



Ministère de la santé et des sports
Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers
présenté par Chantal de Singly : Rapport final et propositions - 11 Septembre 2009

SYNTHÈSE
préparée par l'AFDN

Parmi les différentes définitions possibles, la mission retient une définition fonctionnelle du cadre hospitalier avec quatre missions principales :

- 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.

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.

LES CHAMPS TRAITÉS PAR LA MISSION

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

II- Construire et développer les compétences des cadres hospitaliers :

- II.1 Repérer les futurs cadres,
- II.2 Mettre en place pour tous les cadres hospitaliers des formations initiales universitaires et professionnelles,
- II.3 Former tout au long de la vie professionnelle,
- II.4 Développer le conseil, l'expertise et la recherche en management,
- II. 5 Evaluer les pratiques professionnelles managériales,
- II.6 Investir des lieux de formation régionaux et nationaux,

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

- III.1 S'engager dans une politique managériale,
- III.2 Organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement,
- III.3 Renforcer la reconnaissance statutaire et financière des cadres :
 - ↳ Des carrières peu attractives et des responsabilités mal valorisées,
 - ↳ Des régimes indemnitaires dépassés et globalement insuffisants,
 - ↳ Des propositions communes pour tous les cadres hospitaliers et des dispositions spécifiques,
 - ↳ Des propositions communes pour tous les cadres hospitaliers et des dispositions spécifiques,
- III.4. Engager la réflexion pour un intéressement collectif

LES PROPOSITIONS DE LA MISSION

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.

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.

ANNEXE : FICHES DE PROPOSITIONS STATUTAIRES

FICHE N°1 : LES CADRES DE SANTÉ

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 '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. Incrire 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).