

E N S P

**ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE
RENNES**

Mémoire de Fin d'Etude

FORMATION DES INFIRMIERS GENERAUX

Jury : 25-26 Octobre 2001

**LE CADRE INFIRMIER DE PROXIMITE EN PSYCHIATRIE :
ACTEUR AU SEIN D'UN ETABLISSEMENT
PUBLIC DE SANTE MENTALE**

DEBICHE Michel

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.1
I - LE CADRE THEORIQUE	p.4
I.1 – L’EVOLUTION DU SOIN EN PSYCHIATRIE	p.4
I.1.1 – Histoire de la maladie mentale	p.4
I.1.2 – Histoire de l’infirmier psychiatrique	p.5
I.2 – L’ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE	p.7
I.3 – LA LEGISLATION CONCERNANT LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX	p.10
I.4 – L’INSTITUTION HOSPITALIERE PSYCHIATRIQUE : UN MODE D’ORGANISATION PARTICULIER	p.11
I.5 – LE CADRE INFIRMIER EN PSYCHIATRIE	p.17
I.5.1 – La nomination des cadres infirmiers	p.17
I.5.2 – Du Surveillant au Cadre Infirmier de proximité	p.18
I.5.2.1 – Le Surveillant	p.19
I.5.2.2 – Le Cadre Infirmier	p.19
I.5.2.3 – Le Cadre de Santé	p.20
I.5.2.4 – Le Cadre Infirmier de proximité	p.20
I.6 – LES MISSIONS DU CADRE INFIRMIER EN PSYCHIATRIE	p.21
I.7 - LA FORMATION DU CADRE INFIRMIER EN PSYCHIATRIE	p.25
I.8 – CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	p.27

II – PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE

p.28

III – ENQUETE AUPRES D'UN ETABLISSEMENT PUBLIC

p.32

DE SANTE SPECIALISE EN PSYCHIATRIE

III.1 – PRESENTATION DU TERRAIN DE L'ENQUETE	p.32
III.1.1 – Présentation de l'Etablissement	p.33
III.1.2 – L'équipe de Direction	p.33
III.1.3 – La Direction du Service de Soins Infirmiers et le Service de Soins Infirmiers	p.34
III.1.4 – Les orientations de l'Etablissement	p.34
III.2 – LA METHODOLOGIE	p.35
III.2.1 – Les limites de l'enquête	p.35
III.2.2 – Préparation de l'enquête	p.36
III.2.3 – Le choix des personnes interviewées	p.36
III.2.4 – Déroulement des entretiens	p.37
III.2.5 – Résultats de l'enquête	p.38
III.3 – SYNTHESE DES ENTRETIENS	p.39
III.3.1 – Synthèse des données formelles concernant les Cadres Infirmiers	p.39
III.3.2 – Synthèse des entretiens avec les Cadres Infirmiers	p.41
III.3.3 – Synthèse des entretiens avec les Cadres Supérieurs Infirmiers	p.48
III.3.4 – Synthèse des entretiens avec le Directeur du Service de Soins Infirmiers et l'Infirmier Général	p.50
III.3.5 – Synthèse de l'entretien avec le Médecin Chef de service	p.52
III.3.6 – Synthèse de l'entretien avec le Directeur des Ressources Humaines	p.54
III.4 – ANALYSE DE L'ENQUETE	p.55

IV – PROPOSITIONS DE SOLUTIONS

	p.58
IV.1 – Définir le rôle et les fonctions de Cadre Infirmier de proximité en psychiatrie	p.59
IV.2 – Développer le potentiel des Cadres Infirmiers de proximité en fonction	p.62
IV.3 – Impliquer les Cadres Infirmiers de proximité dans la dynamique de l’Etablissement	p.64
IV.4 – Organiser une gestion prévisionnelle	p.65

CONCLUSION

p.68

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

L'hôpital psychiatrique a connu une évolution importante au cours du XX^{ème} siècle.

En ce début du XXI^{ème} siècle, les missions qui lui sont dévolues continuent à entraîner une importante évolution de l'Etablissement hospitalier psychiatrique transformant son organisation, son fonctionnement et ses orientations.

La loi du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière inscrit l'hôpital psychiatrique dans un contexte nouveau. Les Centres Hospitaliers Généraux et les Centres Hospitaliers Spécialisés en psychiatrie deviennent des Etablissements Publics de Santé.

L'Etablissement Public de Santé mentale s'inscrit dès lors dans l'importante évolution hospitalière française entraînant de profondes mutations.

L'Ordonnance du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée indique la volonté des pouvoirs publics de transformer l'organisation et le fonctionnement des Etablissements Publics de Santé affirmant notamment une orientation contractuelle interne et externe axée sur un travail de complémentarité des Etablissements Hospitaliers et des structures de soins, de partenariat, de réseaux...

L'Ordonnance de 1996 réaffirme également, dans l'esprit de la Loi de 1991, l'importance de l'évaluation et de l'amélioration continue de la qualité se concrétisant par l'obligation pour tous les Etablissement Hospitaliers de s'engager dans une procédure d'accréditation.

Cette politique s'adresse à tous les Etablissements de Santé Publics et privés et par conséquent aux Etablissements Hospitaliers psychiatriques.

La loi du 31 Juillet 1991 bouleverse également l'organisation de l'Etablissement Public de Santé en créant un Service de Soins Infirmiers dont la Direction est confiée à l'Infirmier Général*, membre de l'équipe de Direction.

* Lire partout Infirmier Général – Infirmière Générale

La création du Service de Soins Infirmiers place ses membres dans une position d'acteurs s'inscrivant dans la dynamique de l'Etablissement Public de Santé en collaboration avec les autres acteurs de l'hôpital (Direction, corps médical).

Ainsi, l'évolution de l'hôpital psychiatrique, devenu Etablissement Public de Santé inclus dans l'organisation hospitalière, conduite par la Direction de l'Etablissement, nécessite un positionnement dynamique du Service de Soins Infirmiers au sein de l'hôpital sous la direction de l'Infirmier Général, ses collaborateurs directs étant les Cadres Supérieurs Infirmiers qui se situent à la fois au niveau stratégique et à la fois au niveau opérationnel et les Cadres Infirmiers de proximité qui se situent au niveau opérationnel (le service de soins) au carrefour de logiques différentes.

La place du Cadre Infirmier de proximité en psychiatrie représente un enjeu important pour l'Infirmier Général. Au carrefour de logiques multiples, le Cadre Infirmier met en œuvre les orientations stratégiques en les concrétisant sur le terrain.

Membre du Service de Soins Infirmiers, il doit pouvoir s'impliquer dans l'élaboration et dans la concrétisation de la politique du Service de Soins Infirmiers et dans la dynamique de l'Etablissement.

Les Cadres Infirmiers de proximité en psychiatrie dont un nombre important est nommé à l'ancienneté peuvent-ils appréhender cette évolution de leur fonction dans un Etablissement en pleine mutation ?

Cette interrogation nous conduit à réaliser une étude sur la place, le rôle et la fonction du Cadre Infirmier de proximité en psychiatrie au sein d'un Etablissement Public de Santé mentale.

Notre expérience de Cadre Infirmier de proximité, de Cadre Supérieur Infirmier puis de Faisant Fonction d'Infirmier Général dans un Etablissement Public de Santé mentale nous a permis de constater les difficultés rencontrées par les Cadres Infirmiers de proximité pour se situer dans un rôle en pleine mutation et dans un contexte en constante évolution.

Le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique s'est construit autour d'une culture particulière avec ses traditions, ses normes, son organisation.

Aujourd'hui, l'hôpital psychiatrique est considérablement transformé. Il est devenu un Etablissement Public de Santé organisé comme tout Etablissement Hospitalier Public.

Les Cadres Infirmiers de proximité, principalement «non cadrés» ont des difficultés à se situer dans ce contexte et de ce fait à se positionner comme acteurs au sein de l'Etablissement.

Ce contexte nous conduit à poser la question suivante :

Quelles stratégies l'Infirmier Général peut-il adopter, afin de permettre au Cadre Infirmier de proximité en psychiatrie d'être un acteur du Service de Soins Infirmiers, manager responsable d'un service de soins au cœur de logiques multiples et collaborateur dynamique de la Direction administrative, du corps médical, de la Direction du Service de Soins Infirmiers ?.

Cette question de départ nécessite un approfondissement et une étude plus précise.

Pour cela nous construirons dans une première partie un cadre théorique pour présenter dans une deuxième partie une problématique aboutissant à une hypothèse que nous vérifierons ou pas dans une troisième partie consacrée à une enquête de terrain pour terminer dans une quatrième partie par des propositions de solutions.

I – LE CADRE THEORIQUE

I.1 – L'EVOLUTION DU SOIN EN PSYCHIATRIE

Afin de mieux appréhender la place et la fonction de Cadre Infirmier en Psychiatrie, il nous paraît nécessaire de retracer les grandes étapes de la psychiatrie française.

I.1.1 – Histoire de la maladie mentale

Pendant plusieurs siècles la notion de folie était liée uniquement à la notion d'enfermement, d'isolement et d'exclusion. Ainsi, à la fin du 16^{ème} siècle le fou n'était alors pas considéré comme un malade, mais comme un individu devant expier des fautes ou des péchés et de ce fait devait être isolé.

Au 17^{ème} siècle, le fou fait peur, il trouble l'ordre public au même titre que les mendiants et il doit donc être enfermé. C'est le siècle du «grand enfermement» décrit par *Michel FOUCAULT*.

A cette époque les fous sont enfermés voire enchaînés. Comme le souligne *MONTESQUIEU* «*les français enferment quelques fous dans une maison pour se persuader que ceux qui sont dehors ne le sont pas*». (1)

Au 18^{ème} et 19^{ème} siècle, l'enfermement est considéré comme le seul moyen de traiter les aliénés. C'est à cette époque que *Jean-Baptiste PUSSIN* (1746-1811) sera enfermé à Bicêtre en 1771 comme malade, puis admis dans le même établissement comme «guéri» pour ensuite être embauché comme «garçon» puis ensuite comme «surveillant» des fous incurables en 1784. Il travaille ainsi avec *PINEL* premier médecin à s'introduire dans l'asile.

PUSSIN a été un précurseur dans une nouvelle approche des aliénés dans la mesure où il utilisait la parole comme mode de relation en grondant et en faisant peur. Il fut également le premier à faire part, par écrit, de ses observations sur les aliénés de son service.

(1)MONTESQUIEU (1748) citation dans «Psychiatrie et Santé Mentale» – cahiers statistiques n° 17. Documentation française PARIS 1990 – page 17.

Dans le même temps, *PINEL* instaure les bases de la psychiatrie en tant que discipline médicale, en faisant supprimer les chaînes des aliénés, en luttant contre la violence des surveillants et en établissant une première nosographie des maladies mentales permettant d'envisager le traitement de la folie «par le traitement moral».

Son élève *ESQUIROL* poursuit ses travaux et sera à l'origine de la Loi du 30 Juin 1838 qui instaure des conditions «d'internement».

Cette Loi, que nous aborderons dans une autre partie, a organisé l'hospitalisation en psychiatrie «des malades mentaux» pendant 150 ans ; les tentatives de réforme ayant échoué.

C'est en 1990, que fut promulgué une Loi abrogeant celle de 1838 et qui dans son intitulé privilégie «*les droits et la protection des personnes atteintes de troubles mentaux*».

Ainsi la psychiatrie française est passée de la notion de fou nécessitant uniquement l'enfermement, à la notion de patients souffrant de troubles mentaux. La psychiatrie étant ainsi devenue une discipline médicale nécessitant du personnel médical et non médical.

Cette évolution s'accompagne par conséquent d'une évolution du statut et de la formation d'infirmier* psychiatrique.

I.1.2 – Histoire de l'infirmier psychiatrique

Le terme d'infirmier de secteur psychiatrique émane d'un arrêté du 12 Mai 1969 remplaçant ainsi le terme d'infirmier psychiatrique.

La profession d'infirmier de secteur psychiatrique a évolué lentement au cours des siècles.

En effet, nous sommes passés de la notion de gardien de fous à la notion d'infirmier de secteur psychiatrique en même temps que nous passions de la notion de fous, à la notion de personne souffrant de troubles mentaux.

• Lire partout Infirmier – Infirmière

La profession infirmière trouve ainsi ses origines à l'époque de l'enfermement. Les fous mélangés aux indigents avaient leurs gardiens qui vivaient avec eux en permanence.

Ces gardiens confrontés à l'agitation et à la violence des fous étaient alors chargés de faire régner l'ordre et le calme, la force étant alors le seul moyen utilisé.

Progressivement ces gardiens vont tenter de participer avec les médecins qui commencent à s'occuper des fous à leur «guérison».

A la naissance de l'asile départemental créé par la Loi du 30 Juin 1838, les gardiens vivent avec les aliénés. Cette vie à l'intérieur de l'asile, associée à des origines sociales très modestes et à un niveau culturel très faible, n'a pas permis une évolution rapide de la profession.

Quelques-uns vont toutefois se rapprocher des médecins et acquérir un peu de savoir médical transmis par le médecin. Dans le même temps, le terme de gardien est remplacé progressivement par le terme d'infirmier, d'abord par certains médecins dans des asiles comme celui de Charenton en 1801, puis par les pouvoirs publics lors de l'élaboration de règlements intérieurs pour les asiles, au début du 19^{ème} siècle.

Cependant, si l'appellation évolue, ces infirmiers seront encore longtemps dans une situation de dépendance les empêchant d'appréhender leur rôle soignant, en raison notamment d'une absence de savoir spécifique à cette profession due à un niveau intellectuel très faible.

C'est seulement en 1955 que le Certificat d'Etudes Primaires sera obligatoire pour être infirmier psychiatrique et qu'une formation spécifique sera organisée avec un programme de formation.

Avant 1955, une formation était prévue après la Loi du 30 Juin 1838 mais l'enseignement était disparate. Un texte de 1902 prévoit la création d'école dans les asiles et un Décret du 25 Décembre 1927 prévoit un diplôme ; le contenu de l'enseignement étant défini par un arrêté du 26 Mai 1930.

Ces textes permettent ainsi aux infirmiers psychiatriques d'intégrer la fonction soignante mais l'enseignement est très différent d'un établissement à un autre.

Ainsi, c'est le décret du 28 Juillet 1955 modifié par l'Arrêté du 4 Octobre 1958 qui institue une formation commune pour les infirmiers psychiatriques, s'imposant à tous les hôpitaux psychiatriques et aboutissant à un diplôme.

Cette formation représentait alors 120 heures de cours sur une durée de deux années. Les cours étaient dispensés par les médecins.

Un Arrêté du 16 Février 1973 modifie considérablement la formation d'infirmier de secteur psychiatrique en instaurant 1580 heures de cours sur 24 mois.

L'Arrêté du 26 Février 1979 élargit le champ de connaissances des infirmiers de secteur psychiatrique en fixant la durée de la formation à 33 mois et en instaurant une 1^{ère} année avec un programme identique à celui des Diplômés d'Etat.

Ce programme a modifié l'enseignement de cette profession et a permis une évolution des soins infirmiers en psychiatrie avec dans le programme de formation la démarche de soins, le dossier de soins et la recherche en soins infirmiers.

Enfin le Décret du 23 Mars 1992 réorganise la formation en instaurant une formation de 37,5 mois aboutissant à un diplôme unique et polyvalent, le Diplôme d'Etat d'Infirmier.

I.2 - L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE

Comme le souligne la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques dans son bilan de la sectorisation psychiatrique, en Juin 2000, «*la psychiatrie constitue une discipline particulière au sein des disciplines médicales liée à la spécificité des maladies mentales qui donnent plus souvent lieu par rapport aux maladies somatiques, à des prises en charge fréquentes et qui sont aussi dans la majeure partie des cas, évolutives, chroniques, voire invalidantes.*

De ce fait, l'organisation du dispositif de soins possède également des particularités notamment un dispositif hospitalier public dont l'organisation distincte des autres disciplines est fondée sur la sectorisation».(2)

Ainsi la particularité de la psychiatrie publique française émane à la fois de son organisation par secteurs géographiques et par la diversité des structures de soins de chaque secteur.

La sectorisation psychiatrique a été mise en place par une circulaire ministérielle n° 340 du 15 Mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement en matière de lutte contre les maladies mentales.

Ce texte prévoit le découpage des départements français en secteurs géographiques adultes et enfants, le secteur étant défini comme *«une zone géographique au sein de laquelle une même équipe pluridisciplinaire a pour mission d'assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et la surveillance en post-cure»*. (3)

Ce dispositif, issu d'une réflexion qui avait débuté après la seconde guerre mondiale permet ainsi de soigner les personnes atteintes de troubles mentaux au plus proche de leur domicile, chaque secteur disposant de structures d'hospitalisation et de structures extra hospitalières principalement les dispensaires d'hygiène mentale qui sont devenus les Centres Médico Psychologiques.

Cette organisation a été officialisée par un arrêté ministériel du 14 Mars 1972 fixant, selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, le nombre d'habitants d'un secteur adulte à 70 000 et celui d'un intersecteur infanto-juvénile à 210 000.

Ainsi, la sectorisation psychiatrique a été organisée par une circulaire suivie par plusieurs arrêtés ministériels.

(2) Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Collection statistiques. Document de travail. Ministère de l'Emploi et de la solidarité. Bilan de la sectorisation psychiatrique Numéro 2 – Juin 2000 – page 7

(3) Circulaire ministérielle numéro 340 du 15 Mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement en matière de lutte contre les maladies mentale.

Vingt cinq ans après, la sectorisation psychiatrique a été légalisée par l'article 8 de la Loi du 25 Juillet 1985 portant diverses mesures d'ordre social et par la Loi du 31 Décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

Des textes réglementaires d'application ont organisé la sectorisation principalement le décret du 14 Mars 1986 qui définit les secteurs en les répartissant en trois catégories : les secteurs de psychiatrie générale s'adressant à une population âgée de plus de seize ans, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les secteurs en milieu pénitentiaire.

Ces secteurs peuvent être attachés à un Hôpital Général ou à un Etablissement Public de Santé Spécialisé en psychiatrie, bien que paradoxalement une circulaire ministérielle du 14 Mars 1990 prévoit le Centre Médico Psychologique comme étant le pivot du secteur.

Un arrêté ministériel du 14 Mars 1986 détermine les équipements et services avec ou sans hébergement dont doit disposer un secteur. Ces équipements et services sont soumis à autorisation dans le cadre de la carte sanitaire spécifique à la psychiatrie qui détermine les limites des secteurs psychiatriques et la nature et l'importance de l'offre de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population et qui, depuis l'ordonnance 96-346 du 24 Août 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, est arrêtée par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Cette organisation spécifique distingue ainsi la psychiatrie des autres disciplines médicales. Le secteur psychiatrique structure l'organisation des soins, il a permis progressivement aux malades d'être soignés en dehors de l'asile, en offrant des soins au plus proche du domicile des patients et en développant des structures alternatives à l'hospitalisation très diversifiées.

Actuellement ce dispositif est orienté progressivement vers une intersectorisation et par conséquent vers un travail de coopération et de complémentarité entre les secteurs de psychiatrie pour les structures extra hospitalières préconisée par une circulaire ministérielle du 14 Mars 1993.

Dans le cadre de l'hospitalisation, le principe de la sectorisation s'applique, bien que les personnes hospitalisées, même sans consentement, disposent du libre choix du praticien et de l'Etablissement de soins.

I.3 - LA LEGISLATION CONCERNANT LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

Nous choisissons de ne pas aborder les modes d'hospitalisation en psychiatrie au regard des termes employés au cours de l'histoire concernant les malades (pour aliénés, malades, patients...) mais plutôt en se référant aux textes législatifs relatifs aux modes d'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux dans les établissements de santé spécialisés en psychiatrie.

Ainsi la Loi du 30 Juin 1838 promulguée par le Roi *Louis-Philippe* prévoit, dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte, deux possibilités ;le placement volontaire demandé par un tiers avec certificat médical ou le placement d'office ordonné par le préfet.

Cette Loi se voulait protectrice contre les risques encourus par le malade en raison de sa pathologie et ceux encourus par la société qui devait également être protégée des troubles occasionnés par le comportement du malade dans la cité.

La Loi 90-527 du 27 Juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, reprend les deux modes d'hospitalisation de la Loi du 30 Juin 1838 en modifiant les termes (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers et Hospitalisation d'Office) et en renforçant le caractère contraignant de la procédure avec l'apparition de plusieurs certificats médicaux circonstanciés et le contrôle des conditions d'hospitalisation par une Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

Le renforcement de ces deux modes d'hospitalisation a pour but de limiter leur recours et de privilégier ainsi l'hospitalisation libre. Il a pour but également d'assurer une plus grande protection des personnes hospitalisées sans consentement.

Cette nouvelle Loi est orientée vers la liberté individuelle et les droits des personnes hospitalisées, ses principes étant les suivants :

- Nul ne peut être hospitalisé sans son consentement. (De ce fait, l'hospitalisation sous contrainte doit être exceptionnelle, urgente, avec une impossibilité d'obtenir le consentement du patient).
- Les personnes hospitalisées disposent des mêmes droits qu'une personne hospitalisée librement.

- Si une hospitalisation sous contrainte est nécessaire, le patient est informé dès son admission de sa situation juridique et de ses droits.

A ce dispositif législatif s'ajoutent d'autres textes concernant des personnes pouvant être hospitalisées en psychiatrie.

Il s'agit ainsi, de la Loi du 15 Avril 1954 relative aux personnes alcooliques dangereuses, de la Loi du 31 Décembre 1970 relative aux personnes toxicomanes, de l'article D 398 du Code de Procédure Pénale concernant les personnes prévenues ou détenues souffrant de pathologies psychiatriques.

L'ensemble de cette législation, notamment la Loi du 27 Juin 1990, insiste sur les droits des personnes et engage de plus en plus la responsabilité des établissements de santé dans la prise en charge des patients.

Cette responsabilité est commune à tous les acteurs de l'Etablissement Public spécialisé en psychiatrie en fonction de sa place dans l'hôpital. Pour les services de soins, les modes de prise en charge des patients et de leur famille, dans le strict respect de leur droit, entraînent des responsabilités nouvelles pour le personnel para médical et dont le cadre infirmier est le garant.

I-4 - L'INSTITUTION HOSPITALIERE PSYCHIATRIQUE : UN MODE D'ORGANISATION PARTICULIER

L'Etablissement Public de Santé Mentale est un Etablissement de Santé organisé comme tout hôpital tel que le stipule la législation hospitalière (Loi du 31 Décembre 1970 portant réforme hospitalière, Loi du 31 Juillet 1991 portant également réforme hospitalière et à présent l'Ordonnance du 24 Avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée).

Cependant, les établissements hospitaliers psychiatriques publics ont une double organisation.

D'une part, il existe l'organisation hospitalière publique définie par les textes législatifs et réglementaires et d'autre part, il existe une organisation hospitalière psychiatrique déterminée par l'histoire des institutions psychiatriques.

Ainsi l'organisation de l'hôpital psychiatrique est issue de l'histoire de la psychiatrie.

En effet, les institutions psychiatriques dans leur organisation suivent le cours de l'histoire, ce qui nous permet de considérer trois types d'organisation en France, suivant la chronologie de la prise en charge de la maladie mentale :

- La psychiatrie asilaire traditionnelle issue de la Loi du 30 Juin 1838.
- La psychiatrie institutionnelle instaurée par *Tosquelles*, médecin psychanalyste à *Saint-Alban* en Lozère dans les années 1950.
- La psychiatrie de secteur avec l'ouverture sur la cité dans les années 1960.

Les deux premiers types d'institution ont comme point commun la vie en communauté institutionnelle.

En effet, la psychiatrie asilaire avait pour conséquence de faire vivre en communauté les aliénés et leurs gardiens, puis leurs infirmiers ; et la psychiatrie institutionnelle a permis d'organiser une approche thérapeutique émanant de l'institution psychiatrique elle-même.

Nous allons ainsi évoquer le principe de la psychiatrie institutionnelle car celle-ci a un impact encore présent aujourd'hui dans les Etablissements de Santé Publics de Santé Mentale, avec toutefois une dimension différente.

La base de la psychothérapie institutionnelle repose sur des concepts analytiques et sociologiques permettant d'analyser les interrelations dans un même temps entre les groupes sociaux de l'hôpital psychiatrique (la relation soignants/soignés) et à l'intérieur de chaque groupe.

Nous intéressant aux soignants, nous étudierons l'organisation du groupe des soignants dans lequel se situe le Cadre Infirmier.

Comme nous l'avons vu précédemment la psychiatrie a été organisée par les médecins qui ont permis de considérer la prise en charge de la maladie mentale comme une discipline médicale et qui ont également été pendant longtemps les formateurs du personnel infirmier.

A l'époque de la psychiatrie institutionnelle, l'infirmier psychiatrique était le seul agent des unités de soins.

C'était la notion de «cadre unique». L'Infirmier partageait pendant son temps de travail la vie des malades, assurant les soins et l'entretien du service.

Les Agents des Services Hospitaliers ne sont apparus en psychiatrie qu'à la fin des années 1960 et les Aides-Soignants, à la fin des années 1980.

En outre, l'organisation de la psychiatrie par le corps médical atteignait la gestion administrative de l'hôpital dans la mesure où à l'époque de la psychiatrie institutionnelle les hôpitaux psychiatriques étaient gérés par des médecins directeurs.

De ce fait, l'infirmier psychiatrique a longtemps considéré le médecin comme son seul supérieur hiérarchique qui le formait, le recrutait dans son service, dont il exécutait ses ordres, qui le protégeait et qui le récompensait notamment en le faisant nommer surveillant.

La mise en place de la sectorisation psychiatrique n'a pas vraiment modifié immédiatement cette situation dans la mesure où la politique et les orientations de chaque secteur étaient déterminées par le médecin chef de service, le personnel soignant devant s'adapter à la politique du chef de service.

La Loi 68-690 du 31 Juillet 1968 transforme le statut juridique des Etablissements Psychiatriques en les érigeant en établissements publics départementaux ou interdépartementaux et en les dotant de la personnalité morale (auparavant, ils dépendaient du Département).

Cette mesure législative entraînait dans le même temps, la suppression du statut de médecin directeur et confiait la gestion de l'hôpital psychiatrique à un directeur administratif.

La loi 70-1318 du 31 Décembre 1970 portant réforme hospitalière a confirmé cette orientation, la direction des établissements hospitaliers publics étant confiée à des directeurs administratifs disposant d'une compétence générale pour la gestion de l'hôpital avec un conseil d'administration disposant d'une compétence d'attribution.

L'hôpital psychiatrique fut dès lors intégré à l'organisation générale du Service Public Hospitalier en conservant toutefois certaines particularités dont la plus importante demeure la sectorisation psychiatrique.

Le Décret du 11 Avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des Infirmiers et Infirmières Généraux...des Etablissements d'Hospitalisations Publics puis le Décret du 18 Octobre 1989 modifié par le Décret du 18 Octobre 1994 portant statut particulier des Infirmiers Généraux de la Fonction Publique Hospitalière ont créé une organisation hiérarchique différente dans les hôpitaux publics.

Enfin la Loi du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière crée le Service de Soins Infirmiers dont la Direction est confiée à l'Infirmier Général membre de l'équipe de Direction.

Ce dispositif législatif et réglementaire réorganise l'hôpital en mettant en place une organisation triangulaire avec l'administration hospitalière, le corps médical et le service de soins infirmiers.

Cependant, a côté de cette triangulation, l'organisation de l'hôpital n'est pas réellement modifiée. Elle est plutôt complexifiée avec l'existence de différentes hiérarchies.

En effet, l'hôpital est constitué sur un modèle de type bureaucratique dans la mesure où il existe une hiérarchie stratifiée à laquelle s'ajoute, du fait de l'organisation triangulaire de l'hôpital, un cloisonnement entre l'administration, le corps médical et le service de soins infirmiers.

Cette conception bureaucratique stratifiée, considérée par *Max WEBER* comme étant un gage d'efficacité pour l'entreprise, est critiquée par *Michel CROZIER* qui considère ce système stratifié comme un obstacle à l'autonomie des acteurs.

Ainsi, parmi les critères spécifiques au concept de bureaucratie, *CROZIER* relève qu'il s'agit d'un système présentant une réglementation contraignante caractérisée par une multitude de circulaires, notes de services, protocoles...

Cette multitude de textes aboutit à une déresponsabilisation des acteurs se traduisant par exemple par une utilisation des procédures perturbant les relations humaines et un fonctionnement routinier.

La caractéristique majeure de cette organisation en strate réside dans l'éloignement entre le centre décisionnel et le terrain.

Nous retrouvons ce type d'organisation à l'hôpital tel que la structuration du Service de Soins Infirmiers.

Il existe en effet une ligne hiérarchique précise et stratifiée allant du Directeur du Service de Soins Infirmiers au soignant sur le terrain, avec le risque d'un éloignement entre le Directeur du Service de Soins Infirmiers et le terrain (Cadres Infirmiers de proximité, Infirmiers, Aides-Soignants). Comme l'évoque une Infirmière Générale, «*la fonction d'Infirmière Générale est perçue d'une façon ambiguë, le grief lui est attribué d'être coupée du terrain*». (4)

Ainsi le Cadre Infirmier de proximité peut se trouver éloigné du sommet stratégique tel qu'il est défini par *Henri MINTZBERG* qui décrit l'organisation hospitalière en la répartissant en quatre groupes :

- le sommet stratégique (Direction Générale, équipe de direction...)
- la techno structure (Informatique, finances, formation...)
- la logistique (Admissions, personnel, économat, services techniques et généraux...)
- le centre opérationnel (Services de soins).

Il définit également une ligne hiérarchique qui relie le centre opérationnel au sommet stratégique.

Dans le cadre du Service de Soins Infirmiers, la Direction du Service de Soins Infirmiers représente le sommet stratégique, le centre opérationnel est représenté par les soignants sur le terrain.

Le Cadre Infirmier de proximité représente le lien entre le centre opérationnel et le sommet stratégique, il est le relais ascendant et descendant entre le service de soins et la Direction du Service de soins Infirmiers, généralement par l'intermédiaire du Cadre Supérieur Infirmier.

Il est également le cadre responsable paramédical d'un centre opérationnel (l'unité de soins). En psychiatrie publique, il est aussi membre d'une équipe pluridisciplinaire de secteur constituée de différentes catégories professionnelles (médecins, psychologues, infirmiers, personnels socio-éducatif, ergothérapeutes, orthophonistes, aides-soignants, agents des services hospitaliers, secrétaires...).

(4) DUBOYS-FRESNEY Catherine : Réflexion sur la fonction de Directeur du Service de Soins Infirmiers – Techniques hospitalières n° 627. Juin 1998 – page 34

L'unité de soins qui représente le centre opérationnel est importante, d'autant plus qu'en psychiatrie le centre opérationnel peut être très éloigné du sommet stratégique comme cela peut être le cas pour les structures extra hospitalières.

De ce fait, si la vocation de l'équipe pluridisciplinaire de secteur est de prendre en charge dans sa globalité le patient et sa famille, l'interdisciplinarité de l'équipe fait apparaître la notion de spécialisation de chaque catégorie professionnelle qui la compose.

L'efficacité du travail de l'équipe de secteur et de la prise en charge des patients relève à la fois de la complémentarité des personnes qui la compose, de la compétence de chacun d'entre eux et de l'organisation hiérarchique de l'hôpital.

Dans les Etablissements Publics de Santé, deux types de bureaucratie décrits par *H.MINSTBERG*, peuvent coexister ; la bureaucratie mécaniste et la bureaucratie professionnelle.

La bureaucratie mécaniste repose sur le pouvoir en lien avec le statut et la fonction.

La bureaucratie professionnelle repose sur les principes d'expertise, de formation, de qualification.

Le Cadre Infirmier de proximité en psychiatrie peut se trouver confronté à ces deux types de bureaucratie.

Il est, par son statut et sa place dans l'organisation du service de soins infirmiers, dans un type de bureaucratie mécaniste qui peut le rendre exécutant des décisions administratives, médicales ou émanant de la Direction du Service de Soins Infirmiers.

Il peut également se situer dans un type de bureaucratie professionnelle émanant de sa formation et de sa qualification le rendant ainsi acteur du service de soins infirmiers.

I.5 – LE CADRE INFIRMIER EN PSYCHIATRIE

I.5 .1 – La nomination des cadres infirmiers

LES TEXTES CONCERNANT LA NOMINATION DES INFIRMIERS AU GRADE D'INFIRMIER SURVEILLANT :

⇒ **Arrêté du 22 Juillet 1976** relatif au Certificat Cadre de secteur psychiatrique.

Les infirmiers doivent justifier de 5 années minimum de service dans leur corps professionnel.

Objectifs de formation fixés par l'arrêté :

« ...préparer les élèves à l'exercice d'une fonction complexe comprenant :

- l'organisation et le contrôle de la qualité des soins,
- l'encadrement pédagogique de l'équipe et des élèves,
- l'organisation et la coordination du travail d'équipe,
- l'administration et la gestion des personnels et des équipements,
- l'animation de groupe,
- la recherche,

à travers le développement d'aptitudes personnelles».

⇒ **Décret du 30 Novembre 1988** portant statuts des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière.

Les infirmiers doivent être inscrits à la classe supérieure (10 ans minimum d'ancienneté), au 6^{ème} échelon minimum, sans exigence de formation ou d'épreuve pour accéder au grade de surveillant.

L'accès au grade de surveillant se fait **au choix**, après inscription au **tableau d'avancement**. «L'avancement de grade... est accordé exclusivement au choix après établissement... d'un tableau d'avancement de grade... au vu du dossier de l'agent qui doit contenir... tous les actes se rapportant à sa carrière administrative... les notes et les rapports des chefs hiérarchiques». (extrait de l'article 75 du décret du 16 Février 1993).

⇒ **Arrêté du 23 Juin 1989** relatif à l'examen professionnel pour l'accès au grade de surveillant des services médicaux

Peuvent y accéder, les infirmiers de classe normale, justifiant de 8 années minimum de service dans leur corps professionnel. L'épreuve d'une durée d'une heure, comporte deux séries de questions :

- 6 questions techniques portant sur des connaissances professionnelles,

- 4 questions permettant d'apprécier les connaissances du candidat en matière de statut des personnels et en matière de fonctionnement administratif et financier des établissements de santé.

⇒ **Décret du 14 Janvier 1993** relatif à l'attribution du Certificat Cadre Infirmier aux personnes ayant le Certificat Cadre Infirmier de secteur psychiatrique.

«Le C.C.I. est attribué par équivalence aux personnes titulaires du Certificat Cadre Infirmier de secteur psychiatrique qui en font la demande auprès de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales qui leur a délivré ce certificat».

⇒ Le **Décret du 18 Août 1995** portant création d'un diplôme de Cadre de Santé complété par l'Arrêté du 18 Août 1995 relatif au Diplôme de Cadre de Santé et au programme de formation.

Ainsi pour être nommé Cadre Infirmier, trois possibilités sont prévues par la réglementation :

- ➔ L'ancienneté pour les agents de classe supérieure
- ➔ La réussite à l'examen professionnel
- ➔ L'obtention du Certificat Cadre Infirmier, du Certificat Cadre Infirmier de secteur psychiatrique ou du Diplôme de Cadre de Santé.

En psychiatrie, le contexte et l'histoire des institutions psychiatriques aboutissent au fait qu'un nombre important de Cadres ont été et sont encore nommés à l'ancienneté, quelques-uns ayant été nommés après la réussite à l'examen professionnel. (Ainsi dans l'établissement dans lequel j'exerce actuellement mes fonctions, 63% des Cadres Infirmiers ont été nommés à l'ancienneté).

Parallèlement à ces différentes possibilités de nomination, il existe également une disparité de termes pour désigner le cadre infirmier.

I.5.2 - Du surveillant au cadre infirmier de proximité

Les différents termes dénommant le personnel d'encadrement soignant sont liés, d'une part à l'évolution des établissements de soins et de la profession infirmière et d'autre part, aux intitulés des formations aboutissant au Certificat Cadre Infirmier ou Diplôme Cadre de Santé.

D'un point de vue statutaire, nous trouvons le terme de surveillant des services médicaux dans la nomenclature des corps et grades de la Fonction Publique Hospitalière correspondant au troisième grade du corps du personnel infirmier.

Cependant, dans la terminologie courante usitée dans les hôpitaux, plusieurs termes sont employés pour un même grade, l'appellation du personnel d'encadrement variant selon l'Etablissement.

Cette disparité des termes peut aboutir pour le personnel d'encadrement à une difficulté à se situer, même si ces termes apparaissent dans des documents professionnels.

I.5.2.1 - Le Surveillant

Ce terme issu de la laïcisation des hôpitaux est toujours celui utilisé dans le statut de la Fonction Publique Hospitalière.

Ainsi le guide de terminologie n° 3 indique que le surveillant est un *«cadre infirmier responsable de la gestion des soins, de l'organisation et du fonctionnement d'une unité de soins, de l'animation et de l'encadrement de l'équipe soignante conformément à la politique de soins infirmiers»*.⁽⁵⁾

Cette définition peu précise situe le surveillant au niveau de l'encadrement d'une unité de soins tout en employant le terme de cadre infirmier

I.5.2.2 - Le Cadre Infirmier

«Le Cadre Infirmier est un infirmier exerçant, du fait de sa formation et/ou de son expérience, les fonctions de responsabilité dans l'enseignement des soins infirmiers ou dans l'administration des services de soins hospitaliers et extra hospitaliers».

Celles-ci impliquent essentiellement des activités :

- d'organisation
- d'animation
- de coordination
- de contrôle
- de recherche
- de pédagogie ⁽⁶⁾

Ainsi les compétences du Cadre Infirmier dépassent le cadre de l'unité de soins pour s'étendre à l'enseignement et à l'extra hospitalier.

(5) Guide de terminologie de soins infirmiers n° 3 - Série Soins Infirmiers. Glossaire provisoire
B.O. n° 86/21 bis - page 203

(6) IBID - page 19

En ce qui concerne l'extra hospitalier, les compétences du surveillant/cadre infirmier étaient déjà existantes depuis la mise en place de la sectorisation psychiatrique, dans un premier temps dans les Centres Médico Psychologiques, puis dans un second temps dans les structures alternatives à l'hospitalisation qui ont été créées ensuite.

L'aspect paradoxal de cette définition de compétences étendues réside dans le fait que tout cadre infirmier ne peut exercer des fonctions d'enseignement car l'obtention du Certificat de Cadre Infirmier est indispensable en soins généraux comme en psychiatrie ou plus récemment l'obtention du Diplôme de Cadre de Santé.

I.5.2.3 - Le Cadre de Santé

Cette dénomination émane de la réforme des études de Cadre Infirmier réalisée par le Décret n° 95-926 du 18 Août 1995 portant création d'un diplôme de Cadre de Santé.

Ce diplôme permet d'unifier la formation des cadres paramédicaux issus de treize catégories paramédicales.

I.5.2.4 - Le Cadre de proximité

En fait, ce terme n'existe pas dans la terminologie professionnelle officielle de l'encadrement para médical.

Il appartient en premier lieu au monde de l'entreprise et désigne le cadre qui fait fonctionner une équipe.

A l'hôpital, le cadre infirmier de proximité se trouve sur le terrain, au centre opérationnel (l'unité de soins).

Membre du service de soins infirmiers, il met en œuvre sur le terrain, la politique générale du Service de Soins Infirmiers définie au niveau stratégique.

Il est le lien entre le sommet stratégique et le centre opérationnel.

Sur le terrain, collaborateur du corps médical, il est le gestionnaire responsable d'un service et d'une équipe soignante.

Avec l'ordonnance du 24 Avril 1996, l'Etablissement Public de Santé mentale comme tout établissement hospitalier public se transforme, se recompose modifiant le rôle et les missions de chacun des acteurs.

Dans ce contexte de changement, le rôle et les missions de cadre infirmier de proximité évoluent.

Cependant, quelles sont les missions du cadre infirmier de proximité en psychiatrie ?

I.6 - LES MISSIONS DU CADRE INFIRMIER EN PSYCHIATRIE

La difficulté de concevoir la place, le rôle et les missions du Cadre Infirmier de proximité d'une manière générale, réside dans la multiplicité de la définition de la place, du rôle et des missions du Cadre Infirmier dans des textes législatifs où le cadre est mentionné, alors que paradoxalement il n'existe pas de texte juridique spécifique à la fonction de Cadre Infirmier, hormis la circulaire ministérielle DH-8A-PK-CT-n°000030 du 20 Février 1990 de la Direction des Hôpitaux indiquant les missions et rôles des surveillants et des surveillants-chefs.

Pour cette raison, les acteurs d'un Etablissement Public de Santé peuvent, en fonction des textes juridiques relatifs au Service Public Hospitalier et à l'organisation hospitalière (mais aussi de l'histoire) considérer la place du Cadre Infirmier différemment.

Certes, sommes-nous très éloignés à présent de la définition du rôle du surveillant en psychiatrie de *H. GIRARD DE CAILLEUX* cité par *Claudie BEAUVUE-FOUGEYROLLAS* : «*les surveillants sont les dépositaires immédiats de la pensée du médecin, ...ils obéissent passivement aux ordres de leur chef...*».(7)

Cependant, cette notion peut présenter des difficultés pour le cadre infirmier surtout nommé à l'ancienneté, pour se situer.

Ainsi la Loi 91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière précise que le médecin-chef de service est assisté par un cadre paramédical pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences.

(7) BEAUVUE-FOUGEYROLLAS Claudie «Les infirmiers en psychiatrie et la folie» Edition Lamarre 1991– page 71

Par ailleurs, le Cadre Infirmier est nommé par le Directeur de l'Etablissement sur proposition de l'Infirmier Général après son inscription par le Directeur sur le tableau d'avancement.

D'autre part, le Cadre Infirmier fait partie du Service de Soins Infirmiers et responsable d'unités de soins relevant de la compétence du Directeur du Service de Soins Infirmiers.

De ce fait, le Cadre Infirmier de proximité est-il placé au carrefour de trois logiques *«Les cadres soignants sont sous la responsabilité du Directeur (participant de la logique administrative) mais partagent avec le médecin-chef de service (participant à la logique médicale) la responsabilité de la gestion de l'unité de soins. Ils sont par ailleurs confrontés sans arrêt aux problèmes de leurs subordonnées directes, les infirmières (participant de la logique soignante). Ainsi, ce poste est au confluent de trois logiques et il est sans arrêt soumis à des injonctions divergentes »*. (8)

A coté de cette situation *«il faut reconnaître qu'il n'existe pas de définition claire des missions de l'encadrement de santé, que ce soit dans les textes ou dans l'esprit des personnes»*.(9)

Ainsi la Société Conseil, Organisation et Développement indiquait dans un compte rendu en 1989 *«Il n'y a pas de définition cohérente du rôle et des missions de l'encadrement, du moins elle n'existe pas dans l'esprit des intéressés»*.(10)

Cette enquête est à l'origine de la circulaire du 20 Février 1990 DH-8A-PK-CT- n° 000030 de la Direction des Hôpitaux et dont l'objet est de préciser *«les missions et le rôle des surveillants(es) et surveillants(es) chefs hospitaliers»*.

L'annexe 2 concerne le surveillant des services médicaux :

- Il participe en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire à la définition des objectifs et du projet de l'unité,

(8) HART Josette –MUCCHIELLI Alex – «Soigner l'hôpital - Diagnostic de crise et traitement de choc» Editions Lamarre – page 63.

(9) VILCHIEN Danielle «Les cadres de santé et le changement à l'hôpital» - Les Cahiers Hospitaliers n° 119 – Décembre 1996 – page 11.

(10) Cité dans ARY Brousillon – Surveillants à cœur ouvert à cris perdus un franc parler pour un autre regard sur la profession – Paris – Editions Seli Arslan – 1996 – page 149

- dans ce cadre, il est responsable de la gestion d'une unité et organise la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé,
- il a un rôle d'encadrement et d'animation des personnels de l'unité,
- il est une référence pour le soin spécifique,
- il a un rôle de formation, de coordination et de recherche.

Il est responsable :

- ➔ du soin dans le domaine de compétence propre à sa fonction,
- ➔ de l'organisation, de l'application de la prescription médicale,
- ➔ de la gestion administrative de l'unité.

La circulaire décrit les activités du surveillant des services médicaux en les répartissant en quatre axes :

- La technicité,
- l'information,
- la relation, communication,
- la contribution économique.

La circulaire met ainsi en exergue le rôle d'acteur du cadre infirmier.

Il participe en qualité de collaborateur de l'équipe médicale au projet du service.

Dans l'axe relatif à la technicité, il élabore en équipe le projet de soin.

Il définit la démarche de soins et les outils de travail correspondants (dossier de soins, protocoles, planification).

Il est responsable de la qualité du soin, de l'hygiène générale de l'unité et du confort des malades.

Dans l'axe relatif à la gestion, il est l'animateur de l'équipe placée sous sa responsabilité.

Il participe à l'évaluation des compétences du personnel du service de soins dont il a la charge.

Il participe à la sélection et à la promotion des personnels.

Il organise et anime des réunions pour initier et maintenir une dynamique d'équipe.

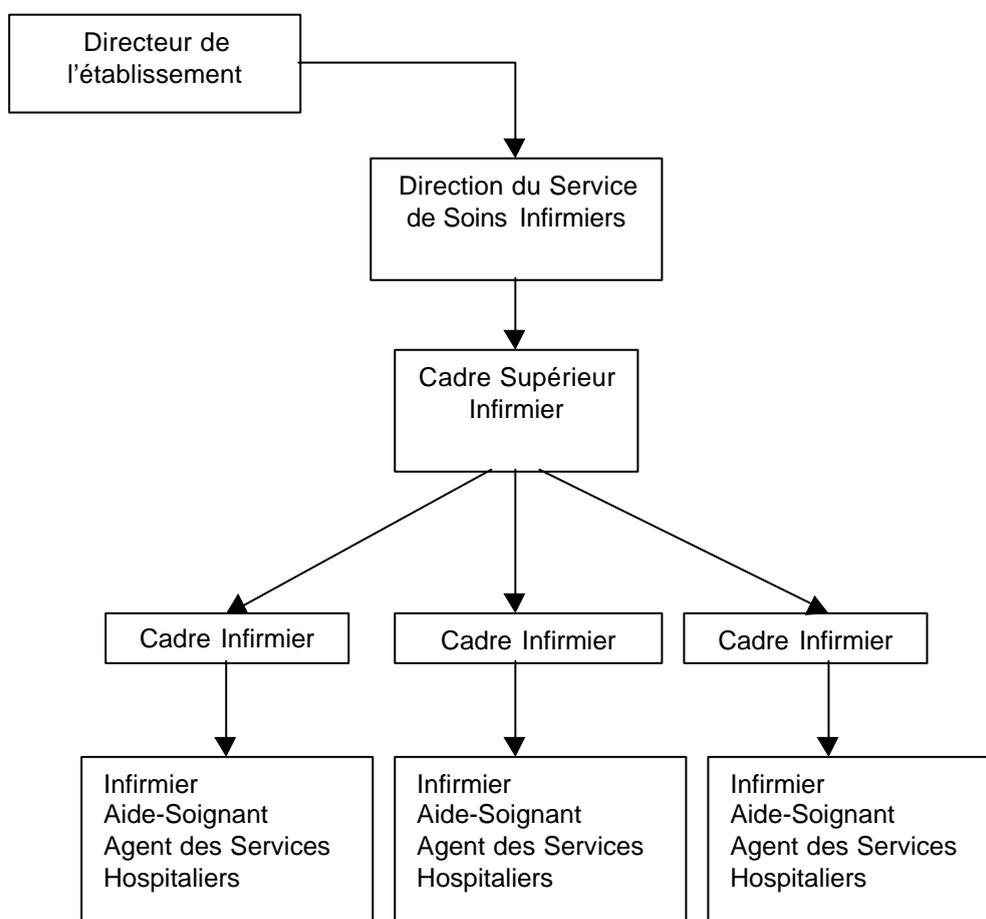
Il a un rôle de formateur des stagiaires et participe à la formation continue des membres de son équipe.

Dans les axes relatifs à l'information et à la relation/communication, il est l'interlocuteur :

- ⇒ De l'équipe de direction et notamment de l'Infirmier Général,
- ⇒ des responsables des autres services de soins,
- ⇒ des responsables des services techniques et logistiques,
- ⇒ de la médecine préventive,
- ⇒ du responsable de formation.

Le rôle et les missions du Cadre Infirmier de proximité émanant de la circulaire de 1990 se sont étendus et dépassent le cadre du service de soins avec la création du service de soins infirmiers dont la Direction est confiée à l'Infirmier Général.

Position du Cadre Infirmier dans l'Etablissement Public de Santé



Ainsi, le cadre infirmier de proximité est un **manager** dans le cadre d'un service de soins adaptant les moyens nécessaires pour obtenir une efficacité optimum.

Il est l'acteur de changement et la personne ressource en soins infirmiers de son unité de par sa qualification et son expertise.

Acteur responsable, il gère, anime, évalue, réajuste, décide.

Le Cadre Infirmier de proximité est aussi un membre du Service de Soins Infirmiers.

Il participe à l'élaboration du projet de soins infirmiers en corrélation avec le projet médical pour l'élaboration du projet d'établissement.

Ainsi le Cadre Infirmier (comme le Cadre Supérieur Infirmier) est un collaborateur direct de la Direction du Service de Soins Infirmiers et participe de ce fait au fonctionnement de l'Etablissement.

En collaboration avec le Directeur du Service de Soins Infirmiers, il participe à la rédaction du rapport annuel d'activité du Service de Soins Infirmiers.

Dans le domaine de la recherche en soins infirmiers, il est amené à participer à des groupes de travail constitués sous la responsabilité de l'Infirmier Général.

Ainsi, le rôle et les missions du Cadre Infirmier sont très étendus en l'absence de législation ou de réglementation spécifiques.

Toutefois le domaine de compétence du Cadre Infirmier nécessite une formation adaptée à la fonction.

I.7 – LA FORMATION DU CADRE INFIRMIER EN PSYCHIATRIE

La première formation des surveillants fut organisée par le Décret 58-1104 du 14 Novembre 1958 qui crée deux certificats.

- ⇒ Le certificat d'aptitude à la fonction surveillante (CAFIS)
- ⇒ Le certificat d'aptitude à la fonction d'infirmière monitrice (CAFIM)

Le programme d'enseignement prévu ne préparait pas à la fonction d'encadrement mais plutôt à un approfondissement des techniques médicales formant ainsi «une infirmière plus».

Le Décret du 7 Août 1975 crée le Certificat Cadre Infirmier qui réunit les deux fonctions (encadrement d'un service de soins et enseignement) et organise un programme de formation axé sur la fonction d'encadrement.

Le Certificat Cadre Infirmier de secteur psychiatrique est créé en 1976, l'Arrêté du 22 Juillet 1976 axant également les objectifs et le programme de formation sur la fonction de cadre gestionnaire du soin (garant de sa qualité), du personnel, pédagogique, d'animateur, sensibilisé à la recherche en soins infirmiers.

Le 18 Août 1995 le diplôme de cadre de santé est créé, remplaçant le Certificat Cadre Infirmier et le Certificat Cadre Infirmier de secteur psychiatrique.

L'Orienté de l'Arrêté du 18 Août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé et au programme de formation indique la nouvelle orientation de la fonction d'encadrement à l'hôpital.

Ainsi l'accès à la même formation de treize professions paramédicales doit aboutir à un réel décloisonnement des Etablissements Hospitaliers, à un travail axé sur la complémentarité et l'extension du travail en réseau.

Par ailleurs, dans un souci d'amélioration des compétences des cadres soignants, le programme de formation découpé en six modules dont quatre sont consacrés à la fonction d'encadrement et de formation, renforce la fonction d'encadrement comme le mentionne l'annexe 1 de l'Arrêté du 18 Août 1995 relative à l'orientation du programme pédagogique.

«Le bon fonctionnement de nos structures de santé, qu'elles soient hospitalières ou de formation, dépend largement de la place des cadres de santé et de leur compétence qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes, tant aux patients qu'aux étudiants».

«C'est pourquoi la formation des cadres de santé est une priorité essentielle pour garantir la qualité de l'encadrement. Elle contribue en effet à assurer l'efficacité et le rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités».

Ainsi, la formation du Cadre Infirmier de proximité en psychiatrie devient une formation de Cadre de Santé uniforme aux professions para-médicales au sein d'un Etablissement Hospitalier.

Cette évolution accompagne l'évolution de l'hôpital et permet au Cadre Infirmier d'appréhender une dimension d'encadrement nouvelle en pleine mutation.

I.8 – CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

«Les Centres Hospitaliers Spécialisés sont un réservoir d'expérience et de savoir faire... Il s'agit en toute priorité de les amener à se libérer des entraves d'une trop lourde infrastructure hospitalière héritée du passé, par un développement optimal des structures et actions de secteur psychiatrique...» (11)

L'évolution de la fonction Cadre Infirmier en Psychiatrie s'est considérablement accentuée avec la réforme hospitalière de 1991.

Le Centre Hospitalier Spécialisé est classé, comme les Centres Hospitaliers Généraux sous la dénomination d'Etablissement Public de santé intégrant ainsi la psychiatrie parmi les autres disciplines médicales.

La création législative du Service de Soins Infirmiers donne une dimension nouvelle au rôle, à la place et à la fonction du Cadre Infirmier en Psychiatrie le positionnant comme un acteur au sein des Etablissements Publics de Santé Mentale au carrefour des logiques administratives, médicales et du service de soins infirmiers.

Cependant, le passage de Cadre Infirmier se référant essentiellement à une hiérarchie médicale, au rôle d'acteur dynamique au sein d'un Etablissement Public de Santé Mentale peut présenter des difficultés d'adaptation à un rôle en pleine mutation.

(11) Extrait de la circulaire du 14 Mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

II – PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE

CONTEXTE

La loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière, crée dans son article L.714-16 «un Service de Soins Infirmiers » dans chaque Etablissement Public de Santé dont la Direction est confiée à l’Infirmier Général, membre de l’équipe de Direction.

Une Commission est créée au sein de ce service présidée par le Directeur du Service de Soins Infirmiers, «composée des différentes catégories de personnel du service de soins infirmiers».

Cette instance est consultée sur :

- ⇒ L’organisation générale des soins infirmiers et l’accompagnement des malades dans le cadre d’un projet de soins infirmiers.
- ⇒ La recherche dans le domaine des soins infirmiers et l’évaluation de ces soins.
- ⇒ L’élaboration d’une politique de formation
- ⇒ Le projet d’établissement.

Les activités de l’Infirmier Général, Directeur du Service de Soins Infirmiers, définies dans le décret n° 89-748 du 18 Octobre 1989 modifié par le Décret n° 94 904 du 18 Octobre 1994 portant statut particulier des Infirmiers Généraux de la Fonction Publique Hospitalière, ainsi que dans la circulaire n°90-401 du 20 Octobre 1990 sont les suivantes :

L’Infirmier Général :

- ➔ Coordonne l’organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et assure l’animation, l’encadrement et la coordination des personnels en fonction dans les services de soins.
- ➔ Participe :
 - à la conception, à l’organisation et à l’évolution des services médicaux sous l’autorité du chef d’établissement en liaison avec le corps médical et les autres corps d’encadrement concernés.
 - à l’élaboration des projets de services
 - à la qualité des soins donnés dans les services

- au respect des règles d'hygiène hospitalière
 - à l'amélioration des conditions de travail des personnels soignants en favorisant le développement de méthodes et de moyens techniques adaptés
- ➔ Il contribue à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins et de leur évaluation.

Le rôle, la place et les missions du Service de Soins Infirmiers évoluent constamment, notamment dans le cadre de l'ordonnance du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée par exemple dans le cadre de la procédure d'accréditation et de la contractualisation interne et externe.

En psychiatrie, les Etablissements Publics de Santé mentale évoluent et se transforment dans ce contexte, avec l'émergence d'une orientation nouvelle de l'organisation de la sectorisation psychiatrique et de nouvelles missions d'ordre social.

La création du Service de Soins Infirmiers dirigé par l'Infirmier Général doit permettre au personnel soignant para-médical d'être acteur au sein d'un Etablissement Hospitalier et de travailler en collaboration avec les autres catégories de personnel ; équipe de direction et corps médical avec un domaine de compétences qui lui est propre.

Les réformes hospitalières de 1991 et 1996 donne aux trois catégories de personnel d'un Etablissement Public de Santé (équipe de direction, corps médical, service de soins infirmiers) un pouvoir, des compétences et des attributions.

L'Infirmier Général, dans ce contexte, dispose d'un champ d'activité complexe et étendu.

De ce fait, dans le domaine de compétence du Service de Soins Infirmiers, il s'appuie en partie sur son personnel d'encadrement (Cadres Supérieurs Infirmiers et Cadres Infirmiers de proximité).

PROBLEMATIQUE

Nous choisissons de nous intéresser aux Cadres Infirmiers de proximité en psychiatrie qui se situent au carrefour des trois logiques (administrative, médicale, soignante).

Dans le même temps, la fonction de Cadre Infirmier dans un Etablissement Public de Santé Mentale est modifiée au regard de l'évolution de l'Hôpital.

Il s'agit, à notre avis, d'une fonction qui est toujours actuellement en pleine mutation et qui suscite des craintes.

Ces craintes se traduisent notamment par une crise d'identité, pouvant amener un problème de reconnaissance de la part des autres acteurs de l'hôpital aboutissant à un désinvestissement de la fonction, se manifestant par exemple par une baisse importante des candidatures au poste de Cadre Infirmier, laissant présager pour l'avenir un manque de personnel d'encadrement des services de soins.

En effet, le contexte économique dans le domaine de la santé et plus précisément dans le secteur hospitalier, a entraîné d'importantes modifications de la place de l'hôpital dans le système de santé.

Certains acteurs des Etablissements Hospitaliers se sont inscrits dans cette démarche de changement (Directeurs, Corps Médical, Infirmiers Généraux).

Cependant, le personnel d'encadrement infirmier et plus particulièrement les cadres de proximité en psychiatrie éprouvent des difficultés d'adaptation à des nouvelles fonctions aboutissant à des difficultés d'implication les empêchant d'être réellement acteurs du Service de Soins Infirmiers.

Les Cadres Infirmiers se sont retrouvés isolés avec de nouvelles compétences auxquelles ils n'étaient pas toujours préparés. De «cadre soignant» ils sont passés au statut de «manager» d'une équipe, au carrefour d'une logique ; administrative, médicale et de Service de Soins Infirmiers.

Membres du Service de Soins Infirmiers, ils sont amenés à s'impliquer au côté de l'Infirmier Général dans le fonctionnement de l'Etablissement notamment dans le cadre de la démarche qualité, de la procédure d'accréditation, des contrats d'objectifs et de moyens, dans l'aménagement du temps de travail...

Par ailleurs, dans le domaine législatif et réglementaire il n'existe pas de cadre précis de définition des fonctions de cadre infirmier.

Cette situation peut aboutir pour le cadre infirmier de proximité, à des difficultés à se situer dans le Service de Soins Infirmiers en tant que manager d'un service de soins, acteur du Service de Soins Infirmiers et collaborateur privilégié du Directeur du Service de Soins Infirmiers.

Ainsi, rendre acteur le Cadre Infirmier de proximité en psychiatrie, nécessite de la part de l'Infirmier Général d'adopter des stratégies, dans un contexte nous permettant d'avancer une hypothèse.

HYPOTHESE

Les Cadres Infirmiers de proximité en psychiatrie principalement nommés sans Certificat de Cadre Infirmier ou de Diplôme de Cadre de Santé ne sont pas suffisamment préparés à la fonction d'encadrement et à l'évolution de leurs fonctions.

Ils éprouvent des difficultés à se situer dans un rôle en pleine mutation qui n'est pas clairement défini.

III – ENQUETE AUPRES D’UN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE SPECIALISE EN PSYCHIATRIE

III. 1 - PRESENTATION DU TERRAIN DE L’ENQUETE

Afin de vérifier notre hypothèse, nous avons choisi d'effectuer un travail d'enquête auprès d'un seul Etablissement Public de Santé spécialisé en psychiatrie par souci d'objectivité.

Nos relations professionnelles avec les Etablissements Hospitaliers Spécialisés de la région dans laquelle nous prendrons nos fonctions, ne nous auraient pas permis de réaliser une enquête objective.

Aussi, avons-nous choisi d'effectuer ce travail dans un Centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie dans une autre région, l'Etablissement présentant la même organisation, le même fonctionnement, les mêmes orientations et la même culture que l'Etablissement Hospitalier dans lequel nous prendrons nos fonctions.

Ainsi, parmi les points communs entre les deux établissements, nous pouvons noter les éléments suivants :

- ⇒ Il dispose du même calendrier pour la mise en œuvre de la procédure d'accréditation et prévoit la même méthodologie.
- ⇒ Il a la même approche dans le cadre de l'aménagement de la réduction du temps de travail.
- ⇒ Sa pyramide des âges du personnel soignant est sensiblement la même.
- ⇒ Sa proportion de Cadres Infirmiers «Cadrés» et «non Cadrés» est proche.

De surcroît, le premier Directeur de cet Etablissement était un Médecin Directeur proche de *Tosquelles* et il a été précurseur dans la dynamique de la mise en place de la sectorisation.

Ainsi, il nous paraît nécessaire pour bien situer le Cadre Infirmier de proximité au sein de cet Etablissement de présenter le Centre Hospitalier Spécialisé dans son organisation et ses orientations.

III.1.1 – Présentation de l’Etablissement

L’Etablissement Public de Santé est un Centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie situé en province au sein d’une ville de 20 000 habitants et s’adressant à une population de 620 000 habitants du département.

Il emploie 920 personnels dont 40 médecins.

Le Centre Hospitalier comprend :

- 7 secteurs de psychiatrie générale
- 2 secteurs de psychiatrie infanto juvénile

Il dispose de 587 lits et places dont 207 lits d’hospitalisation à temps complet en psychiatrie générale auxquels s’ajoutent 60 lits dans un Centre d’Accueil pour Personnes Agées.

L’Etablissement dispose également de 45 structures extérieures (Centres Médico Psychologiques, Centres d’Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, Hôpitaux de Jour Adultes et Enfants).

III.1.2 – L’équipe de Direction

L’équipe de Direction déterminée selon l’organigramme de l’Etablissement est constituée :

⇒ Du Directeur de l’Etablissement

⇒ De quatre Directeurs Adjointes

Dont :

⇒ Un Directeur Adjoint chargé des services économiques, des travaux et de la qualité

⇒ Un Directeur Adjoint chargé des Ressources Humaines

⇒ Un Directeur Adjoint chargé des services financiers, de la contractualisation et du système d’information.

⇒ Un Directeur Adjoint chargé de l’accueil, des affaires médicales et générales et du Centre d’Accueil pour Personnes Agées.

⇒ D’un Directeur du Service de Soins Infirmiers

⇒ D’un Infirmier Général 2^{ème} Classe.

III.1.3 - La Direction du Service de Soins Infirmiers et le Service de Soins Infirmiers

La Direction du Service de Soins Infirmiers est constituée :

- D'un Infirmier Général 1^{ère} Classe, Directeur du Service de Soins Infirmiers nommé en Janvier 1998 et Infirmier Général dans l'Etablissement depuis 1992.
- D'un Infirmier Général 2^{ème} Classe nommé le 1^{er} Janvier 1999 et arrivé le 2 Novembre 1999.

Tous les deux ont une ancienneté de 24 ans dans l'Etablissement.

Le Service de Soins Infirmiers comprend :

- 9 Cadres Supérieurs Infirmiers
- 68 Cadres Infirmiers
- 477 Infirmiers (310 titulaires du Diplôme d'Infirmier de secteur psychiatrique et 167 titulaires du Diplôme d'Etat d'Infirmier).
- 18 Aides-soignants uniquement affectés au Centre d'Accueil pour Personnes Agées (aucun Aide Soignant n'est affecté dans un service de psychiatrie).
- 36 Agents des Services Hospitaliers

En ce qui concerne les Cadres Infirmiers 57,5% ont 48 ans ou plus et 42% ont 50 ans ou plus.

Ainsi un renouvellement important est à prévoir .

III.1.4 – Les orientations de l'Etablissement

Le Projet d'Etablissement 1999-2003 a été approuvé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Un Contrat d'Objectifs et de Moyens est en cours d'élaboration.

Une procédure d'accréditation est en cours avec entrée, depuis Mai 2001, dans la procédure et constitution d'un comité stratégique et de groupes de travail, la procédure d'auto évaluation étant prévue en Mars 2002 et la visite d'accréditation au cours du premier semestre 2003.

Une réflexion est entamée relative à l'aménagement de la réduction du temps de travail avec constitution d'un comité stratégique.

Un groupe de travail a été constitué sous la responsabilité de l'Infirmier Général afin de mettre en place un dispositif de prise en charge des adolescents.

III.2 – LA METHOLOGIE

Pour vérifier notre hypothèse, il nous a paru indispensable d'appréhender la place et le rôle du Cadre Infirmier de proximité au regard des logiques administratives, médicales et émanant du Service de Soins Infirmiers.

Nous avons par conséquent réalisé cette enquête dans le cadre de ces trois logiques.

Nous avons donc choisi d'effectuer des entretiens semi directifs sur la base d'un guide d'entretien précis spécifique à chaque catégorie.

Les guides d'entretiens sont en annexe.

Ainsi, nous avons rencontré par ordre chronologique :

- ⇒ 15 Cadres Infirmiers de proximité
- ⇒ 2 Cadres Supérieurs Infirmiers
- ⇒ Le Directeur du Service de Soins Infirmiers
- ⇒ L'Infirmier Général
- ⇒ 1 Médecin Chef de Service
- ⇒ Le Directeur des Ressources Humaines

III.2.1 – Les limites de l'enquête

L'enquête a pour objectif de vérifier notre hypothèse de départ.

Il ne s'agit pas d'un travail de recherche généralisable à l'ensemble des Etablissements Publics de Santé spécialisés en psychiatrie, dans la mesure où l'enquête est effectuée dans un seul Etablissement Hospitalier.

Notre objectif est de réaliser un travail d'étude dans un Centre Hospitalier spécialisé en psychiatrie dont les caractéristiques sont proches de l'Etablissement dans

lequel nous allons prendre nos fonctions, afin de pouvoir comparer les résultats de l'enquête et de pouvoir formuler des propositions.

III.2.2 – Préparation de l'enquête

Préalablement à cette enquête, nous avons rencontré pour présenter notre travail, le Directeur de l'Etablissement, le Directeur du Service de Soins Infirmiers, l'Infirmier Général, l'équipe de Direction et les Cadres Supérieurs Infirmiers.

Nous avons également été invité à une Commission Médicale d'Etablissement pour la présentation du travail.

Au cours de cette première étape, nous avons uniquement présenté le thème de l'enquête, mais d'un commun accord avec les personnes rencontrées, nous n'avons pas exposé l'hypothèse dans un souci d'objectivité lors des entretiens.

La deuxième étape a consisté à choisir les personnes à interviewer.

III.2.3 – Le choix des personnes interviewées

Pour les Cadres Infirmiers de proximité, nous présentons tout d'abord leur répartition par critère de nomination.

Répartition par critères de nomination des 68 Cadres Infirmiers de l'Etablissement.

Sur les 68 Cadres Infirmiers du Centre Hospitalier Spécialisé :

⇒ **29** sont titulaires du Certificat Cadre d'Infirmier de secteur psychiatrique soit 42% de l'effectif des Cadres Infirmiers.

⇒ **39** ne sont pas titulaires du Certificat de Cadre Infirmier ou du Diplôme de Cadre de Santé soit 58% de l'effectif des Cadres Infirmiers. Parmi eux :

19 ont réussi l'examen professionnel, soit 48,70% des Cadres Infirmiers «non cadrés»

Pour effectuer notre enquête nous avons choisi, en accord avec le Directeur du Service de Soins Infirmiers, 15 Cadres Infirmiers de proximité parmi les 68 Cadres Infirmiers soit 22 % de l'effectif cadre soignant.

Compte tenu de notre hypothèse, nous avons choisi :

5 Cadres Infirmiers titulaires du Certificat de Cadre Infirmier de secteur psychiatrique

5 Cadres Infirmiers nommés à l'ancienneté

5 Cadres Infirmiers nommés après avoir réussi l'examen professionnel

Par ailleurs, en raison de la diversité des structures, nous avons rencontré parmi ces 15 Cadres Infirmiers :

3 Cadres Infirmiers exerçant dans des structures extra hospitalières (1 en Centre Médico Psychologique, 1 en Hôpital de Jour pour adultes et 1 dans un Centre d'Accueil Permanent).

1 Cadre Infirmier exerçant dans un Centre Médico Psychologique Infanto Juvénile

En ce qui concerne les Cadres Supérieurs Infirmiers, nous avons choisi 2 Cadres Supérieurs sur les 9 de l'Etablissement et qui sont «tous cadrés» et dont nous avons interviewé des Cadres Infirmiers de leur secteur afin de pouvoir éventuellement croiser des données.

Concernant le Directeur du Service de Soins Infirmiers et l'Infirmier Général, il nous paraissait indispensable de rencontrer les deux membres de la Direction du Service de Soins Infirmiers.

En ce qui concerne le Médecin-Chef de service, notre choix correspond aussi aux mêmes motivations que pour le choix des Cadres Supérieurs Infirmiers.

En ce qui concerne le choix d'un membre de l'équipe de direction, le Directeur Général n'étant pas disponible, il nous a paru judicieux de s'adresser au Directeur des Ressources Humaines en raison du travail de collaboration qui existe entre lui-même et la Direction du Service de Soins Infirmiers.

III.2.4 - Déroulement des entretiens

Il s'agit d'entretiens semi directifs sur la base d'un guide précis qui se trouve en annexe.

Le lieu de l'entretien est différent selon les personnes interviewées.

Ainsi, pour les Cadres Infirmiers et les Cadres Supérieurs Infirmiers, l'entretien se déroule soit dans un bureau qui nous est mis à disposition par la Direction, soit dans un bureau au sein des services sans risque d'être dérangés.

Pour les autres personnes rencontrées, l'entretien se déroule dans leur bureau respectif.

Avant chaque entretien, nous précisons :

- ↳ Le thème de l'enquête
- ↳ Le mode de recueil des données
- ↳ L'anonymat des personnes interviewées.

L'entretien dure entre 45 minutes et 1 heure. Le recueil des données est fait par écrit pour ensuite être restitué et analysé.

Pour les Cadres Infirmiers de proximité, un recueil de données formelles précède l'entretien afin de pouvoir par la suite, réaliser une synthèse qui est restituée dans les résultats de l'enquête.

III.2.5 – Résultats de l'Enquête

Le compte rendu de l'entretien est rédigé pendant l'interview.

Chaque entretien est retranscrit par réponse à chaque question afin de pouvoir croiser les données par catégorie.

La retranscription est validée à la fin de chaque entretien par la personne interviewée.

La restitution des résultats de l'enquête s'effectue sous la forme d'une synthèse des entretiens ; les résultats obtenus étant classés par thème variant selon la catégorie des personnes interviewées.

Pour les Cadres Infirmiers de proximité, une synthèse de données formelles est réalisée.

Ainsi, par ordre chronologique des personnes rencontrées, la restitution des résultats par thème se présente comme suit :

Thèmes relatifs aux Cadres Infirmiers de proximité

- La description de leur travail
- L'évolution de la fonction Cadre Infirmier de proximité
- Le Cadre Infirmier de proximité : acteur clef de changement
- L'autonomie du Cadre Infirmier de proximité
- Les sources de satisfaction
- Les contraintes
- Les difficultés rencontrées

Thèmes relatifs aux Cadres Supérieurs Infirmiers, au Directeur du Service de Soins Infirmiers et à l'Infirmier Général

- L'évolution de la fonction Cadre Infirmier de proximité
- Le Cadre Infirmier de proximité : acteur clef de changement
- L'autonomie du Cadre Infirmier de proximité
- La stratégie de management à l'égard des Cadres Infirmiers de proximité
- Les difficultés rencontrées par les Cadres Infirmiers de proximité

Thèmes relatifs au Médecin Chef de service et au Directeur des Ressources Humaines

- L'évolution de la fonction Cadre Infirmier de proximité
- Le Cadre Infirmier de proximité : acteur clef de changement
- L'autonomie du Cadre Infirmier de proximité
- Les difficultés rencontrées par les Cadres Infirmiers de proximité

III.3 – SYNTHESE DES ENTRETIENS

III.3.1 – Synthèse des données formelles concernant les Cadres Infirmiers

Parmi les 15 Cadres Infirmiers, nous avons rencontré 8 femmes et 7 hommes.

Leur âge varie de 39 ans à 53 ans, la moyenne étant de 46 ans.

Leur ancienneté dans le Diplôme d'Infirmier de secteur psychiatrique varie de 11 ans à 31 ans, la moyenne étant de 21 ans.

Aucun n'est titulaire du Diplôme d'Etat.

Leur ancienneté depuis leur nomination en qualité de Cadre Infirmier varie de 1 an à 13 ans, la moyenne étant de 8 ans.

Parmi ces 15 Cadres Infirmiers :

- 5 sont titulaires du Certificat Cadre Infirmier de secteur psychiatrique
- 5 ont été nommés à l'ancienneté
- 5 ont été nommés par examen professionnel

Leur ancienneté dans l'Etablissement varie de 12 ans à 33 ans, la moyenne étant de 23 ans.

Leur ancienneté dans le service en qualité de Cadre Infirmier varie de 1 à 13 ans avec une moyenne de 6 ans.

Les différents postes occupés en qualité de Cadre Infirmier :

- 7 Cadres Infirmiers nommés depuis 1 à 4 ans n'ont pas changé de service depuis leur nomination.
- 8 ont occupé 2 postes de Cadres Infirmiers : un en service d'hospitalisation à temps complet, l'autre dans une structure extra hospitalière (6 en Centre Médico Psychologique, 2 en Hôpital de Jour pour adultes).

Membre d'une instance :

Sur les 15 Cadres Infirmiers rencontrés :

- 1 est membre du Conseil d'Administration de l'Etablissement en qualité de représentant de la Commission du Service de Soins Infirmiers
- 1 est membre de la Commission de Conciliation en qualité de représentant de la Commission du Service de Soins Infirmiers.

Membre d'un groupe de travail :

- 6 Cadres Infirmiers sont membres d'un groupe de travail dans le cadre de la préparation à l'accréditation.

- 2 autres Cadres Infirmiers sont membres d'un groupe de travail dans le cadre de l'aménagement de la réduction du temps de travail.
- 3 autres Cadres Infirmiers préparent des journées professionnelles dont le thème est «*La psychiatrie de secteur*».

Les missions transversales :

Au moment de l'enquête, 1 Cadre Infirmier a pour mission de participer à l'élaboration d'une convention entre le Centre Hospitalier Spécialisé et le Centre Hospitalier Régional de la ville voisine.

Les formations continues :

- ⇒ Les Cadres Infirmiers «non cadrés» ont tous suivi après leur nomination une formation de quinze jours intitulée «*animer et gérer*».
Il s'agit d'une formation d'adaptation à l'emploi de Cadre Infirmier mise en place par le Directeur du Service de Soins Infirmiers, qui se déroule dans l'Etablissement et qui est dispensée par un organisme extérieur au Centre Hospitalier.
- ⇒ 1 Cadre Infirmier titulaire du Certificat Cadre Infirmier de secteur psychiatrique prépare une maîtrise de «*management des services de santé*».
- ⇒ 1 Cadre Infirmier nommé par examen professionnel prépare un Diplôme Universitaire de «Ressources Humaines».
- ⇒ 1 Cadre Infirmier nommé par examen professionnel prépare une licence de «*management des services de santé*».

III.3.2 - Synthèse des entretiens avec les Cadres Infirmiers

La description de leur travail

L'ensemble des Cadres Infirmiers interviewés ont tous spontanément dans la description de leur travail, évoqué :

- ⇒ La gestion du soin
- ⇒ La gestion de l'équipe infirmière des Aides-Soignants et des Agents des Services Hospitaliers
- ⇒ Le travail en collaboration avec le corps médical du service

- ⇒ La participation aux réunions du service
- ⇒ La relation avec l'équipe pluridisciplinaire du service
- ⇒ L'information de l'équipe.

En ce qui concerne le soin, les 4 Cadres Infirmiers, dont 3 sont titulaires du Certificat Cadre, exerçant en extra hospitalier ainsi que 6 Cadres Infirmiers «non cadrés» exerçant en unité d'hospitalisation à temps complet estiment **qu'il est nécessaire pour le cadre de participer au soin.**

Ainsi les Cadres Infirmiers en extra hospitalier participent directement à la prise en charge des patients.

En hospitalisation à Temps Complet, sans participer intégralement aux prises en charge, ils souhaitent rester dans une pratique soignante comme le souligne un Cadre Infirmier *«il me paraît nécessaire de rester dans une politique de soins directs en participant à des activités thérapeutiques et aux réunions soignants-soignés».*

Un autre estime *«qu'il faut rester proche des patients et participer au soin, même quand on est cadre, sinon on est déconnecté».*

D'autres aspects de leur travail ont été évoqués, mais pas d'une manière générale, ainsi :

- Les 2 Cadres Infirmiers Cadrés en hospitalisation à Temps Complet et 2 Cadres Infirmiers «non cadrés» s'estiment **garant du respect de la Loi et des droits des personnes hospitalisées.**
- 6 Cadres Infirmiers dont les 2 «cadrés» en hospitalisation à Temps Complet s'estiment **garant de la qualité des soins.**
- 6 Cadres Infirmiers «non cadrés» évoquent leur rôle difficile dans **la gestion des conflits** tant au sein de l'équipe infirmière qu'entre les infirmiers et le corps médical.

Dans le cadre de leurs relations de travail, en dehors de celle qu'ils ont tous évoquée avec l'équipe pluridisciplinaire du service, 11 Cadres Infirmiers ont mentionné les

relations qu'ils ont avec la Direction, le corps médical et les services logistiques et techniques, dans le cadre de groupes de travail.

En ce qui concerne les aspects positifs de leur travail, les plus importants pour eux, sont :

Pour tous, d'être proche de leur équipe.

- ⇒ Pour tous les Cadres Infirmiers, de rester dans le domaine du soin en y participant.
- ⇒ Pour le Cadre Infirmier du Centre d'Accueil Permanent, de jouer un rôle d'expert dans le cadre législatif et réglementaire de l'hospitalisation sous contrainte afin de permettre à l'équipe de se centrer uniquement sur le soin et d'être présent et disponible pour l'équipe infirmier.

Les aspects négatifs de leur travail les plus pesants sont :

- Pour tous, la lourdeur des tâches administratives.
- 6 Cadres Infirmiers évoquent *la gestion des conflits*.
- 4 évoquent la nécessité *d'inscrire l'équipe infirmière dans un projet de soins*.

En ce qui concerne **l'évaluation**, cela se traduit pour 13 d'entre eux par la proposition de notation et d'appréciation annuelle du Médecin Chef et du Cadre Supérieur Infirmier.

2 sont évalués par le Cadre Supérieur Infirmier en dehors de la notation, au cours d'un entretien annuel avec fixation d'objectifs.

L'évolution de la fonction Cadre Infirmier

A la question «*voyez-vous une évolution de votre fonction ?*», les 15 Cadres Infirmiers interviewés ont répondu affirmativement, en précisant toutefois que «*l'évolution dépendait du lieu d'exercice (intra ou extra hospitalier)*».

Cependant, la conception des Cadres Infirmiers interviewés de l'évolution de leur fonction se présente sous trois aspects.

Un aspect imprécis

2 Cadres Infirmiers «non cadrés» répondent affirmativement à l'évolution de leur fonction mais ne peuvent pas l'exprimer précisément.

- Ainsi un dit «*nous sommes devenus des managers*» mais ne peut pas définir ce terme.
- Le second pense que sa fonction a sûrement évolué «*il y a peut-être plus de polyvalence*».

Un aspect positif

4 Cadres Infirmiers «cadrés» estiment que leur fonction a évolué positivement dans la mesure où ils ont :

- plus de responsabilité,
- plus d'autonomie,
- la possibilité de participer à des groupes de travail ou à des missions transversales,
- la possibilité de s'impliquer dans un travail de réseau.

Un aspect négatif

9 Cadres Infirmiers dont un «cadré» voient «une évolution négative de leur fonction».

Pour eux cette évolution se traduit par :

- un éloignement de l'équipe
- «une raréfaction de soins directs comme auparavant»
- «la gestion de la pénurie»
- le fait que *«l'on nous demande d'être manager mais que l'autorité n'est pas innée et cela n'est pas toujours évident»*.

Le Cadre Infirmier de proximité : acteur clef de changement

Spontanément les 15 Cadres Infirmiers répondent affirmativement mais leur propos sont ensuite nuancés, car leur perception du rôle de Cadre Infirmier acteur de changement est différente.

Pour ce thème, nous restituons les réponses faites par les Cadres Infirmiers interviewés.

«Acteur de changement, oui, mais pas tout seul». «Nous sommes la courroie de transmission de la Direction. Statutairement le Service de Soins Infirmiers n'a pas de pouvoir de décision, ce qui n'est pas le cas pour les médecins »

- *«Oui sur un certain plan, mais tout ne repose pas sur nous».*
- *«Acteur de changement, c'est une bonne nouvelle mais c'est certainement le cas».*

- *«Sûrement, mais l'histoire institutionnelle de l'hôpital est pesante, il va falloir du temps pour changer et l'obstacle majeur c'est le quotidien».*
- *«Oui, dans la mesure où nous sommes la charnière entre le service et l'Etablissement».*
- *«Théoriquement oui, mais dans la pratique il y a un grand écart entre ce que l'on vise (comme la qualité) et la réalité. La hiérarchie n'en est pas toujours consciente».*
- *«Oui, mais dans le changement, il y a l'idéal et la réalité, l'élément favorable, c'est le médecin».*
- *«Nous sommes obligés d'être acteurs de changement, d'accord ou pas».*
- *«Oui, mais dans le service on est soumis à une double hiérarchie, ce qui pose problème». On exécute les décisions médicales même si on est pas d'accord».*
- *«Oui, on est là pour ramener les informations et motiver les gens. L'obstacle c'est le corps médical, chaque service dispose de sa liberté».*
- *«Oui, si le Cadre est proche de l'équipe pour mettre en place (exemple la planification murale)».*
- *«Oui, mais il doit être sur le terrain et c'est difficile car il y a trop d'infos»*

Nous avons ainsi obtenu 11 réponses précises. Les 4 autres Cadres Infirmiers ont répondu seulement que «c'était leur rôle».

L'autonomie du Cadre Infirmier de proximité

- 14 Cadres Infirmiers estiment disposer d'une autonomie suffisante dans le cadre de la gestion globale du service et dans la gestion du personnel en respectant les règles définies par la Direction du Service de Soins Infirmiers notamment dans le cadre de l'effectif en personnel minimum.

«Pour le reste cela dépend du corps médical».

- 9 Cadres Infirmiers apportent une nuance en indiquant que *«cela dépend du Cadre Supérieur Infirmier».*

- 1 Cadre Infirmier «non cadré» estime ne pas avoir d'autonomie dans la mesure où il y a *«tellement de règles en place, que l'on n'a pas de plage de décision».*

Les sources de satisfaction

Dans ce thème, la source de satisfaction essentielle qui est avancée concerne essentiellement les 10 Cadres Infirmiers qui peuvent encore s'investir directement dans le soin direct.

Par ailleurs, la source de satisfaction de tous les Cadres Infirmiers rencontrés, s'exprime par le fait qu'ils bénéficient tous d'une écoute et d'une aide de la part de la Direction de l'Etablissement, la Direction du Service de Soins Infirmiers étant, pour eux, incluse sans hésitation, dans l'équipe de Direction.

Le Cadre Infirmier du Centre d'Accueil Permanent se dit très satisfait de son autonomie et de l'augmentation de ses responsabilités.

Les contraintes

Les contraintes évoquées par les 15 Cadres Infirmiers rencontrés sont :

Pour tous, les contraintes liées :

- à la surcharge de travail administratif,
- à la multitude de textes réglementaires.

➔ Pour les Cadres Infirmiers «non cadrés», les contraintes liées à la codification et à la retranscription des activités.

➔ Pour 9 Cadres Infirmiers «non cadrés» la contrainte actuelle est relative à «la pression de l'accréditation». *«On la sent à travers l'inquiétude des Cadres Supérieurs Infirmiers».*

Les difficultés rencontrées

Les Cadres Infirmiers «cadrés» évoquent comme difficultés :

- ☞ L'inexpérience progressive des équipes infirmières en raison du nombre important de jeunes infirmiers et infirmières titulaires du Diplôme d'Etat Infirmier.
- 🏢 La disparition progressive de la culture soignante en psychiatrie.
- ☞ Le désinvestissement des médecins en hospitalisation à temps complet.

Les Cadres Infirmiers «non cadrés» évoquent comme difficultés :

- ☞ L'encadrement des jeunes infirmiers et infirmières titulaires du Diplôme d'Etat Infirmier
- ☞ Pour les Cadres Infirmiers en Hospitalisation à Temps Complet, le travail avec un collègue (dans ces unités l'encadrement est assuré par 2 Cadres Infirmiers)
- ☞ Les responsabilités qui sont de plus en plus pesantes notamment en matière de gestion du personnel et en matière de responsabilité juridique
- ☞ L'absentéisme du personnel
- ☞ Le sur effectif des patients
- ☞ Le rôle de médiateur, lors de conflits entre les médecins et l'équipe infirmière
- ☞ La surcharge de travail
- ☞ Le manque de temps
- ☞ L'isolement du Cadre Infirmier même au sein de son service.

En ce qui concerne **le malaise des Cadres**, les réponses faites par les Cadres Infirmiers «cadrés» et «non cadrés» sont très différentes et même opposées.

Pour les 5 Cadres Infirmiers «cadrés» il ne se sentent pas personnellement concernés, mais ils entendent les propos de certains de leurs collègues essentiellement «non cadrés».

Pour ces 5 Cadres, ils estiment que leurs collègues se sont mis dans cette situation de malaise : *«ils se disent isolés et avoir des problèmes avec les médecins et les infirmiers»*. *«En fait, certains n'auraient pas du être nommés»*. *«Ils ont des difficultés dans leur relation au niveau de l'autorité»*.

Pour les Cadres Infirmiers «non cadrés» le malaise est réel et ils évoquent certaines causes :

- ⇒ ils sont à l'interface de la Direction et des Médecins et ils ne s'y retrouvent pas *«nous sommes entre le marteau et l'enclume»*
- ⇒ ils se sentent isolés dans l'hôpital et dans leur service.
- ⇒ la multiplication des tâches
- ⇒ la difficulté à savoir *«à quoi on sert»*
- ⇒ les projets flous pour la psychiatrie
- ⇒ la non reconnaissance

Par ailleurs, ils disent tous ressentir une différence avec leurs collègues «cadrés». Ce sentiment est apparu dans leurs propos. Ainsi un Cadre Infirmier dit *«nous, nous sommes proches de l'équipe ; il ne faut pas oublier que nous avons été infirmiers, alors que ceux qui ont le Certificat Cadre prônent le management pur et dur»*.

III.3.3 - Synthèse des entretiens avec les Cadres Supérieurs Infirmiers

L'évolution de la fonction Cadre Infirmier de proximité

L'évolution de la fonction Cadre Infirmier de proximité apparaît pour les 2 Cadres Supérieurs rencontrés dans le domaine de la gestion du personnel et de l'organisation de leur service. *«Ils ne sont plus de supers infirmiers»*.

Cependant, ils estiment que les Cadres Infirmiers ne parviennent plus à se situer dans leur fonction.

Ainsi pour ces Cadres Supérieurs, le problème essentiel est de définir la notion de Cadre Infirmier de proximité.

Ils estiment que les Cadres Infirmiers ne sont ni à proximité des patients, ni à proximité des soignants. *«Ils ont besoin d'un cadre défini pour éviter leur dispersion dans des tâches multiples, le risque étant que les équipes infirmières soient livrées à elles-mêmes»*.

Le Cadre Infirmier de proximité : acteur clef de changement

Pour les 2 Cadres Supérieurs, les Cadres Infirmiers sont acteurs de changement dans l'axe opérationnel, eux se situant dans l'axe stratégique.

Ils comptent sur les Cadres Infirmiers mais ne sont pas persuadés de l'efficacité de leur rôle car *«l'important est de transmettre les informations émanant de l'axe stratégique puis d'impliquer, de discuter et de mettre en œuvre»*.

«Comme ils ont tendance à être éloignés de l'équipe cela peut être difficile pour eux».

«Ils doivent aussi tenir compte de la culture de l'Etablissement, car il y a un risque important de résistance au changement».

L'autonomie du Cadre Infirmier de proximité

Les réponses à la question «pensez-vous laisser une autonomie suffisante aux Cadres Infirmiers ?» sont unanimes.

Le premier déclare *«Oui, je laisse une grande autonomie mais je demande à être informé avant toute mise en œuvre d'une décision».*

Le second dit *«Oui, ils sont autonomes dans leur service mais ils doivent m'informer pour avis».*

La stratégie de management à l'égard des Cadres Infirmiers de proximité

La stratégie de management utilisée par les 2 Cadres Supérieurs Infirmiers, c'est le management participatif se concrétisant par :

- ⇒ Des réunions de l'équipe d'encadrement pour la mise en œuvre de projets
- ⇒ De réunions mensuelles de l'équipe d'encadrement, chacun présentant son bilan d'activité
- ⇒ Une liberté de parole
- ⇒ Une disponibilité d'écoute des Cadres Supérieurs car *«les Cadres Infirmiers sont isolés dans leur service».*

Les difficultés rencontrées par les Cadres Infirmiers de proximité

Les Cadres Supérieurs Infirmiers estiment que certains Cadres Infirmiers ont des difficultés à se situer vis-à-vis de leur équipe surtout les Cadres Infirmiers «non cadrés».

«Ils sont surchargés de travail et toujours dans l'urgence». «Ils n'ont pas le temps de se poser».

Ils doivent gérer les problèmes d'effectifs.

III.3.4 – Synthèse des entretiens avec le Directeur du Service de Soins Infirmiers et l'Infirmier Général

L'Evolution de la fonction Cadre Infirmier de proximité

Pour le Directeur du Service de Soins Infirmiers et pour l'Infirmier Général, l'évolution de la fonction Cadre Infirmier de proximité est une évidence et *«implique de solides connaissances techniques, l'appréhension du rôle des différents acteurs de l'hôpital, la connaissance de la problématique hospitalière et de l'Etablissement».*

Dans le domaine du management, ils estiment qu'auparavant on demandait aux Cadres Infirmiers de gérer un emploi du temps, à présent on leur demande d'être manager.

Pour eux, c'est d'autant plus vrai en psychiatrie car la pénurie médicale oblige le cadre à être *«garant de la pertinence et de la continuité des prises en charge».*

Ils estiment qu'auparavant la régulation du soin en psychiatrie était dévolue au médecin.

A présent, elle peut être dévolue au Cadre qui doit penser à la prise en charge globale du patient surtout avec le nouveau Diplôme d'Etat Infirmier. *«Il ne s'agit plus de gérer et d'organiser, il faut organiser la prise en charge globale des soins».*

Le Cadre Infirmier de proximité acteur clef de changement

Pour le Directeur du Service de Soins Infirmiers et l'Infirmier Général, c'est également une évidence. Pour cela, le Cadre Infirmier doit comprendre les motifs, les raisons et les enjeux du changement.

Il doit parfois élaborer, parfois mettre en œuvre des projets. Au sein de son Unité Fonctionnelle, il est le porteur des projets. *«En fait, l'unité de soins est le lieu d'expérience des processus de changement».*

Ils estiment toutefois que le Cadre Infirmier peut rencontrer des obstacles liés :

- ⇒ A l'importance de la triangulation : Administration, Service de Soins Infirmiers, corps médical.
- ⇒ «A la banalisation des équipes pluridisciplinaires où règne un certain corporatisme (par exemple vis-à-vis des psychologues)»
- ⇒ A la personnalité du Cadre Infirmier qui peut par exemple avoir un véritable désir d'être Cadre mais qui éprouve des difficultés à exercer ses fonctions. *«Dans ce cas, le rôle de l'Infirmier Général est primordial, il faut mettre la bonne personne au bon endroit et se référer à son cursus de formation».*

L'autonomie du Cadre Infirmier de proximité

Dans l'Etablissement, la Direction du Service de Soins Infirmiers ainsi que l'Infirmier Général affirment que le Cadre Infirmier dispose d'une autonomie, parce que c'est *«la volonté de la Direction du Service de Soins Infirmiers».*

Cependant, ils estiment qu'il leur faut rester vigilants notamment vis-à-vis des Cadres Supérieurs Infirmiers.

Il faut aussi que leur autonomie s'articule avec la responsabilité médicale.

La stratégie de management à l'égard des Cadres Infirmiers de proximité

La stratégie de management de la Direction du Service de Soins Infirmiers correspond au management participatif, notamment en les responsabilisant. *«Il faut responsabiliser les gens sur des bases claires et définir qui fait quoi».*

Le Directeur du Service de Soins Infirmiers revient à l'autonomie du Cadre au sein du Service Infirmier par rapport au management participatif. Pour lui, l'autonomie du

Cadre ne porte pas sur les décisions mais sur l'aide à la décision «*c'est la Direction qui décide*».

Pour cette raison, il estime que l'Infirmier Général ne travaille jamais seul car cela donnerait l'impression d'un management individuel. «*Infirmier Général doit emmener plusieurs personnes dont le Cadre Infirmier*».

Les difficultés rencontrées par les Cadres Infirmiers de proximité

Pour le Directeur du Service de Soins Infirmiers et l'Infirmier Général, les difficultés rencontrées par les Cadres Infirmiers expliquent leur malaise.

Ainsi les difficultés des Cadres Infirmiers émanent pour eux :

- De l'insuffisance de reconnaissance de leur profession notamment d'un point de vue financier.

- D'un manque de définition précise aboutissant à «*une difficulté de passer d'une responsabilité de sa propre pratique à celle d'une équipe*».

- De la notion floue de la position d'autorité du Cadre Infirmier en psychiatrie.

- De la concentration sur les Cadres Infirmiers de toutes les évolutions. «*Ils sont l'articulation entre les pratiques de terrain et l'organisation hospitalière*».

- «*de la concentration sur eux de nos perspectives de changement*». «*Ils ne peuvent pas dire stop*».

III.3.5 – Synthèse de l'entretien avec le Médecin Chef de Service

L'évolution de la fonction Cadre Infirmier de proximité

Le Médecin Chef de Service estime que la fonction Cadre Infirmier s'est modifiée.

Il ne pense pas qu'il s'agisse d'une évolution mais plutôt d'une transformation de la fonction dans la mesure où son rôle s'oriente davantage vers un rôle administratif au détriment de son rôle de soignant.

Il apporte toutefois une nuance en précisant qu'il est le garant de la prise en charge des patients au niveau de l'équipe infirmière ainsi que le garant du respect de l'application des prescriptions médicales.

Le Cadre Infirmier de proximité : acteur clef de changement

Pour le Médecin Chef de Service, il est acteur de changement que si il est reconnu dans son statut de Cadre Infirmier par l'équipe pluridisciplinaire.

Dans ce cas, il est acteur de changement que ce soit pour des projets institutionnels comme l'accréditation ou que ce soit pour les projets du service.

L'autonomie du Cadre Infirmier de proximité

Le Chef de Service pense que le Cadre Infirmier dispose d'une certaine autonomie dans la gestion du service et de l'équipe infirmière.

Cependant, il insiste sur la nuance qui existe entre autonomie et indépendance. Ainsi le Cadre Infirmier est soumis à des obligations médicales (accompagnement du projet de service et respect des prescriptions médicales) et à une hiérarchie à la fois infirmière vis-à-vis de la Direction du Service de Soins Infirmiers et à la fois administrative vis-à-vis de la Direction de l'Etablissement.

Les difficultés rencontrées par les Cadres Infirmiers de proximité

Pour le Chef de Service «*certaines Cadres sont dépassés*». Ils ne savent plus ce que l'on attend d'eux.

Pour lui, c'est surtout le cas des Cadres ayant de l'ancienneté.

Il note également une surcharge de travail due, selon lui, à une augmentation des responsabilités administratives.

III.3.6 – Synthèse de l’entretien avec le Directeur des Ressources Humaines

L’évolution de la fonction Cadre Infirmier de proximité

Pour le Directeur des Ressources Humaines, le Cadre Infirmier de proximité c’est le Cadre de terrain.

Il voit une évolution de la fonction, dans la mesure où certains Cadres Infirmiers s’impliquent dans la vie de l’Etablissement, par exemple dans les groupes de travail qui viennent de se constituer dans le cadre de l’accréditation et dans la réduction du temps de travail.

Il relève toutefois que se sont toujours les mêmes Cadres Infirmiers qui s’impliquent dans la vie institutionnelle.

Pour lui, pour les années à venir, l’évolution du Cadre Infirmier est essentielle.

Le Cadre Infirmier de proximité : acteur clef de changement

Pour le Directeur des Ressources Humaines, c’est une nécessité car *«il peut être la courroie de transmission entre la Direction et les équipes»*. *«Il est le fédérateur de l’équipe et le garant d’une certaine dynamique»*. *«Tout ne doit pas venir d’en haut»*.

Pour lui, il est indispensable dans un processus de changement, car il est à l’écoute des inquiétudes des infirmiers et peut ainsi les faire remonter à la Direction.

L’autonomie du Cadre Infirmier de proximité

Pour le Directeur des Ressources Humaines, l’autonomie du Cadre Infirmier dépend essentiellement de la personnalité du Cadre Supérieur Infirmier car certains Cadres Supérieurs délèguent et d’autres pas *«certains sont anxieux et veulent tout contrôler»*.

Les difficultés rencontrées par les Cadres Infirmiers de proximité

De son point de vue, les difficultés émanent :

- peut-être d'une surcharge de travail
- peut-être d'un problème de reconnaissance
- de la non reconnaissance financière
- de la relation entre personnel infirmier et corps médical.

III.4 - ANALYSE DE L'ENQUETE

La synthèse globale des entretiens menés auprès des acteurs représentant les logiques administratives, médicales, et du Service de Soins Infirmiers **met en exergue la disparité de conception du rôle, de la place et des fonctions du Cadre Infirmier de proximité en psychiatrie.**

Pour le Directeur des Ressources Humaines, les Cadres Infirmiers de proximité sont des cadres de terrain, certains commençant à participer à l'organisation et au fonctionnement de l'Etablissement.

Pour le Médecin Chef de Service, le Cadre Infirmier est devenu un administratif disposant d'une autonomie limitée encadrée par le projet de service et par sa hiérarchie.

Pour les Cadres Supérieurs Infirmiers, les Cadres Infirmiers ne sont plus à proximité de personne et n'encadrent plus réellement leur équipe.

Ils utilisent le management participatif vis-à-vis des Cadres Infirmiers tout en leur accordant une confiance limitée notamment à l'égard des Cadres Infirmiers «non cadrés».

Nous pouvons par ailleurs noter une connotation négative vis-à-vis des Cadres Infirmiers «non cadrés» de la part des Cadres Supérieurs Infirmiers et des Cadres Infirmiers «cadrés» rencontrés.

Les Cadres Infirmiers «non cadrés» ressentent cette situation.

Le Directeur du Service de Soins Infirmiers et l'Infirmier Général accordent aux Cadres Infirmiers de proximité une place prépondérante au sein de l'Etablissement.

Pour eux, la fonction Cadre Infirmier en psychiatrie connaît une évolution importante mettant l'accent sur l'importance de la dimension managériale du Cadre Infirmier qui dépasse nettement la dimension gestionnaire ce qui nécessite une solide formation.

Leur stratégie de management étant le management participatif, cela implique pour eux, la nécessité de responsabiliser les Cadres Infirmiers, de leur laisser de l'autonomie et de «mettre la bonne personne au bon endroit ».

Le Directeur du Service de Soins Infirmiers et l'Infirmier Général considèrent qu'il est évident que le Cadre Infirmier de proximité, membre du Service de Soins Infirmiers est un acteur clef de changement.

Ils prennent toutefois en considération les difficultés que les Cadres Infirmiers peuvent rencontrer dans leurs fonctions évoquant la définition imprécise de leur rôle, la notion floue de leur position d'autorité en psychiatrie dans une organisation hospitalière triangulaire ainsi que la concentration sur eux de toutes les évolutions d'un Etablissement Public de Santé Mentale.

En ce qui concerne les Cadres Infirmiers de proximité, leur conception de leur rôle, de leur place et de leur fonction est différente et parfois imprécise.

En effet, les Cadres Infirmiers rencontrés ont des difficultés à définir leur fonction surtout en ce qui concerne les Cadres Infirmiers «non cadrés».

La description qu'ils font de leur travail est stéréotypée (gestion du soin, du personnel, collaborateur du médecin, information, relation, communication).

Ils ne mettent pas en évidence leur rôle de manager responsable (sur 15 Cadres Infirmiers, 4 seulement s'estiment garants du respect des droits des patients et 6 s'estiment garants de la qualité des soins).

En fait, ils évoquent la dimension managériale de leur fonction essentiellement au regard de leurs contraintes (parmi lesquelles figure l'accréditation) et de leurs difficultés (gérer les conflits, dynamiser leur équipe, encadrer les jeunes infirmiers diplômés...)

Considérant pour une grande majorité d'entre eux (10 sur 15) qu'il est important de rester dans le soin direct et de s'intégrer à l'équipe infirmière, ils se positionnent davantage comme «des infirmiers plus» que comme manager.

De ce fait, ils conçoivent l'évolution de leur fonction sous un aspect majoritairement négatif (principalement les Cadres Infirmiers « non cadrés ») qui les isole de l'équipe et les éloigne du soin direct.

Dans le cadre du changement, s'ils se déclarent dans un premier temps acteurs clef de changement, leur propos démontrent dans un second temps, qu'ils ne s'inscrivent pas réellement comme acteurs clef de changement.

Soit ils accompagnent le changement, estimant ne pas avoir de pouvoir de décision, soit ils le subissent avec difficulté.

Lorsque nous évoquons le malaise des cadres, les propos exprimés par les Cadres Infirmiers «non cadrés» démontrent leurs difficultés à :

- Déterminer leur rôle et leur place dans l'organisation hospitalière *«entre la direction et les médecins on ne s'y retrouve pas»*

- Définir précisément leur fonction : *« à quoi on sert »*

Nous pouvons également noter dans les données formelles concernant les Cadres Infirmiers que 7 sur les 15 interviewés sont nommés depuis 1 à 4 ans.

Ainsi les résultats de l'enquête nous permettent de vérifier notre hypothèse de départ. Les Cadres Infirmiers de proximité en psychiatrie principalement nommés sans Certificat de Cadre Infirmier ou de Diplôme de Cadre de Santé, ne sont pas suffisamment préparés à la fonction d'encadrement et à l'évolution de leurs fonctions.

Ils éprouvent des difficultés à se situer dans un rôle en pleine mutation qui n'est pas clairement défini.

Ces résultats nous servent de base pour proposer des solutions que nous pourrions mettre en application dans l'Etablissement dans lequel nous allons prendre nos fonctions.

Ces propositions de solutions sont l'objet de la quatrième partie.

IV - PROPOSITION DE SOLUTIONS

Les résultats de l'enquête nous ont permis de vérifier notre hypothèse de départ.

Pour être acteur au sein d'un Etablissement Public de Santé Mentale, le Cadre Infirmier de proximité doit pouvoir connaître son rôle, sa place et ses missions.

Il a besoin de repères ; aussi est-il indispensable pour l'Infirmier Général de s'assurer :

- Si les Cadres Infirmiers savent ce que l'on attend d'eux.
- Si ils peuvent le faire (formation ; la bonne personne au bon endroit).
- Si ils veulent réellement le faire. (repérage des motivations et des potentialités).

Nous devons envisager des solutions permettant aux Cadres Infirmiers de proximité en psychiatrie de bénéficier d'une formation adaptée à l'évolution de leurs fonctions et d'avoir des références plus précises leur permettant de définir leur rôle et leur place dans l'Etablissement et de se situer comme acteur du Service de Soins Infirmiers.

Pour cela, nous présentons quatre axes de propositions :

- ☞ **Définir précisément le rôle et les fonctions du Cadre Infirmier de proximité en psychiatrie en utilisant le profil de poste et le référentiel de compétence.**
- ☞ **Développer le potentiel des Cadres Infirmiers en fonction.**
- ☞ **Impliquer les Cadres Infirmiers dans la dynamique de l'Etablissement.**
- ☞ **Organiser une gestion prévisionnelle visant à assurer le renouvellement des Cadres Infirmiers.**

L'Infirmier Général, Directeur du Service de Soins Infirmiers a un rôle stratégique et une place prépondérante au regard de ces propositions.

Cependant, la mise en œuvre de ces propositions nécessite l'implication des acteurs des trois logiques présentes dans l'organisation et le fonctionnement de l'Etablissement.

IV.1 – DEFINIR LE RÔLE ET LES FONCTIONS DU CADRE INFIRMIER DE PROXIMITÉ EN PSYCHIATRIE

«Aucun groupe humain ne peut échapper à la passivité ou à une vaine polarisation sur lui même génératrices d'attitudes inopérantes, aussi longtemps qu'il n'entreprend pas de se donner un langage commun, des objectifs communs, des références communes». (12)

Les résultats de l'enquête mettent en évidence les difficultés des Cadres Infirmiers à définir leurs fonctions et à se situer par rapport à l'équipe médicale, à l'équipe infirmière et à l'organisation hospitalière.

Ils ne peuvent pas se référer à une définition législative ou réglementaire, leurs fonctions n'étant définies que dans la Circulaire du 20 Février 1990.

Dans ce contexte, il nous paraît indispensable de définir le plus précisément possible le rôle et les fonctions du Cadre Infirmier de proximité en psychiatrie tant au niveau de son service qu'au niveau de l'Etablissement.

Pour cela, il nous semble indispensable de construire **des profils de postes** dans le cadre élargi de l'Etablissement.

En effet, établir des profils de postes uniquement pour les Cadres Infirmiers pourrait focaliser les difficultés de fonctionnement de l'Etablissement essentiellement sur eux.

De ce fait, l'élaboration de profils de postes s'inscrit dans la gestion des Ressources Humaines de l'Etablissement nécessitant un travail de collaboration entre le Directeur des Ressources Humaines et le Directeur du Service de Soins Infirmiers et nécessite également la participation de toutes les catégories d'acteurs de l'Etablissement.

En ce qui concerne le Service de Soins Infirmiers, il nous paraît nécessaire pour établir les profils de poste des Cadres Infirmiers de proximité de :

(12) JEANSON Francis – La psychiatrie au tournant – Editions Seuil 1987 – page 53

→ Définir le rôle et la fonction de chaque acteur dans la hiérarchie du Service de Soins Infirmiers. (Directeur du Service de Soins Infirmiers, Infirmier Général, Cadre Supérieur Infirmier, Cadre Infirmier de proximité).

→ De considérer la place du Cadre Infirmier de proximité au regard des logiques administratives, médicales et du Service de Soins Infirmiers, tant au niveau du service (le centre opérationnel) qu'au niveau de l'Etablissement.

→ De réfléchir sur les compétences nécessaires à la fonction.

→ D'envisager en adéquation un dispositif de formation.

Le profil de poste type pour le Cadre Infirmier en psychiatrie doit permettre de le situer dans son statut dans le cadre réglementaire ainsi que dans l'organigramme de la hiérarchie du Service de Soins Infirmiers et dans l'organisation de l'Etablissement.

Il peut comprendre également un descriptif des activités générales du Cadre Infirmier qui peuvent être classées par rubriques pouvant correspondre :

- Au management
- A la gestion (gestion des soins, gestion logistique, gestion des risques)
- A la qualité
- A la conduite de projets
- A la recherche
- A la relation – coordination – animation
- A la communication
- A la formation – éducation.

A coté de ce profil de poste de base, il nous paraît nécessaire de prévoir une adaptation des activités et des missions spécifiques en fonction du lieu d'exercice (psychiatrie générale, psychiatrie infanto juvénile, unités d'hospitalisation, centre Médico psychologique, hôpital de jour...)

Le profil de poste permet ainsi aux Cadres Infirmiers de disposer d'une référence précise relative à leurs activités et à leurs missions.

Le Cadre sait ainsi ce qu'il doit faire et ce que l'on attend de lui.

Le second volet de référence doit permettre de vérifier et de s'assurer si le Cadre Infirmier a la capacité à exercer ses activités et ses missions, **si il en a la compétence**.

Ainsi l'élaboration d'un **référentiel de compétences** peut compléter le profil de poste, la compétence pouvant être définie comme étant «*un ensemble de connaissances de capacité d'action, de comportements structurés en fonction d'un but à atteindre dans un type de situation donnée*». (13)

Le référentiel de compétences peut se présenter sous forme de niveaux permettant d'identifier pour le Cadre Infirmier, le niveau de compétence requis pour exercer une activité. Les niveaux peuvent correspondre par exemple à la connaissance, la compréhension, l'application, l'analyse, la synthèse, l'évaluation.

Cet outil peut ainsi être utilisé comme une base d'évaluation de compétences permettant de repérer les écarts entre activité, missions et compétence et de pouvoir ainsi établir des programmes de formation individualisés.

Notre proposition concerne l'ensemble des acteurs du Service de Soins Infirmiers (Cadres Supérieurs Infirmiers, Cadres Infirmiers, Infirmiers, Aides Soignants, Agents des Services Hospitaliers) et de ce fait l'Infirmier Général, Directeur du Service de Soins Infirmiers est à l'initiative de la démarche.

Toutefois, cette démarche entre dans le cadre de la Gestion Prévisionnelle des emplois et des compétences de l'Etablissement et concerne le Directeur des Ressources Humaines.

L'élaboration de ces outils est par conséquent, un travail de collaboration entre le Directeur des Ressources Humaines et le Directeur du Service de Soins Infirmiers qui peuvent piloter ce projet qui sera présenté en équipe de direction.

(13) La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences – Cours de BARTHES Richard, Directeur des Ressources Humaines au Centre Hospitalier Bassin de Thau, à l'Ecole Nationale de la Santé Publique – Avril 2001.

Au niveau des services de soins, il nous paraît nécessaire d'impliquer tous les acteurs, aussi nous proposons la constitution de groupes de travail pilotés par le Directeur des Ressources Humaines et le Directeur du Service de Soins Infirmiers comprenant des représentants de toutes les catégories d'acteurs des services de soins (médecins, encadrement supérieur, encadrement infirmier, soignants).

Le rôle des groupes de travail est d'élaborer des profils de poste et des référentiels de compétences qui seront présentés au Comité de Pilotage (Directeur des Ressources Humaines et Directeur du Service de Soins Infirmiers) pour être validés.

Les profils de poste et les référentiels de compétences doivent ensuite être présentés aux instances de l'Etablissement.

IV.2 - DEVELOPPER LE POTENTIEL DES CADRES INFIRMIERS DE PROXIMITE EN FONCTION

L'Infirmier Général a un rôle stratégique dans le développement du potentiel des Cadres Infirmiers de proximité en fonction.

«Le management des Cadres de proximité par les Infirmiers Généraux et Cadres Supérieurs est aujourd'hui un enjeu considérable dont nous devons être conscients».(14)

«Il est incontestable que l'encadrement en particulier l'encadrement infirmier est le fer de lance du changement. Ces Cadres ont... reçu une formation qui les a amenés à prendre conscience d'un rôle nouveau. Ce qui ne va pas sans difficulté car... il faut cesser d'être infirmier pour être pleinement cadre».(15)

Comme nous l'avons constaté au cours de l'enquête, une majorité de Cadres Infirmiers sont davantage des «infirmiers plus» que des managers.

(14) FAUGIER-SEURET Chantal – Management en arrière plan – Objectifs Soins n° 60 – Février 1997 page VII-XI

(15) La gestion des Ressources Humaines dans les hôpitaux publics. Rapport d'étude TAVERNIER Nicole – MAHE Marie Claude – BARATAY Pascale – GUERIN Thierry
Entreprise et personnel – Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville. Direction des Hôpitaux – Sous Direction de la Fonction Publique Hospitalière – Janvier 1994 – Page 14.

L’Infirmier Général doit par conséquent inciter les Cadres Infirmiers de proximité notamment les «non cadrés» à acquérir de nouvelles compétences au regard de l’évolution de leurs fonctions.

Le rôle de l’Infirmier Général est alors d’inciter les Cadres Infirmiers de proximité à savoir faire faire, par conséquent à déléguer et à manager.

Cela implique pour l’Infirmier Général, d’impulser une dynamique d’évaluation des Cadres Infirmiers distincte du système de la notation annuelle des agents.

Il nous paraît indispensable de *«faire une distinction entre notation et évaluation car le système de notation est sans lien avec l’activité»*. *«La tendance générale est de donner à tout le monde la même note»*.(16)

Nous avons pu constater au cours de l’enquête qu’une grande majorité des Cadres Infirmiers étaient notés, appréciés, mais non évalués.

Nous proposons donc de mettre en place **un dispositif d’évaluation des Cadres Infirmiers** avec les Cadres Supérieurs Infirmiers qui sont les évaluateurs des Cadres Infirmiers de proximité.

Ce dispositif d’évaluation peut permettre :

- ☞ D’évaluer les compétences de chaque Cadre Infirmier en fonction du référentiel de compétences.
- ☞ de déterminer sur une base contractuelle, des objectifs à atteindre
- ☞ de pouvoir réajuster en cas de difficulté pour atteindre les objectifs
- ☞ d’accompagner un projet professionnel individualisé
- ☞ de prévoir un programme de formation.

Au regard de ces évaluations et afin de permettre aux Cadres Infirmiers d’acquérir des compétences nouvelles et de les accompagner dans la mutation de leur rôle et de leurs fonctions, l’Infirmier Général peut ainsi prévoir un programme de formation destiné plus particulièrement aux Cadres Infirmiers « non cadrés » dans des domaines tels que :

(16) IBID – page 17

- ⇒ La conduite de réunions
- ⇒ La gestion des conflits
- ⇒ Les techniques de management
- ⇒ L'entretien d'évaluation
- ⇒ La démarche qualité et l'accréditation.

Pour favoriser le développement du potentiel des Cadres Infirmiers, il nous paraît également nécessaire pour l'Infirmier Général de rencontrer régulièrement l'encadrement infirmier de proximité, par exemple en organisant des réunions avec les Cadres Infirmiers de chaque secteur.

IV.3 – IMPLIQUER LES CADRES INFIRMIERS DE PROXIMITE DANS LA DYNAMIQUE DE L'ETABLISSEMENT

Nous avons pu constater au cours de l'enquête que les Cadres Infirmiers de proximité considèrent la procédure d'accréditation comme une contrainte.

Cependant, l'ordonnance du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée stipule que «tous les Etablissements de Santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation».

Ainsi l'accréditation s'impose à tous les Etablissements de Santé et par conséquent nécessite l'implication active de tous les acteurs de l'Etablissement.

Le rôle perçu par les Cadres Infirmiers dans le cadre de l'accréditation, nous permet de penser qu'ils se situent plus comme des exécutants que comme des acteurs et qu'ils ne s'inscrivent pas dans un rôle dynamique dans la vie institutionnelle de l'Etablissement.

Dans ce contexte, en se positionnant comme Infirmier Général, nous proposons de mettre en place une stratégie permettant d'impliquer les Cadres Infirmiers de proximité dans la dynamique institutionnelle de l'Etablissement.

Nous nous proposons ainsi de sensibiliser les Cadres Infirmiers à la vie de l'Etablissement, dans un premier temps dans le cadre du service de soins dont ils sont responsables et dans le cadre du Service de Soins Infirmiers.

Deux supports peuvent être utilisés :

- La participation à l'élaboration du rapport d'activité des soins infirmiers du secteur.
- L'auto évaluation de la qualité de la prise en charge des patients au niveau du service dont ils ont la responsabilité.

En ce qui concerne le rapport d'activité des soins infirmiers, l'Infirmier Général peut élaborer un rapport d'activité du Service de Soins Infirmiers type, sa construction pouvant être réalisée par un groupe de travail constitué autour de l'Infirmier Général par des représentants des Cadres Supérieurs Infirmiers et des Cadres Infirmiers.

Cette méthodologie vise à atteindre trois objectifs :

- 1) La création d'indicateurs d'activité de soins infirmiers en psychiatrie
- 2) La restitution objective de l'activité de l'équipe infirmière sous la responsabilité du Cadre Infirmier
- 3) La sensibilisation à la fixation d'objectifs.

En ce qui concerne l'auto évaluation de la qualité de la prise en charge des patients, cela peut permettre à l'Infirmier Général d'impliquer des Cadres Infirmiers dans un groupe de travail afin d'élaborer par exemple, un référentiel en soins infirmiers spécifique à la psychiatrie dans le but de sensibiliser les Cadres Infirmiers à la démarche qualité puis à la procédure d'accréditation et à participer à l'élaboration de critères de qualité.

Ce dispositif qui ne se veut pas exhaustif peut permettre aux Cadres Infirmiers de dépasser le cadre de leur service et de s'inscrire dans un second temps, dans la dynamique de l'Etablissement en collaboration avec les autres acteurs de l'institution dans la procédure d'accréditation ou la préparation du contrat d'objectifs et de moyens en s'inscrivant dans des groupes de travail pluridisciplinaires.

IV.4 – ORGANISER UNE GESTION PREVISIONNELLE

Le renouvellement important de l'encadrement infirmier dans les prochaines années nécessite la mise en place d'une stratégie à moyen terme afin de repérer et de favoriser des volontés et des potentialités parmi les infirmiers qui envisagent de devenir Cadre Infirmier.

Cette stratégie menée par l'Infirmier Général, Directeur du Service de Soins Infirmiers, se prépare et s'organise avec l'ensemble des acteurs de l'Etablissement et se réalise par la Direction du Service de Soins Infirmiers avec les Cadres Supérieurs Infirmiers.

Cette stratégie doit s'inscrire dans le respect du statut concernant les possibilités de nomination des Cadres Infirmiers :

- La formation de Cadre de Santé
- L'examen professionnel pour les infirmiers de classe normale
- L'accès direct pour les infirmiers de classe supérieure

Il nous paraît nécessaire de continuer à considérer ces trois possibilités compte tenu du contexte.

En effet, nous constatons dans l'Etablissement dans lequel l'enquête s'est déroulée que 57,5 % des Cadres Infirmiers ont 48 ans et plus et 42 % ont 50 ans et plus.

Cette proportion est proche de celle de l'Etablissement dans lequel nous prendrons nos fonctions ainsi que dans la région dans laquelle il se situe.

Par conséquent, il nous paraît difficile pour un Etablissement Public de Santé d'assurer la prise en charge financière de la formation « Cadre de Santé » à un nombre important d'infirmiers.

Pour cette raison et dans l'état actuel de la réglementation concernant la nomination des Cadres Infirmiers, il nous paraît indispensable que l'Infirmier Général envisage de s'adapter à ce contexte et élabore une stratégie promotionnelle à moyen terme permettant d'accompagner les infirmiers désirant devenir Cadre Infirmier dans un projet individualisé avec un dispositif de formation adapté.

Cette stratégie doit :

➔ S'inscrire dans une logique de progression nécessitant la constitution d'une fiche d'évaluation avec des critères précis.

L'élaboration de la fiche peut être réalisée par un groupe de pilotage constitué du Directeur des Ressources Humaines, responsable de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, d'un représentant du corps médical, de la Direction du Service de Soins Infirmiers et de Cadres Supérieurs Infirmiers.

➤ Permettre de développer une base contractuelle entre l'Infirmier désirant devenir Cadre Infirmier, le Directeur du Service de Soins Infirmiers et le Cadre Supérieur Infirmier du service où il exerce, afin de pouvoir élaborer et accompagner des projets individualisés définis avec la fixation d'objectifs et d'échéance.

➤ S'appuyer sur une évaluation continue de chaque projet par le Directeur du Service de Soins Infirmiers et le Cadre Supérieur Infirmier concerné pouvant ainsi servir d'outil d'aide à la décision au Directeur de l'Etablissement Public de Santé pour l'élaboration du tableau d'avancement.

Ce dispositif permet ainsi aux infirmiers désirant devenir Cadre Infirmier, de s'inscrire dans un projet promotionnel individualisé.

Cette approche individuelle nécessite que ce dispositif ne soit ni statique, ni clos.

Il doit pouvoir se moduler en fonction :

- ⇒ Du désir de l'agent
- ⇒ De l'évaluation continue du projet par l'encadrement supérieur
- ⇒ Des formations suivies
- ⇒ Du positionnement de l'agent dans la vie institutionnelle du service en particulier et du Centre Hospitalier Spécialisé en général.
- ⇒ De la singularité de chaque projet individuel

L'inscription d'un infirmier dans cette gestion prévisionnelle doit permettre au Directeur du Service de Soins Infirmiers de :

- ➔ Planifier des formations tant en interne que dans le cadre du plan de formation
- ➔ De solliciter l'infirmier concerné pour des missions transversales soit au niveau de son service, soit au niveau de l'Etablissement.

Cette stratégie permet ainsi au Directeur du Service de Soins Infirmiers de mettre en place un dispositif d'accompagnement et de formation diversifié et individualisé des futurs Cadres Infirmiers dans un souci d'optimisation des prestations offertes par l'Etablissement.

CONCLUSION

Le Cadre Infirmier de proximité en psychiatrie se situe actuellement dans une période d'importantes transformations de l'organisation de la psychiatrie publique.

Son rôle de Cadre de terrain, dans ce contexte de profondes mutations, est déterminant et renforce son rôle d'acteur.

Comme nous l'avons constaté au cours de l'enquête, permettre aux Cadres Infirmiers de proximité en psychiatrie d'être acteurs au sein d'un Etablissement Public de Santé Mentale, nécessite une formation adaptée, un accompagnement, une aide, une reconnaissance.

Cela nécessite pour l'Infirmier Général d'établir un dispositif de préparation, d'accompagnement à l'encadrement Infirmier auquel s'ajoute un dispositif d'évaluation et d'actualisation dans la perspective d'une accentuation importante de l'évolution de la place, du rôle et des fonctions du Cadre Infirmier de proximité en psychiatrie.

Ainsi nos propositions de solutions dans ce travail sont à évaluer après leur mise en œuvre.

Elles sont consécutives à l'enquête menée dans l'Etablissement Public de Santé mentale dans un contexte précis.

Cependant, l'Ordonnance du 24 Avril 1996 va modifier considérablement l'organisation de la psychiatrie publique dans les années à venir et inciter les Etablissements Publics de Santé mentale à transformer leur organisation, notamment dans le cadre de la contractualisation interne et externe.

Cette profonde mutation peut remettre en cause le principe de sectorisation psychiatrique et de ce fait, élargir la place du Cadre Infirmier en psychiatrie et remettre en cause la notion de Cadre Infirmier de proximité ayant comme conséquence pour l'Infirmier Général d'adopter de nouvelles stratégies.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- **ARY Brousillon** : «*Surveillantes à cœur ouvert à cris perdus : un franc parler pour un autre regard sur une profession*» – Paris-Editions Seli Arslan – 1996.

- **BEAUVUE-FOUGEYROLLAS Claudie** : «*Les infirmiers en psychiatrie et la folie*» Editions Lamarre – 1991.

- **CREMADEZ M., GRATEAU F.** : «*Le Management stratégique hospitalier*» – Inter Editions 1997.

- **CROZIER Michel – SERIEYX Hervé** : «*Du management panique à l'entreprise du XXIème siècle*» – Editions Maxime – 1994.

- **DERENNE Odile – LAMY Yves** : «*Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier*» – 4^{ème} Edition – Mise à jour au 1^{er} Juillet 1997. Editions Ecole Nationale de la Santé Publique.

- **DERENNE Odile – LAMY Yves – LUCAS André** : «*La carrière des personnels de la Fonction Publique Hospitalière*» – Mise à jour au 31 Septembre 1997 – Editions Ecole Nationale de la Santé Publique.

- **DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES** – Bilan de la sectorisation psychiatrique n° 2 – Collection Statistiques – Document de travail Ministère de l'emploi et de la solidarité – Juin 2000.

- **HART Josette – MUCCHIELLI Alex** : «*Soigner l'hôpital – Diagnostic de crise et traitement de choc*» – Editions Lamarre – 1994.

- **JEAGER Marcel** : «*La psychiatrie en France*» – Editions Syros Alternatives – 1989.

- **JEAGER Marcel** : «*Garder, Surveiller, Soigner. Essai d'histoire de la profession d'infirmier psychiatrique*» – Cahiers Vie Sociale et Traitement n° 3 – CEMEA – Janvier 1990.

- **JEANSON Francis** : «*La Psychiatrie au tournant*» – Editions Seuil – 1987.

- **MONTESINOS André** : «*Surveillante, une fonction à reconsidérer*» – Encyclopédie des Soins Infirmiers – Editions Arnette – 1992.

- **TAVERNIER Nicole – MAHE Marie-Claude – BARATAY Pascale – GUERIN Thierry** : «*La gestion des Ressources Humaines dans les hôpitaux publics*» – Rapport d'étude. Entreprise et personnel – Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la ville – Direction des Hôpitaux. Sous Direction de la Fonction Publique Hospitalière – Janvier 1994.

ARTICLES DE REVUES

- **CAHIER DE GESTIONS HOSPITALIERES n° 159** : «*Les Cadres et le changement dans la fonction publique. A partir de l'exemple de cadres intermédiaires*» – Gestions Hospitalières – Février 2000 – pages 120-127.

- **CAHIER DE GESTIONS HOSPITALIERES n° 159** : «*Responsabilisation des Cadres et évaluation des performances. Commencer par des profils de postes*» – Gestions Hospitalières – Février 2000 – pages 128-131.

- **CHARLES Eric** : «*Les cadres infirmiers : de véritables managers*» – Revue de l'Infirmière – supplément au n° 55 – Décembre 1999 – pages 6-13.

- **CHARLES Eric** : «*Cadres infirmiers : quel avenir à l'hôpital ?*» Revue de l'Infirmière – supplément au n° 68 – Février 2001 – pages 5-13.

- **DA SILVA Amélia – FRIARD Dominique** : «*Infirmier, surveillant ou cadre de santé*» – Soins Psychiatrie n° 212 – Janvier Février 2001 – pages 13-29.

- **DUBOYS-FRESNEY Catherine** : «*Réflexion sur la fonction de Directeur du Service de Soins Infirmiers*» – Techniques Hospitalières n° 627 – Juin 1998.

- **FAUGIER-SEURET Chantal** : «*Encadrer les cadres soignants*» – Objectif Soins n° 47 – Décembre 1994 – pages 47-49.

- **FAUGIER-SEURET Chantal** : «*Le management en arrière plan*» – Objectif Soins n° 60 – Février 1997 – pages VII-XI.

- **GRATIEN Christian** : «*La fonction de cadre infirmier en psychiatrie*» – Soins Formation Pédagogie Encadrement n° 25 – 1^{er} Trimestre 1998 – pages 51-54.

- **MARTIN-KLEINERMANN Incarnation** : «*Enquête sur le cadre infirmier : son rôle, ses missions, la formation*» – Soins Pédagogie Encadrement n° 13 – 1^{er} Trimestre 1995 – pages 61-70.

- **MONTESINOS André** : «*Le malaise des cadres infirmiers, comment en sortir ?*»– Objectif soins n°59 – Décembre 1997 – pages XI-XIV.

- **PHILIPPE Jean** : «*Le malaise des cadres soignants...ou le défi de la complexité*» – Gestions Hospitalières – Novembre 1999 – pages 680-682.

- **VILCHIEN Danielle** : «*Les cadres de santé et le changement à l'hôpital*» – Les Cahiers Hospitaliers n° 119 – Décembre 1996 – pages 11-12.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Textes législatifs et réglementaires relatifs à l'organisation hospitalière

- Loi n°70-1318 du 31 Décembre 1970 portant réforme hospitalière
- Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Textes législatifs et réglementaires relatifs à la psychiatrie

- Loi du 30 Juin 1838 relative au régime des aliénés et à l'internement.
- Loi n° 90-527 du 27 Juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
- Loi n° 85-772 du 25 Juillet 1985 portant Diverses Mesures d'Ordre Social (article 8).
- Loi n° 85-1468 du 31 Décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.
- Loi n° 68-690 du 31 Juillet 1968 portant Diverses Mesures d'Ordre Economique et Financier.
- Circulaire n° 340 du 15 Mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement en matière de lutte contre les maladies mentales.
- Décret n° 86-602 du 14 Mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.
- Arrêté du 14 Mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.
- Circulaire du 14 Mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.
- Circulaire DH-PE-3/DGS-SP3 n° 93-00 du 14 Mars 1993 relative aux procédures de planification en santé mentale.

Textes législatifs et réglementaires relatifs aux statuts et aux fonctions

- Décret n° 75-245 du 11 Avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des Infirmiers et Infirmières Généraux et des Infirmiers et Infirmières Généraux Adjoints.
- Décret n° 89-758 du 18 Octobre 1989 portant statut particulier des Infirmiers Généraux de la Fonction Publique Hospitalière.
- Décret n°94-904 du 18 Octobre 1994 modifiant le Décret du 18 Octobre 1989 portant statut particulier des Infirmiers Généraux de la Fonction Publique Hospitalière.

- Arrêté du 16 Février 1973 modifié par l'Arrêté du 26 Février 1979 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique.
- Décret n° 92-264 du 23 Mars 1992 relatif aux études conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier et d'Infirmière.
- Décret n° 88-1077 du 30 Novembre 1988 portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la Fonction Publique Hospitalière.
- Arrêté du 22 Juillet 1976 relatif au Certificat Cadre Infirmier de secteur psychiatrique
- Arrêté du 23 Juin 1989 relatif à l'examen professionnel pour l'accès au grade de Surveillant des services médicaux.
- Circulaire DH-8A – PKCT n°000030 du 20 Février 1990 relative aux missions et au rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s-chefs.
- Décret n° 95-926 du 18 Août 1995 portant création du Diplôme de Cadre de Santé.

MEMOIRES

PLATEVOET Jean-Michel : «*L'autonomie des Cadres Infirmiers de proximité*» – Mémoire ENSP d'Infirmier Général - 1999

RAYNAUD Ida – «*Motivation des Cadres Infirmiers : Stratégie de l'Infirmière Générale pour conduire le changement à partir de la réorganisation du temps de travail en psychiatrie*» - Mémoire ENSP d'Infirmier Général – 1995

ANNEXES

ANNEXE 1 : **DONNEES FORMELLES CONCERNANT LES CADRES INFIRMIERS**

ANNEXE 2 : **GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES CADRES INFIRMIERS**

ANNEXE 3 : **GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES CADRES SUPERIEURS INFIRMIERS**

ANNEXE 4 : **GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE DIRECTEUR DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS ET L'INFIRMIER GENERAL**

ANNEXE 5 : **GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE MEDECIN CHEF DE SERVICE**

ANNEXE 6 : **GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES**

A N N E X E 1

DONNEES FORMELLES CONCERNANT LES CADRES INFIRMIERS

1 : Sexe

2 : Age

3 : Année de diplôme

4 : Catégorie de diplôme

5 : Date de nomination en qualité de Cadre Infirmier

6 : Critère de nomination (ancienneté, examen professionnel, Certificat Cadre Infirmier, Certificat Cadre Infirmier de secteur psychiatrique, Diplôme Cadre de Santé

7 : Date d'entrée dans l'Etablissement

8 : Date d'entrée dans le service

9 : Les différents postes occupés en qualité de Cadre Infirmier

10 : Etes-vous membre d'une ou de plusieurs instances de l'Etablissement ?

11 : Etes-vous membre d'un ou de plusieurs groupes de travail

12 : Avez-vous des missions transversales ?

13 : Avez-vous suivi des formations continues ces cinq dernières années ? si oui lesquelles ?

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES CADRES INFIRMIERS

- 1) Pouvez-vous décrire votre travail ?
+ questions de relance
 - a) Qu'est-ce qui vous semble le plus important dans votre travail ?
 - b) Qu'est ce qui vous intéresse le plus dans votre travail ?
 - c) Qu'est-ce qui vous intéresse le moins dans votre travail ?
 - d) Qu'est-ce qui vous paraît le plus pesant dans votre travail ?
 - e) Avec qui travaillez-vous le plus souvent ?
 - f) Rencontrez-vous des problèmes dans votre travail ? Si oui, lesquels ,
 - g) Qui vous aide en cas de problème ?
 - h) Qui évalue votre travail ? Comment ?

- 2) Voyez-vous une évolution de votre fonction ?

- 3) Le Cadre Infirmier de proximité est souvent considéré comme un acteur clef de changement . Qu'en pensez-vous ?

- 4) Estimez-vous avoir :
 - une autonomie suffisante ?
 - une zone de décision ?

- 5) Animez-vous ou participez-vous à des réunions ? Si oui, lesquelles ?

- 6) Pouvez-vous décrire vos relations de travail avec :
 - La Direction
 - La Direction du Service de Soins Infirmiers
 - Le corps médical
 - Les Cadres Supérieurs Infirmiers.

- 7) On évoque actuellement le malaise des Cadres Infirmiers. Qu'en pensez-vous

- 8) Est ce qu'il y a quelque chose que vous aimeriez ajouter ?

ANNEXE 3

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES CADRES SUPERIEURS INFIRMIERS

- 1) Voyez-vous une évolution de la fonction Cadre Infirmier de proximité ?

- 2) Le Cadre Infirmier de proximité est souvent considéré comme un acteur clef de changement. Qu'en pensez-vous ?

- 3) Estimez-vous laisser aux Cadres Infirmiers de proximité :
 - Une autonomie suffisante ?
 - Une zone de décision ?

- 4) Quelle stratégie de management adoptez-vous à l'égard des Cadres Infirmiers ?

- 5) On évoque actuellement le malaise des Cadres Infirmiers. Qu'en pensez-vous ?

- 6) Est-ce qu'il y a quelque chose que vous aimeriez ajouter ?

ANNEXE 4

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE DIRECTEUR DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS ET L'INFIRMIER GENERAL

1) Voyez-vous une évolution de la fonction Cadre Infirmier de proximité ?

2) Le Cadre Infirmier de proximité est souvent considéré comme un acteur clef de changement. Qu'en pensez-vous ?

3) Estimez-vous que le Cadre Infirmier de proximité dispose :

- d'une autonomie suffisante ?
- d'une zone de décision ?

4) Quelle stratégie de management adoptez-vous à l'égard des Cadres Infirmiers ?

5) On évoque actuellement le malaise des Cadres Infirmiers. Qu'en pensez-vous ?

6) Est-ce qu'il y a quelque chose que vous aimeriez ajouter ?

ANNEXE 5

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE MEDECIN CHEF DE SERVICE

- 1) Voyez-vous une évolution de la fonction Cadre Infirmier de proximité ?

- 2) Le Cadre Infirmier de proximité est souvent considéré comme un acteur clef de changement. Qu'en pensez-vous ?

- 3) Estimez-vous que le Cadre Infirmier de proximité dispose :
 - d'une autonomie suffisante ?
 - d'une zone de décision ?

- 4) On évoque actuellement le malaise des Cadres Infirmiers. Qu'en pensez-vous ?

- 5) Est-ce qu'il y a quelque chose que vous aimeriez ajouter ?

ANNEXE 6

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES

- 1) Voyez-vous une évolution de la fonction Cadre Infirmier de proximité ?

- 2) Le Cadre Infirmier de proximité est souvent considéré comme un acteur clef de changement. Qu'en pensez-vous ?

- 3) Estimez-vous que le Cadre Infirmier de proximité dispose :
 - d'une autonomie suffisante ?
 - d'une zone de décision ?

- 4) On évoque actuellement le malaise des Cadres Infirmiers. Qu'en pensez-vous ?

- 5) Est-ce qu'il y a quelque chose que vous aimeriez ajouter ?