission retient une définition fonctionnelle du cadre hospitalier. Quatre missions principales se dégagent :

- une mission de management d'équipes et d'organisations ;
- une mission transversale ou de responsabilité de projet ;
- une mission d'expert ;
- une mission de formation (initiale ou continue).

Cette définition apparaît opportune à plusieurs titres :

- elle dépasse sans les ignorer les qualifications statutaires ; des activités de cadre peuvent être exercées par des agents de catégorie B voire C ou par des personnels « faisant-fonction » ;
- elle s'adresse à tous les secteurs de l'hôpital, quels que soient par ailleurs la taille de l'établissement (du CHU à l'hôpital local), ses activités principales

² A titre d'exemple, les définitions retenues par l'INSEE d'une part et les organismes de retraite complémentaire d'autre part ne se recourent pas.

³ Verbatim du forum Internet

(prééminence médecine, chirurgie, obstétrique ou santé mentale ou encore médico-sociale) et son mode d'organisation interne (pôles d'activités ou non) ou externe (réseaux, hospitalisation à domicile, groupement de coopération sanitaire de moyens, communauté hospitalière de territoire, etc.) ;

- elle transcende sans les confondre les filières professionnelles : soignante (soins infirmiers, de rééducation ou médico-techniques), sages-femmes, socio-éducative, administrative, technique et ouvrière ;
- elle se décline aussi bien au sein qu'en dehors des différents niveaux hiérarchiques : cadres encadrants (mission d'encadrement de personnels) et cadres non-encadrants ;
- elle correspond au mieux aux objectifs indiqués dans la lettre de mission, principalement centrés sur une approche fonctionnelle. Ainsi :
 - une mission de management d'équipes et d'organisations consiste à concevoir l'organisation (de soins, de gestion administrative ou technique) et à l'animer. En matière de soins ces enjeux d'organisation sont primordiaux et délicats car ils concernent aussi la place et le rôle des médecins auprès des patients. Cette définition intègre, pour les cadres encadrants, les différents niveaux d'encadrement. La précision est d'autant plus nécessaire que, selon les établissements ou les filières professionnelles, les dénominations correspondant aux différents niveaux d'encadrement ne sont pas identiques. On retiendra toutefois qu'au sein de la filière soignante l'expression « cadre de proximité » renvoie très majoritairement à une fonction d'encadrement de personnels de terrain exerçant au plus près du patient. Ainsi, le cadre de santé de proximité n'encadre pas de cadres alors que le cadre supérieur de santé encadrant peut avoir, et a la plupart du temps, une mission d'encadrement d'un ou plusieurs cadres. Ces mêmes différents niveaux d'encadrement peuvent se retrouver dans les autres filières.
 - une mission transversale ou de responsabilité de projet peut impliquer, dans différents domaines, la coordination d'actions ou de secteurs, ou l'exercice d'une mission de conseil, d'organisation ou de démarche qualité.
 - une mission d'expert est exercée par des cadres ayant approfondi un ou plusieurs domaines de leur fonction, au travers d'une formation validée et/ou de leur pratique.
 - une mission de formation s'exerce essentiellement en institut de formation, en qualité de cadre-enseignant.

Les quatre missions principales répertoriées ci-dessus peuvent être exercées en tout ou partie, c'est-à-dire à titre exclusif ou simultanément. La mission considère comme cadre encadrant tout agent investi d'une fonction d'encadrement de personnels, quelle que soit la part qui y est consacrée dans son temps de travail.

Le champ traité par la mission

Selon les intentions de la lettre ministérielle, les cadres de direction, les directeurs des soins et les praticiens hospitaliers n'apparaissent pas dans le périmètre des emplois d'encadrement traités par la mission. Toutefois, si elles ne sont pas étudiées en tant que telles, les fonctions de direction et médicales restent à l'évidence très présentes dans les réflexions et propositions de la mission dès lors que certains sujets (par exemple le positionnement des cadres, les liens hiérarchiques et fonctionnels) ne peuvent être appréhendés avec cohérence qu'en y intégrant l'ensemble de la ligne managériale (chef d'établissement, directeurs adjoints, direction des soins, médecins chefs de pôle).

Des éléments chiffrés

Au regard des données fournies par la DHOS⁴, au 31 décembre 2007 les effectifs de cadres hospitaliers s'élevaient à environ 45 000 personnes soit 5,6 % du total des effectifs non médicaux des établissements publics de santé. Les effectifs recensés sont les effectifs physiques titulaires et non-titulaires sur emplois permanents pour les emplois d'encadrement suivants : cadres de santé, cadres sages-femmes, cadres socio-éducatifs, attachés d'administration hospitalière, adjoints des cadres hospitaliers, ingénieurs et techniciens supérieurs hospitaliers dans les établissements publics de santé. Si l'on ajoute à ce chiffre l'effectif des personnels « faisant-fonction de cadres », on approche les 6% des effectifs des établissements publics de santé. Si on considère par ailleurs que les psychologues hospitaliers, bien que n'apparaissant pas dans ces données chiffrées, sont bien des cadres hospitaliers, ce taux de 6% peut constituer une référence pertinente.

Selon les filières professionnelles, les effectifs de cadres se décomposent comme suit :

- les cadres de santé, constitués à plus de 85% par les cadres infirmiers, sont environ 26400 et représentent près de 60% du total des effectifs des cadres hospitaliers ;
- les cadres administratifs sont 9 350 (environ 3 150 AAH et 6 200 ACH⁵) et représentent 1 cadre sur 5 à l'hôpital (21%) ;
- les cadres techniques sont 7 650 (environ 2 570 ingénieurs et 5 080 TSH⁶) et représentent 17% des cadres hospitaliers ;
- les cadres sages-femmes et les cadres socio-éducatifs sont respectivement près de 920 et 420.

Par ailleurs, la mission a pu disposer d'éléments de taux d'encadrement par filière dans les établissements publics de santé au 31 décembre 2007, par catégorie d'établissements et par région

⁴ Source SPE 2004 redressée avec SAE 2007. Tableau joint en annexe.

⁵ Sachant que si tous les AAH sont cadres (encadrants ou non), tous les ACH ne sont pas en situation d'encadrement, la mission ne disposant pas de l'effectif des ACH encadrants.

⁶ Pour les TSH, même remarque que pour les ACH.

dans les établissements publics de santé au 31.12.2004, certaines données pouvant être croisées (exemple : par catégorie d'établissements et par filière). Les tableaux sont joints en annexe. L'expression « taux d'encadrement » est ici à prendre au sens large, c'est-à-dire incluant les quatre principales missions indiquées plus haut (cadres encadrants et non-encadrants). Ces tableaux sont riches d'enseignements ; la mission n'en développera que quelques uns, parmi lesquels :

- les taux d'encadrement les plus élevés se situent dans les filières administrative (10% des personnels de cette filière sont des cadres) et technique/ouvrière (8,4%) ;
- le taux d'encadrement dans la filière socio-éducative (3,7%) est appréhendé sur les seuls établissements publics de santé et non sur l'ensemble des établissements de la FPH ;
- le taux d'encadrement le moins élevé est celui de la filière infirmière et rééducation, 4,4% des personnels de la filière étant cadres de santé ; dans cette filière qui réunit plus de 560 000 agents le nombre de personnels encadrés pour un cadre est beaucoup plus élevé que dans les autres filières : moins de 5 cadres pour 100 agents dans cette filière, étant entendu que ces 5 cadres ne sont pas forcément tous encadrants. Une des raisons de ce relatif sous-encadrement tient peut-être au fait que les médecins responsables d'unité jouent eux-mêmes un rôle d'encadrement. Ce constat relatif aux cadres de santé est particulièrement important.
- toutes filières confondues, le taux d'encadrement dans un hôpital local est deux fois moins élevé que dans un CHR/CHU (3,3 contre 6,2) ; en outre, la répartition des taux d'encadrement par filières dans les hôpitaux locaux est fortement atypique rapportée à la répartition nationale : le taux y est presque deux fois plus élevé dans la filière administrative (18,9% pour une proportion nationale de 10,1%), mais deux fois plus faible dans la filière soignante (2,2% pour une proportion nationale de 4,4%). Ces indications (3 cadres pour 100 agents toutes filières confondues et à peine plus de 2 cadres de santé pour 100 agents dans la filière soignante) renvoient au double constat d'équipes de direction plus resserrées, les cadres administratifs les secondant, et de fonctions d'encadrement plus polyvalentes, en particulier pour les cadres de santé, dans les établissements de petite taille (constat par ailleurs récurrent dans le secteur médico-social).
- s'agissant du taux d'encadrement par région, le constat est établi d'un taux proche de la proportion nationale (5,6 %) dans une grande majorité de régions. Le taux élevé en Ile -de -France (1 point au dessus de la proportion nationale) peut être lié à la taille des établissements et à un taux d'encadrement plus élevé à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (dans cette région, le taux d'encadrement dépasse la proportion nationale sur les filières administrative et technique, celui de la filière soignante restant identique à la proportion nationale). La mission ne connaît pas les raisons précises de taux d'encadrement parfois assez faibles (principalement sur la filière soignante), situés à pratiquement 1 point au dessous de la proportion nationale : densité plus forte qu'ailleurs de petites structures ? difficultés particulières (et si oui, conjoncturelles ou structurelles ?) pour pourvoir les postes de cadres de santé ? stratégies spécifiques des chefs d'établissement sur l'envergure, sur le ratio encadrant/encadrés pour les postes de cadres de santé ?

I- Relever le défi de la complexité de la fonction d'encadrement à l'hôpital

Les cadres hospitaliers vivent depuis quelques années les mêmes profondes transformations que celles vécues par l'ensemble des cadres dans tous les secteurs d'activité privés et publics, marchands et non marchands. La nouvelle gouvernance des institutions, les changements radicaux dans les organisations du travail, l'accélération des progrès techniques et technologiques, la mutation du rapport social au travail, sont autant d'éléments constitutifs du bouleversement de l'univers quotidien des cadres tous secteurs confondus. Les cadres hospitaliers ont aussi à relever des défis spécifiques au champ du soin qui nourrissent la complexité de leurs fonctions.

Les cadres hospitaliers jouent un rôle central mais souvent invisible dans l'organisation hospitalière parce que le temps consacré à la coordination des actions, à l'encadrement des équipes, à l'organisation du travail ne sera jamais aussi visible qu'un acte de soin, l'utilisation d'un appareil ou un geste technique. Au cœur d'une organisation en profonde mutation, soumis, bon gré mal gré, à une distanciation progressive de son métier d'origine, le cadre hospitalier ressent de plus en plus de difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle.

Qu'il soit manager, formateur ou expert, le cadre hospitalier épouse les évolutions en cours. Celles-ci appellent un éclatement des structures et beaucoup de pluridisciplinarité, mais aussi la forte nécessité d'une cohérence d'ensemble et des niveaux techniques très élevés. Sur le terrain, l'organisation de l'hôpital en pôles doit se faire en cohérence avec son positionnement sur un territoire de santé au sein duquel se réaliseront en complémentarité l'acte de soin et la prise en charge médico-sociale. Dans ce schéma, se dessine un net renforcement de la dimension managériale de la fonction d'encadrement⁷.

I.1 Le rôle central mais « invisible » des cadres dans l'organisation hospitalière.

Les cadres hospitaliers ont un rôle central dans la mesure où ils se situent comme intermédiaires entre la direction ou les médecins responsables d'unités et les personnels « de base » et dans la mesure où cette position est décisive pour le succès des réformes en cours, les cadres ayant en charge leur traduction concrète et quotidienne adaptée aux circonstances particulières qu'ils sont les mieux à même de bien connaître. On peut donc les appeler la « cheville ouvrière » des changements organisationnels, le pivot autour duquel le succès des projets « tourne ». En même temps, le travail qu'ils font pour assurer ce succès est un travail « ingrat », peu connu et mal reconnu. Il s'agit principalement d'un travail d'explicitation, de

⁷ Sur cette partie introductive, nous conseillons de lire les excellentes analyses produites par FX Schweyer, Philippe Mossé et Laetitia Laude pour la Mission et qui sont reproduites en annexe, Tome 2

conviction, de négociation, de compromis et de création de consensus, qui requiert le sens du dialogue, de la parole et de la communication. Ce travail est aujourd'hui à la recherche des moyens qui pourraient le rendre plus visible.

I.1.1 L'invisibilité relative et les formes de reconnaissance du travail des cadres.

La définition du « contenu concret » du travail des cadres hospitaliers, du point de vue des cadres eux-mêmes, de celles et ceux qu'ils encadrent et de leurs supérieurs hiérarchiques, est compliquée, incertaine et peu affirmée. « *Savons-nous clairement et simplement expliquer ce que nous faisons, ce que nous souhaiterions faire?* » « *Quel reflet nous renvoient les équipes, images de cadres absents du terrain ?* » Dans d'autres organisations comme les entreprises, notamment industrielles, une tradition de suspicion pèse sur le travail des cadres qui, comparé au travail ouvrier, est peu visible, peu traçable, peu démontrable. Certains salariés d'exécution se demandent même si les cadres travaillent. Les critiques faites à l'égard de ce qu'on appelle la « réunionnité⁸ » résident essentiellement dans le fait qu'on estime que se réunir, discuter, échanger, n'est pas vraiment un travail : « pendant qu'on se réunit, on ne travaille pas vraiment », entend-on dire. Néanmoins, une culture déjà ancienne en gestion et en management, ainsi qu'une littérature sociologique maintenant conséquente, ont réussi à donner une certaine consistance au travail des cadres d'entreprise, à le rendre plus lisible, mieux cerné et affirmé.

Pour différentes raisons déclinées ci-dessous, il n'en va pas de même à l'hôpital⁹, où le travail des cadres est assimilé à quelque chose d'invisible et de difficile à définir de façon précise, au point qu'on le compare parfois au travail ménager : « *quand c'est bien fait, cela ne se voit pas, il n'y a que quand ce n'est pas fait qu'on le voit* ». Autrement dit, un service « bien géré », où le cadre résout quotidiennement les problèmes qui se posent, règle les conflits, « bouche les trous » du planning, « fonctionne normalement » sans que l'on voie le lien entre les interventions constantes du cadre et ce fonctionnement. Dans un service où par contre, manque du personnel, où se produisent des erreurs, où il y a du mécontentement, on remarquera que le cadre « ne fait pas bien son travail ». Il y aurait donc une sorte de visibilité « négative » du travail des cadres qui ne contribue pas à le valoriser. Ceci est l'une des raisons pour lesquelles les cadres auditionnés et leurs représentants professionnels ou syndicaux insistent sur la nécessité d'une meilleure « reconnaissance » du métier.

I.1.1.a Les aspects de l'invisibilité du travail des cadres

La première cause de cette invisibilité est commune à tous les cadres quelles que soient les organisations dans lesquelles ils travaillent. Il s'agit de la difficulté à distinguer l'activité d'encadrement des métiers d'origine d'où les cadres sont issus, du fait que cette distinction est peu formalisée, peu « équipée » tant sur le plan statutaire, salarial, de formation, que symbolique. Qu'il s'agisse d'un « défi personnel », de « l'envie d'avoir une activité plus enrichissante » ou d'une

⁸ Il est vrai que certaines réunions sont mal organisées, trop longues voire inutiles

⁹ Même constat pour le secteur social et médico-social, dans lequel la fonction d'encadrement éprouve aussi de la peine à s'affirmer clairement et pleinement. Cela fait partie des nombreux points communs entre ces deux secteurs.

sollicitation reçue de la part d'un supérieur qui « pensait que j'en avais les capacités », les raisons de « passer cadre » semblent liées à des qualités qui n'ont rien de professionnel, qui n'ont pas été acquises pour tous dans des formations et qui ne sont pas formalisées. De plus, le fait qu'une partie des cadres le soient devenus parce qu'ils étaient « les meilleurs » dans leur métier d'origine n'opère pas non plus de distinction décisive par rapport à ce métier d'origine. Ces raisons apparemment personnelles et ces références constantes au métier d'origine ne contribuent donc pas à rendre le travail de cadre visible dans sa spécificité, bien au contraire.

S'y ajoute une raison spécifique au secteur hospitalier que l'on retrouve également dans le secteur social. Il s'agit de deux secteurs dans lesquels existe traditionnellement et subsiste encore aujourd'hui une culture du dévouement à autrui, à savoir les malades (ou les publics pris en charge), ainsi que le personnel médical de l'hôpital. Cette culture du dévouement, portée majoritairement par des femmes, va de pair avec une tendance à « s'effacer », à ne pas se mettre en avant, à sacrifier sa personne, jusqu'à faire des choses plus ou moins bénévolement sans réclamer de récompense. Là où, dans les entreprises, devenir cadre est vécu par les collègues d'antan comme le passage d'une barrière critiquée par les uns mais jalouée par d'autres, là où les cadres mettent en avant leur statut « socialement envié » et enviable, les cadres hospitaliers (surtout les cadres de santé) hésitent encore aujourd'hui à se prévaloir d'un statut et des pouvoirs qu'il implique. Ils sont confortés en cela par le fait que ce statut et ces pouvoirs paraissent souvent bien minces.

Le travail peu visible et peu « affiché » des cadres peut être constamment comparé au travail très visible, traçable, quantifiable même, des personnels soignants et des médecins. Faire une piqûre, faire la toilette, cela se voit, tout comme effectuer une opération. On peut ainsi affirmer « j'ai fait la chambre 3, j'ai lavé le patient Untel, j'ai donné les médicaments à Unetelle » tout comme « j'ai opéré durant 4 heures » avec un résultat visible en termes d'organes réparés ou remplacés. En revanche, s'entretenir avec une infirmière pour essayer de comprendre ce qui s'est passé durant la nuit, téléphoner à une autre pour lui demander de venir en urgence, prendre le café avec l'équipe du matin pour discuter de « tout et de rien » pour maintenir le dialogue, ou recueillir toutes les informations nécessaires au sujet du cas particulièrement compliqué d'un patient, ceci ne se voit guère et n'est que peu quantifiable. *« Le management c'est "tisser le lien invisible" qui conduit nos équipes vers le mieux pour le bénéfice du principal intéressé : le patient. C'est justement cette notion d'invisibilité, liée aussi au travail relationnel jamais quantifié, qui crée toute la difficulté dans la représentation que nos "collaborateurs médicaux mais aussi directionnels" ont de nous »*. Le peu de visibilité de ce travail de parole est peut être aussi l'une des raisons pour lesquelles une partie des cadres de santé se réfugie dans le fastidieux mais plus visible travail de mise à jour des plannings, dont les résultats en termes d'équipes au complet, d'absence de « trous » dans les services, sont immédiatement constatables.

Or, ce travail est devenu plus invisible encore avec la mise en place et la multiplication des procédures liées à la fois aux démarches qualité et certification et à la nécessité de se couvrir sur le plan juridique. Ces procédures, dont l'objectif est de rendre les activités et les process à l'hôpital mieux traçables et plus transparents, obéissent très majoritairement à une logique pour laquelle

n'est traçable que ce qui peut se « voir » : des actes, des comportements, des gestes, des dossiers, des appareils et des techniques. L'impact de ces procédures atteint alors les cadres dans leur travail quotidien d'une manière très paradoxale. D'un côté, il leur donne plus de travail car ces procédures exigent une activité de *reporting* importante (certains cadres se plaignent du fait que « cette paperasse nous éloigne du terrain », des équipes, de l'encadrement au jour le jour). Mais cela leur donne aussi plus de travail parce que les procédures ne pouvant pas tout prévoir, étant parfois multiples et incompatibles entre elles, voire parfois inapplicables dans certaines situations, les cadres passent leur temps à « rattraper » les effets des procédures, leurs ratages ou insuffisances, en effectuant une sorte de travail de « retrecotage »¹⁰ : pour que le travail réel soit fait, il faut parfois contourner les procédures, passer par d'autres chemins que ceux qu'elles indiquent, donc obtenir l'accord de la hiérarchie pour ces « exceptions », et prendre sur soi à l'égard du personnel concerné. Ces procédures intensifient donc le travail des cadres en les investissant de la tâche compliquée de parfois les contredire et devoir les contourner.

Il s'agit là de l'un des plus grands et plus compliqués des paradoxes de ces procédures pour les cadres : ils les investissent d'un surplus de travail qui normalement ne devrait pas exister. Les procédures étant faites pour que « tout soit prévu, traçable, contrôlable » et sous contrôle, le travail des cadres exigé parce que les procédures ne tiennent pas entièrement leurs promesses en devient quasi clandestin, illégitime, voire pour certains dirigeants, impensable. Voilà ce qui en renforce encore l'invisibilité. Cette invisibilité est atténuée du côté des supérieurs hiérarchiques des cadres si les uns et les autres travaillent en relation de confiance. Elle est au contraire accrue si cette confiance n'existe pas, car dans ce cas le cadre peut être dans une situation où il lui sera interdit de dire son travail de « rattrapage » des procédures. Et celles-ci étant avant tout destinées à retracer ce qui est constatable, le travail des cadres, du moins la partie parolière et dialogique, échappe encore une fois à la saisie des procédures qui contribuent, par leur nature et logique même, à ne pas le saisir.

1.1.1.b L'exemple de la gestion du temps par les cadres

Un bon exemple de cette difficulté à rendre le travail d'une partie des cadres hospitaliers visible est la gestion du temps, le leur et celui des personnes encadrées. Cette gestion du temps comprend des aspects banaux et apparents, « visibles » si on les note et remarque, comme la question du temps de travail des cadres : 35 heures ? Plus ? Un « plus » inclus par définition dans la mission des cadres supposés ne pas compter leurs heures ? Un plus pris en compte comme heures supplémentaires ?

Mais au-delà de ces questions courantes, dont les organisations professionnelles et syndicales s'occupent, il y a des aspects plus subtils et moins faciles à mettre en évidence, comme celui-ci. Par exemple, où commence et où s'arrête le temps de travail d'un cadre hospitalier (et, en partie, de n'importe quel cadre) ? Quand un cadre rentre à son domicile, il peut, quand il est

¹⁰ Cf. . Paule Bourret, « *Cadres de santé : le travail du lien invisible* », est largement consacré à cette activité de « retrecotage ». Syllepse 2006

d'astreinte comme cela arrive dans certains services, être appelé « chez lui » à tout moment (et cela peut même arriver quand il n'est pas d'astreinte). Dans tous les cas, il lui est impossible d'opérer une coupure radicale entre sa journée de travail et les problèmes résolus et surtout non-résolus, et son domicile privé : les préoccupations, soucis, pensées sur le travail, continuent d'occuper son esprit dans la sphère privée. Cela ne se « voit » guère, mais exerce pourtant une influence très importante sur la vie des cadres, au travail comme à leur domicile. Sans parler du fait qu'une partie des cadres apporte des dossiers à traiter à la maison, y reste joignable « au cas où », lit ses courriels professionnels durant le week-end, etc. La séparation entre lieu et temps professionnel et lieu et temps privé n'est pas simple à réaliser et selon leur expérience et leurs « valeurs » en termes de conscience professionnelle, les cadres s'y prennent différemment les uns les autres.

Un autre aspect de cette gestion du temps est la différence entre le temps quotidien, routinier, le court terme des temps des comptes-rendus (hebdomadaires, mensuels) et autres *reporting* de plus en plus prégnants¹¹, puis le moyen terme (des projets, des évaluations annuelles du personnel) et le long terme (celui, notamment, de la gestion de la carrière). Un cadre doit « jongler » avec ces différents temps, entre lesquels il y a des choix à faire et des compromis à régler : une partie de l'activité des cadres est ainsi dépendante des « classifications de priorité » qu'ils sont à même de faire, et qu'ils inventent en partie eux-mêmes, par expérience, apprentissage sur le tas, techniques transmises entre pairs. Là encore, ces arbitrages à faire entre des exigences plus ou moins opposées, sont très peu visibles et les cadres y sont peu préparés.

La plus ou moins grande visibilité ou invisibilité de leur travail diffère selon le type de cadres concernés. L'invisibilité est importante concernant les cadres de santé et probablement encore plus pour les « faisant fonction » qui n'ont pas le statut institutionnel de cadre pour se distinguer, s'identifier. Elle est probablement importante aussi pour ceux qui, techniciens sans statut de cadre, coordonnent des activités de sous-traitance, ce qui, concernant des personnels extérieurs à l'hôpital, n'est, ni de par leur statut, ni de par une définition fonctionnelle, officiellement reconnue comme activité d'encadrement.

Cette invisibilité est sans doute moindre pour certains chefs de projet. En effet, les démarches qu'ils conduisent comprennent des objectifs et des délais précis, sur lesquels ils seront évalués. De plus, elles impliquent de nombreux partenaires, qui par leur participation contribuent à donner une certaine visibilité au projet et à son responsable.

Il est probable aussi que les cadres administratifs souffrent moins du syndrome de l'invisibilité, dans la mesure où ils exercent des responsabilités et une expertise très « transversale », qui représente de nombreux points communs avec l'activité de cadres administratifs d'autres organisations que l'hôpital. De plus, le contenu du travail comme les résultats de cette activité administrative sont en principe plus facilement appréhendés que ceux des cadres de santé : nombre de dossiers rendus, délais respectés dans le traitement de telle ou telle procédure de gestion, mise en place d'une nouvelle procédure. Ces cadres administratifs, qui

¹¹ Il faut certes s'interroger sur la pertinence de certaines demandes de reporting

sont les bras droits des directeurs adjoints, sont de ce fait bien repérés et souvent « uniques » dans leur genre. On ne les appelle pas cadre administratif de la direction X, mais on les désigne par leur domaine spécialisé, ce qui donne de la visibilité : l'attachée du budget, la responsable de formation (certains ont des noms dédiés, « le chef du personnel » qui est l'attaché bras droit du DRH, le « chef des admissions/frais de séjours » qui gère l'accueil administratif des patients).

Enfin, pour ce qui est des cadres formateurs, c'est leur statut de formateur-enseignant, prestigieux ou du moins nationalement reconnu depuis plus d'un siècle, qui leur fournit une forme d'identification importante, même si cela met leur rôle de cadre à l'arrière plan.

Tout ceci explique que la demande de reconnaissance constitue un leitmotiv lancinant chez une partie des cadres hospitaliers. Cette demande de reconnaissance est adressée à leur hiérarchie immédiate. Elle a aussi été adressée à la mission durant les auditions, les rencontres interrégionales et via le forum internet. Une partie des cadres concernés associe cette exigence d'un rôle plus clairement reconnu à la défense et l'amélioration de la qualité des soins pour les malades. Et il est vrai qu'un cadre de santé peut, en contrôlant et en faisant des observations, en discutant avec des intervenants de différents métiers, en tenant des statistiques sur un temps long, accumuler une vision générale de la véritable qualité des soins offerte dans un service donné, du fait qu'il dispose d'une pluralité de regards : à la fois celui de la médecine et des soins, mais aussi celui de la famille, de l'entourage, d'autres intervenants intérieurs ou extérieurs à l'hôpital, de l'assurance maladie, etc. D'autres voient dans la constitution d'une culture managériale partagée tant par les différents cadres que les dirigeants de l'hôpital, la possibilité d'obtenir une plus grande visibilité. Enfin, un grand nombre de cadres a manifesté durant les auditions la volonté d'être mieux associé et plus en amont, aux projets et décisions qui les concernent.

I.1.2 Identités professionnelles et références aux métiers d'origine.

Sous le terme large de « cadres hospitaliers », se regroupent des salariés aux fonctions et aux missions multiples, qui ne se situent pas aux mêmes niveaux hiérarchiques et n'ont pas les mêmes spécialisations ni les mêmes attributions. La visibilité du travail des cadres hospitaliers est donc également freinée par cette diversité de spécialisations - dont celle qui différencie les cadres qui encadrent et ceux qui ne le font pas n'est pas la moindre. Parler d'une « identité professionnelle » est donc problématique. Une raison moins connue et moins reconnue de cette difficulté est qu'ils ne se positionnent pas tous de la même manière par rapport à leur travail, leur hiérarchie, leurs subordonnés et l'avenir de leurs organisations. Mais ce qui forme l'élément le plus important de l'identité professionnelle des cadres, c'est la façon dont ils se positionnent « en tant que cadre ».

I.1.2.a Cadres exécutants et cadres stratèges

De manière très schématique, on peut distinguer les cadres qui se positionnent comme des « cadres exécutants », soit de leur propre fait soit du fait de leur hiérarchie qui les maintient

dans ce positionnement, et une autre partie comme des « cadres stratégiques ». Les premiers font de la gestion de dossiers ou d'équipes au quotidien, « font tourner la boutique », s'investissent par exemple beaucoup dans les plannings pour ce qui est des cadres de santé et se réfèrent généralement aux métiers d'origine pour se construire une identité, affirmant qu'il est indispensable de connaître de l'intérieur les métiers qu'on encadre pour pouvoir les encadrer¹². Cette gestion au quotidien est évidemment toujours indispensable : c'est sur elle que repose une bonne partie du fonctionnement des soins et plus largement, de l'hôpital au service des patients. Néanmoins, une autre partie des cadres pense que cela ne suffit plus pour définir leur « cœur de métier », surtout si l'on veut être encore davantage acteur dans les réformes en cours. Les cadres « stratégiques » souhaitent contribuer à inventer du changement dans les organisations dont ils sont responsables, réclament plus de pouvoir pour cela et s'identifient moins à leurs métiers d'origine. Les métiers d'origine peuvent donc fonctionner à la fois comme référence dont il ne faudrait pas sortir et comme référence à partir de laquelle un certain enrichissement et une évolution de l'activité deviennent possibles, référence qui reste bien entendu précieuse dans la « communauté des soins » à l'hôpital.

Ces différences de positionnement dépendent aussi de la taille des établissements. Il semble ainsi que le modèle du « cadre exécutant » se rencontre encore assez souvent dans les très grands établissements avec une forte division du travail et une hiérarchie très affirmée, alors que celui des « cadres stratégiques » se rencontre plus fréquemment dans les petits établissements où les responsabilités des cadres peuvent être plus importantes qu'ailleurs.

Cette référence ou non-référence aux métiers d'origine est très importante à la fois pour l'avenir du métier de cadre et pour leur formation. La commission a longuement interrogé à ce sujet les organisations et personnes auditionnées. Si une majorité d'organisations professionnelles et syndicales semble encore partager l'idée que pour encadrer des personnels de soins ou techniques, comme pour les former, il est important d'avoir exercé ces métiers d'origine, ce soutien n'est pas absolu : ne pas avoir exercé les métiers encadrés est dit « compliqué » mais pas impossible. Certaines organisations professionnelles ont aujourd'hui dépassé cette idée. Et pour ce qui est des cadres auditionnés eux-mêmes, mais aussi les médecins, qu'il s'agisse des rencontres interrégionales, du site Internet ou des *focus groups*, tous ont cité des exemples de personnes encadrant des métiers qu'ils n'avaient pas exercés à l'origine.

1.1.2.b Peut-on connaître un métier sans en être ou en avoir été ?

La mission pense qu'il n'est pas impossible de connaître un métier que l'on n'a pas exercé. Des cadres hospitaliers eux-mêmes en ont fourni un certain nombre d'exemples. Nous avons

¹² Soulignons que cette référence aux métiers d'origine n'est pas une exclusivité ou une originalité du monde hospitalier, elle se rencontre aussi dans l'industrie et dans de nombreux secteurs techniques, où les cadres sont souvent « ceux qui connaissent le mieux le métier » et sont parfois encore capables d'intervenir sur des problèmes techniques compliqués que leurs subordonnés n'arrivent pas à résoudre. Néanmoins, avec l'évolution de plus en plus rapide des techniques d'un côté et les exigences croissantes en termes de « changements managériaux » continus d'un autre côté, la tenue à jour de ce savoir-faire là devient tout simplement impossible.

ainsi pu enregistrer des situations de cadres d'infirmières qui n'avaient pas été à l'origine infirmières, mais qui ont inventé leurs propres manières de « connaître » les métiers des infirmières encadrées. Nous avons rencontré deux formes pour acquérir cette connaissance :

- une première consiste à s'immerger, à accompagner les infirmières dans les services, dans leur travail auprès des malades et des médecins et à discuter beaucoup avec elles pour créer un climat de confiance tel qu'elles en viennent à « aider » spontanément le cadre pour lui apporter les savoirs spécialisés dont il aura besoin dans certaines situations ;
- une seconde (mais les deux vont généralement de pair) consiste à s'entourer dans une équipe d'un ou deux « experts du métier » : infirmières qui connaissent le mieux les différentes ficelles du métier et qui servent de « référentes » aux cadres de santé qui manquent de l'expérience du métier d'origine.

Une partie des cadres auditionnés défend ce modèle. Il est vrai qu'avec l'évolution rapide des techniques de soins, leur connaissance approfondie deviendra de plus en plus difficile à maintenir. Il convient d'ajouter que la question du rapport au métier d'origine se pose très différemment selon :

- les spécialités concernées : plus elles sont pointues, plus la "proximité ancienne" posera probablement problème. Plus elles sont "rapidement acquises", plus leur connaissance sera elle aussi facile ;
- les niveaux hiérarchiques concernés : plus on monte dans la hiérarchie, moins le métier d'origine est important.

Cette question se pose dans toutes les organisations, qui ont tenté plusieurs solutions :

- remplacer d'anciens agents de maîtrise ou contremaîtres "sortis du rang ouvrier", par de jeunes diplômés¹³. Cela ne fonctionne pas très bien, mais tout dépend aussi de la manière de procéder (un jeune diplômé peut passer par un "stage ouvrier" de quelques mois);
- permettre aux cadres, dans l'organisation des "parcours", de se familiariser avec différents services.

Dans tous les cas, la tendance générale est à la professionnalisation de l'encadrement par le biais du management (ensemble de méthodes et de techniques d'encadrement).

Ainsi, même si "savoir pratiquer" les métiers encadrés sera de moins en moins nécessaire, les *connaître* d'une manière ou d'une autre sera toujours important, du moins pour le "management de terrain" (mais cette connaissance peut s'acquérir "en marchant").

Pour mieux comprendre quelles sont les solutions originales trouvées par certains cadres qui n'ont pas l'expérience des métiers encadrés, il nous semble d'ailleurs indispensable de mener une enquête à ce sujet. L'un des défis, tant pour l'identité professionnelle des cadres que pour l'hôpital dans son ensemble, n'est-il pas d'inventer des formes d'encadrement, de management et de direction qui, tout en s'inspirant de certains outils du management, créeraient des formes de

¹³ Cf. P Trouvé *Les agents de maîtrise à l'épreuve de la modernisation industrielle*, L'Harmattan, 1997

professionnalisation originales, en partie spécifiques au secteur hospitalier, à sa culture et à ses traditions ?

I.1.3 Rôles, missions et responsabilités des cadres

Concernant les rôles, missions et responsabilités - sujets particulièrement sensibles - plusieurs thèmes transversaux ont été mis en débat tout au long du travail de la commission, dont les principaux sont :

- la nécessité de clarifier ces rôles et positionnement
- les bases de coopération des cadres au-delà des spécialisations par filières, rôles, missions. La seule « complémentarité » suffit-elle ou y faut-il aussi un minimum de partage dans les conceptions générales de la politique hospitalière et du travail ? On retrouvera ici la question du positionnement et des orientations chez les cadres hospitaliers.
- enfin, la question de la responsabilité des cadres, à la fois sur le plan moral et éthique, sur le plan juridique et pénal et comme forme « d'autonomie dans une sphère d'activités données », et ce notamment par rapport aux professions médicales.

I.1.3.a La hiérarchie au sein des pôles et le « poids » des cadres

Dans les relations au sein des pôles médicaux et médico-techniques, on parle volontiers du « trio » médecin-chef de pôle, cadre administratif de pôle et cadre (supérieur) de santé de pôle. Les travaux de la commission aboutissent à l'hypothèse que dans la réalité du fonctionnement de la plupart des hôpitaux, il est plus réaliste de parler d'un « triangle », dont le médecin-chef de pôle constitue le sommet et les deux cadres la base. Le pouvoir médical, l'autorité générale du médecin, lui confèrent un pouvoir et une capacité d'intervention qui ne sont pas comparables à ceux des deux éléments du trio.

Or, au regard des textes en vigueur, le médecin chef de pôle, s'il a une autorité fonctionnelle sur les cadres de son pôle, n'a pas d'autorité hiérarchique sur eux¹⁴. Cette distinction entre une autorité fonctionnelle proche qui demande aux cadres de faire le travail qu'il faut pour réaliser les objectifs du pôle et une autorité hiérarchique plus « lointaine », n'est-elle pas illusoire, les cadres étant de fait sous l'autorité quotidienne du médecin chef de pôle qui peut définir les grandes lignes de leur travail ?

Une telle situation peut être favorable si le médecin-chef et les cadres partagent les mêmes conceptions de la qualité des soins offerte aux malades, qualité globale dont les cadres doivent justement être les garants. Un médecin, surtout s'il reste un certain temps à la tête du pôle, peut d'ailleurs réussir à s'entourer de cadres avec lesquels il s'entend. Mais ce sont les situations dans lesquelles ce partage de conceptions et d'orientations n'existe pas qui peuvent poser problème. On peut alors se demander quel « contrepoids » les cadres peuvent représenter ? N'y aurait-il pas

¹⁴ Voir en annexe (tome 2) la note de Denis Debrosse et Pierre Simon, conseillers généraux des établissements de santé, sur le thème autorité fonctionnelle et autorité hiérarchique.

besoin de réfléchir à la manière d'investir les cadres d'un droit de regard et d'un poids supplémentaire pour pouvoir, à leur propre niveau, intervenir pour améliorer certains aspects de l'organisation de l'activité et de la qualité des prestations ?

I.1.3.b Spécialisations des cadres et formes de coopération : complémentarité et partage d'orientations

La commission a identifié un certain nombre de missions transversales, communes à toutes les filières, qui sont : la gestion des ressources humaines (animation d'équipes), la gestion de l'information, la gestion de l'efficience, l'évaluation et le suivi de la qualité et enfin la formation.

Ces missions transversales font ressortir le fait qu'au delà de leurs spécialisations, les cadres ont de nombreuses préoccupations communes et sont souvent confrontés à des problèmes analogues. Ce partage d'orientations généralistes constitue un socle important, non seulement pour la coopération entre cadres et autres personnels, mais aussi pour la cohésion du groupe cadres (et donc *in fine* pour la constitution d'une identité professionnelle). Mais cela dépend aussi du positionnement plus général des cadres : sortir des routines, inventer du changement, suppose de prendre un certain recul par rapport à ses fonctions habituelles et un sens stratégique de la coopération entre cadres et autres personnels.

I.1.4 La question de la « responsabilité » des cadres dans la définition de leur « cœur de métier ».

Avec la reconnaissance, le thème de la « responsabilité » des cadres est revenu très fréquemment dans les travaux de la commission. Comme l'indique une juriste¹⁵, le thème de la responsabilité à l'hôpital et dans les professions paramédicales est très polysémique, et cette polysémie peut poser problème quand on confond les différents sens du terme de responsabilité, quand un sens en cache un autre. L'un des aspects fréquemment cité est l'idée que les cadres ayant toutes sortes de responsabilités à assumer (au sens d'activités dont ils ont la charge), n'ont pas toujours les moyens de la bonne réalisation des résultats attendus qu'elles impliquent. De ce fait, leur responsabilité (y compris pénale) pourrait être engagée.

Or, même si elles sont médiatisées et spectaculaires, les plaintes de patients concernent avant tout l'hôpital représenté par son directeur et sont en fin de compte très peu nombreuses. On peut donc se demander, au-delà des aspects moraux et éthiques de la responsabilité individuelle, qui est celle de chaque cadre dans l'exercice de son métier (il est « responsable devant sa conscience » de la manière dont il travaille, « bien » ou « mal »), quelle est la portée réelle de cette insistance de la part des cadres sur leur(s) responsabilité(s), les moyens et supports

¹⁵ Dominique Thouvenin, professeure titulaire de la Chaire « Droit de la santé et éthique » à l'EHESP, a rédigé à notre demande une « Note d'analyse juridique relative à la responsabilité des cadres hospitaliers », reproduite en annexe Tome 2 et dont cette partie s'inspire largement.

dont ils disposent ? L'hypothèse avancée pour expliquer le sens réel de ce thème récurrent de la responsabilité est que, par comparaison avec le personnel médical et paramédical qui dispose d'une large autonomie dans l'exercice de son « art » dans le cadre de déontologies fortement affirmées¹⁶, les cadres hospitaliers (en particulier les cadres de santé) revendiquent eux aussi un espace de liberté et d'autonomie, notamment à l'égard de la hiérarchie administrative.

Cette revendication de « plus de responsabilités » s'inscrit donc de manière critique vis-à-vis de la posture du « cadre exécutant ». Elle implique de « sortir de la gestion au quotidien » et de se décharger de certaines tâches pouvant être assumées par d'autres (secrétariat, gestion des tâches administratives et de l'absentéisme, conception et suivi des plannings, gestion hôtelière au jour le jour, gestion des pharmacies, etc.). Les cadres pourraient ainsi être entourés « d'aides », de professionnels non-cadres qui prendraient en charge les tâches qui les empêchent aujourd'hui de s'investir pleinement dans l'innovation, le raisonnement clinique, l'analyse de situations, l'évaluation complexe de la qualité réelle des soins, voire la recherche. Des cadres mieux épaulés, moins nombreux et avec des responsabilités élargies : telle pourrait être l'organisation à projeter.

Cette revendication implique aussi la critique des situations dans lesquelles les cadres sont chargés de mettre en œuvre des décisions et des projets auxquels ils n'ont pas été associés « en amont », dès le départ. Cette demande de plus de responsabilités suppose une définition précise du cœur de métier du cadre, de son positionnement, de sa sphère d'autonomie. Cela supposerait également que les cadres assument les responsabilités qui sont les leurs dans ce périmètre : la demande de plus de pouvoir de la part des cadres impliquerait, si elle était acceptée, que les cadres assument aussi pleinement les conséquences de leurs actes.

I.2. Comment les cadres répondent aux évolutions de l'hôpital

L'environnement sociétal, institutionnel et fonctionnel de l'hôpital évolue beaucoup et très vite. Ces changements profonds ont eu un puissant impact sur l'activité des cadres hospitaliers, qui sont partie prenante et acteurs de cette évolution.

I.2.1. Des évolutions majeures

I.2.1.a Une demande sociale en extension relayée par une production normative à flux continu

Des attentes fortes

C'est peu dire que les attentes, voire les exigences à l'égard de l'hôpital se sont développées comme elles se sont développées à l'égard de tous les services publics. Après une très longue période pendant laquelle le patient paraissait plutôt soumis aux organisations hospitalières, aux actes médicaux et aux processus de soins le concernant, les trois dernières

¹⁶ Même si cette liberté a été atténuée avec la création des pôles de santé qui font des médecins chefs les « délégués » de la mise en œuvre de la politique de soins de l'établissement.

décennies ont connu une puissante montée en charge de la demande sociale, à la fois individuelle et collective. L'hôpital n'a pas échappé à ce mouvement de fond qui se traduit au quotidien par une vigilance particulière dans deux domaines précis : la qualité et la sécurité.

Par ailleurs le vieillissement, la précarité, le développement des maladies chroniques imposent transversalité, coopération, décloisonnement entre l'hôpital et les autres acteurs du système de santé.

Standards, normes et personnalisation

La question centrale aujourd'hui pour l'hôpital est de savoir produire et selon des standards un service personnalisé. Le patient exige de l'hôpital des soins de qualité. Il souhaite aussi être acteur du processus de soins. Il devient même producteur de soins (c'est un des enjeux de l'éducation thérapeutique). La délivrance des soins, marquée pendant longtemps par la primauté de l'acte de soin *stricto sensu*, a englobé progressivement la fonction de prise en charge, plus délicate à cerner (le cure et le care). Délivrer des soins de qualité implique de la part des professionnels le respect des normes, protocoles, références opposables définis en la matière ; le patient en attend l'assurance d'avoir la meilleure prise en charge, en tout cas le mode de prise en charge reconnu et validé par les autorités compétentes. Ce processus engage non seulement les personnes placées directement au contact des patients mais tous les professionnels hospitaliers : le respect des standards de qualité concerne toutes les activités de l'hôpital et c'est dans la continuité et la transversalité entre tous les services que s'apprécie la qualité globale et visible pour le patient : c'est d'ailleurs un des objectifs de l'organisation de l'hôpital en pôles. Qu'elles portent sur les questions de sécurité (délivrance des soins, utilisation des appareils biomédicaux, sécurité électrique, construction, restauration des patients, prévention des maladies nosocomiales, etc.), de traçabilité (traçabilité globale et traçabilités spécifiques), de qualité totale, les normes qui s'imposent à l'hôpital mobilisent tous les professionnels hospitaliers et les cadres sont garants de leur respect.

Dans le même temps, le patient veut être considéré comme une personne unique ayant des besoins particuliers, devant être pris en compte dans les soins qui lui sont prodigués au-delà des standards appliqués à tous (projet de soins individualisé). En outre, il estime de plus en plus souvent qu'il doit être acteur dans le processus qui conduit à un choix thérapeutique. Réussir l'« alliance thérapeutique » pour un professionnel de soin ou un établissement hospitalier, c'est associer les personnes soignées aux décisions de soin qui les concernent, en écoutant leurs attentes, en leur offrant éventuellement des alternatives. Il s'agit de reconnaître une expertise du patient sur lui-même et de trouver avec lui une réponse appropriée et personnalisée à la situation. Dans ce domaine aussi, c'est la souplesse permise par l'ensemble de l'organisation hospitalière (quelle que soit la proximité effective du patient) qui autorise cette adaptation et cette personnalisation des soins.

1.2.1.b Un management public plus centré sur l'efficacité et l'efficacité

Avec le « nouveau » management public est introduit le concept de performance dans le service public. Pour l'hôpital, il s'agit d'analyser le résultat en termes de qualité de soins pour les patients et d'impact sur leur état de santé, tout en mesurant les ressources mobilisées pour atteindre ce résultat. La performance d'un service public est une manière de juger la bonne gestion des ressources socialisées pour en garantir la qualité ; elle conjugue efficacité et efficacité et conduit tous les professionnels à s'interroger sur leur manière de travailler. Il s'agit de définir des objectifs précis, de créer des indicateurs fiables, de mesurer le résultat, d'évaluer les ressources mobilisées, de rendre compte (reporting) et bien entendu d'en déduire les transformations nécessaires.

A ce titre, la T2A apparaît comme un outil de meilleure connaissance des ressources mobilisées dans l'activité de soin et conduit les établissements à des choix d'activités qui doivent s'inscrire dans une vision régionale de réponse à des besoins de santé.

1.2.1.c La demande des personnels

Avec la mise en place des 35 heures, les cadres hospitaliers se sont trouvés confrontés à une gestion plus serrée de l'organisation du travail des équipes (situations de tensions plus fortes entre la gestion de son propre temps de travail et celle de son équipe, entre gestion individualisée performance collective), dans le contexte général d'une considérable évolution sociale du rapport au travail. En situation de tension sur l'organisation du travail, chacun attend encore plus de soutien de la part des autres, notamment de son cadre, lui-même aspirant à une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, dans un contexte, rappelons-le, de forte féminisation.

1.2.1.d Une prise en charge globale sur un territoire.

La question du passage de la notion de soins stricto sensu à celle de prise en charge globale du patient a déjà été évoquée. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires vient renforcer l'obligation d'une organisation territoriale des soins. L'hôpital est plus que jamais invité à sortir de ses murs et les cadres hospitaliers, toutes filières confondues, ont un rôle déterminant à jouer dans cette dynamique. Les activités de médecine, chirurgie, obstétrique tendent vers des séjours de plus en plus courts ; le relais pour une prise en charge en continu et individualisée doit se faire via l'accueil au sein du secteur social ou médico-social. Par ailleurs, l'hospitalisation à domicile, le maintien à domicile des personnes handicapées ou âgées dépendantes, les allers-retours entre le domicile ou l'établissement médico-social et l'hôpital nécessitent des modes d'organisation très différents de ceux d'aujourd'hui, auxquels les établissements publics de santé sont souvent peu préparés. Les cultures hospitalière et médico-sociale, malgré des progrès et des réussites indéniables, restent encore assez éloignées l'une de l'autre, alors que leur rapprochement est une nécessité absolue. Reste que - les professionnels le savent - ce qui unit les deux secteurs est beaucoup fort que ce

qui les différencie. La création et le fonctionnement des futures communautés hospitalières de territoire, l'animation des réseaux reliant l'hôpital et le secteur social et médico-social, nécessitent et nécessiteront demain plus encore les compétences et l'engagement des cadres hospitaliers pour penser et faire vivre les projets qui garantiront une prise en charge globale et individualisée des personnes via une offre coordonnée de soins sur un territoire. Les cadres hospitaliers sont bien placés pour faire en sorte que les soins dus à une personne ne s'arrêtent pas à la porte de l'hôpital. Ce sont des responsabilités et des champs de compétence nouveaux qu'ils sont prêts à investir et dont nombre d'entre eux se sont déjà emparés, en particulier les cadres socio-éducatifs.

1.2.1.e Les répercussions des organisations en pôle.

Une lente maturation

Depuis une vingtaine d'années maintenant, l'organisation de l'hôpital est sujette à débats : lui sont reprochés son cloisonnement et sa balkanisation qui conduisent à mettre le patient en marge alors qu'il devrait être en son centre. La loi de 1991 s'était déjà attachée à la question du décloisonnement. L'ordonnance d'avril 1996 avait ouvert la voie à des expériences de décloisonnement plus large avec la création facultative de centres de responsabilités. Avec la nouvelle gouvernance, en 2005 puis en 2009, il s'agit de sauter le pas et de rapprocher les cultures médicale et gestionnaire, de donner de véritables délégations à des ensembles de services : les pôles.

De réelles opportunités pour les cadres

Les membres de la mission ont souvent entendu que « *la nouvelle gouvernance pouvait être la meilleure et la pire des choses* ». Il est de fait primordial que lors de leur élaboration puis dans leur activité au quotidien, les pôles évitent certains écueils qui trahiraient l'esprit de la réforme. Par exemple, il ne s'agit pas de décalquer les anciennes directions fonctionnelles dans les pôles, ce qui annihilerait toute transversalité ; de même le risque d'un « patriotisme de pôle », au détriment du décloisonnement attendu, n'est pas négligeable ; des « pôles citadelles » dotés de budgets importants gérés en autarcie peuvent apparaître ; au sein d'un même hôpital des pôles « riches » et des pôles « pauvres », peuvent empêcher les équilibres indispensables au bon fonctionnement de l'établissement. On sait enfin la difficulté pour certains cadres, en particulier les cadres techniques qui exercent en transversal dans l'établissement, à se situer dans les pôles d'activité.

Au-delà de ces risques potentiels, par leur taille, leur cohérence (logiques médicale, technique, professionnelle et géographique) et les responsabilités nouvelles qui leur sont confiées, les pôles peuvent et doivent devenir des lieux où s'explicitent la stratégie, où se discutent des règles du jeu, où les professionnels sont plus impliqués et responsabilisés pour mieux adapter encore leurs pratiques aux besoins des patients. Les cadres ont une carte importante à jouer dans cette organisation nouvelle qui rapproche d'eux les centres de décision. Au sein des pôles d'activité clinique, le médecin chef du pôle choisira ses deux collaborateurs directs, l'un sur le versant soins et l'autre sur le versant administratif, les trois logiques (médicale, soignante, administrative) se déclinant dorénavant au niveau des pôles. Les cadres de pôle, dès lors que le médecin chef de pôle continue son exercice médical et organise son temps en conséquence, doivent y trouver des

marges de responsabilité et d'action non négligeables. De cette manière devraient être mieux mobilisées les complémentarités au sein de l'équipe d'encadrement médicale, paramédicale et administrative. En ce sens il s'agit d'une réelle valorisation de la fonction d'encadrement

I.2.1.f Le poids des technologies et des techniques

Avec le développement des progrès technologiques, des pratiques médicales, des protocoles de soins, les savoirs techniques ne cessent de se transformer et de se spécialiser. Les cadres hospitaliers, quelle que soit leur domaine d'intervention, à défaut de toujours tout savoir, doivent s'organiser pour disposer des expertises suffisantes dans leur équipe, ce qui implique des coordinations encore plus fortes entre les acteurs de disciplines différentes. En ce sens, le cadre est un traducteur, un « fabricant de cohérence¹⁷ », un expert en organisation. Il doit permettre la traduction des langages des différents experts et rendre accessible le langage expert aux profanes (professionnels, patients, usagers ou autres interlocuteurs de l'hôpital).

I.2.2 Les conséquences pour la fonction d'encadrement

Dans cet environnement qui a changé, dans une société qui redéfinit ses priorités et où l'hôpital est mis en mouvement, les cadres sont souvent en première ligne. Comment font-ils ? Comment le vivent-ils ?

Les professionnels, y compris les soignants, ne donnent plus le même sens à leur travail. Les patients n'attendent et ne veulent plus les mêmes soins. Les progrès scientifiques ont donné de l'espoir et les malades en ont pris conscience plus vite que les soignants. En même temps, ces progrès scientifiques ont été remis en question et la confiance n'est plus totale dans la médecine et l'hôpital. Comme le souligne François Dubet dans une analyse de ce qu'il appelle « le travail sur autrui »¹⁸ la relation soignant/soigné a changé sans pour autant qu'il y ait accord sur les valeurs qui permettront de la fonder. Dans cette attente les cadres doivent gérer et souvent « faire avec ». Leur place les expose fortement aux changements et plus encore aux résistances aux changements et aux réactions de toute la communauté hospitalière. Ils se trouvent face à des logiques, des demandes, des moyens et des ressources qui doivent être adaptés dans un autre système, un autre fonctionnement. Le rôle des cadres n'est plus le même. Il ne s'agit plus d'être les représentants d'une profession technique, ils exercent un autre métier. La référence reste leur cœur de métier, mais ils deviennent « manager ».

Ils doivent tenir compte des corporatismes qui resurgissent et des exigences catégorielles, mais doivent aussi avancer car le changement est inéluctable. Les cadres doivent accompagner le changement et s'adapter avec beaucoup de souplesse aux exigences multiples. Cette adaptation leur demande notamment de garantir la qualité et maintenir l'état de veille, de gérer les tensions,

¹⁷ Voir le texte, figurant en annexe Tome 2, « cadres de santé : faire face aux contradictions » de Laëticia Laude, enseignante chercheure, institut du management EHESP

¹⁸ François Dubet, *Le déclin de l'institution*, Paris 2002

d'assurer l'efficacité et l'efficacité, de gérer le changement permanent, de répondre à des exigences simultanées et contradictoires, de coordonner des acteurs et des cultures différents et de conduire des négociations nombreuses et complexes.

1.2.2.a Maintenir l'état de veille (contrôles, protocoles, vigilances, traçabilité...)

L'évolution des besoins sanitaires et sociaux induit des évolutions r glementaires et organisationnelles multiples. Les cadres se trouvent dans l'obligation d'être en «  tat de veille ». C'est à eux que l'on demande des comptes en première intention sur l'organisation du travail, sur l'actualisation des protocoles, le dispositif de traçabilité des actes et sur l'utilisation des ressources et des moyens mis à disposition. C'est aux cadres que l'on demande d'anticiper des  v nements graves, de se mettre et de mettre leurs équipes « en ordre de marche pour le cas où ». Se trouve renforcée la fonction contrôle de l'encadrement. Elle devient centrale dans son activité et source de stress. La pression exercée par le niveau de responsabilité que cela suppose contribue à faire dire que les cadres sont très exposés. C'est là une des causes de la non-attractivité du métier. Or, cette dimension n'est pas suffisamment reconnue.

Pour maintenir cette vigilance devenue indispensable au bon fonctionnement de tous les services de l'hôpital, les cadres développent des stratégies nouvelles. Pour anticiper ils doivent se tenir informés, connaître les réglementations, structurer leur management. Pour faire face aux enjeux d'exigence accrue de traçabilité, de contrôle sur la qualité des processus et du résultat, le cadre doit pouvoir ajuster, arbitrer, se créer des marges de manœuvre pour permettre aux équipes d'adapter les soins. Pour y parvenir, le cadre hospitalier a besoin plus que jamais de disposer et de donner de la confiance, celle que ses supérieurs ont à lui témoigner et celle que ses collaborateurs doivent ressentir.

Ils doivent aussi développer des capacités à résister au stress pour exercer leur métier tout en respectant les nouvelles évolutions. Trop souvent la formation n'a pas suivie et ils sont démunis face à des situations complexes. Un des problèmes réside dans la confusion des rôles et des responsabilités de chacun. Les cadres ne sont pas tous très au fait de leur nécessaire niveau d'implication et de responsabilité.

1.2.2.b Gérer la tension entre standardisation et personnalisation des soins

Entre standardisation et individualisation, entre exigence du patient et contraintes imposées, le cadre hospitalier doit naviguer sans cesse et se positionner sur un curseur allant de l'idéal au possible. C'est à ce propos que l'on peut parler de « métier impossible », dès lors que l'idéal devient une norme, que l'on passe de la contradiction « idéal/possible » à l'inatteignable « prescrit/possible ».¹⁹ Il faut noter que cette tension n'est peut-être pas vécue de la même manière dans les pays où la recherche et l'expertise en soins sont plus avancées et les pratiques qui en découlent, mises en œuvre.

¹⁹ Voir sur ce point « L'idéal au travail » de Marie-Anne Dujarier. PUF et l'analyse de Laetitia Laude en Annexes, Tome 2 : Cadres de santé : faire face aux contradictions.

1.2.2.c Assurer l'efficience et l'efficacité

Avec le nouveau management public, une attention permanente est portée aux résultats, résultats par rapport à l'objectif, résultats par rapport aux ressources mobilisées. Efficacité et efficience font partie du vocabulaire quotidien de l'hôpital. Les cadres accomplissent leur métier dans un contexte nouveau, celui d'une rationalisation des moyens qui bouscule les perceptions. Ils doivent expliquer à leurs équipes les raisons de ces changements, concevoir et mettre en œuvre les outils de mesure pour suivre les résultats des actions engagées. Il leur faut aussi veiller à la qualité et la sécurité des soins, des actes techniques, de la gestion, etc. Si ceci est un facteur de dialogue renforcé entre cadres (cadres de santé, cadres techniques et cadres administratifs), le temps mobilisé pour ce nouvel aspect du métier est important et les cadres n'ont pas tous été préparés à cet enjeu majeur.

1.2.2.d Gérer le changement permanent

Les cadres ont été peu visés dans les réformes et sont pourtant les leviers du changement. Il s'agit d'un paradoxe à résoudre pour maintenir le cap de cette fonction qui, bien qu'ayant un rôle central, cherche encore des marques de reconnaissance. Comment font les cadres pour que toutes les réformes successives soient effectivement mises en œuvre sans trop de difficultés ? Le fonctionnement qu'ils utilisent repose essentiellement sur des capacités à expliquer, à décoder et à convaincre chacun et tous. Ils travaillent auprès de tous les acteurs de terrain qui le plus souvent n'ont pas accès à toute l'information pour connaître les tenants et les aboutissants de ces réformes (les cadres eux-mêmes n'ont pas toujours toutes les clés de lecture). Ils accompagnent inlassablement ou presque tous ces changements. Parce qu'ils sont en permanence bousculés dans leurs fonctionnements et leurs équipes, ils développent de nouvelles compétences pour comprendre ce qui se joue. Ils accèdent à des formations pour se donner les moyens de continuer à exercer leur métier. Ceux qui s'y retrouvent le mieux sont ceux qui ont des capacités à innover dans un contexte parfois flou, à entraîner des équipes et les fédérer autour de projets pour garder le cap.

1.2.2.e Coordonner en interne et en externe des acteurs et des cultures différents

Au cœur des organisations hospitalières, le « rôle pivot » des cadres les place aux interfaces de toutes les logiques des acteurs hospitaliers. C'est une des définitions que l'on entend le plus fréquemment les concernant. Pour autant, la question de leurs connaissances de toutes ces logiques de tous ces métiers n'est pas abordée : comment font-ils pour connaître, comprendre et créer du lien entre tous ?

Non seulement ils doivent connaître et comprendre mais aussi surtout être polyglottes pour être compris de tous et accompagner le changement, les changements. Cette compétence semble une évidence et pourtant ils se doivent de développer et de maintenir une réelle

ouverture, de poser un regard différent à chaque fois et remettre en question leurs certitudes. Ils continuent à s'ouvrir et accueillir les autres.

1.2.2.f Conduire des négociations nombreuses et complexes (personnels, syndicats, médecins, directions, patients, familles, autres interlocuteurs)

S'il est une dimension de la fonction d'encadrement qui prend une place prépondérante, c'est bien la négociation. En effet, les cadres se retrouvent de plus en plus souvent en situation de conduire des négociations complexes avec des interlocuteurs aussi différents que leurs demandes. On observe un déplacement de la gestion des situations de négociation vers l'encadrement. Les pôles font bouger les lignes et les jeux de pouvoir suivent cette vague. Des négociations, qui auparavant se faisaient soit entre professionnels au sein des équipes ou entre médecins eux-mêmes, soit avec les directions fonctionnelles et notamment la DRH pour les syndicats, sont maintenant du ressort des cadres de pôle. Les droits des patients et leurs attentes représentent un nouvel axe renforcé par le poids des associations et celui de la crainte de la médiatisation d'un incident mineur ou majeur. Les patients et leur famille s'adressent plus fréquemment aux cadres, premier relais de l'administration de l'hôpital, pour exprimer leur mécontentement et attendent des réponses concrètes de leur part, à défaut d'en recevoir de la part du corps médical et de l'administration.

Mais le changement le plus marquant et le plus difficile à gérer reste le domaine de la gestion des ressources humaines. Le rapport au travail a beaucoup changé et les professionnels mettent au premier plan leur vie personnelle. On laisse naturellement le cadre gérer les trous dans le planning, l'absentéisme de dernière minute.

Les directions fonctionnelles s'appuient fortement sur les connaissances et expertises des cadres. Ils en font des interlocuteurs privilégiés et les interpellent en première intention pour négocier des dossiers sans pour autant les impliquer dans la décision finale.

Pour toutes ces raisons, les cadres sont, de fait, très souvent soumis à des injonctions paradoxales qui complexifient les négociations et n'ont pas nécessairement été préparés à cela.

Invisibles et pourtant au cœur de l'organisation, les cadres vivent les changements liés aux transformations de l'hôpital. La pression des demandes de l'institution et des patients, la logique de la performance, l'attente des équipes, sur fond de nouvelles règles d'organisation et de fonctionnement des structures, renvoient plus que jamais au noyau dur de la fonction d'encadrement, à la richesse irremplaçable de l'alliance entre qualités personnelles et aptitudes professionnelles. Qualités personnelles autour de l'écoute, de la disponibilité pour son équipe, de la valorisation du travail des collaborateurs, de la rigueur déontologique et aptitudes professionnelles autour de l'acceptation et la gestion de l'incertitude, de la capacité à s'organiser, à prendre la mesure des contraintes, à se créer des marges de manœuvre dans une organisation en tension.

Ceci conduit à porter un nouveau regard (c'est en tout cas celui que la mission a posé) sur le métier de cadre à l'hôpital, sur ses dimensions déjà à l'œuvre mais mal connues et sur celles qui vont naître : une extension du champ d'action, de plus grandes marges à négocier pour adapter l'organisation aux résultats attendus pour les soins des patients, une nouvelle manière d'écouter, d'analyser, de proposer et de décider. Pour chacune des dimensions classiques du métier de cadre, manager, formateur et expert, apparaissent de nouveaux enjeux et donc de nouvelles compétences à développer.

II Construire et développer les compétences des cadres hospitaliers

Sur la formation des cadres, le débat était déjà ouvert. La mission l'a réactivé. C'est le sujet qui a le plus suscité de prises de parole sur le forum internet, il a toujours été très présent dans les débats régionaux et au cours des auditions. Les positions ne sont unanimes ni sur le constat, ni sur les évolutions à porter. Mais rares sont les demandes de ne rien modifier en ce domaine car l'accord sur la perception des changements majeurs pour l'hôpital et pour les cadres (cf. chapitre 1) interroge en conséquence les compétences des cadres, et donc la manière dont ils sont sélectionnés et préparés à exercer leur métier, ainsi que la possibilité de trouver tout au long de leur vie les ressources pour continuer à assumer leurs responsabilités.

La formation initiale aurait pu apparaître comme le point clef des propositions en ce domaine. Mais ce n'est pas le point de vue que la mission a développé en se situant pleinement dans l'approche par les compétences telle que les formateurs eux-mêmes l'expriment aujourd'hui. La logique compétence et la logique curriculum doivent se substituer à terme à la seule logique connaissance qui, pendant de longues années, a été le paradigme organisateur des parcours de formation. Cette logique présupposait que l'acquisition des savoirs constitués suffisait à un individu, après l'obtention d'un diplôme, pour occuper un poste avec une efficacité à peu près garantie. Dans l'approche par les compétences, la construction et le développement de celles-ci ne relèvent pas seulement de la formation mais résultent de parcours professionnalisants. Une organisation dont la structure et le fonctionnement favorisent les apprentissages collectifs en développant une logique de professionnalisation, est dite une « organisation apprenante ». Dans une entreprise apprenante s'opère une réflexion intellectuelle qui crée et développe la compétence collective. « *Ce sont l'intensité réflexive à l'événement et la diversité des événements auxquels un individu peut être confronté qui engendrent une expérience réellement transposable, qui génèrent un apprentissage* » (ZARIFIAN Ph, 2001). Les propositions de la mission concernent non seulement les formations initiales et continues, mais aussi les modalités de détection des futurs cadres, l'accompagnement des cadres par des ressources externes en conseil et expertise, la recherche en management ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles managériales comme incitation à un apprentissage réflexif continu. En conclusion de ce chapitre, nous proposons un dispositif pour mettre en œuvre ces transformations.

Tout en identifiant les questions spécifiques posées à certaines filières professionnelles, ces propositions qui s'adressent à tous les cadres hospitaliers doivent aussi contribuer à créer « *un groupe homogène doté de connaissances communes et de représentations partagées* » (Charles Gadéa et Sophie Divay, 2007). Au-delà des seuls cadres hospitaliers, ce sont tous les « managers » des hôpitaux, directeurs et médecins compris, que la mission imagine dans une vision partagée et associe donc dans le développement des compétences d'encadrement.

II.1 Repérer les futurs cadres

Alors que l'extension de la dimension managériale (cf. 1.3) pour les cadres fait appel à des capacités comportementales de plus en plus nombreuses, les hôpitaux ne se donnent pas suffisamment les conditions de détecter des talents de cadres. Pourtant, cette détection devrait pouvoir largement être mise en œuvre dès qu'il s'agit de concours interne et *a fortiori* lorsque qu'une ancienneté professionnelle est exigée pour se présenter au concours, comme c'est le cas pour les cadres de santé. Or, même pour ces derniers, repérer les personnes susceptibles de devenir cadres, tester leur capacité et les accompagner dans ce changement ne se fait pas systématiquement. La systématisation des « faisant fonction de cadres », selon l'appellation consacrée et discutable, qui devrait permettre de tester en « grandeur réelle » des capacités à encadrer, apparaît plus souvent comme la conséquence d'une difficulté à recruter des cadres que comme l'effet d'une politique de détection de potentiels de cadres.

La mission préconise de mettre fin à la position bancale de « faisant fonction de cadre » et de rendre systématiques des mises en situation permettant de vérifier les réelles dispositions à manager dans toutes les démarches de promotion interne professionnelle conduisant à l'encadrement.

II.1.1 Mettre fin à la position de faisant fonction de cadre

Aujourd'hui, c'est parfois l'étape « faisant fonction de cadre » qui permet de repérer ceux qui ont les talents de cadres. Cette étape est problématique car elle place des non cadres en situation de responsabilité, sans statut clair et avec toutes les dérives possibles. Sur le forum Internet de la mission, les expressions retiennent l'attention : « *cadres de substitution, exerçant les fonctions d'encadrement sans en avoir la formation ni la reconnaissance* », « *isolés et prisonniers des statuts nous perdons progressivement confiance en nous, car on se dit que notre compétence, certes reconnue, reste fragile car liée à certaines personnes (directeurs, collègues) qui nous connaissent, nous apprécient mais qui une fois parties nous laissent démunis face à la rigueur d'une institution qui traite mal celui qui ne rentre pas dans la bonne case, en dépit des efforts consentis* ». ²⁰

Devant la difficulté de recruter des cadres, nombre d'hôpitaux recourent à des personnes qui font fonction de cadres pour pourvoir des postes vacants ; la situation perdure à tel point qu'est parfois posée la question d'une politique de gestion des faisant fonction de cadres. Cette orientation visant à institutionnaliser les faisant fonction nous paraît discutable. La vacance durable de postes de cadres doit interroger à la fois sur les organisations de travail et sur la configuration des postes de cadres proposés. Ne faut-il pas s'orienter vers un allègement de certaines tâches aujourd'hui exercées par des cadres avec des soutiens techniques, logistiques et administratifs renforcés ? Les cadres demandent ces soutiens qui leur permettent de se recentrer sur leur métier ; à cette condition, une extension de leur champ de responsabilité peut devenir attractive. La mission reconnaît la difficulté pour les hôpitaux de changer les organisations de

²⁰ Extraits de la synthèse par Sylvie Cheroutre des débats sur le site internet de la mission (cf. annexes Tome 2)

travail, mais elle maintient son opposition claire à l'utilisation permanente et large des faisant fonctions pour combler des postes vacants.

II.1.2 Organiser, au sein de la promotion interne, la position de « cadre apprenant »

Des expériences réussies de faisant fonction de cadres, la mission conserve l'intérêt de mettre des personnes en apprentissage du métier de cadre et propose d'organiser une position de « cadre apprenant » : ce n'est pas un stage au sens d'une position statutaire dans la fonction publique, c'est-à-dire une période après nomination statutaire, mais un exercice accompagné près d'un cadre superviseur/tuteur, sur une période clairement définie avec des engagements mutuels spécifiés. Bien entendu, si l'agent est titulaire dans un emploi de la fonction publique hospitalière, il conserve sa situation statutaire jusqu'au moment où il sera nommé cadre. Pendant cette période, le cadre apprenant est amené à développer à la fois ses capacités managériales sur des situations concrètes qu'il doit analyser avec son tuteur et ses capacités théoriques. Plusieurs hôpitaux ont ainsi prévu des parcours accompagnés pour des personnes manifestant des dispositions et une appétence à l'encadrement. Dans les rencontres régionales ont été présentées plusieurs réalisations concernant les cadres de santé : celle du CHU de Nice, celle du CHU de Lille et celle du CHU d'Angers. Le CHU de Rouen a aussi été cité pour son innovation dans ce domaine.

Ces démarches s'organisent en général autour de trois étapes : le repérage des candidats potentiels, la mise en situation (apprentissage incluant une pratique réflexive sur les cas concrets rencontrés avec la supervision d'un tuteur), et l'évaluation/orientation. Il est proposé de contractualiser la relation ainsi établie entre le cadre apprenant, son tuteur et la direction de l'hôpital. Pendant la période de mise en situation devraient aussi être proposées des formations théoriques permettant de mesurer si le cadre apprenant sera en mesure d'entrer par la suite dans un cursus de formation incluant une dimension universitaire. A la fin de la période fixée, l'évaluation permet de décider avec le cadre apprenant quelle suite sera donnée à son projet :

- le cadre apprenant manifeste de réelles capacités pour la fonction d'encadrement et il est accompagné dans la préparation de l'entrée dans la structure qui lui permettra de suivre la formation de cadre ;
- le cadre apprenant n'a pas complètement fait la preuve de ses capacités pour la fonction d'encadrement, mais il a déjà manifesté des dispositions ; il a besoin d'un appui renforcé de tutorat et il peut bénéficier d'une période supplémentaire avec un autre tuteur éventuellement ;
- le cadre apprenant ne manifeste aucune aptitude pour la fonction d'encadrement et il lui est proposé de reprendre un poste de non cadre en envisageant éventuellement une autre évolution professionnelle.

Il faut noter que tous les secteurs de l'hôpital pourraient bénéficier d'une démarche de cadre apprenant ; même si elle a émergé principalement dans les unités de soins, elle est

transposable aux secteurs administratifs (pour préparer des adjoints administratifs à devenir adjoints des cadres hospitaliers ou des ACH à devenir attachés) et aux secteurs techniques (pour préparer des TSH à devenir ingénieurs).

Bien entendu, le recrutement de cadres hospitaliers par la voie externe, dans les conditions fixées par les statuts, garde toute sa place et toute sa pertinence.

II.2 Mettre en place pour tous les cadres hospitaliers des formations initiales universitaires et professionnelles

Même si la réforme de 1995 a uniformisé la formation initiale des cadres de santé quel que soit le métier d'origine et quelles que soient les perspectives d'exercice professionnel, les parcours de formation initiale de l'ensemble des cadres hospitaliers restent trop diversifiés et ne favorisent pas le développement d'une culture managériale partagée à l'hôpital. Il faut donc poursuivre les pistes ouvertes il y a quinze ans. Aujourd'hui, les différents cadres hospitaliers sont majoritairement formés dans des écoles professionnelles spécialisées, les Instituts de Formation des Cadres de Santé pour les cadres de santé, une école spécialisée pour les cadres sages-femmes, l'École des Hautes Etudes en Santé Publique pour les attachés, les Instituts Régionaux du Travail Social et d'autres structures pour les cadres socio-éducatifs. Seuls les ingénieurs et les cadres techniques sont issus de formations ne se limitant pas au contexte hospitalier, mais n'ont pas plus d'opportunité de se former avec d'autres cadres hospitaliers en formation initiale, nonobstant la formation d'adaptation à l'emploi des ingénieurs à l'EHESP. Certes, l'EHESP a depuis le 1^{er} janvier 2008 un statut lui permettant, à l'instar des universités, de délivrer des diplômes de l'enseignement supérieur. Mais ces formations initiales ne conduisent pas encore à ces diplômes. Les IFCS ont, pour la plupart, conclu des partenariats avec des universités mais sur des bases très disparates, sans maquette commune et à des niveaux d'équivalence divers. Aujourd'hui, l'engagement dans des diplômes universitaires est souvent le fruit de démarches individuelles sans effet sur le positionnement et la carrière. Les écoles professionnelles délivrent des diplômes sans équivalence au niveau international.

Parce qu'elle favorise l'ouverture et la mobilité, qu'elle s'appuie sur la recherche et donc la réflexivité et qu'elle s'est fortement engagée dans la professionnalisation, la formation universitaire doit mailler la formation des cadres hospitaliers.

Tels sont les constats majeurs en matière de formation initiale, qui conduisent à deux propositions principales : élaborer un tronc commun à toutes les formations professionnelles de cadres et leur donner une dimension universitaire. Ces mesures applicables aux différentes filières de cadres hospitaliers seraient accompagnées de mesures spécifiques pour les cadres de santé, pour les cadres sages-femmes et pour les attachés d'administration hospitalière.

II.2.1 Créer un tronc identique voire commun de formation pour tous les cadres hospitaliers tout en respectant les métiers et les filières professionnelles

La mission propose que tous les cadres hospitaliers, quelle que soit leur filière, bénéficient d'un tronc commun de formation. Devant les nouveaux métiers, la diversité croissante des situations professionnelles, les anciennes lignes qui délimitaient des territoires bougent, y compris à l'intérieur de chaque grande catégorie (santé /techniques/administratifs /médico-social). Il devient donc urgent de définir un noyau dur commun en lien avec les nouvelles formes de gestion tout en reconnaissant à chaque filière des espaces propres liés à sa technicité.

Ce tronc commun regrouperait les thématiques suivantes, à approfondir en fonction des postes occupés :

- les fondamentaux en santé publique ;
- les missions des établissements au sein du système de santé ;
- le management stratégique et la prise de décision ;
- l'environnement institutionnel et organisationnel, les points de vue économiques juridiques et sociologiques (spécificité de l'organisation hospitalière, champ de responsabilité des différents acteurs) ;
- l'hôpital comme organisation complexe, repérage des jeux de pouvoir et stratégies des différentes filières professionnelles ;
- les outils de pilotage et de gestion des ressources humaines, financiers, des investissements, de la qualité et des risques : leurs finalités, leurs méthodes, la recherche de l'efficacité et la culture de l'évaluation ;
- le management des organisations de travail et des équipes : le métier de cadre.

Idéalement, ces domaines de formation commune devraient être traités dans des groupes pluri-professionnels, ce qui suppose une articulation délicate entre les différents cursus des formations initiales, qui pourrait s'organiser au niveau régional dans des instituts supérieurs de management en santé (cf. infra 2.6) et en lien avec les universités (cf. infra 2.2.2). Cette pluri-professionnalité en formation favoriserait les interactions et la compréhension des rôles de chacun, permettrait la construction d'une vision commune et, renforcerait la solidarité entre cadres ainsi que leur capacité d'action commune. Il serait souhaitable que ces troncs communs soient parallèlement offerts aux médecins occupant des positions d'encadrement (médecins chefs de pôle, par exemple).

II.2.2 Donner une dimension universitaire à la formation des cadres

Le principe de donner une dimension universitaire à la formation des cadres semble largement admis. Les arguments qui réunissent tant les cadres et leurs représentants que les chercheurs ou les témoins rencontrés se situent à trois niveaux :

- le contenu de la formation,
- le rôle que peut jouer un diplôme universitaire comme « sésame » national voire international,
- l'ouverture en cours de l'université à d'autres secteurs professionnels.

Un autre élément moins explicite réside dans la reconnaissance que procure dans un monde hospitalier très fortement structuré par l'université l'obtention d'un diplôme universitaire. Enfin, la reconnaissance de la formation des infirmiers au grade licence conduit de nombreux cadres de santé à avancer le niveau master comme conséquence logique pour eux. La mission retient essentiellement la question des contenus, des méthodes pédagogiques et des publics, pour insister sur l'obligation d'une ouverture vers l'université. Au moment où l'accent est mis sur le développement de la culture de réflexivité dans les pratiques managériales, sur l'importance de l'innovation et de la gestion du changement, sur la nécessité de travailler avec les autres (cf. chapitre 1), les démarches de recherche inhérentes à la formation universitaire nous semblent une très bonne voie pour développer les compétences de cadres. Par ailleurs, l'ouverture à d'autres publics venant de secteurs d'activité différents nous semble être une opportunité pour confronter les pratiques managériales hospitalières à d'autres regards et apprendre de celles-ci. Les auditions d'acteurs du secteur de santé privé et d'autres entreprises, ainsi que les pistes proposées par les chercheurs auditionnés, montrent les similitudes et l'intérêt de tels rapprochements.

Une fois admis le principe de donner une dimension universitaire aux formations initiales des cadres hospitaliers, plusieurs questions se posent. Faut-il conserver les formations professionnelles en organisant des partenariats avec les universités ou confier aux universités toutes ces formations ? Quels niveaux universitaires faut-il viser pour les différents cadres hospitaliers ? Que faut-il faire des concours ? Comment organiser les parcours de formation ?

Une vision simplificatrice et unificatrice autour du concept de cadre hospitalier, anticipatrice d'une Europe où les cadres circulent facilement, conduirait à préconiser une formation universitaire au niveau Master pour tous les cadres hospitaliers. Les diplômes professionnels seraient supprimés ainsi que les écoles qui les délivrent. Au terme de ses nombreuses consultations, rencontres et débats, la mission ne retient pas en l'état cette orientation tout en considérant qu'elle ne peut être écartée à moyen terme, notamment pour les cadres de santé. En ce qui concerne les ACH et les TSH, il apparaît indispensable avant de conclure sur la place de l'université et le niveau de diplôme visé, d'étudier plus finement les responsabilités qui leur sont confiées, responsabilités extrêmement diversifiées selon les établissements. La mission recommande d'approfondir l'analyse de situations concrètes de travail des différents cadres et de rester en veille sur cette question de l'articulation avec l'université.

La mission préconise pour tous les cadres hospitaliers :

- un partenariat étroit entre des instituts à créer (cf. infra 2.6) et des universités pour que les formations professionnelles de cadres conduisent à des équivalences universitaires, avec le principe d'un tronc identique voire commun pour les filières de santé, socio-éducative, administrative, technique et logistique ;

- le remplacement progressif des modes de sélection sur épreuves par des modes de sélection sur titres : à partir du moment où l'inscription en formation de cadre sera couplée avec une inscription à l'université, il faudra imaginer un dispositif de sélection sur titres vérifiant à la fois les dispositions personnelles à devenir cadre (cf. 2.1) et les capacités à rentrer dans le cursus de formation ;
- d'encourager la poursuite du rapprochement des deux mondes universitaire et professionnel autour de projets concrets en formation initiale ainsi qu'en formation continue, expertise et recherche dans le domaine du management. Ces deux mondes ont à apprendre l'un de l'autre.

II.2.3 Les cadres de santé : aménager le concours de recrutement après l'obtention du diplôme de cadre, viser une formation qui sera équivalente à un master, prévoir dès maintenant le master pour exercer les fonctions de cadre paramédical de pôle

Aujourd'hui les cadres de santé sont formés en 10 mois dans les Instituts de formation des cadres de santé. Depuis leur création, ces derniers ont eu pour mission de réunir tous les cadres des différentes filières d'encadrement paramédical dont cadres infirmiers, cadres médico-techniques, cadres masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, etc. Ces instituts, au nombre de 37, ont développé des partenariats avec des universités qui permettent de coupler la délivrance du diplôme de cadre de santé, sous leur responsabilité, avec des diplômes universitaires (licence, niveau 1 du master, le niveau 2 pouvant être proposé en formation continue). Le diplôme cadre est obligatoire pour être recruté et rémunéré comme cadre. Outre le diplôme, les cadres (sachant qu'ils ont été admis à l'IFCS après réussite à des épreuves de sélection²¹), doivent se présenter à un concours pour être nommés. Les cadres de santé ont donc un parcours long. Ils font souvent une période de mise en situation (en tant que « faisant fonction »), une année préparatoire, la présentation aux épreuves d'entrée en IFCS, puis la formation en IFCS avec validation du diplôme et, enfin, le concours sur titre. Tous sont en demande de simplification.

La première mesure applicable à tous les cadres de santé consiste à alléger les procédures de recrutement après l'obtention du diplôme ; les cadres doivent être recrutés par concours sur titre sous forme d'entretien professionnel organisé par l'établissement qui les recrute. En tout état de cause, il faudra repenser le dispositif d'entrée en formation de cadres en fonction des accords passés avec l'université. Le statut des cadres santé devrait être modifié en conséquence.

Si, à terme, le niveau master devrait attester des compétences de tous les cadres de santé, il nous semble difficile de préconiser cette mesure pour une application à court terme. Ceci pour des raisons d'opérationnalité (capacité des universités à accueillir les futurs cadres et des établissements à les libérer pour une formation de 24 mois, coûts pour les personnes ou les établissements au titre de la promotion professionnelle) et parce que les changements

²¹ Et non après concours sur épreuve, expression communément utilisée mais impropre dans cette situation. En effet le concours, sur titre ou sur épreuve, consacre la nomination dans un emploi ou dans un grade ; or l'agent qui entre en IFCS ne sera nommé cadre, par concours sur titre, qu'après possession de son diplôme.

d'organisation (cf. 1.3) préalables à cet élargissement du champ de responsabilité des cadres ne pourront pas se généraliser rapidement. Mais il faut viser cet objectif en utilisant toutes les possibilités offertes par la VAE pour y parvenir.

La mission préconise que la formation des cadres de santé se fasse sur 12 mois, qu'elle s'organise dans les nouveaux instituts à créer (cf. infra) en lien fort avec les universités et qu'elle permette de réunir 60 ECTS, soit l'équivalent d'une année de master. Le diplôme de cadre est maintenu tant que la formation n'est pas assimilable à un master complet. Le contenu de la formation doit être retravaillé. Outre le tronc commun à tous les cadres hospitaliers, le diplôme doit prévoir un renforcement sensible de la dimension managériale, de la maîtrise de la qualité et de la gestion des risques. Cette formation concerne aussi bien les cadres managers d'équipe que les cadres dits « experts » en position transversale. S'agissant des experts spécialistes d'une technique de soins spécifique qui ne sont pas en position d'encadrement, la formation devra être repensée en lien avec l'évolution des pratiques avancées infirmières et autres expertises paramédicales.

Dès maintenant les cadres de santé de pôle couvrent tous des champs de responsabilités, justifiant qu'ils bénéficient, pour les exercer, d'une formation universitaire en management du niveau master. La mission propose de rendre ce master obligatoire.

Par ailleurs, les cadres formateurs en instituts de formation paramédicale qui vont désormais préparer des professionnels obtenant un grade licence, devraient eux-mêmes être recrutés avec le niveau universitaire master. A terme, cela pourra conduire certains d'entre eux à se mettre en perspective de préparer la thèse de doctorat en vue d'occuper des postes universitaires futurs. Pour les cadres formateurs, futurs enseignants chercheurs, cette évolution est étroitement liée au développement à l'université des sciences paramédicales. Elle se fera de ce fait de manière progressive et devra être accompagnée. Pour les cadres formateurs aujourd'hui en IFCS, la question de leur formation est liée à l'évolution de ces instituts (cf. 2.6). Mais que les IFCS soient maintenus ou complètement transformés, ils auront besoin de formateurs ayant au minimum un niveau master. La mission s'est interrogée sur le parcours professionnel des cadres formateurs et suggère que soit possible pour ceux qui le souhaitent une carrière partagée entre un exercice professionnel de cadres en établissement et une activité de formation.

II.2.4 Les cadres sages-femmes : formation de cadre conduisant au Master

Une seule école située à Dijon forme les cadres sages-femmes. Après avoir envisagé sa fermeture, la région de Bourgogne a prolongé son fonctionnement. Se pose la question du maintien d'une école spécifique pour les cadres sages-femmes.

La mission préconise d'offrir aux sages-femmes la possibilité de bénéficier des formations qui seront construites pour les cadres hospitaliers en étroite relation avec les universités, en leur proposant le tronc commun qui sera par ailleurs ouvert aux médecins en formation continue. Pour la partie spécialisée, ou plus technique, de leur formation de cadres, soit leur école nationale continuerait à l'assurer avec une articulation suffisante avec les universités pour permettre une

validation au niveau master, soit des universités prendraient le relais et la formation des cadres sages-femmes serait exclusivement assurée par des universités qui combindraient l'apport des UFR de sciences humaines constitutives du tronc commun de toute formation de cadre hospitalier et des UFR de médecine. Il faut noter que même si la formation de sage-femme amène au master, il ne nous semble pas problématique que la formation de cadre sage-femme conduise aussi à un niveau master : il s'agira d'un master en management en santé très différent du master validant les compétences de maïeutique.

II.2.5 Les attachés d'administration hospitalière : une formation de 12 mois à temps plein à l'EHESP conduisant au Master

La formation (initiale et d'adaptation à l'emploi) des attachés d'administration hospitalière (AAH) est source de frustration pour l'ensemble des acteurs : intéressés eux-mêmes, employeurs et EHESP. Le dispositif en vigueur est le suivant : formation initiale de 6 mois après nomination (à l'issue du concours ou par promotion interne) puis, dans les trois ans suivant la titularisation, formation d'adaptation à l'emploi (FAE) de 6 mois à l'EHESP. Il vise à permettre la formation la mieux adaptée, après un recul suffisant dans l'exercice des premières fonctions. En pratique, ce système fonctionne mal. Après sa nomination, le nouvel AAH investit ses fonctions et prend la mesure de son poste. Or, en période d'adaptation à sa nouvelle fonction, il n'est pas forcément disponible pour une coupure de 6 mois au titre de la formation initiale puis de 6 mois à nouveau au titre de la FAE ; de son côté, l'employeur éprouve de grandes difficultés à se séparer pendant deux fois 6 mois d'un collaborateur dont, par définition, il a le plus grand besoin. Enfin, l'EHESP ne peut se satisfaire de ne remplir que très imparfaitement, à son corps défendant, les missions qui lui sont imparties. En effet, la formation initiale n'est suivie que par 60% des attachés issus de la liste d'aptitude et seuls 13% des attachés parviennent à remplir leurs obligations en matière de FAE dans les délais prévus par les textes, alors que le dispositif de formation a été conçu pour consolider, voire parfaire les connaissances et la pratique des professionnels concernés. Il faut ajouter que la formation assez généraliste ne répond pas à certaines demandes des hôpitaux de disposer de spécialistes (gestion des ressources humaines, gestion financière, contrôle de gestion, achats...).

La mission préconise de :

- modifier les modalités de nomination sur le premier poste après concours (liste d'aptitude plutôt que rang de classement), de telle sorte que le chef d'établissement puisse nommer le candidat de son choix ;
- poursuivre et terminer la réflexion sur le rééquilibrage des effectifs respectifs des corps de direction et des AAH, ce qui doit conduire à une augmentation significative du nombre de postes d'AAH ouverts aux concours dans les prochaines années ;
- prévoir une formation initiale en continu pendant 12 mois coordonnée par l'EHESP, les futurs AAH étant placés sous statut d'élève. Le financement en serait assuré par une contribution des employeurs à l'EHESP, de même nature que celle dont ils s'acquittent aujourd'hui pour la formation des élèves directeurs d'hôpital, des

- directeurs des soins et des élèves DESSMS. Le surcoût devrait être compensé par une diminution corollaire d'un nombre correspondant d'emplois de direction ;
- veiller à intégrer un tronc commun « cadres hospitaliers » dans cette formation avec un partenariat EHESP et futurs instituts supérieurs de management en santé ;
 - renforcer les spécialisations complètement indispensables eu égard aux métiers émergents de l'administration (contrôleur de gestion, cadre administratif de pôle, acheteur, etc.²²) ;
 - demander à l'EHESP qui, avec son statut d'établissement d'enseignement supérieur a engagé une politique de transformation de ses formations initiales en formations diplômantes, de faire en sorte que la formation des AAH permette d'obtenir un master en intégrant une validation des acquis de l'expérience et/ou en offrant la possibilité de poursuivre en alternance le master après l'année à l'EHESP si le niveau d'entrée de l'AAH ne permet pas l'inscription en première année de master.

II.3 Former tout au long de la vie professionnelle

De même que la formation initiale doit préparer les futurs cadres à des responsabilités et des organisations en fortes transformations, la formation continue doit permettre cette adaptation aux cadres en fonction. C'est l'enjeu général et majeur pour tous les cadres hospitaliers. Ce faisant, cette formation tout au long de la vie accompagnera aussi les évolutions de carrière proposées aux cadres. De manière spécifique, de nouveaux métiers de cadres apparaissent pour lesquels les formations ne sont pas nécessairement prêtes ou, en tous cas, pas assez largement généralisables. C'est le deuxième constat fait par la mission. Enfin, à un moment où les cadres expriment des souhaits de mobilité entre les filières d'encadrement et de manière générale entre les métiers d'encadrement de différentes fonctions publiques, ainsi qu'entre le public et le privé, il paraît très opportun de favoriser ces mobilités par des formations adaptées. C'est par rapport à ces trois constats particuliers que la mission s'est attachée à formuler des propositions en notant par ailleurs que la politique de formation continue pour les cadres n'est pas toujours affichée dans les établissements et pas toujours élaborée avec les cadres. Il s'agit d'un thème de la politique managériale qui sera développé dans le chapitre 3 (cf.3.1).

II.3.1 Accompagner les changements liés aux évolutions majeures de l'hôpital

Les conséquences pour la fonction d'encadrement des évolutions majeures pour l'hôpital n'ont pas été systématiquement traduites en plan d'action de formation pour les cadres. Si la maîtrise de la qualité, en termes de protocole et de contrôle avec l'appui et le suivi de l'HAS, apparaît clairement dans les actions de formation, si la gestion du changement et la gestion de projet prennent une place plus importante, il n'est pas certain qu'efficacité et efficience soient réellement appréhendées par les cadres, que la négociation soit travaillée de manière

²² Voir Rapport DHOS sur les métiers sensibles, 2007

suffisamment opérationnelle en formation. Quant à la gestion des coordinations externes, elle est nouvelle pour bon nombre de cadres hormis ceux dont c'est quasiment le métier (notamment les cadres socio-éducatifs et les cadres de santé gérant des réseaux). Les évolutions liées à la gouvernance ont fait l'objet d'un plan d'action national conduit par le dispositif d'accompagnement des réformes au sein de la DHOS²³. L'action de ce dispositif s'est centrée sur les directeurs et les médecins, ainsi que sur les trios de pôles. Il faut désormais déployer l'action plus largement, notamment en direction des cadres.

En même temps qu'elle propose une refonte des programmes de formation initiale des cadres qui tiendra compte de tendances fortes à l'œuvre dans les hôpitaux, la mission recommande d'offrir aux cadres des actions ciblées en formation continue pour les soutenir dans la conduite des changements au quotidien. Elle suggère que les tronc communs qui seront organisés par les instituts supérieurs de management en santé soient ouverts au titre de la formation continue aux cadres, de même qu'ils devraient l'être aussi aux médecins, voire aux directeurs en fonction. Elle suggère que se multiplient des actions de formations/actions en « intra » ou en inter-hospitalier à l'instar de celles que certaines délégations ANFH ont mises en place pour accompagner les cadres²⁴. Elle appuie enfin les perspectives d'un déploiement près des cadres du nouveau dispositif d'accompagnement des réformes à l'occasion de la mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009 dite Hôpital Patients Santé Territoires.

II.3.2 Accompagner les évolutions individuelles de carrière

Même si les formations promotionnelles bénéficient aux cadres, il n'est pas inutile de rappeler l'importance de ces actions, à la fois pour souligner qu'il faut poursuivre l'effort mais aussi pour ajouter qu'il faut mieux lier ces démarches souvent individuelles à une politique de développement des compétences de l'encadrement. Nombreux sont les cadres qui nous ont fait part de leur déception de voir leurs efforts individuels de formation (inscriptions universitaires notamment) peu pris en compte dans la politique managériale de leurs établissements. Les propositions faites sur la détection de potentiels (cf. 2.1) incluent, comme nous l'avons souligné, un accompagnement en formation. En outre et en conséquence des propositions concernant la formation initiale, la mission recommande de tout mettre en œuvre pour permettre aux cadres ayant acquis des ECTS au titre de leur formation de cadres de poursuivre leur formation parallèlement à leur exercice professionnel pour acquérir un niveau master. Il faut par ailleurs noter que le master exigé pour les cadres de pôles se fera en formation continue. Enfin, dans des parcours professionnels où la validation des acquis de l'expérience jouera de plus en plus un rôle dans la reconnaissance du niveau de qualification, la formation continue sera un moyen de compléter et de mettre en perspective ces acquis.

La mission recommande donc de faire de la formation continue un outil puissant au service d'une politique de développement des compétences de l'encadrement et de l'inscrire comme tel dans les priorités du projet managérial.

²³ Mission animée par Denis Debrosse, conseiller général des établissements de santé

²⁴ Exemple de l'ANFH Nord Pas de Calais et du CHU de Dijon

II.3.3 Permettre la construction de nouveaux métiers de cadre

De nouveaux métiers de cadre émergent, qui n'ont pas pour l'instant donné lieu à des formations largement organisées et reconnues. La difficulté pour les directeurs d'hôpital de recruter des professionnels spécialistes dans ces métiers peut conduire à des recrutements de contractuels qui interrogent sur l'avenir de certaines catégories : le cas des attachés d'administration hospitalière en est une parfaite illustration. Ainsi, alors que les hôpitaux manquent de contrôleurs de gestion, les AAH qui pourraient remplir ces missions n'ont le plus souvent pas les compétences suffisantes ; bien entendu, ceci interroge leur formation initiale (cf. 2.2.5), mais devrait aussi se traduire par des efforts importants en formation continue. L'étude prospective sur les métiers sensibles conduite en 2007 par la DHOS fait un remarquable bilan de ces nouvelles compétences attendues pour 10 catégories de métiers ; 5 d'entre eux sont des métiers de cadre ou peuvent être confiés à des cadres : outre les métiers de cadre de santé, avec la distinction cadre de proximité et cadre de pôle, de cadre administratif de pôle, l'étude identifie les métiers de contrôleur de gestion, de responsable de système d'information et d'acheteur. Pour ces métiers, qui trouvent difficilement des candidats sur le marché général du travail, il faut réellement poser la question du développement de la formation continue. Certains opérateurs privés ou universitaires ont déjà commencé à proposer des actions pour les hôpitaux (ex. pour le contrôle de gestion). Les structures de formation les plus au contact du monde hospitalier et les plus innovantes proposent des formations préparant à ces nouveaux métiers de cadre par le biais de la promotion professionnelle. C'est le cas par exemple d'une formation proposée par l'Institut international supérieur de formation des cadres de santé (Hospices Civils de Lyon), qui vient de lancer, en lien avec l'Université de Lyon, une action pour former des TSH à l'encadrement de la restauration, formation qui devrait donner aux TSH un diplôme de niveau ingénieur.

La mission préconise d'exploiter largement l'étude prospective sur les métiers sensibles et de favoriser (sous forme d'appel national à projet) l'émergence d'actions innovantes portées par les universités, les structures publiques de formation (dont les IFCS et demain les instituts supérieurs de management en santé) et des entreprises privées de formation.

II.3.4. Favoriser les passerelles entre filières et métiers d'encadrement

Même s'il demeure un attachement fort à conserver l'appartenance à sa filière d'origine pour qui devient cadre et si cette appartenance est plus justifiée pour l'encadrement de proximité, une demande de mobilité s'exprime soit entre les différents métiers de l'encadrement hospitalier, soit entre l'hôpital et autres lieux d'exercice du management en santé, cliniques, établissements européens, soit entre hôpital et autres services publics. Ce sujet, souvent sensible, des passerelles entre mondes différents, renvoie bien entendu aux formations initiales et, de ce point de vue, l'orientation vers les masters sera un élément facilitateur. Mais il concerne aussi les formations continues et plus largement tous les dispositifs de formation longue que les ANFH s'attachent à faciliter pour permettre ces évolutions.

La mission encourage vivement ces actions qui favoriseront les mobilités et suggère en retour l'accueil à l'hôpital de cadres ayant des expériences dans d'autres mondes professionnels.

II.4 Développer le conseil, l'expertise et la recherche en management

Qu'ils soient managers d'équipes, experts chargés de missions transversales ou formateurs, les cadres acquièrent eux-mêmes de l'expertise qu'ils n'identifient pas toujours comme telle ; il faut des demandes externes pour qu'ils mesurent le potentiel qu'ils ont ainsi mis en valeur. Il est frappant de voir qu'au cours de quatre rencontres régionales (Angers, Lyon, la Réunion et Nancy) des présentations de réalisations de cadres ont été saluées par leurs collègues et ont donné lieu à des échanges de coordonnées pour que les uns bénéficient de l'expérience et de l'expertise des autres. Il est également intéressant de noter que le site internet de la mission a été l'occasion pour des cadres d'échanger sur leurs pratiques managériales, sur les difficultés qu'ils rencontrent et sur les solutions qu'ils imaginent. Experts, les cadres ont aussi besoin de l'expertise des autres. C'est sur ce développement croisé de l'expertise que la mission voudrait porter un regard spécifique en imaginant des propositions qui les mettront en valeur et enrichiront les démarches de changements dans tous les établissements. Dans certains cas, l'expertise développée témoigne d'une véritable aptitude à la recherche qu'il paraîtrait particulièrement novateur et pertinent de mettre en pratique.

II.4.1 Identifier les ressources, les compétences et les travaux de recherche internes en management des cadres pour les utiliser et les valoriser

L'« invisibilité » que les cadres expriment pour souligner que leur travail ne se voit pas (cf.1.1) vaut aussi pour leurs ressources, leurs potentiels, leurs expertises. Même quand leurs travaux ou leurs responsabilités externes sont administrativement connus, ils ne sont pas toujours exploités : combien de cadres visiteurs HAS sont-ils réellement sollicités pour partager leur expérience ? Combien de diplômés universitaires avec mémoire de cadres sont-ils réellement connus et discutés au sein de leur établissement ? Outre le fait que cette connaissance contribuerait à la reconnaissance qu'attendent les cadres, elle permettrait de mobiliser des compétences supplémentaires pour l'hôpital.

La mission propose de mettre l'accent sur les compétences et l'expertise des cadres en matière de management et d'en faire un facteur de développement des capacités de l'hôpital en ce domaine. Elle invite les établissements à les repérer, les faire connaître et les exploiter. Les manières de les mettre en valeur sont nombreuses : présentation lors d'une « journée management », publication dans les supports de communication de l'hôpital, mobilisation des cadres repérés pour leur capacité d'innovation dans des projets de l'hôpital, capitalisation de ces expertises et compétences pour diffusion et échanges au sein des futurs instituts supérieurs de management en santé, mise en ligne sur un site Internet dédié aux cadres, etc.

II.4.2 Favoriser les expertises croisées et les échanges inter-établissements de l'encadrement au niveau régional

Les rencontres régionales de la mission ont été l'occasion de partager et de mettre en valeur des projets portés par les cadres (cf. en annexe la liste des travaux présentés). Certains cadres ont émis le vœu que de telles rencontres se renouvellent, des directeurs d'hôpital et d'ARH ainsi que des délégués régionaux de la FHF organisateurs ont aussi fait part de leur souhait d'organiser des suites à ces journées. En région Midi-Pyrénées, l'ARH, la délégation FHF et les hôpitaux avaient déjà organisé une journée régionale des cadres hospitaliers pour conclure un important travail réalisé sur les cadres²⁵. Ces rencontres contribueront à ce que les cadres se connaissent, se fassent connaître dans leurs expertises ou leurs besoins d'expertise. Au-delà de ces échanges, de ces soutiens potentiels, peuvent se dessiner des coopérations hospitalières, un établissement mettant au service d'un autre un de ses cadres experts. Ainsi, lors de la rencontre interrégionale de la mission à Angers, a été présenté un partenariat entre le Centre de Santé Mentale Angevin et le CH de Saumur, le premier mettant à la disposition du second l'un de ses ingénieurs techniques pour y transposer une stratégie de maintenance. Ceci valorise le cadre et l'hôpital qui propose l'expertise, garantit à l'établissement demandeur une réponse de qualité et instaure des liens durables entre les établissements et leurs cadres.

La mission préconise donc l'instauration de rencontres régionales régulières des cadres hospitaliers. Les Agences Régionales de Santé et la FHF avec son maillage régional, devraient pouvoir organiser ces rencontres, avec l'appui, s'ils se créent, des instituts supérieurs de management en santé (cf. infra) ainsi que celui des organisations professionnelles et syndicales.

La mission encourage les établissements à établir des partenariats pour développer l'échange d'expertise en management hospitalier par des mises à disposition de cadres sur des missions spécifiques.

II.4.3 Solliciter l'Agence Nationale d'Appui à la Performance pour des appuis ciblés sur des projets portés par des cadres hospitaliers

Souvent porteurs de changement, impliqués comme membres d'équipe projet ou chefs de projets, les cadres se reconnaissent dans ces missions qu'ils acceptent volontiers. Les conduire à leur terme, les réussir exige des compétences spécifiques que n'ont pas toujours les cadres, mais qu'ils peuvent acquérir en formation et qu'ils pourraient aussi développer en situation à condition qu'ils bénéficient de conseil et d'expertise. Dans la lignée du projet « Equipage²⁶ » lancée par la MEAH dont elle a repris les attributions, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux qui vient de se mettre en place, pourrait apporter son concours pour soutenir spécifiquement les projets de changements organisationnels portés par

²⁵ Voir le document « Les cadres au cœur du projet » publié en mars 2009 (ARH, FHF, FEHAP)

²⁶ A la rencontre régionale de La Réunion le 24 juin a été présenté un projet conduit par deux cadres, un cadre de santé et un cadre administratif sur le circuit du médicament au service de réanimation polyvalente du centre hospitalier Félix Guyon, projet ayant bénéficié du programme Equipage et qui montre l'importance d'un accompagnement dans la durée par un consultant auprès de cadres hospitaliers

des cadres. L'inscription dans ses priorités d'un accompagnement spécifique mettant en valeur et soutenant l'implication des cadres est tout à fait envisageable. Les programmes portant sur l'accompagnement des pôles devraient se prêter ainsi naturellement à ce type d'action : les projets de chefs de pôles mobilisant plus et mieux les cadres pourraient être encouragés. Au-delà du soutien opérationnel particulièrement nécessaire et attendu des cadres, cela peut être aussi l'occasion de développer avec les cadres un travail autour de la performance, des objectifs et des missions des hôpitaux, de la mesure des résultats, de l'efficience et de l'efficacité.

II.4.4 Prolonger le site Internet de la mission cadres pour en faire un lieu national d'échange des pratiques managériales

Le site Internet de la mission a montré en deux mois (entre le 14 mai, date de son ouverture, et le 14 juillet où le recueil d'information pour la Mission a été clos) sa formidable capacité à faire interagir les cadres : 23000 personnes l'ont visité, près de 500 personnes l'ont utilisé de façon active avec des contributions, des réponses et des votes. Par des échanges constructifs et de très bon niveau, le forum a permis de faire émerger une « communauté cadre » active, responsable, consciente, très impliquée dans le fonctionnement de l'hôpital. Au-delà de la mission qui s'achève avec la production de ce rapport, il apparaîtrait extrêmement utile de maintenir ce lien national entre les cadres hospitaliers, pour plusieurs raisons, comme lieu d'échange, de soutien, entre les cadres sur tous les sujets les concernant – parmi lesquels le suivi de la mise en œuvre des mesures proposées par ce rapport -, mais aussi comme lieu de mise en commun et de discussion des pratiques managériales, lieu de production de nouveaux savoirs par les démarches collaboratives que permet un tel site.

La mission propose donc de conserver et faire vivre un site Internet dédié aux cadres hospitaliers.

II.4.5 Impulser la recherche nationale en management hospitalier par des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique spécifiques

Même si les recherches en management à l'hôpital conduites par des hospitaliers sont rares, elles devraient se développer parce que la formation universitaire des cadres va induire une production scientifique que les universités et des grandes écoles de management, ainsi que l'EHESP, doivent être en mesure d'accompagner.

Pour favoriser leur mise en place et leur donner une visibilité nationale, la mission propose de faire émerger des projets de recherche portant sur le management et conduits par des hospitaliers, cadres, médecins et directeurs, et le cas échéant de dédier un financement particulier à des PHRC sur ces thèmes.

Par ailleurs, la mission recommande de mobiliser des programmes de recherche universitaires pour encourager la production de savoir sur le management hospitalier à partir des questions que posent les cadres et l'ensemble des managers hospitaliers.

II. 5 Evaluer les pratiques professionnelles managériales

Partie intégrante de leur formation continue, l'évaluation des pratiques professionnelles est devenue une obligation pour les professionnels de santé, médecins et non médecins, que la Haute Autorité en Santé est chargée d'accompagner à cette fin.²⁷ Ainsi que le précise la Haute Autorité en Santé, « l'évaluation des pratiques professionnelles est une démarche organisée d'amélioration des pratiques consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles. Cette démarche est inspirée du *formative assessment* des anglo-saxons. Si le management n'est pas directement visé par ces évaluations qui concernent les pratiques de soins, il apparaît pertinent de le situer aussi dans la méthodologie du développement continu de la qualité, base de construction des EPP et ce pour plusieurs raisons. D'une part, les principes de démarche qualité (dire ce que l'on va faire, faire ce que l'on dit, analyser les écarts et améliorer) ont du sens pour le management. D'autre part, cette culture de l'EPP se développe dans les hôpitaux qui ont mis en place la commission des évaluations des pratiques professionnelles et construisent des outils *ad hoc*. Par ailleurs, à l'hôpital, ces évaluations portent souvent sur des pratiques d'équipe et incluent de ce fait une dimension managériale (coordination, interaction, communication). Enfin, le management est devenu un élément central de la certification des établissements de santé. Certes, il est important de ne pas réduire le management à une seule conformité à des référentiels si adaptés soient-ils, ni de l'enfermer dans une simple notion de « bonnes pratiques » : les relations humaines qui en sont constitutives introduisent trop d'imprévisibilité ou de variabilité pour imaginer que toutes les situations se gèrent selon un mode d'emploi préétabli.

La mission propose d'utiliser la démarche des évaluations des pratiques professionnelles comme moyen de renforcer les capacités managériales à l'hôpital, en mobilisant les cadres eux-mêmes et leurs établissements, le niveau régional et la Haute Autorité en Santé. Elle ouvre aussi la question de la validation individuelle d'EPP en management en recommandant d'en faire un outil de suivi de l'évolution professionnelle individuelle (formations et réinvestissement des formations) et de la lier à l'évaluation individuelle.

II.5.1 Référencer des « bonnes pratiques managériales »

Pour aborder la question des pratiques professionnelles de management, il faut disposer d'un référentiel de management. Dès l'accréditation selon la version V2, la Haute Autorité en Santé a produit des orientations pour le management et dans la dernière version (V2010, publiée en juin 2009) le chapitre 1 est entièrement consacré au management avec 9 références et 45 critères. Ces références ne renvoient pas explicitement au métier et aux responsabilités des cadres,

²⁷ Loi du 9 août 2004 et décret du 14 avril 2005

mais elles situent par grands domaines du management (stratégie, ressources, qualité et sécurité des soins) les actions attendues. Sur cette base et à condition de clarifier les rôles et missions des différents managers dans la conduite de ces actions, il apparaît possible de construire des bonnes pratiques managériales. Clarifier les rôles et les missions des cadres dans le système hospitalier est indispensable. C'est une attente très forte des cadres et la mission en fait une proposition en tant que telle (cf. 3.1). Les bonnes pratiques de management pour l'encadrement devraient être élaborées à plusieurs niveaux, dans chaque établissement avec l'appui d'une commission des évaluations des pratiques professionnelles, au niveau régional et national avec la HAS.

II.5.2 S'appuyer dans les hôpitaux sur une commission des évaluations des pratiques professionnelles

Les hôpitaux ont mis en place la commission des évaluations des pratiques professionnelles, commission émanant de la CME et concernée par les EPP autour de la clinique. Dans l'esprit de la Commission des EPP, soit comme extension de celle-ci, soit comme nouvelle commission, pourrait se mettre en place un groupe de cadres, directeurs et médecins chargés de définir des bonnes pratiques managériales dans des domaines particulièrement sensibles dans l'établissement et les modalités d'évaluation de ces pratiques.

II.5.3 Promouvoir la construction et la diffusion des bonnes pratiques managériales au niveau régional

De même que le niveau régional apparaît être le bon espace pour échanger sur les pratiques de management (cf. 2.4), c'est à ce niveau que devraient se confronter et se discuter des innovations en management, pouvant servir de base de bonnes pratiques à élaborer. Face aux défis de réorganisation des systèmes de prise en charge du patient avec la nouvelle répartition des compétences entre professionnels au sein des établissements de soins, des bonnes pratiques managériales émergent localement, autant de solutions, d'outils, de clés élaborées avec et par des cadres hospitaliers afin de faire rimer changement et excellence. Ces solutions trouvées localement devraient être partagées. La mission a mesuré à travers les rencontres régionales l'intérêt de ce partage. Systématiser les rencontres, développer des forums et points de rencontre entre les cadres hospitaliers, de la même manière que le corps médical le fait depuis longtemps, serait un moyen pour permettre aux bonnes pratiques managériales de ne pas rester des épiphénomènes mais de nouvelles solutions durables. Les Agences Régionales de Santé pourraient être les promotrices de cet élan régional.

II.5.4 Impliquer la HAS dans le développement des EPP managériales

La Haute Autorité en Santé peut-elle s'investir dans la mise au point d'évaluations des pratiques professionnelles managériales? C'est la question que la mission a posé à ses responsables lors d'une audition.

La HAS estime qu'une grande partie de ses productions peut en effet être utilisée dans la définition du nouveau référentiel d'activités et de compétences des cadres hospitaliers, et contribuer à ce titre à l'objectif d'une meilleure sécurisation des parcours professionnels et d'une valorisation des travaux des cadres hospitaliers. Ceci s'inscrit bien dans les priorités de l'agence qui souligne que « *le management des cadres hospitaliers est emblématique de la nécessité pour les hôpitaux de repenser l'articulation entre processus de prise en charge médico-soignante et processus de gestion, entre gestion stratégique et gestion opérationnelle, entre gestion institutionnelle et gestion de proximité* ».

Il est proposé que la HAS travaille au développement d'outils de gestion mis à disposition du personnel d'encadrement afin d'enrichir le processus d'activité sur la politique de qualité. A ce titre, cinq champs peuvent être définis : l'écoute des usagers et amélioration de la qualité ; les parcours de soins, standards de soins, analyse des situations à risque ; la qualité de l'accueil et l'information des usagers ; la démarche sur la sûreté des installations et la maintenance préventive ; l'interrogation sur la relation au travail et dans le travail. La HAS produit d'ores et déjà des documents relatifs à ces thèmes. Il ne s'agit plus que d'adapter ces outils à la lumière des conclusions élaborées dans ses travaux.

L'évaluation des pratiques professionnelles est maintenant étroitement liée à la formation continue autour de la notion de développement professionnel continu. L'un et l'autre se complètent. Le développement professionnel continu doit être un processus collectif et partagé, à l'image de toute activité à l'hôpital. Le rôle des cadres y est central. Ainsi que l'expriment les responsables de la HAS : « *Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives et comportent une dimension organisationnelle. Pour assurer le développement professionnel continu, l'établissement doit mettre en place un système de management et de responsabilisation qui rallie les gestionnaires et les soignants autour d'objectifs communs d'amélioration de la qualité des soins et des services et de la sécurité du patient. Il doit favoriser le processus de concertation et de décision, par une responsabilisation partagée des professionnels, acteurs et responsables du changement* ».

Les conditions semblent donc réunies pour impliquer le niveau local régional et national, la HAS veillant à l'articulation des trois, en impulsant comme elle l'a fait pour les EPP médicales un processus de production et de validation collectives. La HAS peut aussi mobiliser des ressources scientifiques sur le management par le biais des universités, des grandes écoles, de l'EHESP. Elle peut aussi coopérer aux actions de valorisation des pratiques managériales²⁸

²⁸ Citons à ce sujet le Prix du management des ressources humaines en santé, organisé par les magazines Décisions santé et le Quotidien du médecin, délivré en 2009 à 12 organisations de santé, dont 6 centres hospitaliers.

II.6 Investir des lieux de formation régionaux et nationaux

Les transformations proposées (cf. 2.2 et 2.3) pour la formation initiale et continue des cadres hospitaliers appellent deux choses : d'une part, des lieux de formation accessibles à l'ensemble des cadres et plus généralement à tous les managers de l'hôpital (cadres hospitaliers, médecins et directeurs) et demain plus largement encore aux cadres du secteur social et médico-social ; d'autre part, un rapprochement important avec les universités. Pour dépasser ces frontières, la mission retient le principe de créer dans des régions, des instituts supérieurs de formation de management en santé, qui auront vocation à développer sur un territoire de santé les capacités managériales de tous les cadres, en liens étroits avec les universités et les acteurs régionaux en charge des questions de santé (y compris le secteur social et médico-social). Un maillage national épaulé par l'EHESP permettrait à ces instituts d'harmoniser leurs pratiques, de développer des axes spécialisés et complémentaires et de mener des actions nationales en accompagnement des évolutions générales de l'hôpital et du système de santé.

II.6.1 Créer des instituts supérieurs de management en santé

II.6.1.a La nécessité de rapprocher en formation tous les acteurs de l'encadrement hospitalier.

Comme la mission l'a montré, des formations initiales avec tronc commun et des formations continues communes constituent une opportunité pour des cadres de mieux travailler ensemble et de faciliter le décloisonnement d'un monde hospitalier trop souvent divisé en corporatismes multiples. Echanger les regards de chaque profession sur l'hôpital permettra aux professionnels de saisir la complexité de leur institution et de clarifier les rôles et le positionnement de chacun. Au-delà des rapprochements entre cadres hospitaliers, l'enjeu est de partager avec tous les managers de l'hôpital - cadres, médecins et directeurs - des problématiques d'encadrement similaires et de contribuer à construire les contours du management hospitalier.

II.6.1.b Le choix de créer de nouvelles structures

La mission s'est longuement interrogée sur la manière dont pourraient se mettre en place les formations initiales de cadres avec leur tronc commun et la formation continue de tous les managers. Plusieurs options ont été envisagées à partir des établissements ou structures existantes : étendre le périmètre des IFCS, missionner chaque CHU pour qu'il mette en place ces formations au bénéfice des cadres de son territoire, confier toutes ces formations aux universités qui les intégreraient dans leurs formations existantes ou les gèreraient dans des instituts spécialisés en leur sein, imaginer un rôle particulier des ARS en matière de formation.

Les solutions exclusivement universitaires nous semblent difficiles à mettre en œuvre dès maintenant, tant du point de vue de l'importance de la charge nouvelle qui en résulterait pour les universités que de la dimension professionnelle à garantir. Néanmoins la question reste ouverte. Quant aux Agences régionales de santé, ce n'est pas leur mission affichée et, alors qu'elles seront

à peine installées, il paraît difficile de leur demander d'en faire une priorité dans les mois qui viennent.

S'il faut saluer le travail accompli par les IFCS qui ont mis en œuvre le diplôme de cadre de santé et ont permis une inter-filiarité chez les cadres de santé, il ne semble pas possible de leur demander d'assumer seuls les transformations ambitieuses proposées. On constate une forte disparité entre les 37 IFCS existant aujourd'hui. Ils sont de tailles très différentes, avec des promotions variant de 30 à 180 étudiants. Leurs conceptions de la fonction de cadre de santé varient, de même que les approches pédagogiques. Leurs partenariats avec les universités sont très variables, certains n'en ont pas, d'autres permettent un accès en L, en première année de master ou en master complet. Les cadres de santé, sans rejeter en bloc la formation qu'ils ont reçue en IFCS, ne s'y retrouvent pas toujours. Ils l'ont exprimé sur le site internet de la mission : « *Après l'IFCS les cadres sont souvent en difficulté, il y a un décalage entre la théorie et le quotidien dans les services* » ; « *Les programmes doivent se rapprocher au plus près de la pratique quotidienne. Si aujourd'hui certaines personnes mettent en doute l'utilité de passer par un IFCS pour être un cadre de santé et repensent à la VAE ce n'est pas un hasard. La plus-value des dix mois d'études n'est pas toujours flagrante* ». « *Le programme ne comprend "que" six semaines de cours sur la fonction d'encadrement. Est-ce suffisant ?* » Pour pallier le « *décalage considérable entre ce que j'ai pu y apprendre et les compétences que l'on attendait de moi lorsque j'en suis revenu, estampillé "cadre de santé", (...) je me suis donné les moyens d'acquérir de nouvelles connaissances, puis de tenter de les traduire en compétences en suivant, dans le cadre de la formation continue, un master.* »

La mission propose de mettre en place de nouvelles structures qui se substitueraient aux Instituts de Formation des Cadres de Santé : les Instituts Supérieurs de Management en Santé. Ces instituts auraient un champ régional ou inter-régional d'action : selon la taille des régions, il serait possible de proposer des regroupements autour d'un institut commun à plusieurs d'entre elles. Ces nouveaux instituts auraient vocation à intégrer les équipes des IFCS.

II.6.1.c Les missions des Instituts Supérieurs de Management en Santé

En partenariat avec les universités, les ISMS assureraient la formation initiale des cadres hospitaliers toutes les filières étant concernées, proposeraient pour l'ensemble des managers hospitaliers (cadres hospitaliers, médecins et directeurs) des actions pour leur formation continue, l'expertise et la recherche en management. Ils seraient aussi ouverts aux managers du secteur hospitalier privé. Ils rechercheraient des coopérations avec les structures de formation des cadres du secteur social et médico-social.

Répartis sur l'ensemble du territoire national, ils associeraient tous les acteurs ayant des intérêts dans le développement des compétences managériales en santé.

Parmi leurs actions clefs en formation initiale, les ISMS devraient construire le tronc commun (cf.2.2) offerts à tous les cadres hospitaliers en veillant à l'articulation de ce tronc commun avec les programmes des différentes filières d'encadrement. En lien avec les universités, ils assureraient la formation des cadres de santé, celle des ACH et celle des TSH ; ils

apporteraient leur contribution à la formation des AAH (avec l'EHESP), à celle des cadres sages-femmes. En formation continue, il faut souligner leur nécessaire implication dans l'élaboration de masters de management des pôles qui intéresseront les cadres paramédicaux et cadres sages-femmes de pôle ainsi que les médecins et les cadres administratifs de pôle. Ils seront en première ligne des changements importants à impulser au niveau du système de santé et constitueront des appuis solides pour les accompagner en région.

II.6.1.d La structure proposée pour les Instituts Supérieurs de Management en Santé

Présents dans la majorité des régions du territoire français, les ISMS auront donc chacun un périmètre de rattachement égal à une région, ou une inter région. Plusieurs entités devraient nécessairement fonder ces Instituts et faire partie de leur coopération constitutive : les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux (en tant que tels et/ou via des structures de coopération déjà existantes au niveau régional telles que les délégations régionales FHF), les universités, les ARS, les régions, des établissements privés de santé et/ou leurs représentants des établissements privés de santé,²⁹ etc. Plusieurs formules juridiques peuvent servir de support à la création des ISMS. Le Groupement d'Intervention Publique ou le Groupement de Coopération Sanitaire sont deux possibilités qu'il faudra étudier pour choisir la mieux adaptée aux missions des ISMS et aux acteurs à réunir pour les constituer. Le choix de la structure dépend bien entendu du mode de financement retenu.

Il paraît nécessaire d'imaginer un maillage national de ces instituts, pour les faire monter en puissance de manière concertée, pour rapprocher les projets de formation, pour harmoniser les démarches pédagogiques, pour imaginer des spécialisations/coopérations entre eux. Ainsi, les tronc communs de formation initiale des cadres hospitaliers pourraient être conçus de manière concertée entre les instituts.

Ce maillage pourrait être porté par :

- le ministère de la santé (DHOS) qui associerait le ministère chargé de l'action sociale (DGAS) ;
- l'EHESP ;
- la Conférence des Présidents d'Université ;
- le Centre National de Gestion ;
- la FHF ;
- l'assemblée des régions de France ;
- ainsi qu'une représentation professionnelle.

Cette mise en réseau des instituts supérieurs de management en santé devrait garantir des niveaux de qualité pédagogique comparables et des projets coordonnés. La mission recommande aussi que les instituts soient tenus de se faire certifier, si possible dans une vision européenne ou plus large encore.

²⁹ Les ANFH qui sont des structures de financement et non des formateurs eux-mêmes n'ont pas vocation à en être partie prenante

II.6.2 S'appuyer sur les acteurs régionaux en formation et recherche en santé pour renforcer l'action des instituts

Les Instituts Supérieurs de Management en Santé, s'ils sont créés, devront intégrer leurs démarches dans des environnements régionaux et académiques d'analyse des pratiques, de formation et de recherche. Il est essentiel que ces instituts s'appuient sur cet environnement pour croître. Qu'elles soient membres fondateurs ou seulement partenaires, les universités joueront un rôle essentiel dans le développement des instituts, non seulement pour assurer avec eux des formations et les valider ou co-valider, mais aussi autour de projets de recherche : les instituts n'ont pas vocation à devenir centres de recherche, mais pourront s'associer aux universités pour y contribuer. Des entreprises privées de formation et de conseil ont développé des expertises pointues en matière de management en santé. En matière de gestion privée de la santé et/ou en matière de management en général, des ressources sont mobilisables. Il appartiendrait aux instituts de les identifier et de lancer les coopérations ayant du sens pour l'action à conduire. Ils auraient naturellement des relations avec les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés au rang desquels l'ANFH joue un rôle central pour les hôpitaux publics.

II.6.3 Mobiliser l'École des Hautes Etudes en Santé Publique sur l'évolution des pratiques managériales à l'hôpital

L'École des Hautes Etudes en Santé Publique, héritière de l'École Nationale de la Santé Publique, est concernée à plusieurs titres par le développement des compétences des cadres hospitaliers et les recommandations de la mission en ce domaine. D'une part, elle est directement en charge de la formation initiale d'une catégorie de cadres hospitaliers, les attachés d'administration hospitalière. D'autre part, elle forme les dirigeants hospitaliers, directeurs d'hôpital, directeurs des soins, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Comme encadrants des cadres hospitaliers, ces dirigeants jouent un rôle déterminant sur le management de l'hôpital en général et sur l'action des cadres hospitaliers en particulier. En outre, avec son statut d'établissement public scientifique, culturel et professionnel, l'EHESP bénéficie des mêmes obligations et droits que les universités : elle peut délivrer des diplômes (LMD) et encadrer des recherches. Par ailleurs, elle s'engage dans une démarche d'adhésion à la conférence des grandes écoles - ce qui lui permettra aussi de s'en prévaloir pour faire reconnaître certaines de ses formations dans le registre des masters spécialisés des grandes écoles. Cette position particulière avec l'expérience acquise pour la formation du CAFDES en matière de certification de formation, pourrait lui permettre de soutenir les instituts supérieurs de management en santé. Parmi les départements de l'École, l'Institut du Management dont la mission première est le développement du management dans le système de santé, peut jouer un rôle particulier, en collaboration avec toutes les ressources de l'EHESP, notamment le département Sciences Humaines et Sociales. Enfin, et c'est un atout pour les cadres, l'EHESP s'implique de plus en plus dans des réseaux internationaux et peut donc en faire bénéficier les managers de santé.

En ce qui concerne les attachés, la recommandation de la mission est, comme cela figure ci-dessus, d'en faire de vrais élèves à temps plein à l'EHESP (cf. 2.2) et de faire en sorte que leur

formation de 12 mois puisse les amener au master. Les responsables de l'EHESP travaillent sur la transformation de certaines de leurs formations initiales en diplômes sachant que les attachés qui entrent en formation n'ont pas tous un niveau de première année de master quand ils sont admis à l'EHESP. Il faut donc imaginer une organisation de la formation en lien avec les établissements qui permette néanmoins la délivrance du Master. De plus, pour que les attachés puissent bénéficier de la formation en tronc commun des cadres hospitaliers, l'EHESP devrait mettre au point un partenariat avec les ou des instituts supérieurs de management en santé chargés d'organiser cette formation commune à tous les cadres hospitaliers.

Près des instituts supérieurs de management en santé, l'EHESP peut apparaître comme un centre de ressources, c'est-à-dire un lieu apportant de la connaissance et de l'expertise en formation au management en santé, ouvrant ses laboratoires de recherche et ses coopérations nationales et internationales. A ce titre, elle pourrait animer le maillage préconisé ci-dessus. En outre, l'EHESP pourrait, à l'instar de ce qu'elle fait pour le CAFDES, certifier les formations initiales des cadres hospitaliers proposées par les instituts supérieurs de management santé. Elle pourrait aussi les accompagner dans des démarches de certification européenne ou internationale en les faisant bénéficier des réseaux de certification de écoles de santé publique auxquels elle appartient.

En charge de la formation initiale des directeurs d'hôpital, des directeurs des soins et des DESSMS, l'EHESP a la responsabilité d'ouvrir ces futurs dirigeants à toutes les dimensions du métier de manager : définir une politique de l'encadrement, fixer les règles du jeu des différents acteurs dans le contexte de leur établissement, orienter et soutenir le travail des cadres. Si les questions posées par les cadres sur leur positionnement, leur implication dans les décisions, leur valorisation ne relèvent pas que des directeurs d'hôpital, elles les concernent en premier chef. La présence de directeurs d'hôpital, d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et de directeurs des soins aux rencontres régionales, leur implication dans l'organisation de ces rencontres, les propositions écrites formulées par plusieurs d'entre eux à la mission, ont montré une capacité d'écoute et d'attention et une volonté de contribuer à répondre aux questions qu'ils perçoivent au quotidien. La mission préconise que l'EHESP soutienne cette mobilisation en travaillant avec les directions hospitalières (formation/action, séminaire de recherche, accompagnement sur le terrain des établissements) sur les questions fortes posées par les cadres et sur les préconisations de la mission qui sont directement à leur main.

L'un des regrets de la mission est de n'avoir pas suffisamment exploré les pratiques internationales en matière d'encadrement hospitalier. Il est vrai que les organisations et les perceptions diffèrent. Par exemple, quand on interroge des chercheurs britanniques sur le « middle management » dans leurs hôpitaux, ils parlent de la situation de docteurs ; en Allemagne les managers intermédiaires sont des cadres en gestion recrutés sur diplômes universitaires de gestion. Il nous semble qu'il y a matière à conduire des travaux de recherche comparatifs sur la situation des cadres hospitaliers.

La mission préconise aussi que l'EHESP utilise ses capacités de recherche, son réseau doctoral et ses contacts internationaux pour lancer un programme de recherche sur les pratiques managériales comparées, en association avec des équipes universitaires françaises et internationales reconnues.

III Affirmer le positionnement des cadres au sein du système hospitalier

La question du positionnement des cadres dans l'hôpital renvoie à trois constats distincts mais complémentaires. En premier lieu, les cadres ne sont pas suffisamment impliqués dans les processus de décision de l'établissement. En second lieu, ils sont faiblement représentés dans les instances institutionnelles. Enfin, leur reconnaissance statutaire et financière n'est pas à la hauteur des responsabilités qui leur sont confiées.

La participation aux processus de décision et la représentation institutionnelle ne se confondent pas. Une implication active des cadres dans telle ou telle instance de l'établissement ne garantit en rien leur réelle participation aux décisions prises, notamment celles qui touchent à leur champ d'activité et de responsabilité. C'est au demeurant une simple question de bonne gestion : comment un cadre peut-il efficacement appliquer et expliquer une décision à laquelle il n'a pas participé? Au travers d'une politique managériale propre à l'établissement, les cadres doivent être associés, à tous les échelons de la structure, aux décisions les plus importantes. Un mode organisé de participation des cadres aux décisions est indispensable. C'est vrai partout, et particulièrement dans les grands hôpitaux : plus la ligne hiérarchique est longue, plus la lisibilité et la cohérence managériales sont nécessaires.

S'agissant des instances institutionnelles dans lesquelles la voix des cadres doit pouvoir se faire mieux entendre, la question se pose avec plus d'acuité encore avec le prochain passage en catégorie A de l'ensemble des paramédicaux. Le risque est réel d'une dilution - voire d'une disparition - de la dimension cadres au sein des instances, du CTE par exemple. Plus qu'au travers de la création d'une instance spécifique aux cadres, qui « catégoriserait » ces derniers parmi l'ensemble des agents de l'établissement, la solution se trouve dans l'aménagement des instances elles-mêmes.

La reconnaissance des cadres passe également par une mise à plat et par une valorisation des carrières et des rémunérations. Nombre de dispositifs statutaires et indemnitaires sont aujourd'hui dépassés et inadaptés à la situation des cadres, à leur niveau de qualification, aux

responsabilités élargies qu'ils assument et à leur place au sein de l'hôpital. Une réforme d'envergure est en cours dans la fonction publique concernant les grilles indiciaires, les niveaux statutaires et les régimes indemnitaires. Les cadres hospitaliers doivent y trouver toute leur place et leur spécificité doit être prise en compte.

III.1 S'engager dans une politique managériale

Un positionnement clair dans l'organisation hospitalière et une implication plus grande dans les processus de décision : telles sont les attentes premières exprimées par tous les cadres, qu'ils soient dans des filières techniques, de soin, d'administration. Ceci peut surprendre dans des établissements qui sont fortement structurés par une double réglementation, celle d'une fonction publique et celles de normes professionnelles renforcées par des ordres professionnels. Chacun devrait être à sa place, une place connue et fixée dans des textes... Certes, mais en même temps qu'ils précisent par profession les rôles et les missions, ces textes cloisonnent. Ils mettent chaque profession, chaque métier dans un périmètre particulier sans expliciter suffisamment les positions des différents acteurs les uns par rapport aux autres, ce qui rend le travail de coordination de ces acteurs, donc le travail d'encadrement, encore plus délicat. Pour tenter de dépasser ces cloisonnements, les lieux de concertation ont été multipliés avec des commissions appelées à donner des avis. L'organisation hospitalière apparaît complexe, les circuits de décision peu lisibles et les cadres ne s'y retrouvent plus. Si l'ordonnance de mai 2005 sur la gouvernance a dessiné un nouveau cadre pour l'organisation de l'hôpital, elle s'est arrêtée aux grandes lignes. Faut-il aller plus loin dans l'explicitation des positions des uns et des autres ? Quelle part doit être fixée au niveau national ? Que faut-il déterminer au niveau de chaque établissement, de chaque pôle, de chaque unité ? Comment les principes généraux sont-ils appliqués et appropriés sur le terrain ? C'est toute la question des règles du jeu qui est posée, moins en terme de cadre fixé « une fois pour toutes » qu'en terme d'« accords à vivre » pour l'organisation hospitalière.

Il n'est bien évidemment pas question de remettre sur le métier l'écheveau d'une nouvelle réforme de la gouvernance hospitalière : l'ordonnance du 2 mai 2005 n'a pas été complètement mise en œuvre, le bilan de ses effets sur la production de soins n'a pas encore été établi, une nouvelle loi vient d'être adoptée le 21 juillet 2009, dont les décrets sont en cours de rédaction. C'est au niveau des établissements que doivent être travaillées ces règles du jeu. La mission préconise un engagement fort de tous les établissements hospitaliers dans une réelle politique managériale en les invitant à définir (ou à redéfinir avec la nouvelle loi) leur organisation, à se fixer des priorités pluriannuelles concernant l'encadrement dans un projet managérial et à veiller à respecter et faire respecter les règles du jeu posées. La mission propose aussi que cette obligation de construire et d'afficher une politique managériale figure dans des décrets d'application de la loi Hôpital, Patient, Santé Territoires.

III.1.1 Définir et clarifier l'organisation de l'établissement

« *Que veut l'institution, qu'attend-elle des cadres (cadres, cadres sup, dsi etc...).* » Les expressions des cadres sur le flou de leur rôle sont nombreuses sur le site de la mission: « *L'expérience que je me suis forgée au sein des établissements hospitaliers m'a convaincu que les cadres avaient une vision floue de leur rôle et de leurs missions sans doute en grande partie parce que les directions ont une vision tout aussi floue des rôles et missions de leurs cadres !* » Les directeurs d'hôpital perçoivent aussi cette interrogation et s'expriment sur ce besoin de clarification : « *La question centrale à laquelle il faudrait répondre serait : Quelle est vraiment la place du cadre de santé et qu'est ce que l'hôpital attend de lui ? Les fiches de poste de cadre évoluent-elles ? Sont-elles formalisées et partagées ?* » . « *La question à se poser est sans doute que doit-être un cadre aujourd'hui ? Quels objectifs au regard des moyens alloués attend-t-on de lui ? Quelles compétences attendues au regard de la fonction exercée et de la responsabilité qui lui est confiée ? Toutes ces questions restent encore très floues ce jour ; de plus que devient la direction de soins, quel rôle va t-elle jouer dans le dispositif ?* C'est aussi un sujet récurrent des débats des cadres en « focus group » avec la mission qui interrogent à la fois les positionnements respectifs des filières -administratifs/soignants, techniques/administratifs--, les positionnements des niveaux d'encadrement -cadre, cadre supérieurs et directeurs des soins--, les relations médecins, directeurs et cadres.³⁰ Lors des rencontres régionales, plusieurs cadres ont exposé des démarches visant à préciser leurs rôles dans les organisations. Le management des pôles y a occupé une place importante avec des présentations de binômes (cadre de santé et cadre administratif de pôle à Montpellier, à Marseille, à Toulouse), voire de trios quand les médecins chefs de pôle se sont joints aux cadres (Elbeuf et Paris). De nouveaux métiers de cadres se dessinent ou se confirment, le coordonnateur des assistants de gestion à Nancy ou l'assistant de gestion coordonnateur à Bordeaux, le cadre de recherche en soins infirmiers à Limoges, le cadre de santé expert en système d'information à Bordeaux ou le responsable du projet utilisateur – référent soignant pour développer les projets du système d'information à Lyon, etc.... Parallèlement, au sein des pôles, les cadres travaillent sur leurs organisations, comme à Metz-Thionville. A l'AP-HP a été élaboré un guide précisant les fonctions respectives des cadres paramédicaux de pôles et des cadres administratifs de pôles. Des régions, comme Midi-Pyrénées³¹ ou la Picardie ont lancé une dynamique régionale pour travailler sur l'évolution des rôles et positionnements des cadres.

Ce « tour de France » en régions et sur internet exprime à la fois un foisonnement de questions et d'attentes sur les rôles et positionnement des cadres et une dynamique d'initiatives lancées dans certains établissements pour y répondre. Ceci laisse penser que, même si la tâche est ardue, il existe des ressources et des compétences pour travailler dans les régions et dans les établissements sur les organisations. Par ailleurs, les travaux importants conduits à l'initiative de la DHOS sur le répertoire des métiers et les métiers sensibles, sans oublier le dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières, attestent une expertise nationale en ces domaines. Pour autant, si nous considérons qu'il est indispensable de clarifier l'organisation managériale et que ceci concerne tous les établissements, il faut mettre au point une démarche générale pour y

³⁰ Dans la rencontre avec un groupe de cadres de l'AP-HM des ingénieurs ont insisté sur la nécessité de clarifier les relations avec les directeurs-adjoints, avec les attachés et les ACH. Au CH de Roubaix un accent a été mis sur les confusions éventuelles entre cadres supérieurs et cadres, sur le positionnement particulier des cadres en situation transversale eu égard à la direction des soins.

³¹ Le cadre au cœur du projet.....

parvenir. Il s'agit d'une part de préciser l'objectif de clarification attendu - que signifie « une organisation managériale définie » ? – et d'autre part de fixer une méthode de travail.

III.1.1.a L'organisation : fiche de poste et de mission, organigramme et circuit de décision

Se situer dans une organisation suppose de connaître ses missions et ses objectifs définis à partir d'une fiche de poste, de connaître son responsable hiérarchique, ses interlocuteurs en relation « fonctionnelle » et les personnes que l'on encadre, d'identifier comment sont prises les décisions dans l'organisation, à la fois les décisions intéressant directement son domaine d'activité et plus généralement l'ensemble des décisions de l'établissement. Si le répertoire des métiers³² permet de donner des repères généraux pour les postes et les missions, ceux-ci ne suffisent pas à expliciter pour un établissement donné ce qui est attendu de chacun. Chaque établissement doit préciser les missions qu'il confie en général aux différentes catégories de cadres (par filière et par niveau) et en particulier à chaque personne cadre dans la situation spécifique qu'il occupe. Un cadre résume très bien sur le forum internet ce qu'il convient de faire : « *La clarification de nos missions serait aussi selon moi un facteur de prévention de l'épuisement professionnel traduit parfois sous la forme d'un sentiment de découragement. La définition des missions va selon moi avec les compétences requises et se divise en deux parties: Des missions liées à la fonction = qui peuvent et doivent être définies à l'échelle nationale (DHOS) et qui peuvent se décliner selon la fonction cadre enseignement, hospitalier, médico-social, administratif...Des missions liées au poste = orientations stratégiques du poste définies par la direction de l'établissement en fonction du poste, des besoins de l'institution, des compétences du candidat. Les missions, responsabilités, moyens devront y être définies. Pourquoi ne pas envisager une forme de 'contrat', assorti d'une révision annuelle et permettent de constituer un socle à l'entretien d'évaluation. Je pense que cette clarification des missions, moyens, évaluation permettrait de répondre à bon nombre de nos attentes* ». Préciser les missions de chaque cadre - en concertation avec les cadres et les autres managers concernés - et le faire savoir dans l'hôpital, telle est la priorité.

D'une façon générale, la « nouvelle gouvernance » a conduit à remettre en cause les organigrammes antérieurs qui définissaient les domaines couverts et les rattachements en terme d'autorité entre les différents professionnels. La mise en place des pôles pose la délicate question du positionnement du cadre paramédical de pôle et du cadre administratif de pôle à l'égard du médecin chef de pôle. Dans les pôles de taille importante où, à côté des cadres paramédicaux de pôles ont été maintenus des cadres supérieurs, certains cadres supérieurs se sont émus de dépendre du cadre paramédical de pôle. Les cadres administratifs de pôles se sont interrogés sur leur lien avec les médecins chefs de pôles. De la même manière, la délégation de gestion aux pôles a modifié les procédures de consultation, de décision et de contrôle au sein des directions fonctionnelles. Une note de Denis Debrosse et de Pierre Simon, du 12 janvier 2009 jointe en annexe (tome 2), fait le point sur cette évolution qui conduit à différencier autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle. Connaître parfaitement ces principes est indispensable. Certaines

³² La publication de la nouvelle version du répertoire des métiers de la FPH doit intervenir en septembre 2009

questions posées par les cadres³³ sur leur responsabilité montrent le besoin de faire savoir au sein de l'hôpital les obligations et les protections juridiques qui s'appliquent aux cadres. La note déjà évoquée de Dominique Thouvenin sur ce sujet éclaire la question. Il ne serait pas inutile que les directions hospitalières veillent à partager avec tous les cadres, médecins compris, cette connaissance indispensable pour chacun de ses droits et de ses obligations dans le management de l'établissement.

Sur les circuits de décision complexes dans les hôpitaux avec un nombre important de comités et conseils appelés à donner des avis, la clarification est indispensable. L'ordonnance de 2005 et la loi HPST ont donné les lignes directrices. Il importe de les faire vivre dans le contexte de chaque établissement en explicitant les modes de décision. De ce point de vue, les témoignages venant du secteur privé laissent penser que les circuits sont plus simples et plus clairs ; un cadre du public l'évoque ainsi sur le forum internet: « *D'autres modèles existent, dans le privé où la place de l'encadrement est fondamentale et reconnue. Son rôle est défini ainsi que ses objectifs ; par contre c'est à lui de s'adapter à la structure et non l'inverse* ». Il faut observer que joue aussi la question de la taille des établissements ; les cliniques privées sont plus souvent de taille plus faible. Dans le secteur medico-social, nous n'avons pas noté cette difficulté de positionnement, peut être pour la même raison. Dans la dernière expérience présentée à Nancy, la cadre soignante d'un hôpital local du Jura, à Mouthe, qui joue aussi bien le rôle de cadre de proximité que celui de cadre de pôle, travaille en collaboration directe avec la direction de l'établissement et est fortement impliquée dans toutes les instances de son hôpital, CA, CME, CTE, CHSCT, ainsi qu'avec les différents services administratifs ; pour elle-même si la charge est lourde et si la solitude en tant que cadre l'est aussi, la question de sa place dans les circuits de décision ne se pose pas.

Au delà de la seule clarification des circuits de décision, la mission reprend à son compte une attente des cadres : être associés aux décisions concernant leur champ de responsabilité. Comme l'écrit un cadre sur le forum internet : « *Autant dire la difficulté dans un contexte où la responsabilité est constante et entière, sans avoir de pouvoir décisionnel. Nous devons accompagner les projets sans être concertés en ce qui concerne les modalités et les faisabilités. Tout ceci pour illustrer mon mécontentement et le constat fréquent, non seulement de ne pas être soutenue par la hiérarchie mais souvent discréditée dans ma prise de décisions et mon positionnement..Nous avons souvent le sentiment de naviguer à vue et d'évoluer au gré des turbulences sans entrevoir le cap qu'il faut atteindre. J'aimerais que ma fonction de Cadre de santé soit effective et reconnue, en participant aux prises de décisions et en disposant de moyens élémentaires et indispensables à la réalisation des missions qui nous sont confiées. Je pense avoir l'expertise nécessaire à l'évaluation du travail à réaliser et je souhaiterais que mes demandes ne soient pas sans cesse remises en question. Cela pourrait réinstaurer la crédibilité des cadres indispensable à la mise en place des nouvelles modalités de prise en charge* ». Comme le souligne aussi un autre cadre, les tenir à l'écart des circuits de décision est un gaspillage de ressource et d'intelligence, que les hôpitaux ne peuvent plus se permettre : « *Le rôle du cadre est central dans l'information des changements et des protocoles mis en place.* » ; « *Les cadres ne peuvent rester de simples exécutants des décisions prises* ». Cette demande très souvent exprimée par

³³ Les rencontres régionales ont été aussi le moment pour les cadres de s'interroger sur leurs responsabilités et d'exprimer leur inquiétude sur leur capacité à les assumer dans un contexte contraint notamment sur le plan économique.

ailleurs lors des rencontres régionales ressort aussi clairement des auditions. Le président de la conférence des directeurs de centre hospitalier évoque la mission qu'il a conduite sur la mise en œuvre de la RTT dans les hôpitaux. Il note que les cadres ont été trop souvent tenus à l'écart des contrats locaux alors que le débat portait sur les horaires de travail des équipes.

Tout cadre de santé, sage-femme, administratif, socio-éducatif et technique devrait pouvoir donner son avis et peser sur les décisions qui relèvent de son champ de responsabilité. Les cadres eux-mêmes ont une responsabilité importante dans l'association de leurs collaborateurs cadres aux décisions. Ils peuvent en effet encadrer des cadres et c'est sur eux que repose alors l'association de leurs collaborateurs aux décisions. Ils doivent aussi utiliser tous les espaces disponibles pour se saisir, intervenir et interpeler ; cela relève de leur responsabilité. Les pôles sont sans doute un espace privilégié de concertation : il est ainsi essentiel que les chefs de pôles avec les cadres paramédicaux de pôles et les cadres administratifs veillent à associer tous les cadres du pôle aux décisions les concernant.

La mission considère aussi que les cadres ne sont pas suffisamment informés au bon moment de la décision stratégique. Il arrive qu'ils soient informés par l'extérieur, ou par ceux qu'ils encadrent - via les organisations syndicales, par exemple - de décisions stratégiques pour leur établissement. Ceci est incompatible avec le rôle d'un cadre qui consiste aussi à relayer les décisions des dirigeants et à les mettre en œuvre avec leurs équipes. La mission attire donc l'attention des directions hospitalières sur l'importance de la communication managériale dans leur établissement. Et au-delà de l'information indispensable à assurer, la mission préconise aussi de garantir une association des cadres (qu'ils soient cadres paramédicaux ou administratifs de pôles, attachés dans des directions fonctionnelles ou ingénieurs) aux réflexions stratégiques³⁴. Certains hôpitaux ont imaginé des lieux pour cette association à la décision stratégique (la réunion des trios de pôles avec le président de la CME et les directions, par exemple) pour la nouvelle gouvernance de 2005. La question est posée *a fortiori* avec la loi HPST.

III.1.1.b Des orientations méthodologiques pour conduire cette clarification de l'organisation

En conclusion de cette question sur la conception et de la clarification de l'organisation, les rôles de l'encadrement (incluant managers médicaux et directeurs) et les circuits de décision, il faut évoquer la manière dont elles pourraient se faire. L'essentiel du travail relève des hôpitaux eux-mêmes à partir des textes et des contextes. La recommandation à l'égard des chefs d'établissement consiste à souligner la nécessité d'y impliquer les cadres eux-mêmes ainsi que les médecins managers, les directeurs des soins et les directeurs-adjoints. La mission considère qu'un accompagnement méthodologique devrait se faire au niveau régional, avec un portage direct ou un soutien et une incitation forte de l'Agence Régionale de Santé qui associera tous les partenaires de la région. A terme, on peut penser que des Instituts Supérieurs de Management en Santé (cf. 2.6) pourraient jouer un rôle majeur dans l'accompagnement méthodologique d'une telle

³⁴ Il faut bien entendu veiller aussi à l'association des directeurs –adjoints à la stratégie ; la question s'était posée pour des adjoints non présents dans le conseil exécutif, elle se pose de manière plus cruciale avec le directoire

démarche. Mais ils n'existent pas encore, et il faudra du temps pour les créer si la décision en est prise. Or la clarification des organisations ne peut attendre. Enfin, il est essentiel de soutenir et de coordonner au niveau national cette impulsion par un dispositif de capitalisation et de suivi qui assure auprès des cadres et des établissements la diffusion et le partage des informations, l'évaluation des initiatives et des expériences. Selon les cas, cette coordination pourrait être directement assurée par les services de la DHOS, ou bien par le groupe projet (cf. conclusion) qui piloterait la mise en place des décisions prises suite à la mission cadres, ou bien encore avec les outils de l'accompagnement de la réforme de la loi Hôpital Patient Santé Territoire. Quelle que soit l'option retenue, il y aurait grand bénéfice à accompagner le dispositif opérationnel par des travaux de recherche.

III.1.2 Se fixer des priorités en matière de management : le projet managérial

Bases d'une politique managériale, les règles du jeu de l'organisation permettent aux cadres de situer et de conduire leurs équipes et leur action au quotidien. Mais dans un hôpital en mouvement, avec des projets stratégiques visant à répondre aux nouveaux besoins de soin, le management est en première ligne et tout n'est pas écrit dans les règles du jeu. Il est indispensable de lier fortement l'évolution du management à la stratégie, d'abord pour tirer les conséquences des choix stratégiques sur le management et, ensuite, pour ajuster les priorités stratégiques aux ressources managériales. Comment développer une nouvelle activité de soins sans imaginer la manière dont elle s'insérera dans l'organisation existante (quel rattachement de pôle, quelles coopérations internes, quel impact sur la gestion administrative...?) Comment décider un regroupement d'activités, de structures, d'établissements, sans s'assurer des capacités managériales pour les conduire? Il est vraisemblable qu'une partie des échecs des restructurations hospitalières résultent d'une non prise en compte des ressources managériales nécessaires pour les réussir. A l'heure où s'affichent des coopérations fortes sur les territoires de santé, identifier les potentiels des managers - cadres hospitaliers compris - à porter ces changements, apparaît incontournable.

Il existe un espace pour travailler la cohérence stratégique et le développement du management : c'est le projet d'établissement. Même si dans ce projet ne figure pas explicitement la notion de projet managérial, nous proposons de l'inclure en tant que tel, à côté du projet médical et du projet de soins. Certains établissements ont déjà élaboré des projets intégrant le management, soit indépendamment du projet d'établissement (il peut s'agir de projets pour l'encadrement, par exemple), soit comme élément du projet d'établissement. A été évoquée la proposition d'en faire un volet du projet social. Aujourd'hui, le projet social ne nous paraît pas adapté à l'expression d'un projet de management : il est fait sans les médecins, il est principalement tourné vers les questions de vie au travail et il ne nous semble pas que les organisations syndicales, qui en sont très porteuses, accepteraient de faire du projet social un texte fondant des priorités d'action sur le management. Il nous semble aussi que l'affichage d'un projet de management est un gage que ce sujet des cadres dans l'établissement soit effectivement posé. Mais la question reste ouverte et à discuter avec cadres, médecins, syndicats et directeurs.

Elaboré à partir d'une analyse de l'organisation managériale et des priorités stratégiques (activités médicales et projet de soin) le projet de management doit préciser les priorités pluriannuelles pour développer les organisations et les compétences des managers avec des objectifs précis. Il devrait permettre de faire le bilan du fonctionnement des circuits de décision, de modifier et préciser ce qui doit l'être, d'inclure les impacts de la stratégie sur des responsabilités nouvelles à identifier, d'aborder des thèmes comme la communication managériale, la valorisation des cadres, etc. Mais le projet managérial doit être d'abord être lieu pour débattre dans l'établissement sur ce que doit être « un bon management » ou, si cela n'a jamais été entrepris auparavant, pour lancer une réflexion générale sur ce thème, ou pour s'assurer que les fondements posés sont toujours connus, acceptables et appropriés au contexte de l'établissement. Il est impossible de se fixer des priorités de management si ce préalable n'a pas été posé. Le projet managérial est aussi un moyen de fédérer les différents acteurs, de dépasser les oppositions entre soins et gestion économique, de mieux communiquer et de partager une culture décisionnelle au bénéfice de la communauté.

La mission préconise donc que tout projet d'établissement inclue un projet de management.

III.1.3 Faire vivre les règles du jeu et rendre compte du management

Avec des règles du jeu du fonctionnement hospitalier clarifiées, qui les associent pleinement au processus de décision, un projet managérial pluriannuel qui permet de remettre, si nécessaire, ces règles du jeu en débat et de le resituer dans les priorités stratégiques, les cadres devraient à la fois pouvoir mieux exercer leurs responsabilités et se sentir partie prenante de l'ensemble de l'organisation hospitalière. Faut-il préciser que des règles du jeu n'ont de sens que si elles sont réellement respectées. Si le projet managérial est l'occasion de réactiver ces règles une fois tous les 4 à 5 ans, il nous semble nécessaire d'insister sur le respect de ces règles au quotidien. De ce point de vue il faut à la fois des lieux de réflexivité interne et externe.

En interne le contrôle sur le respect des règles du jeu de l'organisation relève bien entendu du directoire qui peut être alerté par des questions posées soit en CTE soit en CME. Si comme nous le préconisons (cf. 3.2) les cadres sont en tant que tels représentés en CTE et si un espace cadre appuie cette représentation, les cadres disposeront des lieux pour débattre des règles du jeu managérial et intervenir. Avant cette saisine des instances, il est vraisemblable que dans une organisation hiérarchique clarifiée, les cadres auront pu évoquer auprès de leurs responsables les difficultés rencontrées dans leur positionnement de cadre ; le respect des règles du jeu concerne tous les managers, y compris bien entendu les médecins en tant que chef de pôle ou chef d'unité médicale, y compris aussi les cadres eux-mêmes vis-à-vis des cadres qu'ils encadrent, et de leurs équipes, de leur propres encadrants. Le chef d'établissement doit rester un recours pour les cadres si la ligne hiérarchique est parasitée.

En externe la question du management fait partie de l'évaluation des chefs d'établissement. La mission souligne que les directeurs d'ARS et du CNG devront, dans le cadre de leurs responsabilités en matière d'évaluation des chefs d'établissement, se donner la possibilité de s'assurer que l'hôpital s'est fixé des objectifs de la politique managériale et qu'ils sont mis en œuvre.

III. 2 Organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement

Donner des champs de décision clairs aux cadres et les associer à la réflexion stratégique, tels sont les axes forts que doit garantir une politique managériale qui leur reconnaît une place réelle dans les processus de décision. Mais le positionnement des cadres dans l'établissement implique aussi leur représentation institutionnelle. Les cadres hospitaliers et leurs représentants sont ainsi nombreux à réclamer un positionnement institutionnel clair de leur fonction au sein des établissements ; comme l'exprime l'un d'eux sur le forum internet « *Il s'agit de réfléchir à une réelle "démocratie d'élaboration" au sein des établissements.* ».

Sur cette question très discutée qui reçoit des réponses multiples, la mission a longuement débattu. Elle considère que la solution esquissée dans l'ordonnance de mai 2005 - à savoir la réunion de la CME et du CTE dans une seule instance incluant un collège cadre³⁵ - serait la plus appropriée : elle garantit une représentation institutionnelle des cadres sans créer une instance supplémentaire et elle fait le lien entre le médical et le non médical. Mais quatre années après, force est de constater que les hôpitaux ne sont pas prêts et rien ne laisse penser qu'ils le seront à court terme. Il restait une alternative : la création d'un collège cadre en tant que tel, ou l'intégration d'un collège cadre dans le CTE. C'est la deuxième formule que la mission préconise, en recommandant que cette représentation des cadres au CTE se fonde sur une dynamique locale facilitée par la création d'espace-cadre.

III.2.1. Favoriser la création d'un espace cadre dans chaque établissement

Des groupes de réflexion et d'échanges entre cadres se sont mis en place dans les hôpitaux, sur l'initiative des cadres, le plus souvent soignants, ou sur celle des directions hospitalières. La mission a étudié un panel de ces groupes³⁶. Leur appellation varie : collège de

³⁵ Extrait de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé : Art. L. 6144-6-1. - Le conseil d'administration peut décider, après avis conforme de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, de constituer à titre expérimental, pour une durée de quatre ans, un comité d'établissement se substituant à ces deux instances pour donner un avis sur les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1. Le comité d'établissement est composé à parité de représentants désignés par la commission médicale d'établissement, d'une part, de représentants désignés par le comité technique d'établissement proportionnellement au nombre de sièges détenus dans cette instance par les organisations syndicales et d'un collège des cadres, d'autre part. Le directeur préside le comité d'établissement.

³⁶ Elle s'est appuyée sur des informations communiquées en région³⁶. Leur appellation varie : collège de spécifique.

L'encadrement, comité de l'encadrement, collège du management, commission des cadres de l'établissement, comité de concertation cadre, conseil des cadres. Ce sont des lieux d'échange et de partage d'information, de soutien entre cadres qui contribuent à créer une culture et des références communes. Y sont invités, en permanence ou ponctuellement, des médecins, des directeurs. Leur organisation n'est pas toujours formalisée, mais néanmoins certains hôpitaux ont fixé un mode de désignation, le rythme de réunion et certains directeurs ont précisé avec les cadres les missions de ces comités. Ainsi les comités cadres sont consultés sur certains thèmes tels que la formation continue des cadres, la permanence de l'encadrement, le référentiel métier cadre, la communication et la diffusion de l'information ; certains comités cadres sont consultés sur les projets de développement et sont associés à l'élaboration d'un projet managérial quand il existe. Ces comités peuvent être amenés à désigner des cadres pour rejoindre des groupes de travail transversaux. Sous réserve d'une implication réelle du directeur, ces comités semblent répondre à l'attente d'une meilleure association des cadres à la vie institutionnelle. Mais la mission a perçu de fortes réticences à systématiser des comités de cadres qui deviendraient une instance supplémentaire à animer ; elle observe aussi que ces comités ne répondent pas toujours au besoin de décloisonnement entre les différents mondes de l'hôpital. Elle ne propose donc pas de les rendre obligatoires mais elle en recommande fortement la création, en laissant à chaque établissement, en fonction de sa taille, en fonction de ses projets, le soin de déterminer son espace cadre.

III.2.2 Créer un collège cadre au sein du CTE en relation avec la CME

Parallèlement à la constitution d'un espace plus ou moins formalisé d'échanges entre cadres, il est proposé par la mission de renforcer le positionnement institutionnel formel de l'encadrement au sein de chaque établissement. La mission estime nécessaire, à ce titre, la création d'un collège cadre au sein du Comité Technique d'Etablissement de chaque centre hospitalier.

En effet les expériences de Comité de concertation cadres sont jugées intéressantes mais trop fragiles et dépendantes de la motivation des acteurs locaux: *« Il faut un collège cadre officiel, avec un droit de vote dans les instances », « Chaque expérience s'est achevée en désillusions... Car, informels ou formels, quel poids réel ont ces instances "consultatives"? Aucune incidence sur les votes ou décisions stratégiques. Aucune légitimité légale. Forts de ces expériences, nous avons présenté des listes et avons des élus suite aux élections professionnelles. Selon moi, c'est cette option qui est la meilleure, au niveau local, régional et national. Encore plus avec un nécessaire collège cadre ».*

Membres du personnel non médical, les cadres sont à même d'apporter un éclairage particulier sur des questions comme le projet d'établissement, l'organisation interne de l'établissement, l'organisation du travail, la politique générale de formation du personnel (pour eux-mêmes et pour les personnels qu'ils encadrent). Dans le contexte actuel, des cadres peuvent siéger au CTE comme représentants de la catégorie A. Mais à terme, avec une catégorie A composée très majoritairement de non-cadres du fait du passage des paramédicaux en catégorie A, les cadres pourraient être totalement absents des CTE. La mission considère que les cadres

ont toute légitimité à être représentés en tant que tels. Dès lors que l'on crée un collège spécifique pour les cadres au sein du CTE, ses représentants seront, comme ceux des collèges déjà existants, élus par les personnels de l'établissement et bénéficieront de ce fait, d'une légitimité pour les représenter.

En outre la mission considère que les représentants élus des cadres au CTE devraient être des invités permanents à la CME. C'est une manière de les associer plus étroitement encore au débat institutionnel de l'établissement. Les cadres contribueraient ainsi à côté du représentant du CTE à la CME à renforcer l'articulation entre les deux instances. Cela serait peut être une étape vers la réunion des deux instances dans un comité d'établissement.

Enfin les membres du collège cadre du CTE devraient s'appuyer sur la dynamique locale de l'encadrement de l'hôpital. Ou bien il existe un espace cadre et ils devraient en faire partie et veiller à préparer dans cet espace l'expression de l'avis des cadres au CTE. Ou bien il n'existe pas d'espace cadre et il leur appartient de réunir les cadres pour débattre.

III.3 Renforcer la reconnaissance statutaire et financière des cadres

III.3.1 Des carrières peu attractives et des responsabilités mal valorisées

III.3.1.a Des adaptations statutaires indispensables

Un statut doit s'adapter au contexte institutionnel et non l'inverse.

Créé en 1986³⁷, le statut général des personnels de la fonction publique hospitalière s'inscrit dans le cadre de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires³⁸, cette dernière s'inspirant de la philosophie du statut général de 1946. Les hôpitaux et leurs personnels connaissent des contraintes particulières liées à leurs missions spécifiques : accueil de personnes fragiles ou vulnérables, fonction soin, ouverture 24h sur 24 toute l'année, etc. Ces fortes spécificités ont, de tout temps, justifié non seulement la construction d'un statut général propre mais aussi la reconnaissance de dispositions particulières en matière de rémunération, d'organisation des carrières et d'environnement statutaire en comparaison avec les règles applicables aux agents relevant des deux autres fonctions publiques. En ce sens, le statut s'est adapté aux exigences de l'organisation des soins en établissement hospitalier public. C'est dans le même esprit que certains statuts particuliers doivent aujourd'hui être aménagés. A défaut, ils

³⁷ Un statut national des personnels hospitaliers apparaît en 1955, remplacé par les dispositions du livre IX du code de la santé publique, elles-mêmes abrogées par la loi du 9 janvier 1986.

³⁸ La loi du 13 juillet 1983 constitue le titre 1^{er} du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales, le statut général des fonctionnaires de l'Etat (1984) en constitue le titre II, celui des fonctionnaires territoriaux (1984), le titre III et celui des fonctionnaires hospitaliers le titre IV.

risquent d'être considérés comme obsolètes, impossibles à réformer et au bout du compte rejetés. Un statut qui n'évolue pas finit par disparaître ou par être contourné.

Sauf exception, les statuts particuliers des cadres hospitaliers dans les différentes filières sont de création ou de rénovation récente : 2001 pour les cadres de santé et les attachés d'administration hospitalière, 2002 pour les sages-femmes cadres, 2003 pour les techniciens supérieurs hospitaliers, 2007 pour les cadres socio-éducatifs et les ingénieurs. Pourtant, certains d'entre eux ne correspondent plus à ce que l'on est en droit d'attendre d'une gestion moderne des ressources humaines (c'est le cas en particulier du statut des attachés d'administration hospitalière) ou ne prennent pas suffisamment en compte les responsabilités inhérentes aux fonctions d'encadrement, notamment celles des cadres de santé, beaucoup plus lourdes avec la mise en place de la nouvelle gouvernance et l'organisation de l'hôpital en pôles.

Les cadres de santé

Au-delà d'un manque général d'attractivité de leur statut, auquel la réforme en cours de la catégorie A devra s'attaquer, les cadres de santé connaissent deux difficultés particulières, constatées par la mission et largement corroborées par les réactions des professionnels lors des réunions interrégionales ou sur le forum Internet : un début de carrière peu valorisé et des responsabilités de cadre paramédical de pôle insuffisamment prises en compte.

Une entrée peu valorisée dans la fonction d'encadrement

Le dernier statut de décembre 2001 (application du protocole du 14 mars 2001 relatif aux filières professionnelles) a permis une nette amélioration globale de la rémunération des cadres de santé : 102 points d'indice brut (IB) supplémentaires en fin de carrière pour un cadre de santé par rapport aux ex-surveillants et 120 points en fin de carrière pour un cadre supérieur par rapport aux ex-surveillants chefs.

Souhaitant analyser la situation plus en détail, la mission a procédé, à partir d'une étude sollicitée auprès de la DHOS, à une simulation de l'évolution théorique de la rémunération mensuelle des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et des cadres de santé sur une période de 15 ans (1993 – 2009), en euros constants, à partir de leur situation respective en début et en fin de carrière. Les éléments pris en compte sont le traitement indiciaire et les primes et indemnités permanentes (indemnité de résidence, prime de service, indemnité de sujétion spéciale dite des 13 heures, prime d'encadrement et prime Veil). Il ressort en particulier de cette étude que, sur cette période de 15 ans, la progression de la rémunération entre le début et la fin de carrière a évolué de la manière suivante :

- pour un IDE : en 1993 + 49% et en 2009 + 58%
- pour un IDE devenant surveillant-chef ou cadre supérieur : en 1993 + 70% et en 2009 + 98%

Ainsi, l'évolution de la rémunération globale des cadres de santé est nettement à l'avantage de ces derniers par rapport aux IDE. Il faut toutefois remarquer que cette évolution est due beaucoup plus au niveau de la rémunération des cadres en fin de carrière. Autrement dit, le différentiel de rémunération entre un IDE en début de carrière et un cadre en début de carrière est relativement faible (moins de 20% en 2009). De ce fait, un cadre de santé débutant peut se retrouver avec une rémunération inférieure à celle de professionnels qu'il encadre même lorsque ces derniers sont peu avancés dans leur carrière.

La mission préconise que cette faible attractivité du premier emploi d'encadrement, marquée par une différence insuffisante avec la rémunération qui était versée dans l'emploi précédent, soit corrigée.

Des responsabilités de cadre paramédical de pôle mal prises en compte

La mission a déjà eu l'occasion de souligner le rôle clé tenu par le « trio de pôle » dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance. Au sein des pôles d'activité clinique, le praticien hospitalier, chef du pôle, voit ses prérogatives renforcées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. A l'évidence, les responsabilités du collaborateur direct du médecin chef de pôle sur la fonction soin ont considérablement augmenté. Le passage en pôle a élargi à la fois la taille des unités et le nombre de personnes encadrées, y compris l'encadrement de cadres de proximité (plusieurs centaines de personnes et 7 à 8 cadres de proximité pour un CHU de taille moyenne par exemple).

La situation se présente de manière assez proche pour les sages-femmes cadres en situation de cadre de pôle.

Ces lourdes responsabilités de management d'un pôle, tenues, sous l'autorité fonctionnelle du médecin chef du pôle, par un cadre supérieur de santé ou un cadre sage-femme et consacrées par la possession obligatoire d'un master ainsi que la mission le préconise, doivent être statutairement mieux prises en compte.

Les attachés d'administration hospitalière

Les emplois d'encadrement administratif à l'hôpital sont très majoritairement occupés par des attachés d'administration hospitalière. Le constat est aujourd'hui unanime et sombre : de création récente (2001), ce corps est en crise. La principale raison de ce phénomène tient aux difficultés statutaires qui elles-mêmes entraînent des stratégies alternatives de la part de nombreux chefs d'établissements et directeurs des ressources humaines. Cette situation est d'autant plus mal vécue par les intéressés que ce corps de catégorie A est recruté à un niveau élevé et que les responsables d'établissements et de pôle soulignent l'importance des attachés dans l'institution et la qualité de leur travail, leurs missions répondant à un haut degré d'exigence.

Des difficultés statutaires :

- les modalités de nomination, imposées par les contraintes interministérielles, se sont révélées peu adaptées aux caractéristiques de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière ; un établissement public de santé est doté de l'autonomie juridique, le chef d'établissement et son équipe ont besoin de pouvoir recruter les collaborateurs les mieux à même d'occuper les postes dont ils ont défini les profils ; ce n'est pas le cas aujourd'hui pour les attachés d'administration hospitalière issus du concours, dès lors que les modalités d'affectation sur leur premier poste obéissent au critère du classement au mérite ; un système de liste d'aptitude, qui ne remet nullement en cause le principe du concours, permettrait au chef d'établissement de recruter l'attaché d'administration de son choix ;
- la formation (initiale et d'adaptation à l'emploi) des attachés d'administration hospitalière, telle qu'elle est organisée aujourd'hui, pose de réelles difficultés. Celles-ci ont été analysées avec précision par la mission (cf. supra 2.2.5.).

Des conséquences néfastes :

- confrontés à ces lacunes et difficultés statutaires, les établissements délaissent le concours, se tournent vers d'autres formules pour s'entourer des attachés dont ils ont besoin et recourent soit au recrutement de contractuels soit à la seule promotion interne d'adjoints des cadres hospitaliers ;
- le statut particulier des AAH s'en trouve sérieusement déséquilibré ; ainsi le nombre de postes ouverts au concours est faible (75 postes en 2008) voire dérisoire (30 postes en 2009) et dans le même temps, la nomination dans le corps des attachés par la promotion interne d'adjoints des cadres hospitaliers est deux fois plus importante que le recrutement par concours ; malgré l'intérêt qui s'attache au développement de la promotion interne, il y a là une véritable perversion du statut des attachés d'administration hospitalière, le recrutement par concours devant rester la voie principale de recrutement ;
- un redressement de la situation est d'autant plus impératif qu'un travail ministériel de gestion prévisionnelle des emplois, métiers et compétences actuellement en cours doit aboutir à une augmentation, dans les prochaines années, du nombre des emplois d'attachés d'administration hospitalière par diminution corrélative du nombre global des emplois de direction.

Les adjoints des cadres hospitaliers

Les ambiguïtés sont connues dans la fonction publique des corps classés dans la catégorie « B type » dont le niveau réel de recrutement externe est bien supérieur à celui du bac et qui peuvent ouvrir sur des fonctions d'encadrement. Le corps des adjoints des cadres hospitaliers en est un exemple parfaitement significatif. Les adjoints des cadres hospitaliers peuvent occuper des fonctions d'encadrement dans toutes les catégories et tailles d'établissements, à des niveaux de responsabilité parfois élevés, par exemple en qualité de collaborateur direct du chef

d'établissement dans de petites structures ou d'assistant d'un chef de pôle dans un établissement hospitalier. D'un point de vue fonctionnel, les responsabilités incombant à de nombreux adjoints des cadres hospitaliers les rapprochent plus des attachés que des secrétaires médicales, nonobstant les réelles fonctions d'encadrement que ces dernières peuvent exercer par ailleurs (responsabilité de plusieurs secrétariats médicaux par exemple). Ces missions d'encadrement sont insuffisamment reconnues, notamment dans le contexte de la nouvelle gouvernance à l'hôpital et de la mise en place du nouveau dispositif de tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Les techniciens supérieurs hospitaliers

La situation des ingénieurs ayant fait l'objet d'importantes améliorations récentes, c'est, dans la catégorie des cadres techniques, celle des techniciens supérieurs hospitaliers (TSH) qui attire plus particulièrement l'attention. Ces professionnels exercent dans de multiples domaines de l'activité hospitalière. C'est à la fois une force, car il est peu de secteurs de l'établissement qui échappent à leur intervention, et une faiblesse, car cette diversité implique un exercice souvent sectoriel en même temps que transversal des fonctions, au détriment d'une vision précise des réelles responsabilités assumées, notamment d'encadrement. Si les fonctions d'encadrement des TSH sont clairement prévues par le statut particulier du corps, qui a été placé dans le classement indiciaire intermédiaire (CII) en 2003, elles ne sont pas assez valorisées au regard des responsabilités parfois lourdes, dans des domaines sensibles pour l'établissement.

Les cadres socio-éducatifs

S'ils sont très présents dans les établissements sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, les cadres socio-éducatifs sont souvent moins « visibles » en établissement hospitalier où ils assument pourtant d'importantes fonctions de responsabilités et d'encadrement : direction de services sociaux ou éducatifs, encadrement des personnels sociaux et éducatifs, responsabilité de projets, relations avec les patients et leurs proches etc. Par ailleurs, quels que soient leurs métiers et qualifications d'origine (assistant de service social, éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur technique spécialisé, éducateur de jeunes enfants), les cadres socio-éducatifs ont un rôle déterminant à jouer dans l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur et la prise en charge globale du patient. L'organisation de l'hospitalisation à domicile et le soutien au patient et aux proches qu'elle peut impliquer, le fonctionnement de l'hôpital en relation étroite avec le secteur médico-social, gage d'une prise en charge globale du patient, la création de communautés hospitalières de territoire, l'animation des réseaux reliant l'hôpital et le secteur social et médico-social, nécessitent et nécessiteront demain plus encore les compétences et l'engagement des cadres socio-éducatifs. Leurs responsabilités et fonctions d'encadrement doivent être mieux prises en compte.

III.3.1.b Des régimes indemnitaires dépassés et globalement insuffisants

A l'exception notable des emplois d'encadrement de la filière technique (ingénieurs et techniciens supérieurs hospitaliers³⁹), le dispositif des primes et indemnités spécifiques⁴⁰ versées aux cadres hospitaliers présente les caractéristiques suivantes :

- une absence totale de modularité pour les cadres de santé, les directeurs et directrices d'institut de formation et les sages-femmes cadres. Le montant de la prime d'encadrement est fixe et lié au grade.
- pour les cadres socio-éducatifs, un régime indemnitaire à la fois très faible et non modulable.
- une faible modularité pour les attachés d'administration hospitalière, les adjoints des cadres hospitaliers en situation d'encadrement et les secrétaires médicales coordonnatrices de secrétariat médical. Le montant des indemnités forfaitaires pour travaux supplémentaires est compris entre un taux moyen et un taux maximum du double du taux moyen.

A l'évidence, de tels dispositifs ne permettent pas une politique de rémunération indemnitaire tenant compte de la nature de l'emploi occupé par le cadre, de l'étendue des responsabilités assumées, de la valeur professionnelle de l'agent ni de l'atteinte des objectifs.

III.3.2. Des propositions communes pour tous les cadres hospitaliers

III.3.2.a Des réformes statutaires en cours

Les statuts particuliers des catégories A et B de la fonction publique hospitalière vont, pour la plupart d'entre eux, être prochainement modifiés dans le cadre de la réforme des grilles indiciaires engagée au niveau interministériel par les pouvoirs publics. Le statut particulier des infirmiers sera quant à lui réformé pour tenir compte de la reconnaissance au niveau de la licence de la formation des infirmiers, en application du dispositif LMD ; les statuts d'autres paramédicaux devraient suivre. Cette modification des statuts des personnels paramédicaux aura bien évidemment des incidences sur celui des cadres de santé.

Les propositions qui suivent s'inscrivent en cohérence avec les évolutions statutaires prévues. La mission recourt aux différents leviers possibles, lui paraissant les mieux adaptés au

³⁹ Les ingénieurs et TSH sont soumis à un système particulier dans la FPH : la prime de technicité pour les premiers et l'indemnité forfaitaire technique pour les seconds. Leur montant, fixé par le chef d'établissement en fonction de la valeur professionnelle du bénéficiaire, ne peut être inférieur au montant mensuel de l'indemnité de sujétion spéciale (13h) et ne peut être supérieur à un pourcentage du traitement brut mensuel indiciaire de l'agent (40% pour les TSH, 45% voire 60% pour les ingénieurs). Ces indemnités sont exclusives de l'octroi de la prime de service et de l'indemnité de sujétion spéciale.

⁴⁰ On entend par spécifique un dispositif propre au corps ou au grade considéré, à l'exclusion des autres indemnités ou primes permanentes versées à la quasi-totalité des personnels hospitaliers telles que prime de service, indemnité de sujétion spéciale dite des 13 heures, prime Veil (en faveur des soignants pour cette dernière).

résultat escompté, à savoir une amélioration de la rémunération globale des cadres, plus particulièrement ceux assumant des responsabilités d'encadrement de personnels. Ces leviers, utilisés seuls ou simultanément, sont le classement et l'échelonnement indiciaires, les points de NBI (nouvelle bonification indiciaire) et les primes et indemnités.

La mission estime cohérent que la réforme en cours, pilotée par la fonction publique, des grilles de rémunération et des dispositifs indemnitaires, soit le support de la mise en œuvre de ses propositions se rapportant aux statuts et à la rémunération des cadres hospitaliers. Elle n'en souhaite pas moins que l'ensemble de ses propositions soit inscrit dans un calendrier raisonnable et que les mesures liées à la rémunération ne subissent pas un décalage trop important dans leur mise en place par rapport aux autres.

Par ailleurs, au-delà du chantier statutaire d'envergure en cours, qui concernera nombre de cadres hospitaliers, la mission relève quelques particularités dans les modes de recrutement et de rémunérations pour certains de ces cadres, qu'il lui paraît important d'aménager ou d'améliorer.

III. 3 2.b Des modes de recrutement et de gestion à moderniser

Le concours sur titres, parfois décrié, doit être conforté.

Une des grandes innovations du statut hospitalier a été la création du concours sur titres. Celui-ci présente de solides avantages : il permet le respect du principe républicain du recrutement des fonctionnaires par concours⁴¹ tout en s'adaptant à la forte professionnalisation de la fonction publique hospitalière. Il est vite apparu qu'il serait absurde de recruter par concours sur épreuves à l'hôpital une infirmière qui doit en tout état de cause obligatoirement posséder le diplôme d'Etat correspondant pour exercer sa profession. Le concours sur titres préserve l'universalité des candidatures (publication du poste) et permet la meilleure adéquation possible entre le profil du poste et celui du candidat. Il est donc particulièrement bien adapté aux contraintes et exigences de beaucoup d'emplois hospitaliers, y compris d'encadrement.

Cela étant, la mission a entendu et lu certaines critiques à l'encontre du concours sur titres portant en particulier sur la lourdeur du dispositif (« *parcours du combattant* »⁴², longueur de la procédure due au délai de publication du poste) et son manque de clarté, par exemple des disparités d'un établissement à l'autre pour le pourvoi d'un même type de poste quant à la composition du jury et l'existence ou non d'un entretien avec le jury. Ces critiques sont parfaitement justifiées mais elles portent plus sur les modalités du concours sur titres que sur son principe. Un rappel opportun des procédures par la direction de l'hospitalisation et de

⁴¹ Si le recrutement est également possible et souhaitable par le biais de la promotion interne (liste d'aptitude, tour extérieur, etc.), le recrutement par concours, externe et interne, sur épreuves ou sur titre, doit rester la voie principale d'accès aux emplois de fonctionnaires ; il s'agit là d'un des principes fondamentaux de droit public, à savoir l'égalité d'accès de tous les citoyens, répondant aux conditions fixées par les statuts, aux emplois de fonctionnaires.

⁴² Verbatim du forum internet.

l'organisation des soins et si nécessaire, des aménagements statutaires ou de gestion doivent résoudre ces problèmes sans difficulté (cf. supra 2.2.3.).

Réformer en profondeur le recrutement des attachés d'administration hospitalière

Tirant les conséquences des sérieuses difficultés statutaires qu'elle a relevées, la mission a préconisé des actions précises pour y mettre fin (cf. supra 2.2.5.). Par ailleurs, la mission a pris connaissance, lors d'auditions ou sur le forum Internet, des positions prises en faveur d'une gestion nationale du corps des AAH. Elle a débattu de cette question. Eu égard aux enjeux du passage en gestion nationale d'un corps de la FPH, que la mission n'a pas eu la possibilité d'approfondir, il est proposé que la DHOS mène une réflexion sur ce sujet en associant l'ensemble des acteurs concernés (CNG, EHESP, FHF, organisations syndicales et professionnelles).

III.3.2.c Rendre les carrières plus attractives et mieux reconnaître les responsabilités dans les statuts

En tout état de cause, une réforme des corps classés en catégorie A dans les trois fonctions publiques est actuellement en préparation. Cette réforme devrait impliquer un rééchelonnement indiciaire complet des deux grades de cadre de santé et modifier le statut d'autres cadres hospitaliers. La mission se propose d'insister sur les actions suivantes :

Valoriser l'accès au premier emploi de cadre de santé

- Pour améliorer la rémunération des cadres débutants, prévoir un dispositif statutaire pour les cadres de santé construit de telle sorte que le gain indiciaire (en indices bruts) d'un agent prenant ses premières fonctions de cadre (1^{er} grade) ne soit jamais inférieur à 60 points par rapport à l'indice qu'il détenait dans son corps précédent ;
- maintenir ce nouveau différentiel de début de carrière en faveur des cadres de santé, lorsqu'aura été fixé le futur échelonnement indiciaire des IDE issu de leur classement en catégorie A.

Il est bien entendu préférable que cette valorisation indiciaire des cadres de santé nommés pour la première fois dans leur emploi, s'inscrive dans la réforme globale du statut particulier des cadres de santé. Toutefois, au moment où elle remet son rapport, la mission ignore le classement et l'échelonnement indiciaires qui seront retenus dans le futur statut ; elle estime donc primordial d'indiquer clairement son souhait de voir revalorisé de manière significative, dans les conditions énoncées ci-dessus, l'accès au premier emploi de cadre de santé.

Mieux reconnaître statutairement les responsabilités d'encadrement les plus lourdes

- Aux yeux de la mission, les responsabilités d'un cadre de pôle, à l'avenir confortées par la possession obligatoire d'un master, doivent situer ce dernier au niveau d'un attaché principal d'administration hospitalière. Il est proposé la création d'un statut d'emploi de cadre de santé ou sage-femme de pôle doté d'échelons conduisant à un indice identique à l'indice sommital du corps des AAH et accessible aux seuls cadres nommés dans ces fonctions;
- créer un statut d'emploi de conseiller d'administration hospitalière sur le modèle du statut correspondant dans les administrations de l'Etat. L'accès à cet emploi, doté d'un échelonnement indiciaire terminant à l'IB 1015 (hors échelle A sur échelon spécial), serait réservé aux AAH occupant des fonctions de haute responsabilité, notamment dans les équipes de direction des établissements ;
- saisir l'opportunité de la réforme en cours de la catégorie A dans la fonction publique pour rétablir, au profit des AAH, la possibilité d'accéder par détachement aux emplois de direction de la fonction publique hospitalière. Cette possibilité a en effet disparu avec les nouveaux statuts d'emplois de direction et le classement indiciaire y afférent ;

Par ailleurs, la mission estime qu'une réflexion sur la réforme du statut des sages-femmes cadres (3^{ème} et 4^{ème} grades du statut particulier) doit nécessairement intégrer la question du certificat Cadre sage-femme créé par le décret n° 70-1043 du 6 novembre 1970. Ce certificat n'est pas obligatoire aujourd'hui pour l'accès au grade de sage-femme cadre. Il serait logique qu'une revalorisation de la carrière des sages-femmes cadres passe par la possession obligatoire d'un master de management en santé (cf. supra 2.2.4.).

III.3.2.d Réformer radicalement les systèmes indemnitaires

Il a déjà été indiqué à quel point les différents dispositifs indemnitaires aujourd'hui en vigueur pour les cadres hospitaliers sont incompatibles avec l'exercice de l'encadrement d'aujourd'hui. Le régime indemnitaire doit être d'un niveau suffisant et adapté à la nature du poste occupé, à l'étendue des responsabilités, à l'évaluation professionnelle et au respect des objectifs fixés.

La mission propose de s'appuyer sans tarder sur la philosophie de la prime de fonctions et de résultats (PFR) et, dans ce cadre, d'une part qu'une véritable modularité soit instaurée, d'autre part que les montants des indemnités soient revalorisés par la fixation de plafonds plus élevés.

La prime de fonctions et de résultats

Instauré pour la fonction publique de l'Etat par le décret n° 2008-1533 du 22 décembre 2008, le dispositif de la prime de fonctions et de résultats a vocation à être étendu aux trois fonctions publiques, de manière progressive et en commençant par la filière administrative et les emplois de catégorie A⁴³.

Selon les termes mêmes du décret précité, la prime de fonctions et de résultats comprend deux parts : une part tenant compte des responsabilités, du niveau d'expertise et des sujétions spéciales liées aux fonctions exercées ; une part tenant compte des résultats de la procédure d'évaluation individuelle prévue par la réglementation en vigueur et de la manière de servir. Si ce dispositif apparaît pertinent pour les cadres hospitaliers et en tout état de cause mieux adapté aux exigences d'une gestion moderne des ressources humaines, sa mise en place doit à l'évidence être accompagnée d'une concertation approfondie, en particulier quant au processus futur de fixation des objectifs professionnels et d'évaluation des résultats obtenus.

Une modularité et des taux plus compatibles avec les niveaux d'encadrement

Dans l'immédiat, la mission propose

- l'instauration de la modularité et un taux maximum du double du taux fixe actuel pour les cadres de santé ;
- l'élargissement de la modularité et une augmentation significative des taux maximum pour les attachés d'administration hospitalière et les adjoints des cadres hospitaliers ;
- l'alignement des taux moyens et maximum pour les cadres socio-éducatifs et les sages-femmes cadres sur ceux réformés des cadres de santé ;
- la fixation du montant de l'indemnité forfaitaire technique des TSH occupant des fonctions d'encadrement dans une fourchette allant de 14% à 45% du traitement brut mensuel.

Bien entendu, l'instauration ou l'élargissement de la modularité des primes peut entraîner une variation du montant individuel à la hausse ou à la baisse en fonction de l'atteinte des objectifs fixés.

Les propositions détaillées de la mission, concernant les aspects statutaires et le régime indemnitaire des cadres hospitaliers figurent dans des fiches annexées au présent rapport.

⁴³ Extrait du rapport annuel sur l'état de la fonction publique : la PFR est appelée à s'appliquer dans un premier temps à la filière administrative. Dans le communiqué du 3 juillet 2008, le ministre du budget des comptes publics et de la fonction publique a proposé, parmi les mesures destinées à prendre en compte le mérite dans la rémunération, l'extension de la PFR à « l'ensemble des agents de catégories A et B de la filière administrative de la fonction publique de l'Etat d'ici 2011 ; et à terme pour les fonctions publiques hospitalière et territoriale ».

III.3.3. Engager la réflexion pour un intéressement collectif

Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, après une première apparition en 1991⁴⁴, la notion d'intéressement apparaît dans deux textes, l'un de portée législative et l'autre de niveau réglementaire :

- L'article L6143-7 du code de la santé publique (modifié en dernier lieu par la loi HPST du 21 juillet 2009) qui indique qu' « *après concertation avec le directoire, le directeur : [...] 3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement.* »
- L'article D6114-5 du code de la santé publique (créé par le décret 2006-1332 du 2 novembre 2006) ainsi rédigé : « *Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévoit des engagements précis et mesurables du titulaire de l'autorisation en vue d'améliorer le service rendu au patient et de renforcer l'efficacité de sa gestion par une meilleure utilisation de ses ressources et le développement d'outils de gestion. Le contrat peut prévoir des actions d'accompagnement et des mesures d'intéressement aux résultats constatés.* »⁴⁵

Si le support juridique institutionnel existe pour l'intéressement dans les établissements publics de santé, il reste à mettre en place au plan statutaire si l'on souhaite qu'il soit applicable aux personnels relevant de la fonction publique hospitalière et notamment aux cadres hospitaliers. La démarche est ici interministérielle et commune, dans son principe, aux trois fonctions publiques. A la suite du rapport remis au Premier ministre par le député Michel Diefenbacher, le gouvernement envisage de donner une assise juridique à caractère transversal pour l'intéressement collectif dans le champ des fonctions publiques d'Etat, territoriale et hospitalière.

La mission propose que la déclinaison de l'intéressement (collectif à ce stade) pour les cadres hospitaliers s'inscrive dans un processus largement concerté avec les partenaires sociaux. A l'évidence, les mécanismes de l'intéressement des personnels aux résultats, à ne pas confondre avec le régime indemnitaire qui est un complément individuel de rémunération, doivent être adaptés aux particularités des missions de l'hôpital, « producteur de soins ». Les indicateurs retenus devront être objectifs, simples, mesurables et si possible partagés. La mission a recueilli sur la question de l'intéressement de nombreux témoignages ; les positions sont très partagées, du refus catégorique à l'assentiment, en passant par le doute et la perplexité. Il est important de remarquer que les partisans de l'intéressement et ceux qui ne s'y opposent pas formellement ont tous indiqué la nécessité absolue de la plus grande rigueur dans l'élaboration des mécanismes : quels objectifs, quels indicateurs, quelle répartition, quels bénéficiaires, quel suivi etc. ? Si la mission partage totalement ce constat, elle n'en propose pas moins que la réflexion soit engagée pour un intéressement collectif des personnels d'encadrement aux résultats des établissements publics de santé.

⁴⁴ La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière prévoyait des mesures d'intéressement. En 1995, compte tenu des imprécisions du texte sur le contenu des mesures, le Conseil d'Etat avait estimé que les mesures d'intéressement ne pouvaient donner lieu à un intéressement pécuniaire et ne pouvaient porter que sur l'amélioration des conditions de travail. Ce dispositif, ainsi cadré par la jurisprudence, avait été mis en place par quelques EPS.

⁴⁵ Ce texte concerne les établissements de santé publics et privés.

Conclusion

Plus que beaucoup d'autres, le secteur hospitalier public est accoutumé aux réformes. La nouveauté tient à la continuité et à l'accélération du phénomène dans la période récente. La mise en place de la nouvelle gouvernance en 2005, confortée et ajustée parfois sur des points importants par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, s'inscrit dans un contexte d'adaptation permanente de l'hôpital et de ceux qui y travaillent aux réformes de structures, d'organisation et de fonctionnement. A ces réformes institutionnelles d'envergure vient s'ajouter pour l'hôpital et les hospitaliers la nécessité d'intégrer en continu les nouvelles techniques médicales et de soins et d'apporter les bonnes réponses aux multiples demandes d'un corps social exigeant. L'encadrement hospitalier est au centre du dispositif et la clé de voûte sur laquelle repose toute l'architecture du changement. Situé entre la direction, l'autorité médicale et les personnels, le cadre est à la convergence des décisions prises et des aspirations de ceux qui les appliquent. La motivation des cadres en toutes circonstances, leur intelligence des situations, leur place à risque mais privilégiée dans l'institution, représentant « la base » aux yeux de l'administration et représentant l'administration aux yeux de « la base », tout cela explique en bonne partie qu'au fil des réformes incessantes, « ça ait tenu » et que l'institution hospitalière n'ait pas imploré. Sans aucun doute possible, les cadres hospitaliers ont porté à bout de bras les démarches d'accréditation puis de certification et les ont fait réussir. Cet aspect bien réel est, lui aussi, resté largement invisible et confirme le paradoxe d'une reconnaissance acquise plus au sein de la société que de l'hôpital.

La mission tient à souligner qu'elle n'a pas pu explorer l'ensemble des très nombreuses pistes qui s'ouvraient à elle, ni investir de manière approfondie tous les champs de la problématique de l'encadrement à l'hôpital. A titre d'exemple, il aurait été très pertinent d'analyser les particularités de la fonction d'encadrement dans les très petites structures, de mieux identifier les différences tenant aux personnes soignées ou accueillies ; il aurait été de même intéressant d'observer la manière dont la fonction d'encadrement est appréhendée en Europe et au-delà.

Aujourd'hui, les cadres hospitaliers, toutes filières confondues, ont besoin de clarifications, de rectifications et d'améliorations dans les différents domaines d'exercice de leurs fonctions. Le tournant imposé par les réformes en cours ne pourra être pris qu'à ces conditions. Réalistes et clairvoyants, les cadres hospitaliers, dans leur grande majorité, sont prêts à relever les grands défis de l'époque pour peu que les pouvoirs publics et l'institution hospitalière leur en donnent la possibilité et les moyens. Le statut social des cadres hospitaliers doit être valorisé dans les différents domaines de leur activité : formation, positionnement, rémunération, évaluation. Au rebours du « délire procédurier »⁴⁶ souvent constaté, les propositions de la mission se veulent opérationnelles et pragmatiques. Elles visent, en sensibilisant aux fortes particularités de la

⁴⁶ Voir François Dupuis dans « La fatigue des élites », le capitalisme et ses cadres, (la République des idées – Seuil), page 80.

situation des cadres aujourd'hui, à clarifier, à mieux accompagner et surtout à redonner des marges de manœuvre aux hôpitaux et aux cadres eux-mêmes.

La mission a conscience que la mise en œuvre de ses préconisations passe d'abord par l'appropriation par les cadres, les médecins et les équipes de direction eux-mêmes, des grandes thématiques sur lesquelles elle s'est appuyée. Au delà, elle appelle de ses vœux une véritable dynamique nationale sur la question de l'encadrement dans les établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. Cette dynamique s'est incontestablement amorcée avec les choix méthodologiques opérés par la mission pour travailler. Les auditions, les rencontres interrégionales (y compris outre-mer), les rencontres informelles avec des professionnels, le forum Internet mis en place pour la circonstance, les prises de position ou réflexions à d'autres occasions, ont apporté un formidable témoignage de l'implication des cadres sur les sujets les concernant mais aussi de la confirmation de leurs fortes attentes.

C'est dire l'importance, pour cette dynamique nationale, de la double question du portage et du pilotage de la suite des travaux de la mission. Le portage doit se situer au niveau des pouvoirs publics, la ministre de la santé et des sports ayant sollicité elle-même cette mission de réflexion et de propositions sur les cadres hospitaliers. La mission préconise que le pilotage de la suite de ses travaux, et pas seulement de la mise en œuvre de ses propositions, s'organise sur la base d'une démarche de projet comprenant :

- La désignation d'un chef de projet d'un haut niveau dans la hiérarchie de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ;
- La mise en place d'un groupe projet associant, outre la direction générale de l'action sociale, divers acteurs institutionnels dont la fédération hospitalière de France, l'association pour la formation permanente des personnels hospitaliers (ANFH), l'école des hautes études en santé publique (EHESP). Ce groupe projet aurait à piloter le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des propositions de la mission, à proposer puis appliquer un calendrier de travail.

Parmi les nombreuses et fortes déclarations entendues ou lues par la mission au cours de ses travaux, une phrase vient à l'esprit : « *l'encadrement, ça attire et ça fait peur* ». Puissent les propositions de la mission conforter le premier sentiment et alléger le second.

Fiches de propositions statutaires

FICHE N°1 : LES CADRES DE SANTE

1. CONSTATS

1.1. La rémunération globale

- Le dernier statut de décembre 2001 (application du protocole du 14 mars 2001 relatif aux filières professionnelles) a permis une nette amélioration globale de la rémunération des cadres de santé. Ainsi l'indice brut (IB) de rémunération d'un cadre de santé en fin de carrière est passé à 740 contre 638 auparavant pour les surveillants, ces indices étant respectivement de 780 contre 660 pour les cadres supérieurs de santé par rapport aux anciens surveillants chefs.
- La mission a procédé, à partir d'une étude sollicitée auprès de la DHOS, à une simulation de l'évolution théorique de la rémunération mensuelle des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et des cadres de santé sur une période de 15 ans (1993 – 2009), en euros constants, à partir de leur situation respective en début et en fin de carrière. Les éléments pris en compte sont le traitement indiciaire et les primes et indemnités permanentes (indemnité de résidence, prime de service, indemnité de sujétion spéciale dite des 13 heures, prime d'encadrement et prime Veil). Il ressort en particulier de cette étude que, sur cette période de 15 ans, la progression de la rémunération entre le début et la fin de carrière a évolué de la manière suivante :
 - Pour un IDE : en 1993 + 49% et en 2009 + 58%
 - Pour un IDE devenant surveillant-chef ou cadre supérieur : en 1993 + 70% et en 2009 + 98%
- Ainsi, l'évolution de la rémunération globale des cadres de santé est nettement à l'avantage de ces derniers par rapport aux IDE. Il faut toutefois remarquer que cette évolution est due beaucoup plus au niveau de la rémunération des cadres en fin de carrière. Autrement dit, le différentiel de rémunération entre un IDE en début de carrière et un cadre en début de carrière est relativement faible (moins de 20% en 2009). De ce fait, un cadre de santé débutant peut se retrouver avec une rémunération inférieure à celle de professionnels qu'il encadre même lorsque ces derniers sont peu avancés dans leur carrière.
- La mission fait donc le constat que les responsabilités d'encadrement des cadres de santé sont insuffisamment prises en compte dans la structure des rémunérations.
- En outre, se pose la question de l'impact sur les cadres de santé du prochain classement en catégorie A des IDE dont le diplôme se situera au niveau de la licence dans le cadre de la mise en place du dispositif licence/master/doctorat.

1.2. Le régime indemnitaire

Le régime indemnitaire actuel des cadres de santé est différencié de celui des non-cadres par l'existence de la prime d'encadrement. Celle-ci est structurée autour d'un montant fixe par grade (en 2009, 91,22€ mensuels pour un cadre de santé et 167,45€ mensuels pour un cadre supérieur). Le principal inconvénient de ce dispositif est son absence de modularité ne permettant pas de valoriser financièrement des niveaux spécifiques de responsabilité en lien avec l'évaluation professionnelle du cadre.

2. PROPOSITIONS

En tout état de cause, une réforme des corps classés en catégorie A dans les trois fonctions publiques est actuellement en préparation. Cette réforme devrait impliquer un rééchelonnement indiciaire complet des deux grades de cadre de santé. La mission propose les actions suivantes :

2.1. Pour améliorer la rémunération des cadres débutants, prévoir un dispositif statutaire pour les cadres de santé construit de telle sorte que le gain indiciaire (en indices bruts) d'un agent prenant ses premières fonctions de cadre (1^{er} grade) ne soit jamais inférieur à 60 points par rapport à l'indice qu'il détenait dans son corps précédent.

2.2. Maintenir ce nouveau différentiel de début de carrière en faveur des cadres de santé, lorsqu'aura été fixé le futur échelonnement indiciaire des IDE issu de leur classement en catégorie A.

Il est bien entendu préférable que cette valorisation indiciaire des cadres de santé nommés pour la première fois dans leur emploi, s'inscrive dans la réforme globale du statut particulier des cadres de santé. Toutefois, au moment où elle remet son rapport, la mission ignore le classement et l'échelonnement indiciaires qui seront retenus dans le futur statut ; elle estime donc primordial d'indiquer clairement son souhait de voir revalorisé de manière significative, dans les conditions énoncées ci-dessus au 2.1 et au 2.2, l'accès au premier emploi de cadre de santé.

2.3. Aux yeux de la mission, les responsabilités d'un cadre supérieur de pôle, à l'avenir confortées par la possession obligatoire d'un master, doivent situer ce dernier au niveau d'un attaché principal d'administration hospitalière. Il est proposé la création d'un statut d'emploi de cadre de santé ou sage-femme de pôle, doté d'échelons conduisant à un indice identique à l'indice sommital du corps des AAH et accessible aux seuls cadres nommés dans ces fonctions.

2.4. Instaurer un mécanisme de variation de la prime d'encadrement des cadres supérieurs de santé à hauteur de 100% maximum au-delà du montant actuel de cette prime. Concrètement, ce dispositif permettrait le versement de la prime d'encadrement des cadres supérieurs sur des montants mensuels se situant entre 167,45€ (plancher) et environ 335€ (plafond). La partie variable

de la prime serait consacrée à la prise en compte d'une part des niveaux de responsabilité d'encadrement et d'autre part de l'évaluation professionnelle de l'agent. Inscrire ce mécanisme dans la dynamique d'instauration à moyen terme pour les cadres de santé du nouveau dispositif progressivement applicable à l'Etat (prime de fonctions et de résultats permettant une meilleure prise en compte de la performance individuelle des agents).

- 2.5. Dans le même esprit et selon les mêmes modalités, la prime d'encadrement des cadres de santé pourrait varier entre un plancher (91,22€ mensuels en 2009) et un plafond à hauteur de 100% (environ 182€ mensuels en 2009).

FICHE N°2 : LES CADRES ADMINISTRATIFS

1. CONSTATS

1.1. Les attachés d'administration hospitalière

Les emplois d'encadrement administratif à l'hôpital sont très majoritairement occupés par des attachés d'administration hospitalière. Le constat est aujourd'hui unanime et sombre : de création récente (2001), ce corps est en crise. La principale raison de ce phénomène tient aux difficultés statutaires qui elles-mêmes entraînent des stratégies alternatives de la part de nombreux chefs d'établissements et directeurs des ressources humaines. Cette situation est d'autant plus mal vécue par les intéressés que ce corps de catégorie A est recruté à un niveau élevé et que les responsables d'établissements et de pôle soulignent l'importance des attachés dans l'institution et la qualité de leur travail, leurs missions répondant à un haut degré d'exigence.

a) Des difficultés statutaires

- Les modalités de nomination, imposées par les contraintes interministérielles, se sont révélées peu adaptées aux caractéristiques de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Un établissement public de santé est doté de l'autonomie juridique, le chef d'établissement et son équipe ont besoin de pouvoir recruter les collaborateurs les mieux à même d'occuper les postes dont ils ont défini les profils. Ce n'est pas le cas aujourd'hui pour les attachés d'administration hospitalière issus du concours dès lors que les modalités d'affectation sur leur premier poste obéissent au critère du classement au mérite. Un système de liste d'aptitude, qui ne remet nullement en cause le principe du concours, permettrait au chef d'établissement de recruter l'attaché d'administration de son choix ;
- La formation (initiale et d'adaptation à l'emploi) des attachés d'administration hospitalière est source de frustration pour l'ensemble des acteurs : intéressés eux-mêmes, employeurs et EHESP. Le dispositif statutaire en vigueur est certes vertueux dans son principe : formation initiale de 6 mois après nomination (à l'issue du concours ou par promotion interne) puis, dans les trois ans suivant la titularisation, formation d'adaptation à l'emploi (FAE) de six mois à l'EHESP. Il vise à permettre la formation la mieux adaptée, après un recul suffisant dans l'exercice des premières fonctions. En pratique, ce système fonctionne très mal. Après sa nomination, le nouvel AAH investit ses fonctions et prend la mesure de son poste. Or en période de « montée en charge », il n'est pas forcément disponible, d'un point de vue intellectuel, professionnel et personnel, pour une coupure de six mois au titre de la formation initiale puis de six mois à nouveau au titre de la FAE ; de son côté, l'employeur éprouve de grandes difficultés à se séparer pendant deux fois six

mois d'un collaborateur dont, par définition, il a le plus grand besoin ; l'EHESP enfin ne peut se satisfaire de ne remplir que très imparfaitement, à son corps défendant, les missions qui lui sont imparties. En effet la formation initiale n'est suivie que par 60% des attachés issus de la liste d'aptitude et seuls 13% des attachés parviennent à remplir leurs obligations en matière de FAE dans les délais prévus par les textes, alors que le dispositif de formation a été conçu pour consolider, voire parfaire les connaissances et la pratique des professionnels concernés.

- Un régime indemnitaire peu adéquat. La modularité actuelle de l'indemnité forfaitaire représentative de travaux supplémentaires (IFTS) pour les AAH (écart de 1 à 2 entre le taux moyen et le taux maximum) ne permet pas aux chefs d'établissements de disposer de l'outil dont ils ont besoin pour mettre en adéquation d'une part le niveau du régime indemnitaire de l'attaché et d'autre part l'envergure du poste occupé et le degré de réalisation des objectifs. Au demeurant, si le taux moyen de l'IFTS des AAH est comparable à celui de leurs homologues des services déconcentrés de l'Etat, le taux maximum est 4 fois moins élevé et ne correspond en rien à l'importance des responsabilités exercées par un attaché d'administration hospitalière.

b) Des conséquences néfastes

- Confrontés à ces lacunes et difficultés statutaires, les établissements délaissent le concours et se tournent vers d'autres formules pour s'entourer des attachés dont ils ont besoin et recourent soit au recrutement de contractuels soit à la seule promotion interne d'adjoints des cadres hospitaliers ;
- Le statut particulier des AAH s'en trouve sérieusement déséquilibré. Ainsi le nombre de postes ouverts au concours est faible (75 postes en 2008) voire ridicule (30 postes en 2009) et dans le même temps, la nomination dans le corps des attachés par la promotion interne d'adjoints des cadres hospitaliers est deux fois plus importante que le recrutement par concours. Nonobstant l'intérêt qui s'attache au développement de la promotion interne, il y a là une véritable perversion du statut des attachés d'administration hospitalière, le recrutement par concours devant rester la voie principale de recrutement ;
- Un redressement de la situation est d'autant plus impératif qu'un travail ministériel de gestion prévisionnelle des emplois, métiers et compétences actuellement en cours doit aboutir à une augmentation, dans les prochaines années, du nombre des emplois d'attachés d'administration hospitalière par diminution corrélative du nombre global des emplois de direction.

1.2. Les adjoints des cadres hospitaliers

Les ambiguïtés sont bien connues dans la fonction publique des corps classés dans la catégorie « B type » dont le niveau réel de recrutement externe est bien supérieur à celui du bac et qui peuvent ouvrir sur des fonctions d'encadrement. Le corps des adjoints

des cadres hospitaliers en est un exemple parfaitement significatif. Les adjoints des cadres hospitaliers occupent souvent des fonctions d'encadrement importantes dans toutes les catégories et tailles d'établissements, à des niveaux de responsabilité parfois élevés, par exemple en qualité de collaborateur direct du chef d'établissement dans de petites structures ou d'assistant d'un chef de pôle dans un établissement hospitalier. D'un point de vue fonctionnel, les responsabilités pesant sur de nombreux adjoints des cadres hospitaliers les rapprochent plus des attachés que des secrétaires médicales, nonobstant les réelles fonctions d'encadrement que ces dernières peuvent exercer par ailleurs (responsabilité de plusieurs secrétariats médicaux par exemple). A l'évidence, ces missions d'encadrement sont insuffisamment reconnues, notamment dans le contexte de la nouvelle gouvernance à l'hôpital et de la mise en place du nouveau dispositif de tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

1.3. Les secrétaires médicales

La fonction d'encadrement confiée aux secrétaires médicales, notamment celle de coordonnatrice de secrétariat médical, est devenue plus exigeante avec l'organisation des établissements en pôle d'activité et doit être mieux valorisée.

2. PROPOSITIONS

2.1. Les attachés d'administration hospitalière

- modifier les modalités de nomination sur le premier poste après concours (liste d'aptitude plutôt que rang de classement), de telle sorte que le chef d'établissement puisse nommer le candidat de son choix.
- poursuivre et terminer la réflexion sur le rééquilibrage des effectifs respectifs des corps de direction et des AAH, ce qui doit conduire à une augmentation significative, dans les prochaines années, du nombre de postes d'AAH ouverts aux concours.
- prévoir une formation initiale en continu pendant 12 mois coordonnée par l'EHESP, les futurs AAH étant placés sous statut d'élève. Le financement en serait assuré par une contribution des employeurs à l'EHESP de même nature que celle dont ils s'acquittent aujourd'hui pour la formation des élèves directeurs d'hôpital, des directeurs des soins et des élèves DESSMS. Le surcoût devrait être compensé par une diminution corollaire d'un nombre correspondant d'emplois de direction
- veiller à intégrer un tronc commun « cadres hospitaliers » dans cette formation avec un partenariat EHESP et instituts supérieurs du management en santé.
- de renforcer les spécialisations complètement indispensables eu égard aux métiers émergents de l'administration (contrôleur de gestion, cadre administratif de pôle, acheteur etc.⁴⁷.)

⁴⁷ Voir Rapport DHOS sur les métiers sensibles 2007

- demander à l'EHESP qui, avec son statut d'établissement d'enseignement supérieur a engagé une politique de transformation de ses formations initiales en formations diplômantes, de faire en sorte que la formation des AAH permette d'obtenir un Master en intégrant une Validation des Acquis de l'Expérience et/ou en offrant la possibilité de poursuivre en alternance le master après l'année à l'EHESP si le niveau d'entrée de l'AAH ne permet pas l'inscription en première année de Master.
- créer un statut d'emploi de conseiller d'administration hospitalière sur le modèle du statut correspondant dans les administrations de l'Etat. L'accès à cet emploi, doté d'un échelonnement indiciaire terminant à l'IB 1015 (hors échelle A sur échelon spécial), serait réservé aux AAH occupant des fonctions de haute responsabilité, notamment dans les équipes de direction des établissements.
- saisir l'opportunité de la réforme en cours de la catégorie A dans la fonction publique pour rétablir, au profit des AAH, la possibilité d'accéder par détachement aux emplois de direction de la fonction publique hospitalière. Cette possibilité a en effet disparu avec les nouveaux statuts d'emplois de direction et le classement indiciaire y afférent.
- amener le niveau des indemnités des AAH à hauteur de celui des fonctionnaires homologues des services déconcentrés de l'Etat (variation de 1 à 8 entre le taux moyen et le taux maximum). Il s'agit donc de fixer la variation possible entre le taux moyen et le taux maximum (écart de 1 à 2 aujourd'hui) dans un écart de 1 à 8 et de lier la détermination du montant des IFTS aux responsabilités exercées et à l'évaluation professionnelle de l'agent. Le montant annuel au taux maximum pour un attaché principal pourrait ainsi atteindre 9752€ et 8536€ pour un attaché. Ces nouveaux montants seraient repris dans le cadre de la mise en place de la prime de fonctions et de résultats.
- mener une réflexion sur le passage des AAH en gestion nationale en associant l'ensemble des acteurs concernés (CNG, EHESP, FHF, organisations syndicales et professionnelles).

2.2. Les adjoints des cadres hospitaliers

Au-delà des mesures prévues dans le cadre de la réforme de la catégorie B :

- a) Augmenter de 10 points majorés la NBI actuellement servie aux ACH qui y ont droit.
- b) Sur le plan indemnitaire, faire bénéficier les ACH d'une mesure du même type que celle proposée pour les attachés d'administration hospitalière : montant des IFTS pouvant varier dans un écart de 1 à 8, tenant compte des responsabilités d'encadrement et de l'évaluation professionnelle. Le montant annuel au taux maximum pour un ACH pourrait ainsi atteindre 6718€ (1679,38€ actuellement).

2.3. Les coordonnatrices de secrétariat médical

Augmenter de 10 points majorés la NBI actuellement servie aux coordonnatrices de secrétariat médical.

FICHE N°3 : LES CADRES TECHNIQUES

1. CONSTATS

La situation des ingénieurs ayant fait l'objet d'importantes améliorations récentes, c'est celle des techniciens supérieurs hospitaliers (TSH) qui attire plus particulièrement l'attention. Ces professionnels exercent dans de multiples domaines de l'activité hospitalière. C'est à la fois une force car il est peu de secteurs de l'établissement qui échappent à leur intervention et une faiblesse car cette diversité implique un exercice souvent sectoriel en même temps que transversal des fonctions au détriment d'une vision précise des réelles responsabilités assumées, notamment d'encadrement. Si les fonctions d'encadrement des TSH sont clairement prévues par le statut particulier du corps, qui a été placé dans le classement indiciaire intermédiaire (CII) en 2003, elles ne sont pas assez valorisées au regard des responsabilités parfois lourdes, dans des domaines sensibles pour l'établissement.

2. PROPOSITIONS

Au-delà des mesures dont pourraient bénéficier les techniciens supérieurs hospitaliers dans le cadre de la réforme de la catégorie B :

2.1. Augmenter de 10 points majorés la NBI actuellement versée à certains techniciens supérieurs hospitaliers :

- a) Les TSH encadrant au moins 5 personnes bénéficieraient d'une NBI de 25 points. L'encadrement de personnels d'entreprises ou de prestataires externes ouvrirait droit à cette NBI.
- b) Les TSH encadrant au moins deux secteurs spécialisés d'un service technique ou exerçant en génie thermique ou à titre exclusif dans le domaine biomédical bénéficieraient d'une NBI de 35 points.

2.2. Fixer le montant de l'indemnité forfaitaire technique des TSH occupant des fonctions d'encadrement dans une fourchette allant de 14% à 45% du traitement brut mensuel.

FICHE N°4 : LES CADRES SOCIO-EDUCATIFS

1. CONSTATS

S'ils sont très présents dans les établissements sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, les cadres socio-éducatifs sont souvent moins « visibles » en établissement hospitalier où ils assument pourtant d'importantes fonctions de responsabilités et d'encadrement : direction de services sociaux ou éducatifs, encadrement des personnels sociaux et éducatifs, responsabilité de projets, relations avec les patients et leurs proches etc. Par ailleurs, quels que soient leurs métiers et qualifications d'origine (assistant de service social, éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur technique spécialisé, éducateur de jeunes enfants), les cadres socio-éducatifs ont un rôle déterminant à jouer dans l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur et la prise en charge globale du patient. L'organisation de l'hospitalisation à domicile et le soutien au patient et aux proches qu'elle peut impliquer, le fonctionnement de l'hôpital en relation étroite avec le secteur médico-social, gage d'une prise en charge globale du patient, la création de communautés hospitalières de territoire, l'animation des réseaux reliant l'hôpital et le secteur social et médico-social, nécessitent et nécessiteront demain plus encore les compétences et l'engagement des cadres socio-éducatifs. Leurs responsabilités et fonctions d'encadrement doivent être mieux prises en compte.

2. PROPOSITIONS

2.1. Aligner les montants fixes de la prime d'encadrement des cadres socio-éducatifs sur ceux des cadres de santé : 1^{er} grade 91,22€ mensuels et cadres supérieurs 167,45€ mensuels.

2.2. Instaurer pour les cadres socio-éducatifs un dispositif de variabilité et un montant maximum identiques à ceux proposés pour les cadres de santé (montants maximum 182€ mensuels pour le 1^{er} grade et 335€ mensuels pour les cadres supérieurs). Il s'agirait ici également d'une étape intermédiaire vers l'instauration d'un dispositif de prime de fonction et de résultats.

FICHE N°5 : LES SAGES-FEMMES CADRES

1. LE STATUT

1.1. La mission estime qu'une réflexion sur la réforme du statut des sages-femmes cadres (3^{ème} et 4^{ème} grades du statut particulier) doit nécessairement intégrer la question du certificat Cadre sage-femme créé par le décret n° 70-1043 du 6 novembre 1970. Ce certificat n'est pas obligatoire aujourd'hui pour l'accès au grade de sage-femme cadre. Il serait logique qu'une revalorisation de la carrière des sages-femmes cadres passe par la possession obligatoire d'un master de management en santé, au moins pour les sages-femmes cadres en situation de cadre de pôle.

1.2. Il est proposé la création d'un statut d'emploi de cadre de santé ou sage-femme de pôle, doté d'échelons conduisant à un indice identique à l'indice sommital du corps des AAH et accessible aux seuls cadres nommés dans ces fonctions.

2. LES INDEMNITES

Les montants de la prime d'encadrement des sages-femmes cadres sont identiques à ceux actuellement applicables aux cadres de santé. La mission propose en faveur des sages-femmes cadres un ajustement sur les montants réformés de la prime d'encadrement des cadres et cadres supérieurs de santé et l'instauration d'un mécanisme de variabilité, en fonction de l'atteinte des résultats, s'inscrivant dans l'optique de la mise en place programmée de la prime de fonctions et de résultat.

Taux d'encadrement dans les établissements publics de santé

Taux d'encadrement par filière dans les établissements publics de santé au 31/12/2007

Source : SPE 2004 redressée avec SAE 2007

Champ : Personnels titulaires et non titulaires sur emplois permanents des établissements publics de santé de la France entière (hors hôpitaux militaires)

Filière	Effectif physique de cadres (1)	Effectif physique total	Taux d'encadrement
Administrative	9 356	92 295	10,1%
Soignante et de rééducation	24 515	562 544	4,4%
Socio-éducative	419	11 187	3,7%
Médico-technique	2 766	39 002	7,1%
Technique et ouvrière	7 656	90 636	8,4%
Ensemble	44 712	795 664	5,6%

(1) Il s'agit des effectifs physiques :

- pour la filière administrative, des AAH et des ACH
- pour la filière soignante et de rééducation, des cadres de santé infirmiers et de rééducation et des cadres sages-femmes
- pour la filière socio-éducative, des cadres socio-éducatifs
- pour la filière médico-technique, des cadres de santé
- pour la filière technique et ouvrière, des ingénieurs hospitaliers et des TSH

Taux d'encadrement par catégorie d'établissements dans les établissements publics de santé au 31/12/2004

Source : SPE 2004 (données brutes)

Champ : Personnels titulaires et non titulaires sur emplois permanents des établissements publics de santé de la France entière (hors hôpitaux militaires)

Catégorie d'établissements	Effectif physique de cadres (1)	Effectif physique total	Taux d'encadrement
CH	18 646	366 827	5,1%
CHR-CHU	15 638	252 662	6,2%
CHS	6 043	83 628	7,2%
HL	1 276	38 944	3,3%
NDA*	115	1 707	6,7%
Ensemble	41 718	743 768	5,6%

*Non dénommé ailleurs (syndicat interhospitalier...)

(1) Il s'agit des effectifs physiques des AAH, ACH, des cadres de santé infirmiers, de rééducation et médico-techniques, des cadres sages-femmes, des cadres socio-éducatifs, des ingénieurs hospitaliers et des TSH

Taux d'encadrement par catégorie d'établissements et filière dans les établissements publics de santé au 31/12/2004

Source : SPE 2004 (données brutes)

Champ : Personnels titulaires et non titulaires sur emplois permanents des établissements publics de santé de la France entière (hors hôpitaux militaires)

Catégorie d'établissements	Filière	Effectif physique de cadres (1)	Effectif physique total	Taux d'encadrement
CH	Administrative	4 351	42 482	10,2%
	Soignante et de rééducation	10 663	262 498	4,1%
	Socio-éducative	130	3 650	3,6%
	Médico-technique	1 165	16 881	6,9%
	Technique et ouvrière	2 337	41 316	5,7%
Total CH		18 646	366 827	5,1%
CHR-CHU	Administrative	2 974	32 456	9,2%
	Soignante et de rééducation	8 530	170 873	5,0%
	Socio-éducative	131	2 518	5,2%
	Médico-technique	1 323	18 212	7,3%
	Technique et ouvrière	2 680	28 603	9,4%
Total CHR-CHU		15 638	252 662	6,2%
CHS	Administrative	1 089	8 876	12,3%
	Soignante et de rééducation	4 232	59 891	7,1%
	Socio-éducative	183	3 456	5,3%
	Médico-technique	94	714	13,2%
	Technique et ouvrière	445	10 691	4,2%
Total CHS		6 043	83 628	7,2%
HL	Administrative	557	2 945	18,9%
	Soignante et de rééducation	646	29 907	2,2%
	Socio-éducative	11	239	4,6%
	Médico-technique	8	240	3,3%
	Technique et ouvrière	54	5 613	1,0%
Total HL		1 276	38 944	3,3%
NDA*	Administrative	31	282	11,0%
	Soignante et de rééducation	59	1 098	5,4%
	Socio-éducative	0	12	0,0%
	Médico-technique	2	56	3,6%
	Technique et ouvrière	23	259	8,9%
Total NDA		115	1 707	6,7%
Total		41 718	743 768	5,6%

*Non dénommé ailleurs (syndicat interhospitalier...)

(1) Il s'agit des effectifs physiques :

- pour la filière administrative, des AAH et des ACH
- pour la filière soignante et de rééducation, des cadres de santé infirmiers et de rééducation et des cadres sages-femmes
- pour la filière socio-éducative, des cadres socio-éducatifs
- pour la filière médico-technique, des cadres de santé
- pour la filière technique et ouvrière, des ingénieurs hospitaliers et des TSH

Taux d'encadrement par région dans les établissements publics de santé au 31/12/2004

Source : SPE 2004 (données brutes)

Champ : Personnels titulaires et non titulaires sur emplois permanents des établissements publics de santé de la France entière (hors hôpitaux militaires)

région	Effectif physique de cadres (1)	Effectif physique total	Taux d'encadrement
Alsace	838	15 629	5,4%
Aquitaine	1 720	35 213	4,9%
Auvergne	929	17 190	5,4%
Basse-Normandie	958	17 251	5,6%
Bourgogne	1 177	22 775	5,2%
Bretagne	2 125	40 199	5,3%
Centre	1 479	31 773	4,7%
Champagne-Ardenne	1 006	19 353	5,2%
Corse	202	3 214	6,3%
Franche-Comté	801	16 447	4,9%
Guadeloupe	128	3 380	3,8%
Haute-Normandie	1 058	21 043	5,0%
Ile-de-France	9 410	142 623	6,6%
Languedoc-Roussillon	1 577	25 704	6,1%
Limousin	711	12 185	5,8%
Lorraine	1 755	30 753	5,7%
Martinique	321	4 497	7,1%
Midi-Pyrénées	1 617	31 847	5,1%
Nord-Pas-de-Calais	2 376	45 006	5,3%
Pays de la Loire	2 237	41 071	5,4%
Picardie	1 357	25 979	5,2%
Poitou-Charentes	976	18 450	5,3%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 074	50 669	6,1%
Réunion	126	2 022	6,2%
Rhône-Alpes	3 760	69 495	5,4%
Total	41 718	743 768	5,6%

(1) Il s'agit des effectifs physiques des AAH, ACH, des cadres de santé infirmiers, de rééducation et médico-techniques, des cadres sages-femmes, des cadres socio-éducatifs, des ingénieurs hospitaliers et des TSH

Taux d'encadrement par région et filière dans les établissements publics de santé au 31/12/2004

Source : SPE 2004 (données brutes)

Champ : Personnels titulaires et non titulaires sur emplois permanents des établissements publics de santé de la France entière (hors hôpitaux militaires)

région	Filière	Effectif physique de cadres (1)	Effectif physique total	Taux d'encadrement
Alsace	Administrative	252	2 661	9,5%
	Soignante et de rééducation	480	10 760	4,5%
	Socio-éducative	7	208	3,4%
	Médico-technique	39	423	9,2%
	Technique et ouvrière	60	1 577	3,8%
Total Alsace		838	15 629	5,4%
Aquitaine	Administrative	300	3 509	8,5%
	Soignante et de rééducation	1 126	25 255	4,5%
	Socio-éducative	19	434	4,4%
	Médico-technique	93	1 496	6,2%
	Technique et ouvrière	182	4 519	4,0%
Total Aquitaine		1 720	35 213	4,9%
Auvergne	Administrative	204	1 727	11,8%
	Soignante et de rééducation	534	12 523	4,3%
	Socio-éducative	8	181	4,4%
	Médico-technique	49	784	6,3%
	Technique et ouvrière	134	1 975	6,8%
Total Auvergne		929	17 190	5,4%
Basse-Normandie	Administrative	225	2 221	10,1%
	Soignante et de rééducation	554	12 424	4,5%
	Socio-éducative	8	145	5,5%
	Médico-technique	60	573	10,5%
	Technique et ouvrière	111	1 888	5,9%
Total Basse-Normandie		958	17 251	5,6%
Bourgogne	Administrative	293	2 462	11,9%
	Soignante et de rééducation	707	16 169	4,4%
	Socio-éducative	4	219	1,8%
	Médico-technique	57	955	6,0%
	Technique et ouvrière	116	2 970	3,9%
Total Bourgogne		1 177	22 775	5,2%
Bretagne	Administrative	462	4 238	10,9%
	Soignante et de rééducation	1 235	29 121	4,2%
	Socio-éducative	19	358	5,3%
	Médico-technique	127	1 757	7,2%
	Technique et ouvrière	282	4 725	6,0%
Total Bretagne		2 125	40 199	5,3%
Centre	Administrative	369	3 431	10,8%
	Soignante et de rééducation	806	22 708	3,5%
	Socio-éducative	18	467	3,9%
	Médico-technique	92	1 319	7,0%
	Technique et ouvrière	194	3 848	5,0%

Total Centre		1 479	31 773	4,7%
Champagne-Ardenne	Administrative	235	2 192	10,7%
	Soignante et de rééducation	551	13 688	4,0%
	Socio-éducative	6	203	3,0%
	Médico-technique	67	881	7,6%
	Technique et ouvrière	147	2 389	6,2%
Total Champagne-Ardenne		1 006	19 353	5,2%
Corse	Administrative	49	424	11,6%
	Soignante et de rééducation	121	2 149	5,6%
	Socio-éducative	2	39	5,1%
	Médico-technique	11	161	6,8%
	Technique et ouvrière	19	441	4,3%
Total Corse		202	3 214	6,3%
Franche-Comté	Administrative	185	1 788	10,3%
	Soignante et de rééducation	462	11 817	3,9%
	Socio-éducative	3	131	2,3%
	Médico-technique	44	772	5,7%
	Technique et ouvrière	107	1 939	5,5%
Total Franche-Comté		801	16 447	4,9%
Guadeloupe	Administrative	53	519	10,2%
	Soignante et de rééducation	63	2 424	2,6%
	Socio-éducative	3	70	4,3%
	Médico-technique	0	64	0,0%
	Technique et ouvrière	9	303	3,0%
Total Guadeloupe		128	3 380	3,8%
Haute-Normandie	Administrative	233	2 254	10,3%
	Soignante et de rééducation	617	14 996	4,1%
	Socio-éducative	10	268	3,7%
	Médico-technique	52	947	5,5%
	Technique et ouvrière	146	2 578	5,7%
Total Haute-Normandie		1 058	21 043	5,0%
Ile-de-France	Administrative	1 902	18 713	10,2%
	Soignante et de rééducation	5 426	99 251	5,5%
	Socio-éducative	174	2 574	6,8%
	Médico-technique	730	8 605	8,5%
	Technique et ouvrière	1 178	13 480	8,7%
Total Ile-de-France		9 410	142 623	6,6%
Languedoc-Roussillon	Administrative	353	3 067	11,5%
	Soignante et de rééducation	792	17 795	4,5%
	Socio-éducative	11	344	3,2%
	Médico-technique	90	1 351	6,7%
	Technique et ouvrière	331	3 147	10,5%
Total Languedoc-Roussillon		1 577	25 704	6,1%
Limousin	Administrative	173	1 197	14,5%
	Soignante et de rééducation	397	8 666	4,6%
	Socio-éducative	7	135	5,2%
	Médico-technique	31	529	5,9%
	Technique et ouvrière	103	1 658	6,2%
Total Limousin		711	12 185	5,8%
Lorraine	Administrative	364	3 398	10,7%
	Soignante et de rééducation	1 044	21 834	4,8%
	Socio-éducative	22	364	6,0%
	Médico-technique	88	1 511	5,8%
	Technique et ouvrière	237	3 646	6,5%

Total Lorraine		1 755	30 753	5,7%
Martinique	Administrative	55	605	9,1%
	Soignante et de rééducation	169	3 013	5,6%
	Socio-éducative	6	62	9,7%
	Médico-technique	20	243	8,2%
	Technique et ouvrière	71	574	12,4%
Total Martinique		321	4 497	7,1%
Midi-Pyrénées	Administrative	362	3 371	10,7%
	Soignante et de rééducation	919	22 458	4,1%
	Socio-éducative	13	435	3,0%
	Médico-technique	98	1 517	6,5%
	Technique et ouvrière	225	4 066	5,5%
Total Midi-Pyrénées		1 617	31 847	5,1%
Nord-Pas-de-Calais	Administrative	522	5 323	9,8%
	Soignante et de rééducation	1 366	31 804	4,3%
	Socio-éducative	27	569	4,7%
	Médico-technique	140	1 902	7,4%
	Technique et ouvrière	321	5 408	5,9%
Total Nord-Pas-de-Calais		2 376	45 006	5,3%
Pays de la Loire	Administrative	455	4 302	10,6%
	Soignante et de rééducation	1 229	29 631	4,1%
	Socio-éducative	11	440	2,5%
	Médico-technique	100	1 688	5,9%
	Technique et ouvrière	442	5 010	8,8%
Total Pays de la Loire		2 237	41 071	5,4%
Picardie	Administrative	281	3 060	9,2%
	Soignante et de rééducation	828	17 878	4,6%
	Socio-éducative	16	390	4,1%
	Médico-technique	80	1 106	7,2%
	Technique et ouvrière	152	3 545	4,3%
Total Picardie		1 357	25 979	5,2%
Poitou-Charentes	Administrative	211	2 049	10,3%
	Soignante et de rééducation	587	13 413	4,4%
	Socio-éducative	5	241	2,1%
	Médico-technique	54	768	7,0%
	Technique et ouvrière	119	1 979	6,0%
Total Poitou-Charentes		976	18 450	5,3%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Administrative	621	6 290	9,9%
	Soignante et de rééducation	1 820	34 616	5,3%
	Socio-éducative	31	679	4,6%
	Médico-technique	223	3 040	7,3%
	Technique et ouvrière	379	6 044	6,3%
Total Provence-Alpes-Côte d'Azur		3 074	50 669	6,1%
Réunion	Administrative	22	221	10,0%
	Soignante et de rééducation	74	1 408	5,3%
	Socio-éducative	2	26	7,7%
	Médico-technique	10	135	7,4%
	Technique et ouvrière	18	232	7,8%
Total Réunion		126	2 022	6,2%
Rhône-Alpes	Administrative	821	8 019	10,2%
	Soignante et de rééducation	2 223	48 466	4,6%
	Socio-éducative	23	893	2,6%
	Médico-technique	237	3 576	6,6%

	Technique et ouvrière	456	8 541	5,3%
Total Rhône-Alpes		3 760	69 495	5,4%
Total		41 718	743 768	5,6%

(1) Il s'agit des effectifs physiques :

- pour la filière administrative, des AAH et des ACH
- pour la filière soignante et de rééducation, des cadres de santé infirmiers et de rééducation et des cadres sages-femmes
- pour la filière socio-éducative, des cadres socio-éducatifs
- pour la filière médico-technique, des cadres de santé
- pour la filière technique et ouvrière, des ingénieurs hospitaliers et des TSH

Effectifs de cadres de santé, AAH, ACH, Ingénieurs et TSH dans les établissements publics de santé au 31/12/2007

Source : SPE 2004 redressée avec SAE 2007

Champ : Personnels titulaires et non titulaires sur emplois permanents des établissements publics de santé de la France entière (hors hôpitaux militaires)

Corps	Grade	Titulaires		Non-Titulaires sur emplois permanents		Ensemble	
		Effectif physique	ETP	Effectif physique	ETP	Effectif physique	ETP
Cadre de santé Infirmier	Cadre de santé	18 318	18 017,4	208	191,4	18 527	18 208,9
	Cadre supérieur de santé	3 993	3 948,8	34	32,3	4 026	3 981,0
	Total	22 311	21 966,2	242	223,7	22 553	22 189,9
Cadre de santé Rééducateur	Cadre de santé	683	676,1	28	21,8	712	697,9
	Cadre supérieur de santé	322	311,4	11	9,0	332	320,4
	Total	1 005	987,5	39	30,9	1 044	1 018,3
Cadre de santé Médico-technique	Cadre de santé	2 339	2 279,8	16	13,7	2 356	2 293,6
	Cadre supérieur de santé	406	404,1	5	4,4	410	408,5
	Total	2 745	2 684,0	21	18,1	2 766	2 702,1
Sage-femme	Cadre	566	553,1	4	4,5	570	557,6
	Cadre supérieur	347	337,1	1	1,1	348	338,2
	Total	913	890,2	5	5,6	918	895,8

Corps	Titulaires		Non-Titulaires sur emplois permanents		Ensemble	
	Effectif physique	ETP	Effectif physique	ETP	Effectif physique	ETP
AAH	2 832	2 769,3	328	321,6	3 160	3 090,9
ACH	5 466	5 274,9	730	697,2	6 196	5 972,1
Ingénieur hospitalier	1 553	1 522,9	1 018	974,5	2 571	2 497,4
TSH	4 401	4 349,8	684	676,8	5 085	5 026,7

Remerciements

J'adresse mes chaleureux remerciements à tous les collaborateurs et aux contributeurs de la Mission cadres, au premier chef, les 12 membres de la Commission qui ont fidèlement et intensément participé aux auditions, aux débats et aux rencontres régionales, au rythme d'au moins une journée hebdomadaire durant 4 mois,

A Bernard Verrier, conseiller général des établissements de santé, rapporteur général et à notre équipe rapprochée, Arnaud Favry, Sylvie Cheroutre et Colette Rhinan, qui ont porté au quotidien la démarche ambitieuse de la mission et permis qu'elle aboutisse,

Aux membres du think tank qui ont accompagné avec subtilité et talent la réflexion de la mission,

Aux organisateurs et aux intervenants des 12 rencontres en région, les directeurs des établissements d'accueil et les délégués régionaux de la FHF, qui, avec le soutien de la délégation générale de la FHF, ont su organiser avec succès ces réunions dans un laps de temps parfois très court, les cadres qui ont témoigné avec générosité de leur expérience et de leur parcours, qui nous ont interpellés et qui ont débattu avec nous,

Aux cadres, médecins, directeurs qui ont accepté de participer aux « focus groups »,

Aux contributeurs constructifs et critiques (et souvent noctambules) du forum internet, qui ont su faire passer dans leurs notes et commentaires leur attachement passionné à la cause de l'hôpital public,

Aux personnalités que nous avons auditionnées, qui nous ont transmis leur connaissance de la question,

A Annie Podeur, directrice de la DHOS qui a soutenu la démarche et mobilisé ses collaborateurs, notamment Emmanuelle Quillet et Hélène Coulonjou ainsi que la cellule statistiques, pour éclairer la mission,

A Denis Debrosse conseiller général des établissements de santé en charge à la DHOS du dispositif d'accompagnement des réformes et à Christian Anastasy, directeur préfigurateur de l'Agence nationale d'appui à la performance, pour leur appui à l'organisation de la mission,

Au directeur de l'EHESP qui a accepté de me rendre suffisamment disponible pour conduire la mission, à mon équipe de l'Institut du management qui m'a encouragée et supportée et notamment Jacqueline Thomas-Heude mon assistante.

Chantal de Singly

Liste des Membres et des Collaborateurs de la Mission

Membres de la Commission

Mme de SINGLY Chantal, directrice de l'Institut du management de l'EHESP, Présidente de la commission

M. VERRIER Bernard, conseiller général des établissements de santé, rapporteur général

Mme BAUQUIS Nicole, cadre de santé (médico-technique) CH Annecy

Mme BOUTIER Nathalie, cadre supérieur de santé (infirmière) CHU de Bordeaux

Mme BROTFELD Malika, directrice des soins CHU Rouen

Mme CARRON Annie, cadre supérieur socio-éducatif CHU St Antoine Paris

Mme GUILLAUME Sophie, cadre supérieur sage-femme CH Paris Necker

Mme JACQUIN Sylvie, cadre de santé (infirmière) CHU Angers

M. LOISEAU Tony, attaché d'administration hospitalière groupe hospitalier Lariboisière-Fernand-Vidal

Mme LUCAS Sylvie, Maître de conférences Université Dauphine

M. MARTIN Eric, Technicien supérieur hospitalier CHU de Nice

M. MISPELBLOM-BEYER Frédéric, professeur de sociologie université d'Evry

Mme PERON Sylvie, Présidente de la CME CH Argenteuil

Collaborateurs permanents de la Mission

Mme CHEROUTRE Sylvie, directrice d'hôpital, consultante dispositif d'accompagnement

M. FAVRY Arnaud, chargé de mission au cabinet de Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, rapporteur adjoint de la mission

Mme RHINAN Colette, assistante

Mme RUILLER Caroline, IAE Rennes

Membres associés au « think tank »

Mme BROTFELD Malika, directrice de soins CHU Rouen

Mme CADET Danielle, directrice des soins CHU Lariboisière

M. CALMES Gilles, directeur général adjoint CHU Limoges

Mme CHEROUTRE Sylvie, directrice d'hôpital, consultante dispositif d'accompagnement

Mme LAUDE Laetitia, enseignante chercheuse, Institut du Management - EHESP

Mme LUCAS Sylvie, Maître de conférences Université Dauphine

M. MATHERN Eric, Agence Beaurepaire – dispositif d'accompagnement

M. MISPELBLOM-BEYER Frederik, professeur de sociologie Université Evry

M. MOSSE Philippe, Directeur de recherche CNRS LEST, Université de la Méditerranée
M. RIONDET Jean, Directeur de l'Institut international supérieur de formation des cadres de santé HCL Lyon
Mme ROUTELOUS Christelle, enseignante chercheuse Institut du Management – EHESP
M. SCHWEYER François-Xavier, ancien membre de la mission Larcher, Sociologue, LAPSS – EHESP

Communication, conception et animation du forum cadres

Au titre de l'Agence Beaurepaire, prestataire de la Mission Cadres pour la Communication:
Sylvie CHEROUTRE, Fabien LAIR, Eric MATHERN, Mélanie RUEDY, Fanny HARAD,
Xavier de FOUCHECOUR

L'organisation de la mission

Les grandes orientations

Cadres des filières sage- femme, soignante, de rééducation, médico- technique, socio-éducative, administrative et technique ... le champ de la Mission Cadres a couvert l'ensemble des cadres hospitaliers publics, soit une population d'environ 45 000 personnes, dont plus de 27 000 cadres de santé.

Compte tenu de l'importance de cette population et de son hétérogénéité, le défi était, dans un temps très court - mars à juillet 2009 - de faire un état de la situation et de proposer des pistes d'action sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation pour l'ensemble des cadres hospitaliers.

Dès le départ, la mission s'est ainsi orientée en priorité vers l'écoute des cadres dans leur diversité; elle a pris le parti, en complément des auditions « classiques », de construire un dispositif de consultation et d'écoute original, qui donnerait le plus possible la parole aux cadres.

Une démarche interactive

La chef de mission, Chantal de Singly, s'est donc entourée d'une équipe constituée de personnalités du monde de la santé, de l'enseignement universitaire et professionnel et a bénéficié dans son travail de l'appui des services du ministère chargé de la santé.

La commission

C'est avec cette démarche à l'esprit qu'une commission restreinte de 13 membres, composée majoritairement de cadres en exercice a été constituée sous la présidence de Chantal de Singly. M. Bernard Verrier, conseiller général des établissements de santé, en était le rapporteur général.

Le choix a été fait d'intégrer une directrice de soins, très impliquée dans les questions d'encadrement, et un président de Commission médicale d'établissement, car il paraît essentiel d'impliquer les médecins hospitaliers dans l'analyse des problématiques de l'encadrement. Les cadres ont été choisis pour leur professionnalisme reconnu dans leur établissement et pour leur capacité à prendre du recul et à penser l'hôpital dans une vision globale. Ils ont eu à leurs côtés deux universitaires, invités à joindre l'équipe pour leur expertise en matière d'encadrement et/ou de management hospitalier.

Le caractère « resserré » de cette commission a permis de travailler sur un rythme soutenu, à raison d'une journée hebdomadaire minimum, en garantissant la présence et la participation de tous ses membres.

La commission s'est réunie tous les jeudis, pour entendre des personnalités représentatives des organisations professionnelles et du monde hospitalier et pour construire sa problématique.

Une délégation de ses membres a assisté aux rencontres en région. Elle a contribué à l'élaboration des propositions et du rapport final.

Le « think tank »

Un groupe de réflexion à configuration modulable, associant des universitaires, des chercheurs et des acteurs hospitaliers, a contribué et réagi aux travaux de la commission. Plusieurs contributions de ses membres sont consultables en annexes au rapport.

Son rôle principal était d'alimenter la commission en idées, retours d'expérience et problématiques. Il a également proposé une méthodologie pour les auditions et les rencontres régionales.

Le comité opérationnel

Trois collaborateurs permanents, placés auprès du chef de mission ont coordonné la production de la mission :

Arnaud FAVRY, chargé de mission au sein du cabinet, était en charge de l'organisation des auditions et du travail de la commission et de l'interface avec le cabinet ; il a assisté, au titre de rapporteur adjoint, le rapporteur général Bernard Verrier .

Sylvie CHEROUTRE, consultante du dispositif d'accompagnement des réformes, a assuré le suivi méthodologique, animé le groupe de réflexion, coordonné l'organisation des rencontres, modéré le forum internet et rédigé la synthèse de ses contenus et participé à la relecture et à la mise en forme du rapport final.

Caroline RULLER, docteur en gestion (thèse sur les cadres hospitaliers) était chargée de repérer, d'analyser, la production écrite sur le thème des cadres hospitaliers.

L'appui du dispositif d'accompagnement des réformes

La mission a pu compter aussi sur l'appui du dispositif d'accompagnement des réformes dont l'Agence nationale d'appui à la performance dispose. Celle-ci a organisé la communication de la mission ainsi que la gestion du forum internet. Enfin, elle a assuré la préparation des rencontres en région en lien avec les CHU et CH d'accueil et les délégués régionaux de la Fédération Hospitalière de France.

La communication de la Mission

Une adresse mail dédiée cadres@crer-hopitaux.fr a été très tôt mise en place.

Pour renforcer la cohérence de la communication de et autour de la Mission Cadres, celle-ci a bénéficié d'une identité visuelle spécialement conçue par de l'Agence Beurepaire, prestataire du dispositif d'accompagnement des réformes, qui a été véhiculée lors tous les événements et sur les supports.

Un dossier de presse Mission Cadres a été réalisé et envoyé à 53 journalistes de la presse professionnelle santé, hospitaliers et cadres, ainsi qu'au service communication de la DHOS. Ce dossier de presse a également été mis en ligne sur le forum www.cadres.creer-hopitaux.fr

Les activités de la mission :

Pour privilégier une large consultation, plusieurs modalités de recueil d'information ont été mises en place :

Les auditions

Plus de soixante auditions de syndicats, d'associations, de personnalités du monde de la santé et de cadres hospitaliers ont été organisées entre le 9 avril et le 9 juillet 2009. La liste des organismes et des 133 personnes auditionnées est consultable en annexe du rapport.

Les rencontres en région

Entre le 5 juin et le 10 juillet 2009, douze rencontres en région, réparties sur l'ensemble du territoire national (métropole et outremer) ont permis à la Mission de rencontrer environ 4000 cadres hospitaliers et d'échanger avec eux sur leur métier et son évolution.

L'organisation en un temps très bref de ces rencontres a mobilisé l'ensemble des acteurs du monde hospitalier (directions des CH et des CHU ayant accueilli l'événement, délégués régionaux de la FHF, directeurs d'ARH, ...).

Un kit méthodologique (guide méthodologique, programme type, affiche, masque de présentation) a été proposé à tous les organisateurs en région pour les aider dans la préparation et l'animation de chaque demi-journée.

Réalisé pour introduire les débats, en faisant témoigner non pas les cadres, mais celles et ceux qui les encadrent ou qui sont encadrés par eux, le film « Plein cadres » a été diffusé lors de chaque Rencontre en région, avant d'être mis en ligne sur le forum.

Chacune de ces rencontres a accueilli un public de 200 à 800 professionnels hospitaliers, dont une très grande majorité de cadres de santé, technique, médico-technique et administratif. Ces rencontres ont permis de recueillir des témoignages et des réalisations de terrain pour alimenter les réflexions de la mission. Elles ont surtout été une occasion privilégiée de se mettre à l'écoute des cadres hospitaliers, au cœur du bon fonctionnement et de l'évolution des établissements publics de santé.

Chaque rencontre a fait l'objet d'un compte-rendu réalisé par un journaliste. La synthèse des échanges et les expériences présentées par les cadres eux-mêmes ont été publiés sur le forum www.cadres.creer-hopitaux.fr et sont consultables en annexe, ainsi que les noms des équipes organisatrices.

Les douze rencontres ont lieu dans les villes suivantes :

Angers (vendredi 5 juin, matin),
Marseille (mardi 9 juin, matin),
Lyon (vendredi 12 juin, matin),
Rouen (mardi 16 juin, matin),
Pointe à Pitre (vendredi 19 juin),
Bordeaux (mardi 23 juin, matin),
La Réunion (mercredi 24 juin, après-midi),
Limoges (vendredi 26 juin, matin),
Paris (mardi 30 juin, après-midi),
Nancy (vendredi 3 juillet, matin),
Lille (mardi 7 juillet, après-midi),
Toulouse (vendredi 10 juillet, matin).

Les « focus groups »

La mission a réuni des groupes de discussion, 5 sur place dans le cadre des rencontres interrégionales et 5 autres, pour faire échanger en petit comité (15 à 20 personnes) sur la question des cadres hospitaliers

Le forum www.cadres.creer-hopitaux.fr : une démarche innovante

Le forum internet a été ouvert à destination des cadres et des professionnels de santé hospitaliers le 15 mai 2009 avec une intention forte : engager le dialogue avec le plus grand nombre de cadres et recueillir auprès d'eux le maximum de témoignages, retours d'expérience et de commentaires.

Pour cela, le forum offrait à ses membres inscrits quatre possibilités d'action :

- contribuer, en publiant des témoignages sur leur activité, leur parcours et leur formation, leurs difficultés et leurs satisfactions ou des propositions et suggestions concrètes, réalisations ou expériences à partager et qui pourraient faciliter l'exercice de la fonction d'encadrement à l'hôpital
- voir les autres contributions
- commenter les contributions de leurs pairs et voter
- suivre l'actualité de la mission, notamment les comptes rendus des rencontres en région.

Les visiteurs y trouvaient aussi toutes les informations utiles sur la mission, sa composition et son fonctionnement, ainsi qu'une sélection de liens utiles.

La solution retenue pour faciliter l'échange d'informations est une plate-forme de dialogue et d'échange de type TalkSpirit®.

Le site participatif se révèle un vrai succès :

- 22 958 visiteurs uniques
- 184 003 pages vues
- 1179 membres inscrits
- 477 utilisateurs actifs
- 393 contributions, 2 832 commentaires, 2 860 votes

Le forum a permis de faire émerger une « communauté cadre » active, responsable, consciente, très impliquée dans le fonctionnement de l'hôpital ; avec une appropriation spontanée des règles du jeu par les participants et une tonalité « professionnelle » des échanges, les échanges de très bon niveau et constructifs témoignent d'une forte implication des participants et manifestent l'importance des attentes vis à vis de la Mission.

L'important travail de synthèse qui a été réalisé à partir des nombreux échanges et témoignages a été publié sur le forum et figure en Annexe.

Conclusion

Dans son organisation, la mission a voulu se mettre à l'écoute et recueillir directement auprès des cadres eux-mêmes le maximum de témoignages sur leurs problématiques et leurs questionnements, leurs projets, leurs initiatives et leurs ambitions.

Elle s'est attachée à en rendre compte au mieux, dans le rapport et dans les propositions qui sont soumises; pour autant, ce travail n'est pas l'aboutissement, mais le début d'un processus à poursuivre.

Sigles utilisés dans le rapport

ABREVIATIONS SIGLES UTILISES

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
AAMB	Association des Agents de Maintenance Biomédicale
ACH	Adjoint des Cadres Hospitaliers
ADC	Association des Directeurs des Soins
AFDS	Association Française des Directeurs des Soins
AFIB	Association Française des Ingénieurs Bio-médicaux
ANCIM	Association Nationale des cadres Infirmiers et Médico-technique
ANFH	Association nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
APHP	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARF	Association des Régions de France
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CA	Conseil d'Administration
CAFDES	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement Social
CEFIEC	Comité d'entente des Formateurs des Instituts et Ecoles de Cadres
CFDT	Confédération Française Démocratique du Travail
CFTC	Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
CGT	Confédération générale du Travail
CH	Centre Hospitalier
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHSCT	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission médicale d'Etablissement
CNG	Centre National de Gestion
CNOSF	Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CORP- CADSUPP	Conférence Régionale de la Profession des Cadres Supérieurs du Public et du Privé
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DESSMS	Directeur d'Etablissement Sanitaire Social et médico Social
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DRH	Direction des Ressources Humaines
ECTS	European Credits Transfert System
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
FEH	Fédération Européenne des Hôpitaux
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FEMS	Forum Européen des managers de santé
FFASS CFE CGC	Fédération Française de la Santé, de la Médecine et de l'Action Sociale CFE-CGC
FHF	Fédération Hospitalière de France
FHP	Fédération de l'Hospitalisation Privée
FIH	Fédération Internationale des Hôpitaux
FO	Force Ouvrière
GEPSO	Groupement des Etablissements Publics du Social
HAS	Haute Autorité en Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IHF	Ingénieurs Hospitaliers de France
IRTS	Institut Régional du Travail Social
ISMS	Institut Supérieur de Management en Santé
LMD	Licence Master Doctorat
MEAH	Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
NBI	Nouvelle Bonification Indiciaire
SNCF	Société Nationale des Chemins de Fer Français
SNCH	Syndicat National des Cadres Hospitaliers
T2A	Tarifification à l'Activité
TSH	Technicien Supérieur Hospitalier
UDIHR	Union des Ingénieurs Hospitaliers en Restauration
UIPARM	Union Interprofessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-techniques
UNSA	Union Nationale des Syndicats Autonomes
URBH	Union des Responsables de Blanchisseries Hospitalières
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

Table des matières

Préface	2
Lettre de mission	3
Sommaire	4
Synthèse	5
Les propositions de la mission	13
1 - Pour une réelle politique managériale au sein de chaque établissement.....	14
2 - Pour une reconnaissance universitaire de la formation des cadres et le renforcement du lien avec le métier.	15
3 - Pour une dynamique régionale du développement des compétences managériales et de soutien des cadres.	16
4 - Pour un accompagnement national des projets et des innovations conduits par les cadres.....	16
5 - Pour valoriser les niveaux de responsabilités des cadres par les statuts et les rémunérations.....	17
6 - Pour porter et piloter les suites de la mission.	17
Introduction	18
0.1 Qu'est-ce qu'encadrer ?	20
Cadres et fonction d'encadrement.....	20
L'activité d'encadrement.....	22
Les divergences d'orientations au sein de l'encadrement.....	23
0.2 Les cadres hospitaliers.....	24
L'hôpital, lieu d'exercice différent.....	24
Une définition fonctionnelle du cadre.....	24
Le champ traité par la mission.....	26
Des éléments chiffrés.....	26
I- Relever le défi de la complexité de la fonction d'encadrement à l'hôpital	28
I.1 Le rôle central mais « invisible » des cadres dans l'organisation hospitalière.....	28
I.1.1 L'invisibilité relative et les formes de reconnaissance du travail des cadres.	29
I.1.1.a Les aspects de l'invisibilité du travail des cadres.....	29
I.1.1.b L'exemple de la gestion du temps par les cadres.....	31
I.1.2 Identités professionnelles et références aux métiers d'origine.....	33
I.1.2.a Cadres exécutants et cadres stratèges	33
I.1.2.b Peut-on connaître un métier sans en être ou en avoir été ?	34
I.1.3 Rôles, missions et responsabilités des cadres	36
I.1.3.a La hiérarchie au sein des pôles et le « poids » des cadres	36
I.1.3.b Spécialisations des cadres et formes de coopération : complémentarité et partage d'orientations.....	37
I.1.4 La question de la « responsabilité » des cadres dans la définition de leur « cœur de métier ».	37
I.2. Comment les cadres répondent aux évolutions de l'hôpital	38
I.2.1. Des évolutions majeures	38
I.2.1.a Une demande sociale en extension relayée par une production normative à flux continu.....	38
I.2.1.b Un management public plus centré sur l'efficience et l'efficacité	40
I.2.1.c La demande des personnels	40
I.2.1.d Une prise en charge globale sur un territoire.....	40
I.2.1.e Les répercussions des organisations en pôle.....	41
I.2.1.f Le poids des technologies et des techniques	42
I.2.2 Les conséquences pour la fonction d'encadrement.....	42
I.2.2.a Maintenir l'état de veille (contrôles, protocoles, vigilances, traçabilité...).....	43
I.2.2.b Gérer la tension entre standardisation et personnalisation des soins	43
I.2.2.c Assurer l'efficience et l'efficacité	44
I.2.2.d Gérer le changement permanent	44
I.2.2.e Coordonner en interne et en externe des acteurs et des cultures différents.....	44
I.2.2.f Conduire des négociations nombreuses et complexes (personnels, syndicats, médecins, directions, patients, familles, autres interlocuteurs)	45
II Construire et développer les compétences des cadres hospitaliers	47
II.1 Repérer les futurs cadres.....	48
II.1.1 Mettre fin à la position de faisant fonction de cadre.....	48
II.1.2 Organiser, au sein de la promotion interne, la position de « cadre apprenant »	49

<i>II.2 Mettre en place pour tous les cadres hospitaliers des formations initiales universitaires et professionnelles.....</i>	<i>50</i>
II.2.1 Créer un tronc identique voire commun de formation pour tous les cadres hospitaliers tout en respectant les métiers et les filières professionnelles	51
II.2.2 Donner une dimension universitaire à la formation des cadres	51
II.2.3 Les cadres de santé : aménager le concours de recrutement après l'obtention du diplôme de cadre, viser une formation qui sera équivalente à un master, prévoir dès maintenant le master pour exercer les fonctions de cadre paramédical de pôle	53
II.2.4 Les cadres sages-femmes : formation de cadre conduisant au Master	54
II.2.5 Les attachés d'administration hospitalière : une formation de 12 mois à temps plein à l'EHESP conduisant au Master	55
<i>II.3 Former tout au long de la vie professionnelle.....</i>	<i>56</i>
II.3.1 Accompagner les changements liés aux évolutions majeures de l'hôpital	56
II.3.2 Accompagner les évolutions individuelles de carrière	57
II.3.3 Permettre la construction de nouveaux métiers de cadre.....	58
II.3.4 Favoriser les passerelles entre filières et métiers d'encadrement	58
<i>II.4 Développer le conseil, l'expertise et la recherche en management.....</i>	<i>59</i>
II.4.1 Identifier les ressources, les compétences et les travaux de recherche internes en management des cadres pour les utiliser et les valoriser	59
II.4.2 Favoriser les expertises croisées et les échanges inter-établissements de l'encadrement au niveau régional	60
II.4.3 Solliciter l'Agence Nationale d'Appui à la Performance pour des appuis ciblés sur des projets portés par des cadres hospitaliers.....	60
II.4.4 Prolonger le site Internet de la mission cadres pour en faire un lieu national d'échange des pratiques managériales	61
II.4.5 Impulser la recherche nationale en management hospitalier par des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique spécifiques	61
<i>II. 5 Evaluer les pratiques professionnelles managériales.....</i>	<i>62</i>
II.5.1 Référencer des « bonnes pratiques managériales »	62
II.5.2 S'appuyer dans les hôpitaux sur une commission des évaluations des pratiques professionnelles	63
II.5.3 Promouvoir la construction et la diffusion des bonnes pratiques managériales au niveau régional ...	63
II.5.4 Impliquer la HAS dans le développement les EPP managériales	64
<i>II.6 Investir des lieux de formation régionaux et nationaux.....</i>	<i>65</i>
II.6.1 Créer des instituts supérieurs de management en santé	65
II.6.1.a La nécessité de rapprocher en formation tous les acteurs de l'encadrement hospitalier.....	65
II.6.1.b Le choix de créer de nouvelles structures	65
II.6.1.c Les missions des Instituts Supérieurs de Management en Santé	66
II.6.1.d La structure proposée pour les Instituts Supérieurs de Management en Santé	67
II.6.2 S'appuyer sur les acteurs régionaux en formation et recherche en santé pour renforcer l'action des instituts.....	68
II.6.3 Mobiliser l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique sur l'évolution des pratiques managériales à l'hôpital	68
III Affirmer le positionnement des cadres au sein du système hospitalier.....	70
<i>III.1 S'engager dans une politique managériale.....</i>	<i>71</i>
III.1.1 Définir et clarifier l'organisation de l'établissement.....	71
III.1.1.a L'organisation : fiche de poste et de mission, organigramme et circuit de décision	73
III.1.1.b Des orientations méthodologiques pour conduire cette clarification de l'organisation	75
III.1.2 Se fixer des priorités en matière de management : le projet managérial	76
III.1.3 Faire vivre les règles du jeu et rendre compte du management.....	77
<i>III. 2 Organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement</i>	<i>78</i>
III.2.1 Favoriser la création d'un espace cadre dans chaque établissement	78
III.2.2 Créer un collège cadre au sein du CTE en relation avec la CME.....	79
<i>III.3 Renforcer la reconnaissance statutaire et financière des cadres.....</i>	<i>80</i>
III.3.1 Des carrières peu attractives et des responsabilités mal valorisées	80
III.3.1.a Des adaptations statutaires indispensables.....	80
III.3.1.b Des régimes indemnitaires dépassés et globalement insuffisants.....	85
III.3.2 Des propositions communes pour tous les cadres hospitaliers	85
III.3.2.a Des réformes statutaires en cours.....	85
III. 3 2.b Des modes de recrutement et de gestion à moderniser.....	86
III.3.2.c Rendre les carrières plus attractives et mieux reconnaître les responsabilités dans les statuts	87

III.3.2.d Réformer radicalement les systèmes indemnitaires.....	88
III.3.3. Engager la réflexion pour un intéressement collectif	90
Conclusion	91
Fiches de propositions statutaires	93
<i>FICHE N°1 : LES CADRES DE SANTE</i>	93
1. CONSTATS.....	93
1.1. La rémunération globale.....	93
1.2. Le régime indemnitaire	94
2. PROPOSITIONS	94
<i>FICHE N°2 : LES CADRES ADMINISTRATIFS</i>	96
1. CONSTATS.....	96
1.1. Les attachés d'administration hospitalière.....	96
1.2. Les adjoints des cadres hospitaliers	97
1.3. Les secrétaires médicales	98
2. PROPOSITIONS	98
2.1. Les attachés d'administration hospitalière.....	98
2.2. Les adjoints des cadres hospitaliers	99
2.3. Les coordonnatrices de secrétariat médical	99
<i>FICHE N°3 : LES CADRES TECHNIQUES</i>	100
1. CONSTATS.....	100
2. PROPOSITIONS	100
<i>FICHE N°4 : LES CADRES SOCIO-EDUCATIFS</i>	101
1. CONSTATS.....	101
2. PROPOSITIONS	101
<i>FICHE N°5 : LES SAGES-FEMMES CADRES</i>	102
1. LE STATUT	102
2. LES INDEMNITES	102
Taux d'encadrement dans les établissements publics de santé	103
Remerciements	113
Liste des Membres et des Collaborateurs de la Mission.....	114
<i>Membres de la Commission</i>	114
<i>Collaborateurs permanents de la Mission</i>	114
<i>Membres associés au « think tank »</i>	114
<i>Communication, conception et animation du forum cadres</i>	115
L'organisation de la mission.....	116
La commission.....	116
Le « think tank »	117
Le comité opérationnel	117
L'appui du dispositif d'accompagnement des réformes.....	117
La communication de la Mission	117
Les audits.....	118
Les rencontres en région.....	118
Les « focus groups »	118
Le forum www.cadres.creer-hopitaux.fr : une démarche innovante	119
Sigles utilisés dans le rapport.....	120
Table des matières.....	122