



SYNDICAT CGT CHU MONTPELLIER

Extrait du magazine Options N°587
Fédération de la Santé et de l'Action Sociale Union Fédérale
des Médecins, Ingénieurs, cadres et Techniciens

SOMMAIRE

Page 2-3-4-5 :	Vous avez dit «Injonctions paradoxales»?
Page 6-7 :	Compte-rendu de la réunion du groupe de pilotage «Réingénierie du diplôme de cadre de santé» au ministère - 7 février 2013
Page 8 :	Déclarations de la CGT à la réunion du groupe de pilotage

Cadres de santé, réaffirmons le sens de notre travail !

EDITO Les cadres de santé sont en souffrance dans de nombreux établissements.

L'encadrement ou le « management » des personnels relève de l'exercice de leurs missions dans le cadre de la mise en œuvre des politiques publiques, mais cela doit pouvoir se faire dans le respect de leur éthique professionnelle et de celle du service public pour les collègues exerçant dans la fonction publique.

Les logiques financières, les contraintes fortes tendent à réduire les fonctions des cadres de santé à une conception étroite de l'encadrement voulant les « couper » de la vie des services.

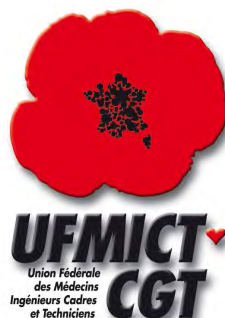
Par ailleurs, les réformes et les réorganisations de services qui se sont succédées ces dernières années les ont pleinement mis à contribution. Dans de trop nombreux cas, cela s'est traduit, de fait, par la dégradation des conditions de travail des cadres,

avec une atteinte directe sur leur santé ne permettant pas de concilier vie personnelle et vie professionnelle.

Le recours régulier à leur conception de la loyauté est une forme de pression supplémentaire contre les cadres. S'exprimer, donner son point de vue, défendre une autre idée du service rendu à la population serait un défi de loyauté ! La CGT appelle au contraire les cadres à relever la tête, à ne pas se laisser faire !

Le cadre animateur-riche d'équipe, orienté-e sur l'organisation du travail, à l'écoute des équipes de travail, se projetant sur les projets stratégiques du service, c'est possible, c'est indispensable !

Il faut en finir avec le cadre « pion » de la direction et des orientations de l'ARS !



**Oui au sens du travail
et à la reconnaissance des
responsabilités assurées !**

Vous avez dit « Injonctions paradoxales »?

Au gré des réformes qui touchent l'hôpital, les cadres de santé sont aujourd'hui mis sous tension et, il faut bien le reconnaître, en difficulté.

La loi HPST les a vus organiser les Services en Pôles avec les médecins et les AAH (Attachés d'Administration Hospitalière), ouvrir des compteurs de toutes sortes pour quantifier l'activité de soins, faire des projets pour justifier de l'utilisation des fonds publics, puis refaire ces mêmes projets quand de nouvelles exigences financières sont venues modifier à la baisse les données de départ.

Ainsi, il ne se passe pas un jour où,

en fonction des demandes des ARS, du taux de reconduction de la prochaine Direction des Affaires Financières, ils n'aient à s'inquiéter des postes qu'il va falloir geler, de ceux qui seront laissés vacants ou des postes de cadres non-ouverts à concours. De ce vacillement de l'hôpital public sur ses bases résulte une impression de flou, de bricolage, qui ne permet pas aux cadres d'anticiper les difficultés et encore moins de « manager » leur équipe de manière pertinente et éclairée.

Leur quotidien les voit passer d'une urgence à l'autre, toujours le nez dans le guidon, sans autre espoir que celui de faire des heures supplémentaires pour rattraper leur retard. Quand ils arrivent enfin à reprendre leur souffle et dire leur désarroi, ils se voient renvoyés à leurs difficultés

personnelles, leurs manquements ou leurs incompétences, pour certains.

Or, il ne s'agit pas d'un problème individuel mais d'un problème de dimension collective, lié à des choix économiques, qui engagent de multiples responsabilités. C'est l'expression commune d'une difficulté qui émerge aujourd'hui, et non l'addition d'insuffisances individuelles.

Cette expression témoigne d'un empêchement partagé par de nombreux cadres et cadres supérieurs de santé.

Ce trouble collectif mérite d'être entendu et par dessus tout respecté. Il témoigne d'une inquiétude profonde, d'un sentiment d'être emporté par une véritable révolution qui touche et transforme ce que nous sommes. En d'autres termes, nous sommes l'objet d'une mutation qui d'ores et

déjà nous inquiète du fait de la radicalité des transformations proposées. Il s'agit d'un moment charnière, d'un changement d'époque. Nous ne savons pas encore si nous allons sortir du Moyen-Age pour entrer dans la Renaissance ou l'inverse. Pour autant, chacun de nous constate que ces transformations touchent nos sociétés humaines à tous les niveaux : symbolique, imaginaire, collectif, familial, professionnel.



Notre ancien monde s'écroule et le nouveau est encore indéchiffrable ou trop chiffré, c'est selon !...

Il en va de même à l'hôpital, impacté, transformé, par les différentes réformes sanitaires et les modifications liées à l'application de la loi HPST, modifications dont les cadres de santé sont les vecteurs et les victimes, souvent sans le savoir. Les victimes tout d'abord, car ils vivent un moment particulier qui voit deux logiques coexister tout en s'éloignant l'une de l'autre: celle du soin, du patient, des équipes et celle d'une logique financière, binaire, qui est toute différente.

Il ne s'agit pas vraiment d'une perte de sens, mais de la prise en compte insidieuse de choix politiques qui donnent un sens radicalement différent à ce qu'est la santé pour tous et ce que doit être la mission de l'hôpital Public. Le désarroi ressenti par les cadres peut trouver ici un début d'explication. Issus pour la plupart de la filière du soin, animés par des valeurs humanistes, ils se trouvent en prise avec une logique marchande productiviste qui heurte leurs valeurs professionnelles.

Un croisement, une bifurcation s'ouvre devant eux : il leur faut faire un choix quand justement il ne devrait pas y en avoir. Ils sont sur le fil du rasoir, sommés de choisir les économies sur tout et sur tous, en renonçant de manière plus ou moins consciente, plus ou moins contrainte, à ce qui les anime depuis toujours : une certaine idée du soin, des services rendus à la population. Mais à quel prix?

Concilier la logique du soin et une politique d'économie, aujourd'hui cela va de soi ! Les infirmier-es nouvellement formé-es à cela ne se questionnent plus. Personne ne leur demande, d'ailleurs. Car cette



nouvelle donne économique est la seule qu'ils ou elles connaissent. Pour les cadres, il en va autrement. Ils ne sont plus auprès des équipes, auprès des patients, à animer des projets. Ils sont en réunion pour organiser la facturation des chambres individuelles, alors que dans le même temps, par manque de lits, des admissions se font en mode dégradé sur des brancards. Ils sont en réunion pour réfléchir à la mise à plat des effectifs, alors que dans leur quotidien ils manquent de personnel pour faire fonctionner le service. Ils sont tétanisés dès qu'une jeune professionnelle leur annonce sa grossesse, car ils savent très bien qu'elle ne sera pas remplacée et que le recours à l'intérim est limité, voire interdit. Et ils sont désabusés quand ils apprennent que leur direction va créer un pool de suppléance pour pallier à l'absentéisme, en « piochant » dans leurs équipes qui sont déjà exsangues !

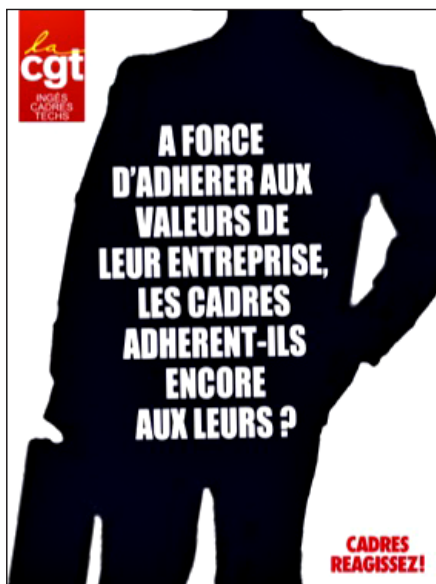
Les cadres de santé, paramédicaux, de Pôle, etc., savent ce que les financiers oublient trop rapidement : c'est que derrière le chiffre il y a l'homme, la femme ou l'enfant, et qu'en sortant de la réunion, ils vont devoir les rencontrer pour essayer de leur vendre l'invendable : un lit de camp dans le couloir, une consultation médicale dans plusieurs mois, l'adresse d'un autre établissement car « *ici, voyez vous, il n'y a plus de place, ni de personnel !* »

Cependant, les cadres de santé sont aussi les vecteurs de changements

qui brouillent les repères de la plupart d'entre nous. Le management participatif en est le parfait exemple. Il permet la confusion sous couvert de démocratie. Il propose, sans jamais le dévoiler, le même renversement des valeurs tel que cité ci dessus, sous couvert du contraire.

Prenons la question de l'idéologie dominante qui oriente la conception des soins à l'hôpital. Elle devrait normalement se décliner en logique de soins et en prise en compte du patient. Elle se décline en réalité de façon quantitative, comptable, et en définitive en termes d'objectifs à atteindre. Il ne s'agit plus de traiter le patient schizophrène mais la schizophrénie. Or, dans l'approche quantitative, tous les patients se valent et il devient possible de définir un objectif commun à tous : la schizophrénie doit être traitée en 20 jours !

La réalité des services fait apparaître la monstruosité de la chose. Les patients « ne se valent pas », l'expression de la maladie est multiple, les réponses au traitement également. Le patient doit cependant sortir dans les délais définis préalablement par l'ARS, sinon la fameuse



DMH (durée moyenne d'hospitalisation) sera qualifiée de « mauvaise » ! Dès lors, souvent au grand dam des équipes, sortent des patients peu stabilisés qui au mieux reviendront dans nos services, au pire commettront un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.

Cette logique n'est pas non plus sans effet sur les équipes, car rabattre tous les problèmes sur un même niveau de réalité purement gestionnaire est créateur de tensions. Ainsi la charge mentale de chacun s'accroît dans les mêmes proportions que la complexité des situations à traiter. Mais où loger cette complexité et quand la dire ?

Les cadres sont confrontés à un problème de gouvernance insoluble, gouvernance qui d'un côté promeut une culture démocratique, quand de l'autre il n'y a qu'opacité, arbitraire et absence de dialogue. Ils sont l'objet d'une injonction paradoxale qui leur ordonne de traiter les patients au cas par cas, tout en leur indiquant qu'il ne faut plus réfléchir ainsi.

Quelles réponses pouvons nous mettre en place ? Comment résister à ce que nous vivons actuellement ? Avant, réfléchir c'était déjà désobéir, mais c'était avant ! Aujourd'hui on voudrait nous faire croire que réfléchir, c'est perdre du temps et que d'autres vont le faire à notre place, et mieux ! Eh bien, ce n'est pas si sûr que cela !!

Les cadres « pensent », parlent entre eux, élaborent une compréhension du monde hospitalier sans pour autant qu'on leur laisse un espace pour « dire ». Il ne faut pas s'étonner dès lors d'avoir du personnel d'encadrement au bord de la crise de nerfs, un peu réactif et pas toujours diplomate...

La question de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins alimente

également ce clivage. Il se situe entre l'organisation prônée par la HAS et l'organisation réelle des soins dans les services, entre la dimension de la tâche prescrite et de la tâche réelle qui va influencer sur la santé du patient. Entendons nous bien: si le travail de l'IDE est un travail prescrit normalement par le médecin, aujourd'hui ce travail se voit parasité par d'autres contraintes, imposées par une autorité au nom de la qualité: l'HAS.

Avec son cortège de recommandations, la HAS vient surajouter aux pratiques soignantes une dimension qualitative formelle qui est évaluée selon des critères quantitatifs (les audits-douleur, du médicament, de confidentialité, par exemple) et qui devient première en terme d'obligation, alors qu'au regard de la prise en charge du patient, elle peut apparaître comme superflue, secondaire. Si les médecins sont soumis à ces mêmes contraintes, leur organisation professionnelle en confrérie leur permet de s'en défendre plus facilement, en pesant quand il le faut de tout leur poids sur l'institution. Ils avancent en « Ordre » et défendent une logique de métier.

Il n'en va pas de même pour les professions paramédicales. Elles sont l'objet de la « réingénierie » des contenus professionnels : celle-ci détruit les métiers pour créer des fonctions assumées par des professionnels dont ce n'est justement pas le métier.

Il y a quelques années, par exemple, des auxiliaires de vie travaillant au domicile des patients avaient été formé-es pour nettoyer et remettre en place les canules de trachéotomie, acte relevant normalement de la responsabilité des IDE. Provoquant de nombreux problèmes, cette mesure avait été stoppée.

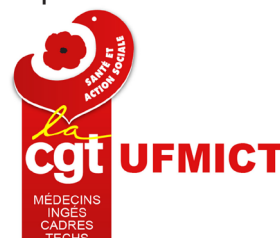


Aujourd'hui nous voyons apparaître des « beds-manager » pour lesquels il est très facile d'entrevoir la fonction, mais beaucoup plus dur d'identifier le métier. Peut-on envisager demain la création d'autres mutants ? Celle d'un « days-manager » par exemple : personne chargée

de trouver du personnel les jours de grandes pénuries ! D'un « pax-manager », personne chargée de ramener le calme dans les équipes après que leur soit annoncé un report de leur vacances d'été en octobre ou en novembre ! Je laisse l'imagination de chacun continuer.

Nous vivons par la force des choses dans un univers impensé qui nous arrache des mains les outils grâce auxquels nous arrivions à piloter cahin-caha nos équipes et notre avenir. Nous avons le sentiment d'être aujourd'hui les jouets de logiques qui nous dépassent, qui nous blessent. Nous n'avons pas d'autre choix, si nous souhaitons nous en sortir, que de construire une réflexion collective qui permettra de pointer les contradictions du système.

C'est en faisant dialoguer les logiques paramédicales, médicales et gestionnaires, c'est à dire en dépassant cette logique binaire pour une logique ternaire que nous pourrons « penser » collectivement ce monde vers lequel nous courrons à l'aveuglette. Cela nécessitera que circule entre nous davantage de confiance, de respect, de calme et de sagesse ! Nous en sommes capables!



Laurent LAPORTE
Membre de l'Union
Fédérale des médecins,
Cadre de santé,
CE de l'Ufmict.

Compte-rendu de la réunion du groupe de pilotage «Réingénierie du diplôme de cadre de santé» de février 2013 au ministère

La DGOS, accompagnée de la responsable de l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la FPH (ONEMFPH) pour entrevoir l'impact sur la masse salariale et les métiers, présentent la réunion du comité de pilotage comme :

- ⇒ une fin par la clôture de la phase initiale des travaux et la validation des choix faits
- ⇒ une proposition sur la deuxième année qui vient de réengager des travaux.

Ce sera donc l'ordre du jour par la configuration des :

- Référentiel d'activités et des compétences,
- Informations sur la suite des travaux.

Synthèse :

Ce qui fonde la réingénierie :

- Le contenu de la formation est caduque.
- Il faut anticiper l'évolution pour les cadres par une prise en compte des exigences économiques et du paysage hospitalier.

Le groupe de production a travaillé 12 jours (présentations et intersessions). Il a abouti aux notions suivantes :

Le Métier est différent du diplôme, le métier est dissocié du statut. Cela se traduit par l'identification de trois métiers :

- ⇒ Cadre responsable d'unité de soins,
- ⇒ Cadre de santé formateur,
- ⇒ Cadre de pôle.

Et de trois niveaux d'encadrement :

- ⇒ Proximité,
- ⇒ Intermédiaire,
- ⇒ Stratégique.

Selon la DGOS, la correspondance entre les métiers et les niveaux d'encadrement n'est pas linéaire. Ainsi, on peut bien identifier un niveau d'encadrement de proximité ou intermédiaire pour le cadre responsable

d'unité de soins, mais il n'y a pas de notion d'encadrement intermédiaire pour le cadre de santé formateur.

En effet, la place des cadres formateurs est très dépendante d'organisations variées.

Parfois faisant fonction d'adjoint au directeur, parfois organisateur d'une année ou des stages ... Le métier n'est pas le statut (le référentiel n'en dit rien).

Il n'y a pas de hiérarchie entre les compétences. Elles sont toutes attendues.

Les cadres de santé sont avant tout des professionnels de santé, ils ont le pré-requis de l'organisation des soins. Des éléments théoriques, académiques de santé publique, d'éthique... vont intégrer le référentiel de formation.

Il n'y a pas de correspondance linéaire entre 1 métier = 1 référentiel d'activités / compétences.

Par exemple, le cadre de pôle réalise quelques activités complémentaires «cœur de métier», mais n'a pas de compétences complémentaires. Le cadre responsable d'unité de soins et le cadre formateur ont 3 ou 4 activités «cœur de métier» très différenciées sur les 4 premières compétences, après c'est très semblable.

La formation sera travaillée dans la prochaine étape : définition des critères et indicateurs.

La DGOS insiste : « On les a fait venir. Ils font des choses très variées » : coordination de soins, activités de direction... Cela questionne l'organisation des instituts de formation. La question de l'encadrement intermédiaire doit être tranchée de manière collégiale. Aujourd'hui il y a confusion. Cela ne veut pas dire que

l'activité de coordination n'existe pas. Et qu'on n'y reviendra pas.

La DGOS informe de la mise en place d'une mission IGAS/IGAENR visant à interroger le processus d'universitarisation à 2 niveaux :

⇒ Etablir avec les parties prenantes un bilan critique de ce qui a été construit ensemble et de ce qui fonctionne ou pas. C'est variable selon les filières. Cela a bien fonctionné pour les manipulateurs radios, par exemple. Où se situent les difficultés, les blocages, qui sont les différents acteurs?...

⇒ Seront sollicités pour faire des recommandations et des préconisations, les organisations syndicales, les professionnel-les, les étudiants, les employeurs, les représentants institutionnels ...

Le modèle de gouvernance ne fonctionne pas. Il y a des conventions avec les universités pour les podologues, manipulateurs radio et IADE. Par ailleurs, zéro conventions.

La conférence des présidents d'universités : « *Pas de chèque en blanc* » Or, les signatures de convention sont préalables à l'attribution du grade. Comment peut-on faire évoluer le modèle ? Certains se prononcent pour un modèle Ecoles / Hautes écoles. La FNEFI et la FNEC pour l'universitarisation complète et le statut d'étudiants à part entière.

Est-ce qu'on régionalise d'avantage ? (*Acte III de la loi sur la décentralisation*) Est-ce qu'on recentralise ? La mission auditionnera les organisations syndicales.

Un autre débat s'engage sur :

⇒ Définition des grades accordés aux diplômes. Quels sont les critères objectifs ? Non pas en fonction de capacités de « lobbying » d'une profession, mais suivant les besoins de santé de la population. Enjeux pour les paramédicaux, reconnaissance symbolique.

La conclusion des travaux de cette mission aura lieu en septembre 2013. En attendant, on fait

une pause dans les travaux de réingénierie, en dehors des kinésithérapeutes et des orthophonistes, pour lesquels les travaux continueront en 2013.

Propositions pour la deuxième phase des travaux formation cadres de santé

Scénario : 2 groupes consécutifs et non parallèles.

⇒ 1 groupe de réflexion qui produira des arbitrages éclairés par la mission :

- Reconnaissance de la VAE
- Durée des études
- Niveau de grade (*reconnaissance en Master 1 – Master 2*)
- Soutenabilité par les établissements de santé. Cours pour que ce soit soutenable.

Alternance

- Qui seront les opérateurs ? IFCS ? IF adossé à l'université ? Différentes écoles ? Quelle place pour l'HESP ?

• Quelle formation pour les cadres formateurs ? L'université dit « *Nous, cadres de santé, on ne connaît pas* » Pour les sages-femmes dont la formation s'est totalement « universitarisée » en 5 ans, l'école des sages-femmes de Dijon, par exemple, s'est substituée à l'Université pour former en Masters de périnatalité et de management.

⇒ plus tard, un groupe de travail de production sur le référentiel avec un document écrit d'entrée.

La DGOS rappelle que c'est le diplôme qui permet d'accéder aux concours et aux postes. Pour les passerelles il faudra définir une méthodologie.

La réunion se termine sur une proposition du ministère de diffuser les référentiels pour qu'ils soient utilisés (précision, dans les fiches de poste). La CGT s'y oppose. La fiche de poste est réglementaire et la discussion n'est pas finie. Nous sommes à une étape intermédiaire.

Maria B. CHAMBONNET

Michèle LAPLANCHE

Cadres de santé membre de la CE de l'Ufmict

Depuis 2006, la réforme LMD s'étend à toute l'université, résultat du processus de Bologne imposé en 1999 par l'Union Européenne et appliquée depuis par les différents gouvernements. Les paramédicaux ont été inclus dans cette réforme parallèlement à la promulgation, en 2007, de la loi LRU (Libertés et Responsabilités des Universités) et à l'élaboration de la loi HPST. Toutes ces lois et réformes sont liées et contiennent la remise en cause des diplômes nationaux corrélés aux grilles de salaires, convention collectives pour le secteur privé et statut pour la FPH.

La CGT note qu'il faut différencier :

- la qualification liée à l'obtention d'un diplôme et constituant une garantie collective à vie.

La notion de qualification se construit par référence à des catégories définies par la loi ou les conventions collectives. Les diplômes relevant du champ de la santé sont majoritairement des titres professionnels délivrés par, ou sous le contrôle de l'état et du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

- à contrario, la notion de compétence s'apprécie en dehors de ces garanties collectives, « elle est fixée par l'entreprise au terme d'un face à face entre le salarié et sa hiérarchie... »

La compétence est liée à l'appréciation subjective de la hiérarchie. Elle met à mal le diplôme et positionne le professionnel à la merci de cette hiérarchie.

L'expérience tend à démontrer que le LMD permet officiellement une harmonisation européenne mais il faut combattre cette idée reçue. Ces normes européennes n'existent pas, le LMD n'est pas appliqué de façon uniforme d'un pays à l'autre. Le LMD entraîne en revanche la destruction des diplômes nationaux.

C'est dans ce contexte qu'a été introduite la réforme des études d'infirmière intervenue en 2009, qui visait un rapprochement avec les Universités. Celle-ci n'a pas fait ses preuves, avec une complexification

organisationnelle des liens, l'insatisfaction des étudiants devant des contenus essentiellement médicaux mais bien éloignés de la pratique du soin au quotidien, une distanciation de l'accompagnement des étudiants par les formateurs, des infirmières en nombre insuffisant pour effectuer leurs tâches de soins propres, et encadrer les étudiants). Ils/elles doivent gérer cette nouvelle approche par compétences, en plus de l'intensification et de la technicité des soins en lien avec la tarification à l'activité.

Dans cette logique, cette réingénierie ne donne qu'un grade Licence en supprimant la reconnaissance de la pénibilité du travail de ces professionnel-les et en augmentant l'allongement des carrières pour le secteur public, avec l'aumône d'une revalorisation sans nul lien avec la qualification et l'engagement de leurs responsabilités au quotidien.

Aujourd'hui, la question de la formation des cadres se pose de la même manière.

Actuellement le ministère rend compte de la synthèse des travaux du groupe de réflexion cadres de santé de novembre 2012, qui indique la nécessité de redéfinir d'une part la construction « d'une nouvelle place pour le cadre de santé » ainsi « qu'un nouveau rapport aux équipes », d'autre part « l'évolution des modes d'apprentissage traditionnels menés par les pairs » introduit l'universitarisation des professions paramédicales. De fait, dans ce contexte, le rôle et la place des formateurs en Institut de formation sont à réajuster.

Issu de cette première réflexion, un deuxième document relatif au référentiel d'activités et des compétences a été élaboré en décembre 2012 dans le cadre des travaux de réingénierie du diplôme de cadre de santé.

Cette réingénierie a conduit à identifier deux métiers distincts :

- cadre responsable du management des soins
- cadre formateur de professionnels de santé.

Le ministère considère qu'ils exercent deux métiers différents. Le diplôme cadre devrait donc prendre en compte la formation à ces deux métiers.

La CGT considère qu'il y a danger à dissocier et préconise à partir d'un diplôme de cadre de santé commun avec des bases communes de formation de permettre une formation complémentaire à l'université en fonction du secteur d'activité. La CGT demande l'accès de cette formation par la VAE prenant en compte les faisant-fonctions.

Par ailleurs, le référentiels d'activité et de compétences du cadre de santé transforme le contenu de l'exercice cadre et l'inscrit seulement dans une vision stratégique managériale menée par l'institution en abandonnant le cœur même de leurs missions de soins.

Comment, dans ce contexte, rendre le cadre responsable individuellement de la gestion des risques, alors qu'il doit s'inscrire dans cette logique managériale ?

A aucun moment n'est abordée la concorde entre la reconnaissance de la qualification et de la responsabilité. A ce titre, la CGT revendique une reconnaissance du diplôme de cadre de santé au niveau Doctorat.

En ce qui concerne le DPC (Développement Professionnel Continu) tel qu'il est développé dans le document de restitution des travaux, la CGT s'opposera à toute tentative de détournement de cette obligation professionnelle individuelle (auparavant du ressort de l'employeur). La CGT fustige ce transfert de responsabilités de l'employeur vers le professionnel.

Les politiques de santé publique ne répondent pas aux missions du champ de la santé et de rendu de soins de qualité à la population selon ses besoins et non selon ses moyens : l'individu chargé de sa mise en oeuvre n'est pas responsable de ce déficit !