



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2015 –**

**Evolution structurelle du secteur médico-social : quels changements pour les cadres intermédiaires ?**

**– Groupe n° 27 –**

- |                             |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| – <b>ABOUDHARAM Florent</b> | – <b>LALLEMAND Alexis</b>       |
| – <b>BERNADAT Nathalie</b>  | – <b>MASSABIE-BOUCHAT Julie</b> |
| – <b>FRAISSE Pascale</b>    | – <b>RAISS Naïma</b>            |

*Animatrice :*

- **MORGNY Cynthia**




---

# Sommaire

---

## EHESP

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Méthode .....</b>	<b>3</b>
Travail du groupe .....	3
Enquête et analyse .....	4
<b>I Evolution structurelle du secteur médico-social : l'impact sur la fonction de cadres intermédiaires .....</b>	<b>5</b>
I.1 L'évolution historique et juridique du secteur en faveur d'une professionnalisation des cadres intermédiaires.....	5
I.2 La culture du champ médico-social : une culture spécifique confrontée à de nouveaux enjeux.....	8
<b>II Une pluralité de profils et de parcours de formation dans le recrutement des cadres intermédiaires .....</b>	<b>11</b>
II.1 Une diversité de profils limitant l'appréhension d'une fonction circonscrite .....	11
II.2 La formation des cadres intermédiaires : des parcours aux référentiels tendant à converger .....	14
<b>III Légitimité dans la fonction.....</b>	<b>17</b>
III.1 La reconnaissance de domaine et compétences.....	17
III.2 Un positionnement hiérarchique et un management ad hoc.....	20
<b>Conclusion .....</b>	<b>23</b>
Synthèse.....	23
Perspectives .....	24
<b>Bibliographie.....</b>	<b>26</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>
Annexe I : Grille d'entretien à l'attention des interlocuteurs rencontrés en ARS.....	II
Annexe II : Grille d'entretien à l'attention des cadres intermédiaires.....	III
Annexe III : Grille d'entretien pour les directions structures médico-social .....	IV
Annexe IV : Grille d'entretien à l'attention des formateurs/observateurs .....	V
Annexe V : Classification des tâches des cadres par H. Mintzberg .....	VI
Annexe VI : Répartition des entretiens .....	VII
Annexe VII : Grille d'analyse .....	VIII

---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Nous tenons à exprimer nos remerciements à

- Madame Cynthia Morgny, animatrice de ce MIP qui nous a aiguillés tout au long de ce module interprofessionnel ;
- L'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de ce travail pour leur disponibilité dans des délais contraints et qui ont contribué à enrichir notre réflexion

---

## Liste des sigles utilisés

---

<u><b>A</b></u>	<b>AAH</b> : Attaché d'Administration Hospitalière <b>ADAPEI</b> : Association Des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés ou Association Départementale des Parents et Amis de personnes handicapées mentales Inadaptés <b>ANDESI</b> : Association Nationale des Cadres du Social <b>ARS</b> : Agence Régionale de Santé <b>ASS</b> : Assistant de Service Social
<u><b>C</b></u>	<b>CAARUD</b> : Centre d'Accueil et d'Accompagnement pour la Réduction des Risques des Usagers de Drogues <b>CAFDES</b> : Certificat d'Aptitude à la Fonction de Directeur d'Etablissement Social <b>CAFERUIS</b> : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale <b>CDS</b> : Cadre de Santé <b>CG</b> : Conseil Général <b>CoDir</b> : Comité de Direction <b>CREAI</b> : Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations <b>CSAPA</b> : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie <b>CSE</b> : Cadre Socio-Educatif <b>CSS</b> : Cadre Supérieur de Santé
<u><b>D</b></u>	<b>DC</b> : Domaine de Compétence <b>DEIS</b> : Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale <b>DRJSCS</b> : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
<u><b>E</b></u>	<b>EHESP</b> : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique <b>EHPAD</b> : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes <b>ES</b> : Educateur Spécialisé <b>ETP</b> : Equivalent Temps Plein
<u><b>H</b></u>	<b>HPST</b> : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
<u><b>I</b></u>	<b>IDE</b> : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat <b>INSEE</b> : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<u><b>M</b></u>	<b>MIP</b> : Module Interprofessionnel
<u><b>O</b></u>	<b>ORSP</b> : Observatoire Régional de Santé Publique
<u><b>R</b></u>	<b>RNCP</b> : Répertoire National des Certifications Professionnelles
<u><b>U</b></u>	<b>UNIFAF</b> : Fonds d'Assurance Formation pour la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif
<u><b>V</b></u>	<b>VAE</b> : Validation des Acquis et de l'Expérience



**EHESP**

## Introduction

« On manque de cadres, il y a donc peu de relais, peu de possibilité de travailler les questions relatives au public reçu, [...]. Il n'y a pas de reconnaissance de l'utilité de l'encadrement. Il faut valoriser davantage les cadres intermédiaires. »<sup>1</sup> Cette citation d'un directeur de structure met en exergue l'importance des cadres et les difficultés qui les affectent dans le secteur médico-social.

Ce secteur regroupe les structures assurant la prise en charge des personnes vulnérables : personnes âgées dépendantes, personnes en situation de handicap, d'exclusion, de précarité.

Il a connu un développement très important au cours des dernières décennies avec une progression de plus d'un million d'emplois depuis le début des années 1980. Aujourd'hui, il regroupe plus de 33000 établissements pour 1,35 million de lits ou places<sup>2</sup>. Avec environ 1,7 million de salariés, soit environ 6,7% des actifs occupés, le secteur est l'un des plus importants de l'économie. Il dépasse le secteur des transports, de la restauration ou encore des services financiers. Il emploie autant de salariés que le secteur de l'enseignement.

Ce développement important, issu des transformations de la société française, s'est accompagné d'une transformation organisationnelle. A partir des années 1970, l'évolution du cadre législatif ainsi que l'apparition de contraintes économiques, ont apporté de nouveaux objectifs et exigences : le renforcement des droits des patients, les évaluations, les mutualisations et partenariats, la contractualisation. Pour y répondre, les établissements du secteur se sont modifiés et regroupés. Le rôle des directeurs a évolué, s'orientant vers des activités plus stratégiques et politiques. Un tel changement de positionnement implique d'importantes mutations dans l'organisation de ces établissements, notamment pour les cadres intermédiaires qui en assurent la cohésion.

Les cadres intermédiaires se situent entre les équipes de « terrain » dites opérationnelles et les équipes de direction chargées de définir les orientations stratégiques. Dans la classification typologique de cadres construite par Maurel<sup>3</sup>, les cadres intermédiaires sont présentés comme « *combinant logique de direction et d'intervention* ».

---

<sup>1</sup> Etude régionale publiée par L'observatoire & UNIFAF, *Portraits de quatre métiers en aquitaine*, Novembre 2008

<sup>2</sup> Pôle emploi « Repères et analyse » Mai 2012 n°44

<sup>3</sup> Maurel Elizabeth, « typologie des cadres », in *les mutations en travail social*, édition : DUNOD, 2000

Toutefois les contours de leur position dans le champ médico-social demeurent à la fois flous et mouvants. Cette situation se manifeste par une variété de désignations du cadre intermédiaire : cadre socio-éducatif, chef de service, cadre de santé, conseiller technique, chargé de mission, responsable adjoint... La multiplicité des diplômes amène à une diversité professionnelle de ces cadres intermédiaires dont témoignent les nombreuses filières d'appartenance, les diplômes d'encadrement (CAFERUIS, CAFDES, DEIS, CDS,...) mais aussi le grade (CDS, CSS, AAH, CSE).

Face à l'hétérogénéité des configurations institutionnelles des établissements médico-sociaux, Dobiecki et Guaquère<sup>4</sup> ont orienté le référentiel d'activités des cadres intermédiaires autour de six fonctions : pilotage de l'action, encadrement d'équipe de professionnels, gestion administrative et financière, communication interne, participation au projet de la structure, partenariat d'action et travail en réseau. Pour mener à bien ces activités imposées par leur fonction, les cadres intermédiaires acquièrent et développent des compétences propres constitutives de leur identité professionnelle.

Au regard de l'évolution constante du champ médico-social ces dernières décennies et de l'aspect fondamental que revêt la question identitaire notamment pour les cadres intermédiaires, nous pouvons nous interroger sur l'impact de cette évolution sur l'identité professionnelle des cadres intermédiaires.

Après une approche du contexte historique et culturel qui influence la profession des cadres intermédiaires dans le secteur médico-social ; nous aborderons la diversité des profils et les formations permettant l'exercice de la fonction. Enfin, nous nous attacherons à mieux cerner la légitimité et les compétences managériales nécessaires à cette fonction. Une synthèse et des perspectives viendront conclure ce travail.

---

<sup>4</sup> Dobiecki et Guaquère, être cadre dans l'action sociale et médico-sociale, ESF 2007. p 90

## **Méthode**

Ce MIP a été l'occasion pour les membres du groupe de partager nos conceptions et nos interrogations sur le milieu médico-social et la fonction de cadre intermédiaire. Nous avons dès le premier jour désigné un référent logistique afin de faciliter la gestion du groupe et du budget. Ce travail a été conduit avec l'appui de Madame Cynthia Morgny, Directrice à l'ORSP de Franche-Comté, qui nous a conseillé et orienté tout au long de notre cheminement.

### **Travail du groupe**

Dès le premier jour, il nous est apparu important de circonscrire le thème de travail. La thématique proposée concernait l'impact de l'évolution structurelle du secteur médico-social sur les cadres intermédiaires. Après discussion, nous avons choisi de cibler notre problématique sur l'identité professionnelle des cadres intermédiaires dans un contexte de mouvance institutionnelle et de réorganisation structurelle.

Compte tenu des contraintes du calendrier et des disponibilités et contacts de chacun, nous nous sommes répartis différentes tâches : recherche bibliographique, rédaction de parties du rapport, réalisation des entretiens, rédaction finale. Chacun d'entre nous a pris part à l'analyse des entretiens. Les différents aspects de l'étude ont été discutés et validés par tous les membres du groupe.

Le choix des personnes interviewées s'est fait de telle sorte que nous ayons non seulement le regard des cadres intermédiaires mais aussi des dirigeants, des financeurs et des organismes « d'observation ». Nous avons autant que possible essayé d'avoir une bonne représentativité du type d'établissements qui pouvait être rencontrés tant dans leur statut que sur le plan géographique.

Les derniers jours ont été dédiés à la confrontation des écrits et aux modifications à apporter afin d'enrichir le document et le finaliser. En parallèle, nous avons échangé nos idées pour préparer l'oral. La présentation a été mise en forme par ceux qui sont absents le jour de l'oral.

L'ensemble des participants du groupe a pu suivre l'évolution de chaque partie par un partage continu des documents en ligne. La dynamique du groupe fut constructive notamment lors des rencontres quotidiennes le matin.

Des limites ont toutefois été rencontrées dans ce travail. Toutes les personnes contactées pour les entretiens n'ont pas pu se libérer ou répondre favorablement à nos demandes. De

manière consensuelle, le temps imparti pour la réalisation de ce MIP (trois semaines) nous est apparu restrictif pour une étude approfondie.

## **Enquête et analyse**

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs afin de comprendre le rôle des interactions et les différents modes d'organisation en place dans le secteur médico-social sur l'identité des professionnels ciblés. Ce mode de recueil permet d'approcher la perception des acteurs sur leur organisation ou la fonction étudiée. L'intérêt de cet outil est de laisser suffisamment de liberté aux interviewés pour développer les sujets qui les intéressent, tout en permettant une exploitation des axes de travail qui nous préoccupent (COMBESSIE, 2007)<sup>5</sup>.

Cette méthode nous a permis de saisir les activités du quotidien des cadres intermédiaires dans leur variété et leurs contraintes et également les différentes perceptions de leur fonction selon les positions. En effet, la population ciblée pour l'enquête comprenait des cadres intermédiaires, des dirigeants du secteur médico-social, des observateurs de terrain et des représentants de l'autorité régionale.

Au total, vingt entretiens ont été réalisés<sup>6</sup>. Tous à l'exception de trois, se sont déroulés en face à face afin de libérer au maximum la parole des personnes interviewées. Ils ont duré en moyenne entre 25 et 120 minutes. Une seule personne n'a pas accepté d'être enregistrée. Une vigilance a été apportée par l'ensemble des enquêteurs pour établir une relation de confiance et favoriser la discussion plutôt que de coller à la grille d'entretien<sup>7</sup> et risquer de contraindre les discours.

En ce qui concerne l'analyse, nous avons réalisé et nous nous sommes appuyés sur une grille d'analyse thématique construite selon les différents points de l'identité professionnelle<sup>8</sup>. L'analyse globale a permis de faire émerger les idées forces de chacun et de croiser les éléments récurrents des discours.

Nous avons fait le choix de présenter nos résultats sous forme thématique pour rendre plus apparent le lien entre nos recherches bibliographiques et notre analyse du terrain et d'insérer l'analyse au fur et à mesure des items abordés afin d'en faciliter la lecture et la compréhension.

---

<sup>5</sup> COMBESSIE J.-C., « *II. L'entretien semi-directif* », *la méthode en sociologie*, Edition La découverte, Paris, 2007

<sup>6</sup> Cf. Annexe VI : Répartition des entretiens

<sup>7</sup> Cf. Annexe I : Grille d'entretien

<sup>8</sup> Cf. Annexe VII : Grille d'analyse

# **I Evolution structurelle du secteur médico-social : l'impact sur la fonction de cadres intermédiaires**

## **I.1 L'évolution historique et juridique du secteur en faveur d'une professionnalisation des cadres intermédiaires**

Le secteur médico-social est un secteur en perpétuelle évolution. Pour autant, si le cadre juridique, notamment marqué par trois lois fondamentales, a eu un impact majeur sur son évolution, il n'en reste pas moins que d'autres facteurs en sont à l'origine. En effet, le secteur médico-social s'est aussi construit sur la base de mouvements associatifs, de l'action d'organismes gestionnaires concernés par le secteur et des pratiques des professionnels qui exercent au sein de ces structures.

L'Etat a développé des interventions dans tous les domaines touchant le secteur du social, et plus largement, à la cohésion sociale, conséquence de la construction de l'Etat-Providence. De plus, les crises économiques successives ont favorisé l'implication des pouvoirs publics dans l'action sociale et médico-sociale. La loi de 1975<sup>9</sup> consacre l'autonomie du secteur social et médico-social vis-à-vis du secteur sanitaire. Cette loi introduit le champ « médico-social » permettant dès lors de répondre aux besoins médicaux des patients pris en charge par les établissements jusqu'alors strictement sociaux. Selon un bilan d'application de la loi établi par l'IGAS<sup>10</sup>, publié en 1995, la loi de 1975 instaure une certaine unicité, à travers la prise en charge des publics les plus fragilisés, qui est rapidement remise en cause par la loi de décentralisation de 1986<sup>11</sup>. Cette dernière répartit les principales compétences, dans ce secteur entre l'Etat et les CG. Un certain nombre de facteurs comme la décentralisation, la crise économique ainsi que l'évolution des besoins sociaux à l'instar du vieillissement de la population ont conduit à la rénovation de la loi de 1975.

Dès 1973, la création de l'ANDESI, dont l'objet social est la représentation et la formation des cadres du secteur marque le début du mouvement de professionnalisation. La circulaire du 26 février 1975 relative aux établissements pour mineurs inadaptés établit notamment les missions des directeurs d'établissements médico-sociaux. Cette loi marque la volonté d'une unification du secteur qui se matérialise par un régime d'autorisation commun et des

---

<sup>9</sup> Loi 1975-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales

<sup>10</sup> Rapport IGAS : Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Décembre 1995

<sup>11</sup> Loi n°86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

conventions collectives agréées préalablement par l'Etat du fait de la professionnalisation accrue et du financement étatique.

Ainsi, le secteur du médico-social semble marqué par une « professionnalisation »<sup>12</sup> progressive. Pendant longtemps, la responsabilité d'un service était dévolue au professionnel par ancienneté. Mais ce processus change, la mise en place de la décentralisation et le statut particulier des travailleurs sociaux donnent cette responsabilité à des professionnels d'origines diverses ne connaissant pas toujours la culture professionnelle. Cette professionnalisation se manifeste par la mise en place d'outils managériaux (tableaux de bord, procédures et projets de service,...) à disposition des professionnels. Au cours des entretiens avec les différents cadres intermédiaires, il a été possible d'identifier de nombreuses missions qui nécessitent la maîtrise de techniques permettant l'encadrement des personnels soignants : l'animation, la gestion du système d'information, le recrutement et l'évaluation des personnels, l'élaboration du projet de service, l'organisation du travail, l'élaboration de plannings, le suivi de projets, la communication au sein de l'équipe. Les directeurs rencontrés soulignent l'importance de la maîtrise de ces techniques par les cadres intermédiaires.

Les transformations du secteur sont poursuivies dans la loi du 2 janvier 2002<sup>13</sup> qui insiste sur la qualification et la formation des professionnels. Elle inclut le principe suivant : les prestations délivrées par les établissements et services « *sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées* » sous « *la direction de professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret* ». La loi de réforme du secteur sanitaire et médico-social bouleverse les règles d'organisation et de management (projet d'établissement, participation individuelle et collective) des structures sociales et médico-sociales. Les deux principes directeurs de cette loi sont, d'une part, la garantie des droits des usagers et la promotion pour l'innovation sociale et médico-sociale, et d'autre part, l'instauration de procédures de pilotage permettant de rénover le lien entre la planification (instauration des schémas sociaux et médico-sociaux pluriannuels), l'allocation des ressources, l'évaluation et la coordination des décideurs et des acteurs. Elle poursuit dans le sens d'une professionnalisation toujours plus importante du secteur, en incitant au développement des formations initiales et continues (en particulier pour les cadres de direction).

---

<sup>12</sup> LOUBAT J.-R., « vers une mutation de la fonction de direction », in *Lien social*, n°748 du 7 avril 2005.

<sup>13</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Enfin, la loi HPST<sup>14</sup> parachève le décroisement amorcé par la loi de 2002. En effet, cette loi donne compétence aux ARS en matière médico-sociale pour permettre un rapprochement entre le sanitaire et le médico-social qui doit notamment aboutir à un décroisement des acteurs sur le terrain. Cette loi veut donner une nouvelle architecture au système de planification et de programmation, jugé insuffisant jusque-là, notamment en raison de l'enchevêtrement des compétences des CG et celles de l'Etat. Ainsi, l'échelon de programmation et de planification régional devient prédominant en la matière.

Ces lois successives ont transformé la place des acteurs et des décideurs au sein du secteur médico-social, dans une logique de coordination tripartite, où le dirigeant développe un partenariat auprès notamment auprès des ARS et des CG. L'évolution du secteur médico-social a impacté directement la direction des établissements du secteur et par conséquent celle des cadres dits de « *proximité* »<sup>15</sup> ou cadres intermédiaires. Désormais, le management fait partie intégrante de la fonction de direction ce qui bouleverse la conception traditionnelle du directeur assimilé à un « *homme-orchestre* »<sup>16</sup>. Il existe une différence notable entre la direction et les cadres intermédiaires qui ont, pourtant, tous deux une fonction de management. Le dirigeant se place désormais dans une vision davantage stratégique, non plus à l'échelle de son établissement mais au regard d'un territoire couvert par des acteurs variés afin de dispenser une offre de qualité et cohérente vis-à-vis de celui-ci, avec un travail de partenariat et de réseau important (politiques, associations, financeurs,...). Cet aspect est d'autant plus important dans le contexte actuel, accentué par les regroupements de structures et la logique de service, dans un environnement où les structures sociales et médico-sociales sont inégalement réparties sur le territoire. La concentration ainsi que la mutualisation a, de facto, un impact sur les organisations des structures sociales et médico-sociales qui se répercute sur la définition des missions des dirigeants, comme sur celles des cadres intermédiaires. En particulier, la modification du positionnement des dirigeants et leur évolution managériale en retrait par rapport au terrain entraîne un « phénomène d'aspiration » vis-à-vis des missions des cadres intermédiaires. Ce phénomène s'exprime à travers la perception des cadres intermédiaires que peuvent avoir les décideurs publics. Pour une directrice de l'autonomie d'ARS « *le cadre intermédiaire fait partie intégrante de l'équipe de direction et doit être la courroie de transmission entre le terrain et la direction. Il doit donc être compétent en management,*

---

<sup>14</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme à l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>15</sup> LOUBAT J. R. Op. Cit.

<sup>16</sup> Ibid.

*en gestion financière et en gestion des ressources humaines, entre autre* ». Le cadre intermédiaire est « *un véritable manager et doit donc être un véritable appui à la direction* ». Le directeur d'EHPAD confie que « *le directeur doit savoir déléguer avec suffisamment de distance pour ne pas écraser les chefs de service* ». Un phénomène de « *glissement progressif des missions* » entre les directeurs et les cadres intermédiaires est à l'œuvre. Il se concrétise à travers : « *la pratique d'un management moins vertical et moins charismatique* ». L'organisation verticale peut permettre l'identification des fonctions de chacun et du preneur de décision mais présente l'inconvénient d'un cloisonnement et d'une déresponsabilisation. Il devient donc important d'identifier les cadres intermédiaires comme véritables appuis dans la gestion courante. Ils doivent disposer d'une formation leur permettant à la fois d'être des managers transversaux, mais aussi des experts sur certaines missions techniques.

## **I.2 La culture du champ médico-social : une culture spécifique confrontée à de nouveaux enjeux**

La spécificité du champ médico-social tient à la nature même de l'intervention sociale et à ses finalités. Outre leur nombre important et leur diversité, les structures médico-sociales se caractérisent par un accompagnement des usagers fondé sur un projet de vie mobilisant des compétences complémentaires, à la fois médicales et médico-sociales pour répondre aux besoins diversifiés des publics fragilisés.

Les mutations des organisations du secteur médico-social impliquent des modes de management différents et une nouvelle reconfiguration de la fonction de cadre. Jean-Noël Chopart observe une certaine persistance et une évolution dans les activités des cadres du médico-social. Il montre qu'il ne s'agit pas seulement pour les cadres « *d'ajuster leurs conduites et pratiques à des attentes nouvelles comme les projets d'établissement, la qualité ou encore les modifications dans différentes législations comme celle de la loi 2002 mais aussi d'un changement de logique dans la conception, la réalisation et l'évaluation des objectifs et des moyens d'intervention sociale dues aux pressions des financeurs et commanditaires* »<sup>17</sup>.

Les fonctions d'encadrement sont à repenser tant en ce qui concerne les nouvelles pratiques que le management. L'ancrage du modèle de l'entreprise, par les concepts d'efficacité et de rentabilité, la démarche qualité, l'obligation de résultats et d'évaluation,

---

<sup>17</sup> CHOPART J.-N., mutation du travail social : dynamique d'un champ professionnel, Edition Dunod, Paris, 2000.

amène à repositionner la fonction d'encadrement qui devient de plus en plus complexe notamment dans une nouvelle conception du management. Ainsi, le secteur médico-social pratiquait, en quelque sorte un « management implicite », reposant sur les qualités personnelles du cadre et son expérience, alors que désormais des compétences managériales sont exigées.

Le secteur médico-social est confronté à une nouvelle dynamique sociale liée aux phénomènes de marginalisation et d'exclusion, à la massification du chômage, à la fracture sociale, qui exclut les plus faibles, ceux que Robert Castel nomme « les surnuméraires » et « les inutiles au monde » dont les conséquences exposent davantage les personnes fragilisées. À ces facteurs externes, il faut ajouter les facteurs internes propres au travail médico-social. Ce travail est complexe en raison de la grande variété des missions et des statuts, des différents publics visés. Ce contexte impacte l'identité des professionnels.

Le secteur se singularise par une forte identité des gestionnaires qui participe aux difficultés de rapprochement entre le secteur sanitaire et médico-social. Selon Marcel Jaeger, directeur de l'école d'éducateurs spécialisés du Buc<sup>18</sup>, « *la seule façon de tenter de surmonter les résistances des deux bords est d'impulser une réflexion sur les statuts, mais aussi sur les qualifications et sur les compétences. Inévitablement, cela suppose de repenser les formations, à la fois en termes d'adaptation à l'emploi et en opérant une projection sur les besoins à venir* ». Cette notion de résistance ressort au cours des entretiens notamment avec un éducateur spécialisé exerçant dans un foyer de vie qui affirme que « *le sanitaire est trop protocolisé induisant une prise en charge unique à la différence du médico-social* ». De plus, pour les équipes médico-sociales, « *il y a une résistance vis-à-vis de la hiérarchie et du contrôle* », selon la directrice de l'autonomie d'une ARS. De ce fait, « *les cadres intermédiaires techniques sont légitimés par leur expérience mais arrivent difficilement eux-mêmes à intégrer leur rôle de manager, quand bien même ils y ont été formés* ». Les cadres intermédiaires du secteur doivent conjuguer des missions relevant à la fois du champ de l'expertise, de la technique, mais aussi de la gestion, tout en tenant compte de la composante sociale qui caractérise ce secteur. Dans ce contexte, les cadres intermédiaires peuvent se caractériser, pour certains, par leur implication sur le terrain tout en ayant une position fonctionnelle vis à vis de leur hiérarchie et pour d'autres par une position davantage institutionnelle. La fonction de cadre intermédiaire du secteur médico-social, est rendue complexe par les origines

---

<sup>18</sup> JAEGER M., « L'articulation du sanitaire et du médico-social », in *La santé mentale des français*, LEPOUTRE R. et DE KERVASDOUE J., éditions Odile Jacob ; mars 2002

professionnelles des encadrants, et par leur fonction qui nécessite une conciliation de la culture sociale et gestionnaire. Il apparaît donc nécessaire pour le cadre intermédiaire de trouver sa place mais aussi de construire une identité professionnelle propre.

Selon D. Guaquère « *Devenir cadre suppose donc une (re)construction identitaire et l'établissement d'une stratégie d'action. Cette (re)construction identitaire mobilise ainsi chez le cadre un investissement affectif et cognitif nouveau, une tension pour intégrer les changements « pour soi » et dans le regard des autres (le réseau social dans lequel la personne évolue) »*<sup>19</sup>.

Dans un pays où le travail est après la famille l'une des trois premières composantes de l'identité personnelle, l'investissement affectif rend ainsi la question de l'identité professionnelle particulièrement sensible pour ces cadres<sup>20</sup>.

Selon R. Sainsaulieu<sup>21</sup>, l'identité professionnelle peut se définir comme « *la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes ; l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes* ». Cette définition souligne l'idée d'une identité construite et émergente au sein d'un espace donné et aussi dans la relation aux autres qu'il s'agisse de pairs ou non.

Par ailleurs, plusieurs auteurs soulignent la notion d'identité construite, voire reconstruite au fil du parcours professionnel. C'est le cas de Dubar<sup>22</sup> pour qui « *Les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi* ». C'est donc un élément essentiel pour les cadres intermédiaires, tant au niveau personnel, dans la définition de leur propre identité, qu'au niveau professionnel où elle permet une reconnaissance, des employeurs comme des employés, nécessaire à un travail d'intermédiaire.

Le cadre intermédiaire du champ médico-social doit non seulement trouver un équilibre entre management et animation, mais aussi une place stratégique entre les équipes managées et l'équipe de direction. Il s'agit donc, dans ce secteur, de donner une dimension humaine au management de ces cadres afin de préserver les valeurs de l'action sociale.

---

<sup>19</sup> Daniel Guaquère, Directeur de l'ANDESI, Communication du 5 novembre 2004 : Qui sont les cadres intermédiaires de l'action sociale ? Evolution des statuts, des compétences et de la qualification depuis 10 ans Conférence dans le cadre des Rendez Vous de l'ANDESI.

<sup>20</sup> *La place du travail dans l'identité des personnes*, INSEE, Données sociales : La société française - Édition 2006

<sup>21</sup> Sainsaulieu R., 1977, *L'identité au travail*, 2ème édition 1985, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.

<sup>22</sup> DUBAR C., *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*, Edition PUF, Paris, 2000, p.95.

En outre, la fonction de cadre intermédiaire au sein du secteur médico-social n'a pas toujours été envisagée au niveau national. Pour autant, la fonction de cadre intermédiaire, de chef d'équipe ou même de responsable d'unité existait sans que celle-ci ne nécessite une quelconque qualification ou diplôme. Or, le cadre intermédiaire est l'interface entre les équipes de terrain et la direction. Il détient, de ce fait, une position déterminante entre la décision politique, institutionnelle et l'intervention sociale. Cette situation a pris fin avec la création du CAFERUIS, en 2004, pour permettre l'acquisition de compétences managériales plus solides mais aussi a une vocation intersectorielle.

## **II Une pluralité de profils et de parcours de formation dans le recrutement des cadres intermédiaires**

### **II.1 Une diversité de profils limitant l'appréhension d'une fonction circonscrite**

Historiquement, l'accès à la fonction de cadre intermédiaire s'est fait au sein des structures dans une logique d'évolution et de promotion interne à la profession voire à la structure. Le passage au statut de cadre apparaissait comme l'évolution « normale » pour un ES, un ASS, ou une IDE. Devenir cadre était le plus souvent un choix et perçu d'abord comme une reconnaissance de ses compétences techniques.

Ce constat est particulièrement vrai pour les cadres exerçant dans le champ de l'éducatif, du soin et de la production qui constituent l'essentiel des cadres intermédiaires du secteur médico-social<sup>23</sup>. L'entretien avec un responsable du service formation d'une DRJSCS confirme la réalité et l'actualité de ce constat dans la mention faite du recrutement du DEIS constitué majoritairement de travailleurs sociaux, souvent en situation d'encadrement. De même, 71% des personnes passant le CAFERUIS disposent d'un diplôme d'ES, d'ASS ou d'IDE<sup>24</sup>. Le panel des cadres intermédiaires rencontrés renforce le constat : 4 personnes sur 7 sont issues du secteur : deux anciennes infirmières, un ancien éducateur, une ancienne assistante sociale. L'accès à la fonction est vécu comme une évolution dans le métier qui reste le centre de l'identité professionnelle de la personne. Leur légitimité étant fondée sur l'expérience acquise. Ainsi, dans l'ouvrage *L'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaires et social*, un cadre considère que son parcours antérieur lui donne des outils pour

---

<sup>23</sup> Bertaux R., Hirlet P., Prépain O., Streicher F., « *L'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaire et social* » 2006.

<sup>24</sup> L'observatoire, Les logiques d'utilisation du CAFERUIS, Décembre 2014

tenir le poste et qu'il faut avoir un minimum d'expérience et de caractère<sup>25</sup>. L'un des cadres rencontrés lors du MIP considère que le cadre intermédiaire doit être issu du terrain et connaître la population, la spécificité de la culture médico-sociale, et que l'expérience vaut plus que le diplôme.

Ce positionnement des cadres intermédiaires, très marqué par la culture professionnelle antérieure peut les mettre en porte-à-faux vis-à-vis des directeurs d'établissement, dont l'une des attentes est la loyauté à la direction, sur la conception du travail d'encadrement ou du travail avec les usagers<sup>26</sup>. Un directeur interrogé<sup>27</sup> avance le risque d'un manque de recul dans les décisions, par exemple, pour l'exclusion d'un usager.

Le passage d'une fonction à une autre en l'absence d'outil supplémentaire pour des professionnels peut engendrer des conflits entre savoir technique initial et position. Ainsi, l'une des cadres rencontrés a ainsi mal vécu ce passage, la fonction de cadre ne correspondant pas à ce qu'elle considère comme son métier : ES. Une directrice de pôle médico-social en ARS présente une vision tranchée : « *On constate encore aujourd'hui un défaut de positionnement des cadres intermédiaires. Issus du terrain, ils peinent à se mettre en posture. Ils prônent les valeurs du médico-social comme un bouclier; dans le monde associatif, c'est encore accentué; les logiques économiques n'arrivent pas à atteindre ces professionnels placés en poste de responsabilité* ».

Inversement, et particulièrement dans le cas d'une promotion interne, ce « passage de l'autre côté de la barrière » peut mettre en difficulté le cadre vis-à-vis du personnel, qui n'admet pas forcément le changement de statut, peut rejeter le cadre ou attendre un positionnement plus tranché.<sup>28</sup>

Une part importante des cadres est issue des différents métiers du médico-social auxquels ils restent attachés. Peu des personnes passant le CAFERUIS sont des infirmiers (5%)<sup>29</sup>, et les diplômés de cadre de santé demandent une expérience antérieure dans les métiers paramédicaux. Les conditions d'accès à la fonction, les diplômes sont donc très hétérogènes du fait de ces parcours différents, ce qui limite le sentiment d'une identité commune de cadre intermédiaire.

A ces cadres, s'ajoute le développement d'autres profils, plus logistiques, ou de technostructures. Les mutualisations, le passage à un fonctionnement plus pyramidal, la

---

<sup>25</sup> Bertaux R., Hirlet P., Prépin O., Streicher F., *L'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaire et social*, 2006, p108

<sup>26</sup> Ibid. p67 et entretien avec directeur de CHRS

<sup>27</sup> Ibid

<sup>28</sup> Ibid, p 118

<sup>29</sup> L'observatoire, Les logiques d'utilisation du CAFERUIS, Décembre 2014

transformation du métier de directeur, créent de nouveaux besoins en compétences que l'expérience de terrain ne suffit pas toujours à combler : comptabilité, finances, ressources humaines, informatique, ... Un directeur de CHRS a ainsi recruté un AAH pour compléter son équipe, et souligne le manque de compétences de ses cadres dans ces différents domaines (mais également dans le management d'équipe).

Ces cadres ne présentent pas les mêmes parcours que les cadres exerçant dans le champ de l'éducatif ou du soin. N'ayant pas la même expérience, ils ne rattachent pas leur identité à un métier médico-social.

Si certains peuvent asseoir leur légitimité sur une maîtrise technique (réseau informatique par exemple) leur position vis-à-vis des membres de l'équipe reste ambiguë, et ils se sentent moins valorisés que les chefs de service<sup>30</sup>. L'une des personnes rencontrées, en position de directeur de site avec une expérience précédente dans une entreprise hors secteur, indique avoir connu de grandes difficultés avec les professionnels à son arrivée dues à son manque d'expérience du terrain.

Certains cadres disposent d'une culture professionnelle propre qui peut créer des difficultés, des incompréhensions avec les professionnels de terrain. L'un d'entre eux reproche ainsi aux travailleurs sociaux leur manque de rigueur : « *Les travailleurs sociaux ne sont pas des gens très rigoureux. On a souvent des différents là-dessus. Il leur arrive de faire de grosses erreurs auxquelles ils n'accordent pas d'importance. Et pourtant il y va de la crédibilité de l'association vis-à-vis de l'extérieur. On dépend des financeurs, il faut prouver la qualité de notre travail.* »<sup>31</sup>.

Cette coexistence de ces deux profils de cadres ne facilite pas le sentiment d'une identité commune de cadre intermédiaire.

D'autres complications, d'ordre statutaire, viennent la limiter. Certaines personnes « faisant fonction » se trouvent en situation d'encadrement. C'est le cas d'une des personnes rencontrées, que la directrice exclut des cadres intermédiaires (car elle fait fonction) mais dont les missions, précisées dans la fiche de poste, correspondent à celles d'un cadre. Ce manque de reconnaissance de la fonction par la direction est illustratif d'un problème qui brouille la position du cadre intermédiaire, et limite la capacité de ces personnes faisant fonction, à différencier leur identité professionnelle de cadre de leur identité professionnelle originelle.

---

<sup>30</sup> Op. Cit, Bertaux R and Al. p 159

<sup>31</sup> Ibid. p 177

Dans les établissements publics s'ajoute une division de statut entre fonctionnaires et contractuels. Ces personnes, pourtant présentes dans la même structure, ne sont pas soumises aux mêmes règles, aux mêmes conditions d'avancement, aux mêmes devoirs. Ces différences sont susceptibles de limiter le sentiment d'appartenance à un métier commun. La loi Sauvadet du 12 mars 2012<sup>32</sup> vise à permettre la titularisation des contractuels en poste depuis longtemps, mais ne s'applique pas à tous les contractuels et n'interdit pas le recrutement de nouveaux collaborateurs sous ce statut.

Les profils des cadres intermédiaires présentent donc une hétérogénéité importante avec deux groupes distincts :

- le premier issu des professions de terrain auxquelles il reste attaché. Il regroupe des acteurs hétérogènes en termes de diplôme, de pratique et de culture professionnelle
- le second, en développement, dispose d'une culture professionnelle d'un secteur différent.

Pourtant, dans les fonctions qu'ils occupent, dans les compétences qu'ils sont amenés à acquérir et à mobiliser, on observe des convergences qui peuvent faciliter cette émergence. Ces parcours très hétérogènes génèrent notamment un besoin important de formation pour homogénéiser ces compétences. Ces formations peuvent être une occasion de développement d'une identité commune.

## **II.2 La formation des cadres intermédiaires : des parcours aux référentiels tendant à converger**

Les cadres intermédiaires dans le champ du médico-social sont nombreux (CSE, AAH, CDS) et ont des profils distincts, notamment au regard de leurs formations.

La création en 2004 du CAFERUIS, formation adaptée aux fonctions occupées par les cadres intermédiaires dans le secteur social et médico-social, est survenue dans un contexte où l'on estimait le nombre de cadres intermédiaires à 15000 (début des années 2000). Cette formation visait à répondre à un besoin d'homogénéisation des pratiques tant l'offre de formation à destination des encadrants était : « *dispersée, hétérogène, sectorielle et conduit rarement à la délivrance d'un diplôme* »<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Loi n° 2012-347 du 12 mars 2012

<sup>33</sup> Circulaire DGAS/4 A n° 2004-412 du 2 septembre 2004

Le CAFERUIS atteste des compétences nécessaires pour : « *animer une unité de travail dans le champ de l'intervention sociale et conduire son action dans le cadre du projet et des missions de l'employeur* »<sup>34</sup>. Il constitue un diplôme inscrit au niveau II du RNCP.

Les compétences visées par la formation sont énoncées dans l'annexe 2 de l'arrêté du 8 juin 2004 comme suit :

- DC 1 : conception et conduite de projets d'unité ou de service dans le cadre du projet institutionnel ;
- DC 2 : expertise technique ;
- DC 3 : management d'équipe ;
- DC 4 : Organisation du travail, gestion administrative et budgétaire d'une unité ou d'un service ;
- DC 5 : Communication, interface, gestion de partenariats ;
- DC 6 : Evaluation, développement de la qualité.

« *Sa vocation est intersectorielle, afin de s'adapter à des contextes d'exercice diversifiés et de jouer la carte de la mobilité* »<sup>35</sup>. La formation peut être réalisée entre 12 et 24 mois selon les centres de formation et le titre peut être obtenu via la VAE. Des allègements sont toutefois prévus pour tenir compte de la diversité des profils des candidats.

Le CAFERUIS est actuellement la formation la plus sollicitée, toutefois, d'autres coexistent à ces côtés, tel que le DEIS.

S'agissant des cadres de santé, depuis soixante ans, la formation a considérablement évolué. Entre 1938 et 1995, il a existé huit certificats ou diplômes différents de la formation supérieure des infirmières en vue d'assurer les missions d'encadrement des soins. La dernière évolution réglementaire portant sur la formation a été apportée par le Décret n° 2008-806 du 20 août 2008 modifiant le décret n° 95-926 du 18 août 1995. Le référentiel de compétences établi par la DGOS en décembre 2012 mentionne les compétences suivantes :

- Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activités de soin ;
- Organiser et coordonner les activités du secteur d'activités de soin ;
- Manager des équipes pluri professionnelles dans un secteur d'activités de soin ;
- Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle ;
- Contrôler et évaluer les activités ;

---

<sup>34</sup> Article 1<sup>er</sup> du décret n° 2004-289 du 25 mars 2004

<sup>35</sup> « Le CAFERUIS permet de qualifier les cadres », in *Direction(s)*, n° 54, juillet-août 2008

- Conduire une démarche qualité et de gestion des risques ;
- Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche ;
- Communiquer, transmettre les informations et rendre compte.

Enfin, s'agissant des AAH. Ils participent, sous l'autorité du directeur d'établissement, à la conception, à l'élaboration et à la mise en œuvre des décisions prises dans les domaines administratif, financier, économique, sanitaire, social. Ils peuvent se voir confier des missions, des études ou des fonctions comportant des responsabilités dans les domaines : des admissions et relations avec les usagers, de la gestion des ressources humaines, de la gestion des achats et des marchés publics, de la gestion financière, du contrôle de gestion.

De même, ils peuvent assurer : la gestion administrative d'un pôle clinique, la direction d'un bureau, la direction d'un service, la direction d'un établissement annexe d'une structure hospitalière importante comportant plusieurs sites. Ainsi, la formation vise à permettre aux étudiants de développer les compétences suivantes :

- Management des équipes, des processus d'activités, des projets, des acteurs ;
- Conception, production et diffusion d'outils à destination des acteurs internes et externes d'établissements de santé, relais et mise en œuvre des stratégies d'établissements de santé ;
- Expertise en fondamentaux de gestion (achats, logistique et patrimoine, financière et ressources humaines) ;
- Evaluation des processus d'activité et de projets ;
- Relais et mise en œuvre des stratégies d'établissements de santé.

Dans ces trois formations, des compétences telles que le management ou la conduite de projet sont communes. Toutefois, ces formations visent à développer des compétences d'expertise, ce qui induit une divergence parmi les encadrants selon leur parcours : les AAH développe une expertise en gestion, les CSE une expertise technique liée à l'accompagnement social. S'agissant des CDS, le niveau d'expérience requis pour intégrer la formation oriente le cursus de formation vers une expertise managériale.

Cette question de l'expertise est appréhendée de manière différente selon les interlocuteurs rencontrés. En effet, pour un formateur CAFERUIS (F1), l'encadrant disposant d'une compétence en expertise technique liée à son expérience en tant que professionnel de terrain est quasi indispensable dans certains domaines, notamment la protection de l'enfance. Pour le second formateur CAFERUIS, la compétence en expertise peut être assurée par un professionnel de terrain identifié par l'institution, et/ou les membres de l'équipe, en raison de l'ancienneté et de la maîtrise de l'environnement et des

problématiques, permettant à l'encadrant de se consacrer pleinement à des fonctions de management et conduites de projet.

Pourtant, certaines formations tendent à se développer et semblent, par la terminologie employée, laisser entrevoir une certaine transversalité dans la fonction de cadre intermédiaire, avec notamment la licence professionnelle « cadres fonctionnels des établissements sociaux et médico-sociaux ».

L'identité de cadre intermédiaire n'est pas seulement construite par l'expérience antérieure et la formation mais s'enrichit et évolue tout au long de la carrière de cadre.

### **III Légitimité dans la fonction**

#### **III.1 La reconnaissance de domaine et compétences**

De manière générale, les professionnels de terrain utilisent moins le terme de « légitimité » que celui de « reconnaissance » qui touche davantage à un ressenti du « *déni de reconnaissance* »<sup>36</sup>. Pourtant il est important d'aborder la légitimité dans le processus de construction identitaire professionnelle.

La légitimité a plusieurs composantes. Elle découle de l'aspect législatif et réglementaire de la fonction, s'appuie sur des compétences et des principes éthiques, sur un savoir et un savoir-faire (KALBERG, 2002)<sup>37</sup>. Cet équilibre, une fois maîtrisé par les acteurs, donne du sens aux actions quotidiennes du terrain tout en les inscrivant dans les stratégies institutionnelles.

Anna Marques définit cette maîtrise de la gestion quotidienne sous l'expression « micropolitique » : « *« politique » dans le sens où selon la définition de Nicolas Dodier<sup>38</sup>, ce qui est en jeu c'est la manière dont les acteurs établissent ou critiquent des pouvoirs et pensent leur légitimité ; il est « micro » car il passe à l'échelle des séquences d'échanges autour de prise en charge concrètes des usagers* ».

Les directeurs interviewés confirment dans leurs propos ce positionnement. Ils le soulignent en identifiant la fonction de cadre intermédiaire comme une fonction de « *liaison tant ascendante que descendante* » ou comme un relai entre la Direction et les

---

<sup>36</sup> HONNETH A., *La lutte pour la reconnaissance*, Edition Cerf, Paris, 2000.

<sup>37</sup> Kalberg S., *La sociologie historique comparative de Max Weber*, Paris, Edition La Découverte « Recherches », 2002, 288 pages. Max Weber distingue « fondements de la légitimité : caractère rationnel (législation), caractère traditionnelle (position hiérarchique), caractère charismatique (exemplarité, charisme).

<sup>38</sup> La définition de Nicolas Dodier, dans leçons politiques de l'épidémie de sida, paru aux éditions de l'EHESS en 2003, privilégie la notion de « travail politique » au sens de rééquilibrage des pouvoirs entre cliniciens, état, société pharmaceutiques, usagers et opinion publique.

équipes transmettant des « *informations montantes et descendantes* ». Ils pointent dans ce contexte l'importance de la capacité des cadres intermédiaires à communiquer que ce soit avec leurs équipes ou avec la Direction : « *ils sont entre le marteau et l'enclume, mais cette difficulté peut-être adoucie par la communication* ». L'ensemble des directeurs attend d'eux un « *appui à la direction* » basé sur une « *loyauté* » ou une « *confiance* » dans leur rapport. Pour autant, ils leur reconnaissent une expertise de terrain importante pour leur légitimité et ils attendent d'eux qu'ils soient le « *représentant* » de leurs équipes et qu'ils puissent les « *défendre* » : « *il y a aussi toute la dimension de la connaissance technique, et du champ médico-social qui vient appuyer leur légitimité auprès de leur équipes et aussi de la Direction. C'est une légitimité observable tant auprès des cadres sanitaires que des cadres sociaux* ».

La légitimité des cadres intermédiaires passe par l'acquisition d'une compétence susceptible d'agir dans divers environnements institutionnels et professionnels. La compétence doit être davantage managériale et moins liée à une légitimité professionnelle d'expertise technique. Même si cette expertise technique permet d'ancrer initialement une relation de confiance et une reconnaissance auprès des équipes. L'un des cadres intermédiaires interviewés décrit bien cette notion, il se sent légitime dans sa fonction mais il connaît de la « *résistance des personnels par rapport à [son] ignorance du terrain* ».

Certains directeurs protègent la proximité des cadres intermédiaires auprès de leur équipes en leur laissant un certain degré d'autonomie : « *le directeur doit s'avoir déléguer avec suffisamment de distance pour ne pas écraser les chefs de service* ». Pour eux, l'attitude inverse risquerait de les décrédibiliser et donc, de porter atteinte à leur légitimité.

Nous percevons dans l'ensemble de ces propos la place stratégique de la fonction des cadres intermédiaires au sein d'un management devenu davantage horizontal dans les établissements. Ce positionnement, entre appui à la décision et expertise technique, contribue à structurer l'identité professionnelle des cadres intermédiaires en tant que maillon essentiel d'une chaîne décisionnelle et le représentant de terrain pour les usagers et les équipes.

Pour les directeurs d'établissement, la légitimité des cadres intermédiaires passe par la formation. Cette formation les amène d'une part à une valorisation de leurs compétences d'encadrement ce qui rend légitime leur positionnement entre les équipes et la Direction ; et d'autre part, à se détacher de l'identité professionnelle de leur métier-socle (ASS, ES, IDE,...). Un des directeurs interviewés exprime le fait que l'empreinte de l'identité professionnelle chez les CSE est plus forte que chez les CDS qui se détachent de leur identité professionnelle « *soignante* » de façon plus prégnante au profit d'une identité

professionnelle davantage orientée vers le management. A ce titre, il retrouve une différence de positionnement entre les CSE plus axés sur « *les problématiques des usagers* » que les CDS « *qui ont une approche plus holistique [...] et une prise de recul directe* ».

Ainsi, la formation des cadres instaurée dans les années 1990 par le biais des cycles proposés par les instituts de formation spécialisés contribue à forger la reconnaissance et le passage d'une légitimité de fait à une légitimité de compétences. Pourtant si pour l'ensemble des directeurs la légitimité passe par la formation, les cadres intermédiaires eux sont plus ambivalents. Pour certains, la légitimité passe autant par la reconnaissance de la direction que par l'expérience et la formation. Ils reconnaissent à la formation la construction d'une nouvelle identité professionnelle : « *la formation de cadre de santé m'a permis de légitimer ma fonction d'encadrement et pas seulement sur le personnel soignant* ». Pour d'autres, la légitimité passe par la reconnaissance hiérarchique avant tout, voire de façon quasi unique. A la question vous sentez-vous légitime dans votre fonction de cadre, tous les cadres ont répondu de façon affirmative mais deux d'entre eux ont justifié cette légitimité par la reconnaissance hiérarchique uniquement.

Enfin, pour compléter cette approche de la légitimité nous pouvons aborder son articulation avec la reconnaissance qui relève d'un sentiment moral et psychologique. Il faut différencier le « se sentir légitime » qui souvent traduit une perception de la reconnaissance attendue des équipes ou de sa direction et peut occulter une vision formelle de la légitimité. Une des cadres intermédiaires qui est faisant-fonction se sent légitime de par son positionnement dans l'organigramme hiérarchique et son expérience de terrain mais elle occulte l'ensemble des autres champs en lien avec la formation et les compétences managériales. Or, elle décrit en fin d'entretien son mal être dans cette fonction qu'elle attribue à la difficulté de relation qu'elle a avec certains soignants et un stress qui l'empêche d'être sereine et ce, malgré un soutien de sa cadre supérieure.

Par ailleurs, la reconnaissance par les supérieurs hiérarchiques, plus que la légitimité, reste une des ressources pour la construction de l'identité professionnelle du cadre : « *Je suis parti d'une situation catastrophique et aujourd'hui la structure fonctionne. J'ai obtenu la direction par intérim d'un EPHAD voisin ce mois de mai. C'est une réelle satisfaction au regard d'un travail important de construction identitaire* ».

Haud Guéguen analyse ce phénomène de la façon suivante : « *Du fait de la structure intersubjective de l'identité et du rapport à soi, le sentiment que l'individu a de sa propre valeur, le fait qu'il se sente ou non « estimable », doit être pensé dans sa genèse relationnelle [...] la légitimité [...], se construit au sein même de la relation que l'individu*

*entretient aux autres et à partir de laquelle seulement il peut accéder à une estime de soi* »<sup>39</sup>. Le fait d'introduire cette notion d'intersubjectivité dans la légitimité par le biais de la reconnaissance démontre que le sentiment de légitimité ou son absence ne dépendent pas seulement des individus mais également de leur rapport aux autres.

L'éclaircissement de ce point nous amène à voir différemment l'émancipation des cadres intermédiaires et la construction de leur identité dans la mesure où par la reconnaissance, ils s'autorisent à se sentir légitime et peuvent ainsi avoir accès à d'autres aspects complémentaires de la légitimité tels que nous les avons décrits en début de paragraphe.

Ainsi, si la formation donne une légitimité de droit et si l'expérience de terrain facilite l'entrée en fonction, il n'empêche que les compétences managériales demeurent l'ancrage essentiel d'une légitimité à long terme.

### **III.2 Un positionnement hiérarchique et un management ad hoc**

Le cadre intermédiaire, au centre d'organisations complexes, est aujourd'hui confronté à un phénomène de glissement de ses missions. Ses responsabilités ne cessent de s'accroître car son positionnement a changé en lien avec le « phénomène d'aspiration » précité. Les différentes théories en management des organisations peuvent permettre de comprendre cette mutation en cours et les difficultés qui en découlent.

Selon Henry Mintzberg<sup>40</sup>, la théorie des organisations était dominée par les théories rationnelles du « One best way » inspirée par Frederick Winslow Taylor<sup>41</sup> et les classiques. Cette vision cherchait à montrer quelle était la meilleure voie pour gérer une organisation. Or, Mintzberg remet en cause cette vision universaliste pour proposer plusieurs modes de gestion d'une organisation. Le style de management et le choix de la structure organisationnelle dépendent de nombreux facteurs. Le « One best way » a laissé place à un « Getting it all together ». Pour mener à bien une action commune, il est nécessaire de rassembler des hommes et de coordonner leurs actions à l'aide des moyens de l'organisation. Le manager qu'il soit directeur ou cadre est chargé de coordonner le travail. Son action s'inscrit dans le cadre d'une structure organisationnelle. Ainsi, le modèle bureaucratique qui rigidifiait l'organisation est progressivement abandonné pour privilégier un décloisonnement et un travail davantage fondé sur la mise en commun des ressources.

---

<sup>39</sup> GUEGUEN H. *La légitimité en questions* Revue Vie sociale n°8. Edition Erès, Paris, 2014, p.76.

<sup>40</sup> Mintzberg H., *Le management : voyage au centre des organisations*. Editions d'Organisation, 576 pages, 2ième édition 01/04/2014

<sup>41</sup> Taylor F. W. a inventé le Taylorisme désigné sous le nom d'Organisation Scientifique du Travail avec ses disciples dans les années 1880.

On parle d'équipe de direction plutôt que de direction. Ainsi, les CoDir se sont multipliés et la place de cadre intermédiaire y est fortement souhaitée et citée comme élément incontournable pour le bon fonctionnement de l'organisation. Ces évolutions se sont concrétisées par l'organisation polaire dans le secteur sanitaire avant de se développer dans le secteur médico-social. Elles sont aujourd'hui renforcées par les phénomènes de mutualisation voire de fusion inhérentes à l'évolution du secteur social et médico-social que nous avons abordés plus avant. Ces évolutions ont brouillé les lignes hiérarchiques en allant jusqu'à passer d'un modèle pyramidal à un modèle horizontal<sup>42</sup>. L'idée est de ramener le centre de décision au plus près des personnes concernées, selon le principe de subsidiarité<sup>43</sup>. Cette notion se retrouve dans les entretiens où la place du cadre intermédiaire tout en étant souhaité comme soutien de la direction conserve une autonomie de décision pour amener son équipe à plus d'efficacité.

La question de l'autorité et de la hiérarchie suit également cette évolution pour adapter les modes managériaux des cadres intermédiaires aux évolutions structurelles. Le manager est la personne qui est investie de l'autorité formelle dans l'organisation. Il s'inscrit dans une hiérarchie, détient des responsabilités et doit unir des efforts pour atteindre les objectifs fixés. De plus, il doit savoir mobiliser les équipes et susciter suffisamment d'investissement pour rendre l'organisation performante.

La fonction d'encadrement implique cette notion d'autorité reconnue. Ce pouvoir lui est reconnu par sa hiérarchie, soit par promotion professionnelle au regard des qualités dont il a fait preuve dans l'exécution des tâches qu'il effectue, soit par un recrutement au regard des formations, diplômes ou expériences requises pour le poste : le fameux profil de poste souvent encore absent dans les structures. Selon le secteur d'activité ou l'environnement professionnel, la formation, la possession d'un diplôme ne sont donc pas indispensables pour exercer cette fonction.

Selon Henri Fayol<sup>44</sup>, le manager exécute cinq tâches : planifier, organiser, coordonner, commander, et contrôler. Il revient à ce théoricien de l'Administration, l'idée de la

---

<sup>42</sup> SINTES F., MERIENNE C., p. 162 dans *Accompagner le changement dans le champ de la santé*, ouvrage coordonné par SAINT-JEAN M., PEOC'H N. et BASTAINI B. Edition De Boeck Estem, février 2015, Belgique, 182 p.

<sup>43</sup> [http://fr.wikipedia.org/wiki/Principe\\_de\\_subsidiarit%C3%A9](http://fr.wikipedia.org/wiki/Principe_de_subsidiarit%C3%A9) (consultatée le 5/05/2015 à 11h05) : Le principe de subsidiarité est une maxime politique et sociale selon laquelle la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, doit être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème d'elle-même. Il va de pair avec le principe de suppléance, qui veut que quand les problèmes excèdent les capacités d'une petite entité, l'échelon supérieur a alors le devoir de la soutenir, dans les limites du principe de subsidiarité.

<sup>44</sup> FAYOL H., *l'Administration industrielle et générale*, Edition DUNOD, Paris, 1916, 133 pages.

nécessité pour le responsable d'organisation d'acquérir une formation administrative. On retrouve ce besoin cité dans les entretiens. C'est une évolution majeure par rapport au Taylorisme car on se préoccupe davantage de l'organisation humaine. La vision synoptique du fonctionnement des organisations grâce aux « tableaux d'organisation » ancêtre de l'organigramme, maintes fois cité dans les entretiens, est un élément fondamental du bon fonctionnement des organisations. Ce sociologue des organisations démontre que le défaut majeur des organisations est le manque d'unité dans le commandement. Cet aspect fondamental de la formalisation des circuits de commandement apparaît dans les entretiens réalisés que ce soit pour les cadres mais aussi pour les décideurs.

Pour autant, Henry Mintzberg cherche à montrer que dans la réalité un manager est bien loin d'exécuter rationnellement ces cinq tâches. Pour le prouver, il a observé quotidiennement les tâches réalisées par des managers et les a regroupées sous trois grands pôles et dix rôles<sup>45</sup>. On retrouve ceux-ci dans les activités et missions dévolues aux cadres intermédiaires. La difficulté est de jouer tous les rôles à la fois et de les jouer correctement en situation. C'est ce qui conduit le sociologue à douter de l'hypothèse rationnelle. Diriger n'est pas une science, mais un art qui s'apprend par un processus complexe d'autoformation et de remise en cause. L'intuition a toute sa place dans la gestion d'une organisation et la rationalité des décisions et des actions n'est pas possible. « *Tout le monde ne peut pas être cadre* », cet avis d'une directrice d'ARS corrobore le fait qu'être cadre intermédiaire exige des compétences managériales certaines et ne se limite pas à l'exécution de tâches diversifiées. Les exigences et les attendus des décideurs sont multiples et les compétences à mobiliser également. On peut s'interroger sur la capacité des cadres intermédiaires à relever ce défi.

---

<sup>45</sup> Cf. Annexe V : Classification des tâches des cadres par H. Mintzberg

## Conclusion

### Synthèse

L'évolution du secteur médico-social ainsi que les exigences législatives et réglementaires sont à l'origine de nouveaux besoins de compétences pour l'exercice de la fonction de cadre intermédiaire. Une variété de dénomination est rattachée à celle-ci. Nous avons pu vérifier que cette notion de « cadre intermédiaire » regroupe en son sein des chefs de services, des responsables, des faisant-fonctions, des chefs de pole. Ces dénominations sont souvent liées au contexte institutionnel ainsi qu'au champ de missions investi et confié au cadre intermédiaire. Cette polysémie reflète une pluralité de parcours professionnels.

L'évolution du cadre intermédiaire dans les structures médico-sociales débouche sur un certain « métissage » des professionnels qui composent ce corps de métiers. Cette notion évoquée par Dobiecki<sup>46</sup> est enrichie sans cesse par l'arrivée de nouveaux acteurs aux cultures professionnelles multiples, ce qui contribue à l'enrichissement de ce corps. Il n'y a donc pas de bloc identitaire figé des cadres intermédiaires mais un renouvellement constant de leur rôle et place qui accompagne leur positionnement.

Cette situation nécessite une adaptation des cursus de formation qui, bien que présentant de nombreuses convergences, conservent des spécificités qui maintiennent des disparités d'identité professionnelle entre ces professionnels sur le terrain, indépendamment d'une expérience commune qui peut les rapprocher.

Le secteur médico-social de part un positionnement indépendant, des pratiques de management différentes par rapport à la gestion humaine et une logique économique contraignante, a pour l'instant plus de difficulté à se rapprocher d'une identité professionnelle des cadres intermédiaires des autres secteurs.

Même si les cadres intermédiaires disposent de spécificité du fait de leur identité professionnelle, les attendus tant au niveau directionnel qu'opérationnel, restent similaires. Le management et l'encadrement demeurent des activités centrales de leurs missions.

L'adaptation au changement des organisations du secteur médico-social passe par un décroisement des relations humaines professionnelles via un management plus horizontal. Les cadres intermédiaires construisent leur identité professionnelle dans cette mouvance et l'intrication des attentes de chacun. La complexité et les nouvelles exigences

---

<sup>46</sup> Dobiecki, *Etre cadre dans l'action médico-sociale*, Edition ESF

des tutelles sur cet environnement, les oriente désormais vers une expertise managériale qui permet d'asseoir leur légitimité jusqu'alors davantage ancrée sur la formation et l'expérience de terrain.

L'identité professionnelle des cadres en construction est complexe, pour autant, les mutations structurelles contribuent au phénomène d'acculturation nécessaire à l'émergence de celle-ci et favorisent le passage d'un cadre-expert à un cadre-manager.

La séparation du management et de l'expertise peut être un point d'évolution.

## **Perspectives**

Au vu des contraintes qui s'appliquent sur le secteur médico-social, il y a lieu de penser que le phénomène d'aspiration décrit précédemment sera amené à se renforcer. La mutualisation des moyens, les regroupements de structures, sont encore d'actualité. De plus en plus de directeurs se trouveront en charge de plusieurs sites ce qui les amènera à se s'appuyer encore plus sur les cadres intermédiaires. Ces derniers, se trouvant comme seuls cadres présents sur un site exerceront des tâches anciennement dévolues aux directeurs.

De ce fait, l'éloignement du terrain des cadres intermédiaires doit être un point de vigilance : les cadres doivent conserver une connaissance des problématiques de leurs équipes et des publics pour conserver un management de proximité adapté.

De plus, ce repositionnement des cadres intermédiaires comme managers, va induire la nécessité d'accompagner les équipes, qui auront besoin d'expertise. Pour répondre à ce besoin il paraît intéressant d'identifier et de mobiliser les compétences des professionnels issus du terrain. Ce repérage de « talent » apportera une plus-value dans le quotidien des équipes et des organisations en termes de tutorat et d'expertise. Par exemple, la création de coordinateurs d'équipes, de référents techniques, ou le développement de procédures qui permettront à l'équipe elle-même de combler des manques (groupes de travail thématiques, réunions d'analyse des pratiques,...). Cette montée en autonomie des équipes peut elle-même amener une mutation de leur identité professionnelle et nécessiter un accompagnement, notamment à travers des formations.

Cette évolution nous permet de faire un rapprochement avec les pratiques avancées du secteur sanitaire et notamment pour le corps infirmier. Le secteur médico-social pourrait s'inspirer de ces avancées pour évoluer et permettre au cadre intermédiaire de s'orienter définitivement vers le management plutôt que vers l'expertise de terrain en s'appuyant sur un tiers expert.

Il apparaît également opportun de revoir la formation des cadres. Les compétences développées étant communes à l'ensemble des cadres intermédiaires tous secteurs

confondus (social, médico-social et sanitaire), il est envisageable de proposer une formation conjointe pour l'ensemble de ces cadres. Cela permettra l'ouverture vers des profils extérieurs au secteur et enrichira sa culture, tout en rassemblant sous un même corps l'ensemble des formés.

Chantal de Singly, Directrice Générale de l'Agence de Santé Océan-Indien a mis en place à la Réunion un institut Régional de management en santé. Premier du genre, l'objectif est de dispenser à des professionnels de santé ou exerçant dans les champs du social ou du médico-social ainsi qu'à d'autres publics, de la zone océan indien, des formations supérieures qualifiantes ou diplômantes de management et d'enseignement en santé notamment :

- la formation conduisant au diplôme de cadre de santé ;
- des formations conduisant à des diplômes universitaires dont des masters, dans les champs de la santé, du social ou du médico sociales.

Il serait intéressant de suivre ces premiers étudiants formés dans leur future pratique de cadre afin de mesurer l'apport d'une telle formation conjointe. Enfin, il serait également pertinent d'observer si le fait d'avoir une formation commune permet la construction d'une identité corporatiste des cadres intermédiaires du sanitaire, social et médico-social.

---

## Bibliographie

---

### OUVRAGES

BAUDURET J.-F., *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*. Edition Dunod, août 2013. 288 pages.

BAUDURET Jean-François et JAEGER Marcel, *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation*. Edition Dunod, coll. Action Sociale, 2002. 352 pages.

BERTAUX R, HIRLET P, PREPIN O, STREICHER F, *L'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaire et social* Edition Seli Arslan coll Penser l'action sanitaire et sociale Paris 2006. 352 pages.

BRIOUL M., *Chroniques médico-sociales*. Edition Presses de l'EHESP, Rennes, 2014. 286 pages.

CHOPART J.-N., *Mutation du travail social : dynamique d'un champ professionnel*, Edition Dunod, Paris, 2000. 376 pages.

COMBESSIE J.-C., « II. L'entretien semi-directif », in *la méthode en sociologie*, Edition La découverte, Paris, 2007. 124 pages.

DOBIECKI B., GUAQUERE D., *Etre cadre dans l'action sociale et médico-sociale*, ESF éditeur, 2ème édition, 2007. 254 pages.

DODIER N, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, de l'EHESS en 2003. 360 pages.

DUBAR C., *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*, Edition PUF, Paris, 2000, 240 pages.

DUBECHOT P., CAFERUIS : *responsable d'unité d'intervention sociale*, Vuibert, Paris, 2009. 223 pages.

FAYOL Henri, *Administration industrielle et générale*, Edition Dunod, 1916, 133 pages ;

GADEA C., *Les cadres en France*, coll. Perspectives sociologiques, Edition Belin, 2003. 285 pages.

HONNETH A., *La lutte pour la reconnaissance*, Edition Cerf, Paris, 2000. 232 pages.

KALBERG S., *La sociologie historique comparative de Max Weber*, Edition La découverte Collection recherche, Paris, 2002, p. 288.

LEFEVRE P., *Guide du métier de cadre en action sociale et médico-sociale*, Edition Dunod, 3ème édition, 2012. 314 pages.

MAUREL E, *typologie des cadres*, in *les mutations en travail social*, édition : DUNOD, Paris, 2000. 303 pages.

MINTZBERG H., *Management, voyage au centre des organisations*. Editions d'Organisation, 2ième édition 2014. 576 pages.

SAINSAULIEU I., *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, éditions Lamarre, 2008. 220 pages.

SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques. 2ème édition 1985. 604 pages.

SAINT-JEAN M., PEOC'H N. et BASTAINI B *Accompagner le changement dans le champ de la santé*, ouvrage coordonné par. Edition De Boeck Estem, février 2015, Belgique, 182 pages.

### **ARTICLES**

« La légitimité en questions » *Revue Vie sociale* n°8. Edition Erès, Paris, décembre 2014

ZANDA J-L.et C. FUNES, « Le champ social et médico-social : une activité en forte croissance, des métiers qui se développent et se diversifient » in *Repères et analyse*, n° 44, Pôle Emploi, mai 2012

H. GARNER et D. MEDA, « La place du travail dans l'identité des personnes » in *Données sociales : La société française*, INSEE, 2006

17 décembre 2004, « CAFERUIS », in *TSA*, n° 999

« Etude des capacités acquises en fin de formation de cadre de santé », in *Soins cadres de santé*, n° 67, août 2008

« La formation des cadres de santé, histoire et perspectives », in *Soins cadres de santé*, n° 45, février 2003

« Le certificat d'aptitudes aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale », in *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2383, 26 novembre 2008

« Le CAFERUIS permet de qualifier les cadres », in *Direction(s)*, n° 54, juillet-août 2008

« Vers une mutation de la fonction de direction », in *Lien Social*, n°748, février 2011

### **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

Loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme à l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi n°86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

Loi 1975-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2015

Décret n° 2004-289 du 25 mars 2004 portant création du certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale

Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

Circulaire DHOS/P2 n° 2002-77 du 8 février 2002 relative à la mise en œuvre de certaines mesures du protocole du 14 mars 2001 relatives aux corps des attachés d'administration hospitalière, des cadres de santé, des sages-femmes, des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Circulaire DGAS/4 A n° 2004-412 du 2 septembre 2004 relative aux modalités de la formation préparatoire au certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale et à l'organisation des épreuves de certification

## **RAPPORTS**

L'observatoire, « Les logiques d'utilisation du CAFERUIS », Décembre 2014

ANAP « Le secteur médico-social, comprendre pour agir », juillet 2013

KPMG « Secteur social et médico-social : regards croisés, enjeux et perspectives », 2013

L'observatoire & UNIFAF, « Portraits de quatre métiers en aquitaine », Novembre 2008

Rapport IGAS : Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Décembre 1995

## **SITOGRAPHIE**

- Encarta
- <http://www.entreprises.gouv.fr/services-a-la-personne/cadres-fonctionnels-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux-licence-pro>
- Barbe L., Coquelle C., « L'encadrement dans le secteur social », Rapport au ministère de l'Emploi et de la Solidarité, direction générale de l'action sociale, 2001.
- Batifoulier F., Noble F., Fonction de direction et gouvernance dans les actions d'action sociale, Dunod, 2005.
- Bertaux R., Hirlet P., Prepin O., Streicher F., L'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaires et social. Un métier en construction, Éditions Seli Arlan, 2006.
- Miramon J.-M., Manager le changement dans l'action sociale, éditions ENSP, 2001.

## **CONFERENCES**

Daniel Guaquère, Directeur de l'ANDESI, Conférence dans le cadre des Rendez Vous de l'ANDESI. Communication du 5 novembre 2004 : Qui sont les cadres intermédiaires de l'action sociale ? Evolution des statuts, des compétences et de la qualification depuis 10 ans.



**EHESP**

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : Grille d'entretien à l'attention des interlocuteurs rencontrés en ARS

Annexe II : Grille d'entretien à l'attention des cadres intermédiaires

Annexe III : Grille d'entretien pour les directions structures médico-social

Annexe IV : Grille d'entretien à l'attention des formateurs/observateurs

Annexe V : Classification des taches des cadres par H. Mintzberg

Annexe VI : Répartition des entretiens

Annexe VII : Grille d'analyse des entretiens

## **Annexe I : Grille d'entretien à l'attention des interlocuteurs rencontrés en ARS**

- Comment percevez-vous la fonction des cadres intermédiaires actuellement dans les structures médico-sociales avec lesquelles vous travaillez ?
- Quelles attentes avez-vous vis à vis de cadres intermédiaires ?
- Quels difficultés, observez-vous dans leur quotidien ?
- Comment analysez-vous cette mise en difficultés et les causes ?
- Quels axes d'amélioration verriez-vous pour l'exercice de cette fonction ?
- Quel regard portez-vous sur les évolutions passées et à venir sur cette fonction ?

## Annexe II : Grille d'entretien à l'attention des cadres intermédiaires

- Pouvez-vous décrire le type de structure dans lequel vous travaillez ?
- Quel est votre parcours / votre cursus ?
- Depuis quand exercez-vous la fonction de cadre intermédiaire et depuis combien de temps dans cette structure ?
- Sous quelle convention exercez-vous ?
- Pouvez-vous définir votre poste et vos missions ?
- Quelles activités réalisez-vous au quotidien ?
  - o [Projet d'établissement/ gestion administrative et budgétaire partenariat en réseau/ gérer et évaluer les compétences individuelles/contribuer à l'analyse]
- Est-ce que vous participez au comité de Direction ?
- Quelles sont vos responsabilités hiérarchiques exactes ?
- Existe une formalisation de ce positionnement hiérarchique (organigramme, fiche de poste, fiche de mission) ?
- Quel type de délégation avez-vous de la part de votre hiérarchie ?
- Existe-t-il un réseau/collectif/association pour les cadres intermédiaires et en faites-vous partie ?
- Avez-vous des collègues cadres intermédiaires ?
- Quelles relations avez-vous avec votre supérieur hiérarchique ?
- Quelles relations avez-vous avec les personnes que vous managez ?
- Vous sentez vous légitime dans votre fonction et pourquoi ?
- Avez-vous des contraintes à réaliser dans le cadre de votre fonction ?
- Est-ce que l'image que vous aviez de cette fonction correspond à votre exercice ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'exercice de votre fonction ?
- Voyez-vous des axes d'amélioration pour votre fonction ?

### **Annexe III : Grille d'entretien pour les directions structures médico-social**

Questions similaires à celles à l'attention des cadres intermédiaires, ainsi que les questions complémentaires suivantes :

- Pouvez-vous décrire le type de structure dans lequel vous travaillez ?
- Quel est votre parcours / votre cursus ?
- Comment percevez-vous la fonction des cadres intermédiaires actuellement dans les structures médico-sociales ?
- Quelles attentes avez-vous vis à vis de cadres intermédiaires ?
- Quelles difficultés, observez-vous dans leur quotidien ?
- Comment analysez-vous cette mise en difficultés et les causes ?
- Quelles marges d'autonomie laissez-vous à ces cadres intermédiaires ?
- Existe une formalisation de leur positionnement hiérarchique (organigramme, fiche de poste, fiche de mission) ?
- Comment percevez-vous la transition entre cadres intermédiaires et dirigeant

#### **Annexe IV : Grille d'entretien à l'attention des formateurs/observateurs**

- Pouvez-vous décrire le type de structure dans lequel vous travaillez ?
- Quel est votre parcours / votre cursus ?
- Comment percevez-vous la fonction des cadres intermédiaires actuellement dans les structures médico-sociales ?
- Quelles attentes avez-vous vis à vis de cadres intermédiaires ?
- Quels difficultés, observez-vous dans leur quotidien ?
- Comment analysez-vous cette mise en difficultés et les causes ?

## Annexe V : Classification des taches des cadres par H. Mintzberg

Pôles	Rôles	Actions
<b>Activités de contact, interpersonnelles</b>	Représentant	Représenter l'entreprise à l'extérieur.
	Leader	Guider et motiver ses troupes. Il donne l'exemple.
	Agent de liaison	Réaliser le lien entre tous les employés (gestion des réseaux de relations).
<b>Activités d'information (activité clé)</b>	Guide	Observer activement et rechercher l'information sur ce qui se passe.
	Propagateur d'informations	Diffuser les informations auprès de ses subordonnés à l'intérieur de l'unité.
	Porte-parole	Communiquer publiquement à l'extérieur de l'unité.
<b>Activités de décisions</b>	Entrepreneur	Proposer de nouveaux projets, innover, tenter, risquer
	Régulateur	Gérer les troubles les dysfonctionnements <i>Mintzberg constate que les dirigeants passent la plus grande partie de leur temps à réagir à des turbulences. Ils régulent plus qu'ils n'entreprennent.</i>
	Répartiteur	Répartiteur de ressources : allouer les moyens aux différents projets et équipes
	Négociateur	Discuter avec les différents partenaires internes et externes

Annexe VI : Répartition des entretiens

Fonction	Code	Catégorie	Elève	Date	Lieu	Modalités	Durée (en minutes)	Commentaires
ADAPEI 25	CI 1	Cadre intermédiaire	Florent	05/05/15	Besançon	Physique	52	Enregistré
SOS	CI 2	Cadre intermédiaire	Florent	11/05/15	Rennes	Téléphonique	53	Prise de notes
CdS - EHPAD	CI 3	Cadre intermédiaire	Nathalie	05/05/15	Couches	Physique	105	Prise de notes
AAH - EHPAD	CI 4	Cadre intermédiaire	Nathalie	05/05/15	Epinac	Physique	90	Prise de notes
CSE - FAM	CI 5	Cadre intermédiaire	Nathalie	04/05/15	Macon	Physique	58	Prise de notes
CSE (faisant fonction) Foyer de vie	CI 6	Cadre intermédiaire	Nathalie	04/05/15	Macon	Physique	54	Prise de notes
MDPH 35	CI 7	Cadre intermédiaire	Naïma	07/05/15	Rennes	Physique	45	Enregistré
DRJSCS	DEC 1	Décideur	Alexis	05/05/15	Paris	Physique	55	Prise de notes
CG 90	DEC 2	Décideur	Florent	05/05/15	Besançon	Physique	45	Enregistré
ARS IdF	DEC 3	Décideur	Florent	06/05/15	Paris	Téléphonique	29	Enregistré
ARS Bourgogne	DEC 4	Décideur	Nathalie	06/05/15	Dijon	Physique	120	Prise de notes
D3S	DIR 1	Directeur	Alexis	04/05/15	Paris	Physique	72	Prise de notes
D3S tour extérieur	DIR 2	Directeur	Naïma	05/05/15	Rennes	Physique	30	Enregistré
D3S EHPAD Lucratif	DIR 3	Directeur	Florent	05/05/15	Besançon	Physique	42	Enregistré
RDAS	DIR 4	Directeur adjoint	Nathalie	04/05/15	Macon	Physique	45	Prise de notes
Formateur CAFERUIS - Paris	FOR 1	Observateur	Florent	06/05/15	Paris	Physique	50	Prise de notes (refus d'enregistrement)
Formateur CAFERUIS - Rennes	FOR 2	Observateur	Florent	11/05/15	Rennes	Physique	59	Enregistré
Formateur AAH	FOR 3	Observateur			Rennes	Questionnaire		Non réalisé avant restitution de l'écrit
Formateur CdS	FOR 4	Observateur			Rennes			Non réalisé avant restitution de l'écrit
CREAI	OBS 1	Observateur	Naïma/Florent	28/04/15	Dijon	Téléphonique	25	Enregistré

## Annexe VII : Grille d'analyse

Cadre intermédiaire	ADAPEI	SOS	Cadre de santé - EHPAD	AAH - EHPAD	CSE - EHPAD SPECIALISE personne handicapée vieillissante	EDUC SPE - Foyer de Vie Faisant Fonction Cadre	MDPH
<b>Structure</b>	Fusion récente de trois secteurs géographiques dans lesquels étaient présents trois pôles (enfance, travail protégé, accompagnement et habitat)  - 72 établissements/services - 1600 salariés - 3600 usagers	CAARUD (700 usagers/an)	EHPAD public autonome; 4 services: unité protégée, accueil de jour, SSIAD, hébergement; 83 places	EHPAD public autonome de 65 lits; lourd passé de directions par interim ( 14 ans); AAH directeur de site depuis 2007 par décision du CA suite à une situation financière difficile; depuis février 2015, adhésion CHT avec trois hôpitaux voisins ( mutualisation de certaines fonctions support)	Résidence Départementale d'Accueil et de soins (RDAS); Etablissement Public Médico-Social ; EHPAD personnes handicapées : 54 résidents de plus de 60 ans avec reconnaissance MDPH par rapport handicap	RDAS; foyer de vie pour personnes handicapées de moins de 60 ans ( parfois plus de 60 ans en réalité); handicapés psychiques : 23 résidents	mdph
<b>Cursus</b>	Formation : - IDE - Formation en management - Licence en management des EMS et gérontologiques - DU veille et sécurité sanitaire  Parcours professionnel : - Hopital - Libéral - MAS - Cadre infirmier en charge de la veille, sécurité sanitaire et hygiène	Formation : - Diplôme d'Etat d'Educateur Spécialisé - Master en Gestion des Etablissements de Santé  Parcours professionnel : - dirigeant d'une "start up" - auto-entrepreneur (évaluation externe des ESMS) - chef de service (CAARUD)	cadre de santé paramédical issue de la filière infirmière; 2005: école des cadres de Lyon + Master 2 en sociologie des organisations; évaluer externe et formateur; depuis 2011: cadre supérieur de santé	Parcours atypique: issu du milieu industriel avec petite expérience de chef d'équipe; directeur de site depuis 8 ans en qualité de contractuel de la fonction publique; Bénéficiaire de la loi Sauvadet, titulaire de son grade d'AAH depuis le 1er avril 2015; en formation par alternance à l'EHPAD.	Cadre socio-éducatif de formation initiale Assistante sociale, expérience dans le sanitaire notamment en psychiatrie; soins généraux et alcoologie.	Educateur spécialisé avec expérience en IME, MAS depuis 10 ans; pas de CAFERIUS: ce n'est pas nécessaire, mieux expérience; Formation d'une semaine /encadrement de service	bts assistant de direction. Puis entrée en fonction publique territoriale. Concours de redacteur territorial. Puis concours d'attaché territorial, puis attaché territorial principal. Actuellement, chef de service - coordinatrice du service " évaluation" de la mdph.
<b>Ancienneté fonction</b>	3 ans		9 ans en position d'encadrement suite à sa formation; depuis 6 ans à l'EHPAD autonome ; avant était cadre de santé en EHPAD rattaché à l'Hôpital	position de Directeur de site depuis 7 ans.	CAFERIUS en 2008; ancienneté dans la structure : 5 ans; premier poste d'encadrement	Responsable du foyer de vie depuis 2008	entrée en 1990 en fpt. ( plusieurs conseil départementaux)
<b>Convention</b>	Convention 66, défavorable selon lui	Convention 66					

<b>Définition poste</b>	Orienté vers l'extérieur, rattaché à la direction de l'amélioration continue, mais intervient sur les trois pôles (mission transversale sur les pôles et les secteurs géographiques)	Assure l'encadrement de l'ensemble des personnels présents sur le site (31 personnes = 28 ETP)	Encadrement intermédiaire: interface entre le terrain et la Direction	Direction de l'établissement dans le cadre d'une CHT	Encadrement intermédiaire entre cadre supérieur socio éducatif et équipe/résidents;	Responsable d'unité de vie	chef du service evaluation. existence et travail étroit avec deux autres attachés : issus de la filière FPT sous la direction d'une IASS.
<b>Missions</b>	Missions transmises par la N+1 mais aussi par l'ensemble des directeurs	Mettre en oeuvre les directives issues de la loi 2002-2 Mettre en oeuvre des actions visant à assurer la qualité de la prise en charge des usagers Coordonner la prise en charge des usagers Assurer la gestion financière du service Remplir une fonction de management "de proximité"	encadrement des personnels soignants + personnels hôteliers et animation; gestion du système d'information; rôle de Directeur de site car EHPAD sous intérim depuis 4 ans ( présence d'une directeur une journée par semaine); recrutement et évaluation des personnels sous sa responsabilité ( cités plus haut); organisation des services( planning); relations avec les résidents et les familles;	Pilotage de l'établissement, management de l'ensemble des équipes ( 42 ETP)	Faire vivre au quotidien l'unité de vie; élaboration du projet de vie du service; organisation du service et planning; définir les objectifs de travail de tous les membres de l'équipe : AS, AMP, IDE, maitresse de maison; liens avec les familles ( peu présentes); temps d'échange avec les résidents; régulation de l'équipe	personne ressource de l'équipe composée à 90% d'AMP. Suivi des projets personnalisés; responsable des prises en charge; animation équipe; communication au sein de l'équipe et maintien de la cohérence	encadrement d'une euipe pluridisciplinaire de 30 travailleurs medicaux sociaux et d'une equipe de secretariat.
<b>Activités</b>	Veille en lien avec la sécurité sanitaire Formateur en développement continu professionnel (DPC?) Mise en oeuvre de protocoles/procédures (ex : évènements indésirables) Elaborations de conventions de partenariat Pas d'évaluation car cadre technique et non pas cadre hiérarchique Grande liberté / marge de manoeuvre dans les actions à mettre en oeuvre Membre de la commission d'accès aux soins	Assister aux transmissions d'équipes Assurer le suivi des tableaux de bord (notamment des évènements indésirables) Communiquer avec l'extérieur Assister aux "débriefing" des équipes Recadrer les usager en cas de besoins Participer aux réunions extérieures (réunion de cadre, groupes de travail,...)	planning, admission des résidents, animation des équipes, interface avec administration, maintenance du parc informatique, gestion et management de la qualité	gestion des ressources humaines; gestion financière, politique achat, recrutement et évaluation des personnels; depuis 2013, recrutement d'un cadre de santé qui prend en charge la partie prise en charge des résidents	planning; admission des résidents, gestion des conflits entre résidents ou entre agents; évaluation des agents; pas le recrutement ( avis); coordination des différents intervenants: ergothérapeute, kiné, psychologue, médecin coordonnateur et médecins généralistes.Association aux projets structurants: convention tripartite, évaluation interne et projet de restructuration.	planning; évaluations des agents; suivi des PPI; relations avec les partenaires extérieurs par rapport aux activités	chargée de la mise ne oeuvre de la politique du handicap, "présidence" des commissions de droits pluridisciplinaire, élaboration d'un pilotage stratégique : mise en place d'outils d'évaluation ( codification handicap, démarche qualité ...), relais d'information auprès des équipes, démarche projet.

<b>Participation CODIR</b>	NON, mais participation ponctuelle sur invitation en lien avec des thématiques qualité	NON	OUI, membre de l'équipe de Direction	pilotage du CODIR en interne; participation au CODIR de la CHT	non; cadres sup font partie de l'équipe de direction; réunion des responsables de services avec cadre sup et parfois direction	non, réunion des responsables de service une fois tous les 15 jours	participation hebdomadaire au CODIR ( essentiel et fondamental) , chaque lundi : échanges sur l'activité du service, les orientations stratégiques, les améliorations à mener, mais aussi : information sur les difficultés rencontrés par les équipes
<b>Responsabilité hiérarchique</b>	Aucune	Encadre 31 personnes et est chargé de leur évaluation	responsabilité hiérarchique sur soignants: AS, AMP, IDE+ animatrices et équipe hôtelière ( ASH)	Sur l'ensemble du personnel de l'EHPAD	sur les membres de l'équipe: AS, IDE, AMP et maitresse de maison; remarque: position hiérarchique sur personnel soignant	AMP et AS et IDE	responsabilité hiérarchique sur l'équipe pluridisciplinaire ; "subordination hiérarchique envers la direction"
<b>Formalisation (organigramme, fiche de poste, de tâche)</b>	Absence de fiche de poste et de fiche de mission  Difficulté à se positionner sur l'organigramme avant le choix de rattachement à la direction de l'amélioration continue. Le rattachement à une direction de traduit pas la transversalité du poste	délégations contenues dans le document unique de délégation	organigramme hiérarchique positionne le CI en directeur adjoint; une fiche de poste explicite son positionnement fonctionnel dans la structure: personne ressource de l'ensembles desservices ( cuisine, maintenance, administration)	Organigramme de la CHT positionne le CI en Directeur de site; l'organigramme interne de l'EHPAD le positionne en Directeur;fiche de poste établie par le Directeur de la CHT	existence d'un organigramme hiérarchique et fonctionnel: pas de fiche de poste claire; volonté de la direction	organigramme hiérarchique et FICHE DE POSTE	organigramme nominatif à double portée hiérarchique et fonctionnel. Fiche de poste de "chef de service "
<b>Différence perçue entre réel et prescrit</b>	Absence de travail prescrit du fait de l'absence de fiche de poste	Travail réel plus conséquent que le travail prescrit	" Quand je suis parti à l'école des cadres, j'ai réalisé que j'allais changé de métier. Ce fut le cas progressivement, surtout dans ce poste où l'absence de Direction sur site fait de moi le "responsable" de la structure."	Missions clairement établies dans le cadre de la CHT	pas de fiche de poste	en totale conformité avec fiche de poste précise	Missions définies d'encadrement, de supervision.
<b>Délégation de sa hiérarchie</b>		Délégation de la direction en matière de paiement (jusqu'à 5000€) et de gestion de la qualité	mandats, planning	à l'exclusion du pouvoir de nomination	planning; évaluation des agents	planning et évaluation agents	

<b>Appartenance à un réseau à une association ?</b>	NON	NON	communauté des cadres de la région; réseau de formateur, réseau de formateurs	directeurs	Au début de la prise de poste puis ensuite arrêt car profils diversifiés et non réponse aux besoins. Analyse des pratiques avec organisme extérieur/situation de management.	NON; participation à l'analyse des pratiques mais pas forcément situation de management car fait par psychologue	formation continue de "démarche projet et d'animation d'équipe" + échanges informels avec les autres chefs de service de la mdph qui constitue une réelle valeur ajoutée : inter-reconnaissance professionnelle.
<b>Collègue dans l'entourage/ isolement</b>	Unique cadre "sanitaire" de l'ADAPEI 25, position pas simple  "la solitude permet de croire au génie!"	7 autres cadres chefs de services exercent sur le territoire régional et se rencontrent dans le cadre de réunions mensuelles et éventuellement dans le cadre de groupes de travail	pas de collègue sur site ( pas de cadre de santé, pas d'attaché)	pas d'isolement car collaboration avec les directeurs de site des autres établissements; en interne, collaboration avec cadre de santé (" à mon sens, la cadre de santé reste cantonnée au domaine du soin et ne s'implique que très peu dans le fonctionnement global de la structure et c'est dommageable"	Bon travail de collaboration avec les responsables qui ne sont pas des cadres: IDE, psychologue, éducateur spécialisé. L'encadrement est multiprofessionnel	Bonne relation avec les responsables	Relation très bonne avec l'ensemble du service tant au niveau de la direction que des équipes, aucun souci de légitimité, même envers d'autres cadres A .... je ressens une réciprocité de légitimité, excepté envers les médecins qui sont cadre A comme moi, mais je me pose toujours la question de ma légitimité .... pourtant je suis leur supérieur hiérarchique, et en même temps je n'ai pas ce souci avec les psychologues ou les enseignants qui sont aussi cadre A`
<b>Relation avec le supérieur hiérarchique</b>	Il occupe son poste depuis 3 ans mais ne sait pourtant pas qui doit l'évaluer	"Bonnes" Le directeur régional est chargé de l'évaluation des cadres intermédiaires Relation de confiance	très bonne relation avec la directrice par intérim, travail de collaboration efficace basé sur la confiance; délégations claires, responsabilités définies	très bonne relation et collaboration	très bonne relation avec l'encadrement supérieur et avec la Direction: relation informelle	Bonne relation avec Cadre sup socio-éducatif; recours en cas de difficultés	bonne relation avec les autres cadres du service : soutien, échanges de pratiques en terme de management et de gestion d'équipe. C'est une ressource pour moi.
<b>Relation avec l'équipe sous sa responsabilité</b>	Pas d'équipe sous sa responsabilité		proximité et dialogue; respect de chacun,	Grande difficulté au départ car n'était pas un professionnel de terrain	Bonne relation, pas de problème, reconnaissance malgré culture différente: équipe soignante majoritaire	Parfois difficile avec soignants pourtant peu nombreux	bonne relation, souci constant d'un dialogue adapté et compris avec l'équipe pluridisciplinaire dans le passage de l'information et des directives de la direction. J'ai le souhait d'apporter un éclairage à l'équipe car

							pour moi la transmission d'information et ses modalités d'information sont primordiales dans le management.
<b>Légitimité</b>	<p>Assise sur l'expérience et l'identification dans l'organigramme</p> <p>Se sentait légitime sur son territoire avant la fusion : bien repéré par les directeurs, les chefs de services et les professionnels. Depuis la fusion, l'identification par les nouveaux territoires prend du temps.</p> <p>La légitimité vient de l'expérience. Elle peut être renforcée par une formation diplômante (permet de se situer par rapport aux autres professionnels)</p>	<p>Assise sur deux éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- compétence technique</li> <li>- compétence de gestionnaire</li> </ul>	<p>OUI de par son positionnement hiérarchique porté par la direction; reconnu par son positionnement fonctionnel; "la formation de cadre de santé m'a permis de légitimer ma fonction d'encadrement et pas seulement sur le personnel soignant"</p>	<p>OUI mais résistance des personnels par rapport à l'ignorance du terrain; soutenu par sa hiérarchie et l'ARS; résultats positifs et reconnaissance progressive de ses compétences; pas de formation initiale, les temps de formation à l'EHESP serviront à asseoir cette légitimité difficile à acquérir</p>	<p>OUI car positionnée par la direction et car expérience et formation</p>	<p>oui car positionnement sur organigramme et expertise du terrain nécessaire à la fonction</p>	<p>oui légitimité reconnue hiérarchiquement</p>
<b>Astreinte a faire?</b>	<p>NON, du fait de sa position d'expert</p>	<p>NON</p>	<p>OUI: astreinte administrative une semaine sur 2 et un we sur 2</p>	<p>OUI jusqu'à présent seul 24h sur 24 mais depuis quelques années partagé avec Cadre de santé et adjoints administratifs</p>	<p>non car non membre de l'équipe de direction</p>	<p>non car non membre de l'équipe de direction</p>	<p>non.</p>
<b>Correspondance de la fonction à ses attentes</b>	<p>Il n'avait pas de représentations du poste puisqu'il a évolué en même temps qu'il a occupé ce poste.</p> <p>A l'origine, l'intitulé était "infirmier hygiéniste", mais en réalité ne se limite pas qu'à ça. L'objectif initial était d'amener tous les établissements au même niveau (hygiène alimentaire,</p>		<p>Grande satisfaction par l'autonomie reconnue par la Direction; " Je travaille en collaboration étroite avec la directrice même si elle n'est pas sur site. La relation de confiance établie permet un fonctionnement harmonieux sans stress pour l'un ou l'autre"</p>	<p>oui, grande satisfaction/ résultats obtenus " Je suis parti d'une situation catastrophique et aujourd'hui la structure fonctionne; j'ai obtenu la direction par intérim d'un EHPAD voisin depuis ce mois de mai: c'est une réelle satisfaction au regard d'un travail important de construction identitaire".</p>	<p>oui, en adéquation avec les valeurs du médico sociale: notion de service rendu au résident</p>	<p>NON, responsabilité du poste ne convient pas avec métier d'origine; plus sereine en poste d'éduc spé mais en avait marre; fonction d'encadrement ne convient pas</p>	<p>oui complètement.</p>

	des locaux,...). La fonction de formation est un ajout non prévu initialement  Poste relativement innovant, peu présent dans les autres structures.						
<b>Difficultés</b>	L'élargissement du territoire de compétence depuis la fusion le met en difficulté pour répondre à l'ensemble des demandes : renégociation en cours auprès de la direction  Inertie/lenteur de fonctionnement liée à la fusion et à l'augmentation des strates décisionnelles.  Circuit de la communication dysfonctionnant	Difficultés relatives au recrutement des personnels non qualifiés	NON: maturité dans le poste	Réticence des personnels	Pas de difficulté majeure, ressource en interne: cadre sup et direction accessible	responsabilité trop lourde malgré recours au cadre sup	le temps et l'organisation. Souhait de mettre en application des outils de management, de formation mais dans l'activité on manque de rigueur et de discipline ( ex élaboration et présentation des retroplannig à l'équipe ...)
<b>Améliorations possibles</b>	Délimitation des missions  Amélioration de la communication et la visibilité du poste : rencontre de l'ensemble des établissements et services		Accès à une passerelle pour poste de direction au regard de l'expérience acquise	formation	prendre du temps pour se cultiver; attention au management "le nez dans le guidon"	pas de formation: estime que ce n'est pas nécessaire; analyse de pratique utile par rapport aux situations des résidents	inscrite dans une formation continue en management.
<b>Constat</b>		Les cadres intermédiaires ne maîtrisent pas assez les outils informatiques			Hétérogénéité de l'encadrement: peu de personnel formé à l'encadrement, historiquement l'expertise du terrain est privilégié, positionnement par la direction et reconnaissance des professionnels	Malaise dans la fonction d'encadrement; expertise du terrain mais manque de prise de recul " j'ai le nez dans le guidon" ; " je ne souhaite retourner sur le terrain mais je ne m'épanouis pas dans cette fonction de responsable de service"	épanouissement et enrichissement.

<b>Contexte</b>	Le contexte associatif (investissement des familles et amis d'usagers) a une incidence sur le fonctionnement de l'association : "c'est un plus"		changement d'interim		changement de Direction générale	Changement de direction	
<b>Articulation CDS, CMS (correspondance)</b>	Seul CDS dans la structure = spécifiquement sollicité sur toutes les questions sanitaires		expérience d'évaluateur externe illustre la difficulté pour les structures médico sociales du handicap notamment de positionner les cadres socio éducatifs en "manager"; réticence par rapport à l'évaluation du travail;			le sanitaire est trop protocolisé; différence majeure avec le médico-social où chaque prise en charge est unique.	
<b>Evolution CI</b>		Directeur de site?	Un cadre intermédiaire peut piloter en collaboration avec un directeur une structure médico sociale à condition " de faire le deuil de son ancien métier"	les CI seront amenés à prendre de plus en plus de responsabilités dans le cadre des regroupements de structures: "cela nécessite de construire une identité propre à la fonction d'encadrement"	Pas d'évolution dans la structure/ positionnement	cadre intermédiaire doit être issu du terrain et connaître la population; spécificité de la culture médico-sociale; " l'expérience vaut plus que le diplôme"; reconnaît que le métier d'éduc spé n'est pas un métier d'encadrement; identité professionnelle complexe : ne se reconnaît pas en poste de responsable	identité qui repose sur une connaissance du terrain, des dispositifs qui demande une curiosité ( compréhension des mécanismes des procédures, des dispositifs, des professionnels et de leurs positionnement ) C'est travailler en transversalité, en collaboration permanente et s'adapter aux collaborateurs .

Décodeur	ARS IdF	DRJSCS	MDPH 35	ARS Bourgogne	CG 90
<b>Structure</b>	ARS IdF	DRJSCS IdF Pôle formation, secteur social.	MDPH 35	ARS de BOURGOGNE: direction de l'autonomie	CG 90 Responsable du pôle accompagnement, évaluation et tarification des ESSMS Accompagnement, conseil et contrôle des ESSMS
<b>Cursus</b>	<p>Formation : khagne / hypo khagne Etudes de langues Droit</p> <p>Parcours professionnel : IASS ARS Centre - DT du Cher, en charge des politiques ambulatoires et établissements de santé (1 an 1/2) ARS IdF - DT 93 - en charge des établissements pour personnes en difficulté spécifique (addictologie, santé des précaires) et de l'enfance handicapée; référente en tarification pour le champ du handicap</p>	<p>IASS externe. Travail en conseil général sur l'enfance (ASE) DRIHL IdF. DRJSCS IdF</p>	<p>bts assistant de direction. Puis entrée en fonction publique territoriale. Concours de rédacteur territorial. Puis concours d'attaché territorial, puis attaché territorial principal. Actuellement, chef de service - coordinatrice du service " évaluation" de la mdph.</p>	<p>Directrice de l'Autonomie à l'ARS Bourgogne depuis septembre 2014; était directrice de la MDPH de l'Yonne et parallèlement Directrice de l'Autonomie, du Handicap et de la Dépendance au Conseil Général de l'Yonne. IASS en 2000 à la DDASS de Haute-Saône puis Chef de mission en 2001 à la DRASS de Franche Comté; de 2003 à 2006 , IASS elle a été responsable du secteur Etablissements de santé puis de celui des personnes âgées.</p>	<p>Formations : Ecole de commerce M2 de sociologie Formation d'éducateur spécialisé CAFERUIS (VAE) (CAFDES (VAE)</p> <p>Parcours professionnel : Directeur d'agence de communication Educateur spécialisé Chef de service dans une association pour personnes handicapées adultes Responsable de circonscription d'action sociale (PMI, ASE et polyvalence)</p>

<p><b>Perception de la fonction CI</b></p>	<p>Connaissance limitée des CI au sein des établissements</p> <p>Rôle important car se situent dans des structures de petite taille, et permet au directeur de s'appuyer sur eux pour mener à bien les missions des établissements</p>	<p>Catégorie de personnel en développement avec une pyramidation accrue des établissements : regroupements, mutualisations, directions multipolaires.</p>	<p>Les CI rencontrés dans le secteur du Handicap sont très nombreux contrairement aux EHPAD où ils sont souvent seuls. L'organisation médico-sociale a évolué et le regroupement des structures impose une hiérarchie importante dont font partie les cadres intermédiaires. Les mono structures n'existent plus en Bourgogne. On retrouve des CI sur les sites avec un Directeur qui pilote l'ensemble. Il existe deux profils de CI : ceux issus de la filière "technique" les cadres de santé et cadres socio éducatifs et les autres qui peuvent être issus du privé ( exemple de l'hôtellerie pour les responsables hôteliers). La mutation est en cours : avant on parlait de carrière en interne mais aujourd'hui on évolue vers un recrutement extérieur. Dans le public, c'est la même chose avec la multiplication des mutualisations entre établissements. Au niveau de l'ARS, les compétences nécessaires à des CI dépassent l'expertise de terrain . Le dialogue de gestion s'impose dans un contexte de rarefaction des moyens. Le CI partie intégrante de l'équipe de Direction doit être la courroie de transmission entre le terrain et la Direction. Le Directeur doit s'entourer de compétences en management, en gestion financière, en GRH. Ce que l'Agence demande aux établissements c'est la performance, le suivi d'indicateurs ANAP, c'est la comparaison avec d'autres et c'est la contractualisation. Le CI doit être "polyvalent" et détenir des nouvelles compétences: c'est la fin de l'expert de terrain.</p>	<p>"Je me considère comme un cadre intermédiaire puisqu'au dessus de moi, j'ai une directrice"</p> <p>Liberté dans le travail, spécialisé dans une thématique, aide à la décision, reporting par rapport au N+1, liberté de décision dans le respect des orientations globales</p> <p>Positionnement de décisionnaire avec validation du N+1</p> <p>Quel que soit le niveau hiérarchique, la cible est toujours l'utilisateur</p> <p>CI = management d'équipe, reçoit les directives de la direction, entre la direction générale, les équipes et les familles, rédige avec les équipes et les usagers le projet de service en déclinant de façon opérationnelle les orientations de l'institution, priorise les actions du service en fonction des besoins du terrain identifiés</p>
--	--	---	---	---

<b>Les attentes vis-à-vis CI</b>	Relation de confiance / relation "saine"	Pas d'attente particulière de l'inspectrice ou du service, qui vise plutôt à répondre aux besoins de la profession. Les formations sont en cours de réforme afin de mieux répondre aux attentes des employeurs. Elles sont déjà plus transversales, avec 1 référentiel et des compétences communes. A terme, les réflexions pourraient déboucher sur une réingénierie des diplômes, avec un tronc commun par niveau de compétence entre les différentes professions du social, y compris pour les cadres intermédiaires.		Les attentes sont multiples: Appui du Directeur et proximité des équipes ; il fait partie intégrante de l'équipe de Direction afin de participer à la stratégie de l'établissement. Son implication dans le pilotage en fait une personne assurant la transmission à l'équipe des orientations; il n'est plus celui qui fait uniquement remonter les "doléances"; c'est un véritable MANAGER qui porte le projet de l'établissement. Capacités de négociation sont importantes, compétences en communication également;	Connaissance plus fine pour décliner de façon opérationnelle les orientations d'une institution : - qualité de management - conduite de projet - accompagnement au changement - soutien technique > assure la légitimité de l'encadrement, rejoint une qualité d'expertise technique, mais à distinguer du conseiller technique  Ne se limite pas au management RH
<b>Positionnement</b>	La loyauté du CI est fondamentale	Besoin d'adaptabilité au poste, de mobilité. Capacité à travailler en réseau, de créer des liens de coopération.		Positionné par la direction dans un organigramme et avec une fiche de poste clairement établie qui définit les missions et les responsabilités. Le CI doit changer de discours lorsqu'il est issu des filières "techniques", c'est un "autre métier". c'est la responsabilisation des CI.	Permettre la transmission d'informations ascendantes et descendantes Négociations et remise en question permanente Gestion du quotidien qui permet d'éviter les dérives
<b>Hiérarchie</b>				Supérieur hiérarchique des équipes de terrain quelque soit leur composantes	
<b>Autorité</b>				Les décisions restent prises par le Directeur.	Prendre des décisions conformes aux orientations de l'établissement, décision soumise à validation du N+1
<b>Légitimité</b>				C'est une refonte de la structuration de l'encadrement: l'expertise de terrain, l'expérience de suffisent pas à légitimer les CI. il faut des compétences managériales fortes " En effet, tout le monde ne peut pas être cadre"	Avoir exercé une profession de terrain contribue à se sentir légitime et à être légitimé par les équipes
<b>Difficultés rencontrées par les CI</b>					

Positionnement	Rôle "charnière" entre des équipes qui font remonter des difficultés du quotidien et une direction qui "doit garder le cap financier des établissements" = "injonctions parfois paradoxales"			On constate encore aujourd'hui un défaut de positionnement des CI. Issus du terrain, ils peinent à se mettre en posture. Ils prônent les valeurs du médico-social comme un bouclier; dans le monde associatif, c'est encore accentué; les logiques économiques n'arrivent pas à atteindre ces professionnels placés en poste de responsabilité mais plus par reconnaissance d'une expertise .Exemple de défaut de positionnement: la tenue vestimentaire de certains éducateurs promus, c'est un détail mais le code vestimentaire est important et c'est un peu l'illustration de cette résistance du secteur.	
Hiérarchie				Pas d'organigramme clair ni de fiche de poste; tout est flou; les responsabilités sont mal définies et parfois volontairement.	
Autorité					<p>Dans le public : confrontation au pouvoir politique, aux élus qui donnent parfois des directives contraires aux orientations retenues du fait de préoccupations électoralistes</p> <p>Dans l'associatif : présence des parents des usagers dans les CA alors qu'ils sont impliqués personnellement dans les situations des usagers et qu'ils tentent de résoudre leurs problèmes personnels</p> <p>=&gt; "les CI se situent entre le marteau et l'enclume"</p>
Légitimité		Dans les professions sociales, la voie royale à l'accès aux postes de CI reste le passage par le terrain (exemple : assistant de service social vers Responsable d'unité d'intervention sociale). Les CI issus d'autres cursus sont encore mal acceptés et en manque de légitimité aux yeux		Pour les équipes médico sociales, il y a une résistance par rapport à la hiérarchie et au contrôle. Les CI "techniques" sont légitimés par leur expérience mais arrivent difficilement à eux mêmes intégrer leur rôles de manager quand bien même ils y ont été formés ( ce qui est rarement le cas).	

		de ces travailleurs.			
<b>Causes des difficultés rencontrées par les CI</b>					
Contexte				<p>Manque d'ouverture des structures sur le recrutement de managers; manque de formation malgré une incitation des ARS par rapport à la professionnalisation des encadrants; l'analyse des pratiques souvent évoquée ne correspond pas aux besoins sauf si des situations de management sont évoquées ( c'est rarement le cas). REFUS des acteurs du secteur de se voir imposer un rôle de manager au détriment de la "vocation" initiale du secteur et des valeurs d'utilité sociale. L'évolution est en cours avec les formations initiales qui doivent évoluer, les carrières qui évoluent( mobilité accentuée); Au regard des besoins actuels, l'ARS promeut l'idée de " cadre intermédiaire manager plus administratif c'est à dire avec une vision globale du système et plus forcément expérimenté techniquement"; la contractualisation des établissements avec les financeurs doit impulser la responsabilisation de tous les acteurs de l'encadrement de terrain; au directeur de s'entourer de compétences managériales pour créer une équipe de Direction forte et capable d'initier les changements en cours.</p>	<p>Insuffisance des formations Regroupement des établissements, surtout dans le champ SMS privé lucratif Difficulté dans la mise en oeuvre d'une gouvernance bientraitante</p>
Articulation CDS, CMS				La formation des CI est disparate ; c'est un axe à explorer.	

<b>Constat</b>		<p>VAE : 11% des actions Caferuis (Epuisement du stock de CI pouvant obtenir le diplôme par VAE).</p> <p>91% des personnes passant le caferuis sont en emploi. 70% sont salariés dans la branche. 48% occupent un poste d'encadrement.</p> <p>Suite au Caferuis, 55% des personnes n'ont pas changé de poste. 27% des personnes ayant obtenu le caferuis ne sont pas sur un poste d'encadrement.</p> <p>Raisons de passer la Caferuis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- se conforter à une norme attendue.</li> <li>- développer des compétences.</li> <li>- Avoir un diplôme correspondant à son poste effectif (pb des faisant fonction)</li> </ul> <p>3 grandes questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles besoins en qualification pour répondre aux attentes des employeurs.</li> <li>- Qui orienter vers un caferuis.</li> <li>- Quelles alternatives à l'encadrement comme perspective de carrière.</li> </ul>			
----------------	--	--	--	--	--

<p>Evolution CI</p>	<p>Attentes de plus en plus importantes du fait de la restructuration des établissements, remplissant une fonction de "directeur de site", montée en responsabilité malgré la présence d'une hiérarchie pour encadrer</p> <p>Vigilance nécessaire par rapport à la formation et au niveau de responsabilités confiées aux CI</p> <p>Pour améliorer les conditions d'exercice des CI :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vigilance au cadre législatif</li> <li>- vigilance quant aux attributions confiées</li> <li>- exigence de formation</li> <li>- formalisation des fiches de postes</li> </ul>			<p>On doit réussir le passage de l'encadrant expert à l'encadrant manager</p>	
---------------------	---	--	--	---	--

Directeur	Chef d'établissement - D3S - CASVP	Chef d'établissement - D3S tour extérieur - ITEP	Directeur adjoint - DH - RDAS	Chef d'établissement EHPAD privé à but lucratif
<b>Structure</b>	<p>CHRS dépendant du CCAS de la Ville de Paris. Il dispose de 178 places destinées à des familles monoparentales (essentiellement femmes avec enfants). Le pôle est composé de 3 sites. Le plus important est géré par le directeur, les deux autres par les directrices adjointes. Cette équipe se partageant par ailleurs les fonctions transversales de la structure (Stratégie, budget, qualité, ressources humaines...)</p>	<p>GHT de plusieurs établissements départementaux: Foyer occupationnel, EHPAD, ESAT, SESSAD, ITEP. Chaque établissement reçoit des publics différents avec une mission allant de l'hébergement, du soin, de la perte d'autonomie. Au sein de chaque établissement, sont présents des équipes éducatives, sociales et/ou soignantes. Un directeur adjoint est chargé de la mise en œuvre du projet de service et d'établissement, des cadres de santé ou socio éducatif sont également présents.</p>	<p>RDAS: Résidence d'Accueil et de Soins pour personnes handicapées : ets médico-social public; 365 résidents :</p>	<p>EHPAD de 64 lits et places (projet d'extension à 80 places), 40 ETP Etablissement privé à but lucratif faisant partie du groupe "Les Opalines" (un des 5 premiers groupes privés en France : plusieurs milliers de lits)  Mission du directeur : conduire l'établissement dans le cadre des directives nationales du groupe (qualité de la prise en charge,...)  Activités du directeur : management, conduite de réunions, gestion budgétaire, reporting en direction du siège du groupe,...  3 cadres intermédiaires dans l'établissement (sans aucune formation de cadre) : - chef cuisinier - maîtresse de maison - IDEC (IDE Coordinatrice)</p>
<b>Cursus</b>	<p>Double maîtrise Droit Privé, Droit public, avec spécialisation en criminologie : enfance en danger, enfance inadaptée. Concours D3S. Directeur adjoint dans le secteur du handicap (IME &amp; SESSAD). Directeur CHRS (position actuelle)</p>	<p>Formation universitaire de sociologie. Formation initiale d'éducateur spécialisé. Formation CAFERUIS. DU évaluation des établissements médicaux sociaux. Fonctions occupés de cadre socio éducatif, puis de cadre supérieur socio éducatif. Préparation EHESP. Concours D3S puis tour extérieur.</p>	<p>DH en position de DA depuis 15 ans</p>	<p>Formations : Licence de psychologie CAFERUIS Master 2 "Direction, organisation et stratégie des structures sanitaires et médico-sociales"  Parcours professionnel : Directeur de centre de loisirs Chef de service au sein d'un ITEP Fédération sportive Moniteur de kayak Directeur adjoint de centre sportif Directeur adjoint d'un centre de vacances pour personnes en situation de handicap Directeur adjoint d'une délégation départementale de l'APF Directeur d'EHPAD (depuis 7 ans)</p>

<b>Perception de la fonction de CI</b>	Nécessaire au bon fonctionnement vertical d'une structure, ils gèrent les équipes de terrain et assure le fonctionnement quotidien (ex des plannings)	Role de regulation, coordination et de mise en oeuvre verticale et horizontale face à la croissance du management. Les CI occupent la place des directeurs d'il y a une vingtaine année. Face à un phénomène de glissement des fonctions, les directeurs se situent plus sur des orientations stratégiques, le CI de mise en oeuvre.		
<b>Les attentes vis-à-vis des CI</b>	Attente de compétence et de maîtrises d'outils nécessaires à la fonction de CI : constitution de planning, management etc.... Le directeur insiste sur un important besoin de formation des CI.	le CI peut revêtir plusieurs fonctions face aux attentes de la direction: de médiation, de coordination, de liaison tant ascendante que descendante. Il a en charge le bon fonctionnement organisationnel de la structure : humaines, matérielle, relation à l'utilisateur.	proximité avec les résidents; accompagnement des personnes accueillies; expertise du terrain; ressource pour les équipes	Diposent d'une grande marge de manoeuvre, pas de contrôle à priori des mesures prises par les CI
<b>Positionnement</b>	Capacité d'adaptation au passage d'une organisation horizontale vers une organisation verticale. Capacité d'évolution et d'intégration du changement. Changement de métier : Si son expérience précédente est importante, le CI ne doit pas oublier qu'il est d'abord un cadre, et non un éducateur ou un assistant social.	Intérêt de savoir se situer dans une logique de missions, d'appui à la direction.	positionnement en qualité de responsable de service c'est à dire des prises en charge, sous la responsabilité d'un cadre supérieur socio éducatif	Communication importante entre les chefs de services pour coordonner leurs actions dans un intérêt commun, et communication importante entre les chefs de service et la direction  Implication nécessaire dans les projets : management participatif dans la mesure du possible pour favoriser l'implication des cadres  Relai entre la direction et les équipes : information dans les deux sens (montantes et descendantes)  Défense des valeurs du groupe, assurer la cohésion des équipes
<b>Hiérarchie</b>	Grande autonomie dans un cadre fixé (organigramme, fiche de poste) : périmètre d'activité et de responsabilité précis. Loyauté dans ses rapports avec la direction. S'il doit représenter et défendre ses équipes, le CI fait partie de l'équipe de direction.	le CI peut revêtir plusieurs fonctions : de médiation, de coordination, de liaison tant ascendante que descendante. Il a en charge le bon fonctionnement organisationnel de la structure : humaines, matérielle, relation à l'utilisateur. Il n'y a pas de cadres faisant fonction au sein des structures tous sont passés par une formation diplômante, qualifiante.	autorité hiérarchique sur les agents du service	Relation de confiance avec la direction indispensable
<b>Autorité</b>		Role de soutien du DA auprès des CI : lorsqu'il y a un conflit majeur (avec le personnel, ou bien d'organisation); ce soutien est généralement perçu favorablement.		Une direction trop autoritaire risquerait d'altérer une relation de confiance avec les CI  Respect des délais

Légitimité		liée à l'autonomie, et à la reconnaissance de leurs expertise auprès des équipes.	position sur l'organigramme, non liée à la formation plus à l'expérience de terrain	<p>La direction doit se mettre en retrait pour mettre les CI en responsabilité : l'attitude inverse risquerait de les décrédibiliser.</p> <p>"le directeur doit savoir déléguer avec suffisamment de distance pour ne pas écraser les chefs de service"</p> <p>Fiche de poste commune à tout le groupe (travail prescrit) mais travail réel très différent d'un établissement à un autre Exemple : la fiche de poste de l'IDEC ne prévoit pas qu'elle assure la gestion budgétaire du service, pourtant dans cet établissement, elle le fait</p>
Difficultés CI		charge de travail, ampleur des tâches, demande de compte rendu, d'analyse importante, depuis ses dix dernières années ( lien avec la loi hpst : accreditation, evaluation ..) CI. Ils doivent également piloter des groupes de travail, organiser des réunions internes et externes.		
Positionnement	Difficulté à se placer dans un nouveau métier. Tendance à rester un éducateur/Assistant social etc...	Empreinte de l'identité professionnelles chez les cadres socio éducatifs plus forte. Les équipes soignantes sont plus réceptives aux objectifs énoncés par le CDS. A l'inverse, le CSE doit d'abord gérer des positionnements divergents, contraires en son équipe, avant de se lancer dans la mise en œuvre des objectifs.		<p>"Ils sont entre le marteau et l'enclume, mais cette difficulté peut être adoucie par la communication"</p> <p>Réclamations de plus en plus fréquentes des familles et des résidents</p> <p>Difficulté à se positionner du fait de l'absence de formation</p>
Hiérarchie	<p>Malgré le passage au statut de cadre, certains CI occupent en réalité leurs fonctions précédentes (non cadre). Ce passage étant vu comme une simple récompense de leur travail (Surtout dans les structures anciennes sur la base d'un fonctionnement charismatique.</p> <p>A l'inverse, certains CI se retrouvent en situation de direction fonctionnelle (par exemple en effectuant un intérim prolongé)</p>	Ce qui est difficile parfois, c'est l'acceptation des missions de plus en plus importantes liées au management : face à ce glissement, soit les CI peuvent l'accepter soit la combattre. Et à la fois la direction doit savoir se reposer sur les CI pour avoir des éclairages en continu sur l'établissement.		
Autorité	Nouveau rôle pas toujours accepté par les agents de terrain habitués à un fonctionnement horizontal. Tendance à court-circuiter les cadres intermédiaires (ce qui est dangereux pour leur autorité)	Il y a une valorisation des compétences des cadres intermédiaires surtout qu'il n'y a pas de faisant fonction dans l'établissement, tous sont issus d'une formation plus ou moins longue, ce qui légitime leur position		L'absence de formation fait défaut en situation de gestion des conflits : "on travaille dans un univers féminin, il est fréquent qu'elles se crèpent le chignon..."

	et pour le directeur lui même qui "perd une cartouche")	entre les équipes et la direction.		
<b>Légitimité</b>	2 types : - CI issus du terrain (ex : Cadre sup de l'action sociale. Remise en cause de leur capacité de chef par les agents. Problème de la cooptation et des soupçons de favoritisme. - CI issus de l'extérieur (ex : AAH). Remise en cause de leur connaissance du terrain. Méconnaissance de leur spécialité (budget etc...)	Les CI construisent une solidarité professionnelle entre eux : échanges et partages de pratiques. Leur place est reconnue dans l'organigramme, il possède une fiche de poste. Il y a aussi toute la dimension de la connaissance des techniques, et du champ medico social qui vient appuyer leur légitimité auprès de leurs équipes et aussi de la direction. C'est une légitimité observable tant auprès des cadres sanitaires que des cadres sociaux.	La structure ne privilégie pas les personnels d'encadrement formés.	Difficulté à manager les équipes sans avoir eu de formation : "on peut être un très bon technicien et un très mauvais manager"  Difficulté de légitimité liée à l'absence de formation peut être compensée par la compétence : expertise technique.  "Les titres permettent une légitimité à priori, mais la compétence permet d'asseoir la légitimité dans le temps"
<b>Causes</b>				
<b>Contexte</b>	Effet générationnel avec passage d'un fonctionnement horizontal (et management charismatique) à un fonctionnement vertical (et management partagé). Cet effet générationnel est présent chez les directeurs comme les cadres intermédiaires ou les agents.			Manque de moyen de plus en plus important : effet ciseau entre la diminution des moyens et la hausse des exigences
<b>Articulation CDS, CMS</b>		Les approches sont parfois différentes sur la prise en charge des usagers. Le CSE va plus axer son positionnement sur les problématiques des usagers, le CDS aura une approche plus holistique, dans une globalité et une prise de recul directe.		
<b>Constats</b>				

<p>Evolution CI</p>	<p>Le secteur social et médico-social est en période de transformation. Les nouveaux directeurs pratiquent un management moins horizontal et moins charismatique. Ils ont vocation à se concentrer sur leur vocation de directeur dans des structures regroupées et structurées verticalement. Cette transformation provoque une évolution des pratiques de l'ensemble des personnels et en particuliers des CI qui viennent assurer ce fonctionnement vertical.</p> <p>Hors les CI actuellement en poste sont majoritairement issus de l'ancien système et peu habitués à un fonctionnement vertical (voire y résistant). S'ils disposent de compétences de terrain, il leur manque encore souvent des compétences managériales qui nécessitent une formation spécifique.</p>	<p>phénomène de glissement progressif et de transmission de certaines tâches de direction à des cadres intermédiaires. il y a aussi un phénomène de rapprochement entre les fonctions de cadres de santé et cadres socio éducatif. Par exemple, une tendance et observée quant aux recrutements : on aura pendant un temps : un CSE va être le chef de service, puis suite à un départ : il sera remplacé par un cadre de santé. L'approche organisationnelle sera forcément impactée.</p>	<p>Dans la structure, l'appellation cadre intermédiaire n'existe pas; on parle de responsable de service car il existe une multiplicité de profils avec majoritairement des experts de terrain sans formation par rapport à l'encadrement. L'expérience est privilégiée . Le positionnement de ses responsables est stratégique : ces professionnels restent au contact du terrain, et l'encadrement supérieur joue le rôle d'encadrement " intermédiaire".</p>	<p>Les regroupements des établissements incités par l'ARS et le CG font que les directeurs dirigent plusieurs établissements; de ce fait, les CI tendent à assurer la direction de sites, c'est pourquoi il est nécessaire que leur formation évolue (plus grande conscience des enjeux,...)</p> <p>Possible évolution similaire à l'hôpital : instauration de directeur des soins pour coordonner les CI/directeurs de sites</p>
---------------------	--	--	---	---

Observateur	Formateur CAFERUIS	Formateur CAFERUIS	CREAI	Formateur AAH	Formateur CdS
<b>Structure</b>	IRTS	Organisme de formation issu de la fusion de trois centres Offre de formation initiale allant du niveau V au niveau I et et formation continue	Associations issues des sauvegardes de l'enfance (prise en charge des enfants errants et délinquants après la guerre)  Créés par un arrêté de 1964 pour aider les administrations à établir les besoins de créations de structures pour enfants et dans le champ du handicap à partir des années 1970  Aujourd'hui : - repérage et analyse des besoins, réalisation d'études pour identifier ces besoins et repérer les réponses à construire, - être à l'écoute des besoins des usagers et des structures pour les conseiller dans leur évolution et dans l'évolution de leurs pratiques; - réalisation de préconisations et d'accompagnement dans les services sociaux et médico-sociaux pour faire évoluer leur pratiques - public visé : professionnels de terrains, directeurs, cadres intermédiaires, via des journées de réflexion / groupes de travail / commissions		
<b>Cursus</b>	Formation : - DEASS - M1 : psychologie du travail - M2 : GRH et développement des compétences - 3e cycle : Droits de l'Homme  Parcours professionnel : - ASS protection de l'enfance - Formateur - Responsable de formation CAFERUIS	Formation : - DEASS (Belgique) - DEASS (équivalence en France) - DSTS  Parcours professionnel : - ASS - Formateur ASS - Responsable de formation MJPM - Responsable de formation CAFERUIS	Psychologue en institution Formatrice dans un centre de formation en travail social Consultant dans un cabinet de conseil dans le sanitaire et médico-social Conseillère technique au CREAI Directrice du CREAI (depuis 10 ans)		

<b>Perception de la fonction de cadre intermédiaire</b>	<p>Nombreuses évolutions          Nombreuses appellations : cadre de proximité, opérationnel, CSE, éducateur chef, ...          Différents niveaux de délégations et de responsabilités</p>	<p>Position complexe car pris entre des enjeux différents          Importante professionnalisation de la profession          Partie intégrante des équipes de direction, non plus seulement dans un rôle de coordination          Position de prise de décision mais également de solitude</p>	<p>Dépendant de l'organisation de l'établissement et du dialogue direction/cadre            "C'est dernières années, ils semblent plus en phase avec les fonctions d'encadrants [...] ils cherchent à bien définir leur place d'intermédiaire, d'être une courroie de transmission"</p>		
---	---	--	---	--	--

### Les attentes vis-à-vis des cadres intermédiaires

<b>Positionnement</b>	<p>Management          Porteur de projet</p>	<p>Connaissance des acteurs          Connaissance des territoires          Connaissance des populations et des problématiques rencontrées          Créativité pour répondre aux demandes dans un contexte de contraintes croissantes</p>	<p>Le cadre se trouve entre le dirigeant, mais il a aussi une fonction d'écoute et de prise en compte des problématiques rencontrées par les professionnels (ES, IDE, ASS, ...)            Cadre proche du terrain mais qui collabore avec la direction</p>		
<b>Hiérarchie</b>					
<b>Autorité</b>	<p>Organisation du travail          Organisation administrative          Application des règles de droit du travail</p>				
<b>Légitimité</b>	<p>Expertise liée au champ professionnel</p>	<p>La formation aide à la légitimité          Les personnes promues à l'ancienneté se forment généralement à court terme          Nécessité pour les cadres de maîtriser les différents outils</p>			

### Difficultés rencontrées par les cadres intermédiaires

<b>Positionnement</b>	<p>manque de précision sur les rôles et fonctions des cadres intermédiaires</p>		<p>Comment ne pas devenir un cadre "fort fort lointain" : trop loin des problématiques des professionnels mais aussi des usagers, "comment ne pas être trop loin de la clinique"            Sentiment de n'être parfois que des simples exécutants, manque d'informations relatives aux sens des décisions</p>		
-----------------------	---	--	--	--	--

Hiérarchie	attente forte des directions mais manque de reconnaissance		Taille importante des établissements et hiérarchisation forte = éloignement des décideurs ou de l'organisme gestionnaire  Intermédiaire entre terrain et direction : "fonction descendante et ascendante" pour faire "remonter la complexité des réponses à apporter, soit sur un volet clinique, soit sur un volet gestionnaire, même si c'est un sujet complexe"		
Autorité					
Légitimité					

### Causes des difficultés rencontrées par les cadres intermédiaires

Contexte	Besoin de réviser les outils issus de la loi de 2002	Difficultés budgétaires : "fait peser une complexité énormes sur les épaules du chef de service"	Manque de temps liée à la charge de travail quotidienne pour participer à des actions de formation / réflexion  Manque de temps / d'organisation des dirigeants pour fonctionner avec leur équipe d'encadrants : - causé par les regroupements institutionnels et l'augmentation des strates hiérarchiques - objectifs : amélioration de la communication, prise en compte du point de vue des cadres intermédiaires qui ont une bonne connaissance du terrain, réponse aux besoins des usagers, communication descendante et ascendante		
Articulation CDS / CSE			Difficulté à imaginer des différences entre les deux  Les CDS en gériatrie seraient plus à l'écoute des problèmes sociaux des usagers  Complémentarité : ils peuvent travailler ensemble à condition que chacun ait conscience de l'importance égale de la dimension soins et dimension sociale et de la nécessité de réfléchir à un projet en fonction des besoins des usagers		

### Constats

Evolution des cadres intermédiaires dans leur fonction

Distinction entre "pilote" et expert  
Tendance à la recomposition avec une multitude d'équipements, de services, une direction générale et des responsables d'équipes, des chargés de mission,...  
Chargés de l'accompagnement au changement

Antérieurement dans une posture de "défense des usagers, ils subissaient plus les injonctions de la direction, alors qu'aujourd'hui, ils sont peut être plus les partenaires d'un fonctionnement institutionnel, à condition qu'il y ait une bonne articulation et une bonne écoute de la direction"

"leur fonction est en train de se structurer"

Rôle majeur des cadre dans la mise en oeuvre de projets de leur place d'encadrant : mise en place des procédures, rôle de "porteurs" pour éviter qu'ils délèguent sans en connaître le contenu, afin d'en assurer la réussite et la pérennité, et ainsi donner du sens au travail des équipes

## Evolution structurelle du secteur médico-social : quels changements pour les cadres intermédiaires ?

ABOUDHARAM Florent, Elève directeur des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

BERNADAT Nathalie, Elève directeur des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

FRAISSE Pascale, Elève directeur des soins

LALLEMAND Alexis, Elève inspecteur de l'action sanitaire et sociale

MASSABIE-BOUCHAT Julie, Elève attaché d'administration hospitalière

RAISS Naïma, Elève attaché d'administration hospitalière

### Résumé :

Le secteur médico-social est soumis à d'importantes évolutions structurelles notamment suite aux réformes législatives et réglementaires, mais également en lien avec l'évolution de la société.

Dans ce contexte, les cadres intermédiaires ont dû s'adapter pour accompagner les équipes à évoluer au même rythme. Ce besoin d'adaptation est permanent et vient questionner les fondements de l'identité professionnelle des cadres intermédiaires.

La recherche réalisée explore la construction de cette identité professionnelle et tend à la définir.

Cependant, la diversité des parcours professionnels amenant à l'exercice de la fonction de cadre intermédiaire, la « culture médico-sociale » emprunte d'indépendance, la multiplicité des formations et le débat constant entre cadre-expert et cadre-manager tend à complexifier la construction d'une identité commune.

C'est autour de ces questions que des professionnels (20) ont été interrogés dans toute la France afin d'extraire de leur discours des éléments d'analyse pour mieux délimiter cette notion d'identité professionnelle, dresser un état des lieux et appréhender ses perspectives d'évolution.

L'état des lieux mis en exergue dans ce rapport plaide en faveur d'un rapprochement des cadres intermédiaires administratifs, médico-sociaux et sanitaires. En effet, les compétences attendues dans l'exercice de leurs fonctions se rejoignent ; de plus, ils sont confrontés aux mêmes exigences liées à la réglementation.

L'évolution de la fonction de cadre intermédiaire et leur éloignement progressif de l'expertise de leur métier socle vers une expertise managériale laisse apparaître la nécessité d'attribuer des fonctions de coordonnateurs attribuées à des professionnels experts dans leur domaine.

**Mots clés : cadre intermédiaire – identité – positionnement – expertise - management**

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*