

REUNION REGIONALE — 3 février 2010

p
l
e
i
n

c
a
d
r
e



La réunion régionale des catégories de ce 3 février a été accueillie par les participants, comme par les organisateurs, avec plaisir, car la rencontre avec les représentants de la délégation nationale a tenu toutes ses promesses.

Sur le plan de l'information tout d'abord, puisque chacun a pu découvrir les dernières avancées statutaires de nos collègues TSH et adjoints des cadres, la signature par le seul SNCH des évolutions vers le LMD des infirmières, qui demandaient avec justesse la reconnaissance de cette équivalence. Cette évolution doit cependant être le préalable à une avancée pour les cadres de santé et les cadres sages-femmes, qui sont à présent les derniers laissés pour compte de la Nouvelle Gouvernance.



Lors de cette journée, les managers de terrain ont relevé les injustices et anormalités, jusque dans l'application de mesures relevant du statut existant : primes de cadres de pôles non versées au prétexte de l'équilibre budgétaire, fonctionnement pyramidal paradoxalement renforcé par une application technocratique de la nouvelle gouvernance, qui fait du cadre de santé un simple exécutant, recevant une fiche de mission à exécuter...

On comprend dans ce cadre le désarroi de ces managers, ainsi que la désaffection croissante des infirmiers et personnels soignants pour une fonction où le poids des contraintes l'emporte sur la marge décisionnelle qui devrait revenir de droit à un manager. Cette souffrance n'est cependant pas le seul apanage des cadres de terrain, et les équipes de direction souffrent également de ces distorsions en matière d'application du droit.

Certains de nos collègues chefs d'établissement se sont émus de la dernière avancée statutaire obtenue pour les cadres A qui effectuent des gardes administratives et ne peuvent bénéficier d'un logement. Pourquoi faudrait-il rogner au motif de non financement de ces mesures nouvelles, alors que les avancées des autres catégories sont systématiquement mises en œuvre sans attente de moyens supplémentaires ? Le fondement de l'efficacité au travail restera toujours et la satisfaction des attentes statutaires légitimes et reconnues par le législateur. Souhaitons que nos collègues directeurs fassent preuve de compréhension et d'équité dans la gestion de leurs équipes de direction et de leurs cadres de santé qui veillent avec eux à la bonne tenue de leur établissement.

On comprend donc à travers ces exemples l'importance de notre syndicat dans un contexte sanitaire national qui laisse à penser que les autres syndicats désertent la négociation, ou radicalisent leurs positions dans une logique extrémiste qui n'a jamais été la voie choisie par le SNCH.

Je souhaite également que vous réfléchissiez avec vos collègues et avec les élus du bureau régional sur la manière dont vous pourriez agir à nos côtés pour créer des sections locales, seule manière de contribuer localement et durablement à l'amélioration des conditions de travail et d'exercice professionnel de tous ceux qui assurent des fonctions managériales dans nos établissements de santé. La section boulonnaise est ainsi l'exemple d'une section particulièrement active, qui fait au quotidien un travail militant et responsable pour obtenir les avancées que leurs collègues attendent légitimement. Le bureau régional et la délégation nationale lui souhaitent bon vent, et se tiennent à ses côtés pour l'aider à poursuivre sa mission.

Tout ceci démontre, si besoin était, l'intérêt d'une approche pragmatique de notre syndicat, qui associe les attentes de ses syndiqués dans la prise de position au cours de la négociation.

Je remercie très sincèrement Philippe Blua, Catherine Khani qui ont bravé les intempéries et pris le temps de recueillir nos avis, nos coups de gueule et nos attentes dans les négociations à venir.

Je reste à votre écoute, très cordialement à vous tous,
Renaud DOGIMONT



EVOLUTION DES CADRES DE SANTE

Lors de la réunion régionale, Philippe BLUA a présenté le protocole d'accord signé avec Mme La Ministre, relatif à la reconnaissance du diplôme d'IDE dans le système LMD. Il reconnaît le niveau de formation réel des infirmières. Ce protocole reconnaît également l'engagement des cadres. Le master et le doctorat seront mis en chantier dès 2010.

Ce protocole soutenu et signé intégralement par le SNCH, repositionne vers le haut toute la filière soignante, de l'IDE au directeur des soins, et va s'accompagner d'une revalorisation salariale. Les infirmières pourront intégrer la catégorie A de la fonction publique hospitalière, et bénéficier des droits relatifs à cette catégorie (retraite à 60 ans notamment). Néanmoins un droit d'option permet de sauvegarder le droit à la retraite à 55 ans pour celles qui le désirent, comme lors du passage des cadres en catégorie A en 2001.

Les cadres et cadres supérieurs de santé obtiennent des grilles majorées et dissociées des professionnels qu'ils encadrent. Celle-ci interviendra à partir de juin 2011 et permettra une juste reconnaissance de la fonction. Ils bénéficieront d'un reclassement qui leur apportera respectivement 60 et 120 points bruts.

Ils accèdent également à un système de prime différent des agents, fondé sur leurs responsabilités et leurs résultats, la prime de fonction et des résultats, comme pour les directeurs. Celle-ci est composée d'une part fixe, liée à l'ancienneté et la présence, et une part variable qui sera fonction de l'atteinte d'objectifs fixés lors d'un entretien, au regard du projet de pôle et des moyens alloués.

Ils reçoivent une indemnité quand ils sont tuteurs de stage. Ceux qui bénéficient du droit d'option conservent le droit à la retraite à 55 ans.

L'application du protocole sera contrôlée par des groupes de suivi réunissant le Ministère et les signataires des différents volets du protocole. Le SNCH sera la seule organisation syndicale à être présente dans tous les groupes.

Vincent MAGNIEZ — Délégué Régional des Cadres de Santé

EXPRESSION LIBRE — Encore les logements de fonction ?

Il y a 36 ans, lorsque je suis entré dans le monde hospitalier, les logements de fonction étaient une source de soucis pour les cadres de direction, ainsi que pour les établissements, car la mobilité élevée des cadres, dans un contexte immobilier difficile, pouvait justifier que les établissements hospitaliers leur réservent des logements pour leur faciliter leur aménagement.

En fait, cette situation particulière des cadres de direction avait été réglementée par un texte de 1943, à une époque où il y avait peu de cadres hospitaliers, peu de voitures, peu de moyens de communication. Le directeur, souvent seul cadre de direction, devait être logé dans l'établissement pour être disponible 24 heures sur 24, conformément à la notion de "nécessité absolue de service".

Peu à peu, le nombre de cadres de direction a augmenté, le directeur a délégué la mission de permanence 24 heures sur 24 à un plus grand nombre de personnes. Et, contrairement à l'esprit du texte de 43, les logements de fonction n'ont plus été situés que rarement dans l'enceinte des établissements. Ceci oblige certains d'entre eux à gérer des parcs de logements, dont ils sont propriétaires ou locataires, selon leur histoire (cette gestion s'est, d'ailleurs, parfois accompagnée de mesures qui eurent des échos médiatiques...). Le logement de fonction a alors été considéré comme un avantage statutaire des cadres de direction. Il était devenu un symbole de leurs responsabilités et de leur catégorie.

Bien évidemment, des textes successifs ont été publiés pour traiter tous les cas particuliers : versement d'une indemnité (imposable !) de 10 % du traitement dans le cas d'impossibilité de loger le cadre, cas des couples de directeurs mariés, En fait, si avantage il y a, il y a aussi des désavantages, en particulier sur le plan fiscal pour l'acquisition personnelle d'un logement, celui-ci ne pouvant être considéré comme résidence principale.

Cependant, l'évolution des missions et des techniques de soins ont conduit à étendre la permanence 24 heures sur 24 à de nouveaux domaines, techniques et sécuritaires en particulier.

Devant la réduction du nombre de cadres de direction et l'augmentation des responsabilités juridiques, certaines structures font appel, à présent, à des cadres administratifs pour assurer les gardes, à la place, ou en complément, des cadres de direction.

La mise en place des CHT élargira encore plus les champs de ces activités de permanence de service.

Et on débat, on débat encore sur l'utilisation et les modifications à faire au texte de 43 pour rémunérer ces services.

Comment peut-on penser qu'un texte élaboré en fonction du contexte hospitalier de 1943, puisse être encore adapté à notre environnement ? Pourtant, depuis quelques années, des textes réglementent le régime d'astreinte, sur le plan des durées et des rémunérations. Certains établissements utilisent régulièrement ce système, généralement pour des fonctions techniques. Mais, je n'ai pas connaissance de son application pour des cadres administratifs, et encore moins pour des cadres de direction.

On m'a dit : "Ca coûterait trop cher à l'Hôpital d'appliquer le régime des astreintes aux directeurs !" Mais, a-t-on déjà considéré l'ensemble des paramètres constitutifs du coût actuel, en particulier la gestion d'un parc immobilier qui n'a rien à voir avec les missions de l'Hôpital ?

En tout cas, à mon humble avis de retraité, on y gagnerait en temps perdu à discuter sur les rustines à coller à un texte totalement inadapté à notre époque.

Alain LETULIER

MISSION DHOS CNG — Boycott de la réunion du 8 mars 2010 — Communiqué du 8 mars

Le SNCH refuse de participer à des réunions qui font perdre du temps, qui éloignent l'ouverture des vrais dossiers et qui ne respectent pas les professionnels. Le SNCH ne participera pas à la réunion sur le référentiel métier d'aujourd'hui. Il a pris cette décision pour dénoncer un manquement à la parole ministérielle envers les DH, le manque de reconnaissance des D3S, le traitement indigne des DS.

Le 5 novembre 2009, la ministre écrivait au président du SNCH : « la négociation statutaire que j'avais annoncée en décembre dernier débutera le 20 novembre ».

Trois objectifs étaient annoncés : « rénover le statut des directeurs d'hôpital », « améliorer leur déroulement de carrière », « reconsidérer le régime indemnitaire »

Les réunions devant traiter de ces sujets ont été systématiquement repoussées, à tel point que les dates que vous annoncez n'ont plus aucune crédibilité.

En guise de négociation, nous n'avons eu que des palabres stériles. Une discussion sur les référentiels métiers instrumentalisée pour promouvoir une fusion rejetée par la majorité des DH.

Ce débat sur la fusion DH-D3S, pour laquelle vous n'avez aucun mandat, n'est qu'un miroir aux alouettes pour faire oublier une triste réalité : contrairement à d'autres corps d'encadrement et de direction, les D3S n'ont aucune perspective statutaire à court terme.

Ils exercent pourtant des fonctions de hautes responsabilités, encore accrues par la loi HPST.

Un protocole signé en 2008 prévoit de réévaluer leur régime indemnitaire pour 2011. Pour que cet engagement soit tenu, il faut ouvrir rapidement les discussions.

Enfin, le SNCH refuse de participer à un débat sur les corps de direction de la Fonction Publique Hospitalière dont les DS seraient exclus.

Les directeurs des soins sont des directeurs à part entière, au même titre que les autres membres des équipes de direction. La loi HPST reconnaît leur rôle clef en les faisant entrer de droit dans le directoire.

Pourtant ils sont systématiquement traités en directeurs de seconde zone, comme dans le décret sur les logements, comme dans la rencontre d'aujourd'hui qui les oublie.

Le SNCH, syndicat majoritaire chez les corps de direction et majoritaire absolu chez les DH, ne cautionnera pas les mauvais coups portés à ces professionnels.

Il demande le respect de la parole ministérielle et un traitement digne et égalitaire des différents corps de direction.