



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Mémoire de Fin d'Études
FORMATION DES INFIRMIERS GÉNÉRAUX
Jury : 30 – 31 octobre 2000

**LE CADRE DE PROXIMITÉ : UN ACTEUR AU CŒUR DE LA
COMPLEXITÉ DU SYSTEME HOSPITALIER**

LE BONNIEC - Bernadette

Ce travail de mémoire représente un temps fort et enrichissant de la formation.

Aussi, nous tenons à remercier :

Madame Danic pour la qualité de son aide et sa confiance.

Les cadres, Infirmières générales et les Directeurs qui ont accepté de nous consacrer du temps et qui, grâce à leur expérience nous ont permis d'enrichir notre réflexion.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Rennes qui nous a permis d'appréhender la fonction d'infirmière générale avant cette formation à l'E.N.S.P.

“Professionaliser les hommes
plutôt que de sophistication
les structures et les procédures”.
MICHEL CROZIER

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
DEVENIR CADRE DANS LA COMPLEXITÉ DU SYSTÈME HOSPITALIER.....	4
1 - APPROCHE THÉORIQUE ET CONCEPTUELLE.....	4
1.1 De la définition d'une organisation à la complexité de l'organisation hospitalière.....	4
1.1.1 La structure de l'organisation hospitalière	4
1.1.2 Du concept « complexité »	6
1.1.3à la complexité de l'organisation hospitalière	7
1.2 De l'approche systémique au système hospitalier	8
1.2.1 Du concept système.....	8
1.2.2au système hospitalier	8
1.2.3 L'approche systémique de la gestion des soins infirmiers	9
1.3 Le cadre de proximité, acteur dans la structure hospitalière.....	10
1.3.1 Cadre de proximité, une fonction qui évolue selon une réglementation	10
1.3.2 Du concept acteur.....	12
1.3.3au cadre, acteur dans la structure hospitalière	12
1.3.4 Le cadre de proximité, un acteur autonome dans l'interdépendance	13
1.4 Construction identitaire des cadres de santé	14
1.4.1 Du concept d'identité.....	14
1.4.2à la structure de l'identité culturelle infirmière.....	15
1.4.3 De l'identité individuelle à l'identité sociale et professionnelle	16
LES CADRES DE PROXIMITÉ AU QUOTIDIEN : ÉTUDE DE TERRAIN	18
2 - L'ÉTUDE DE TERRAIN.....	18
2.1 La méthodologie de l'enquête.....	18
2.1.1 Le terrain d'enquête	18
2.1.2 Les outils du recueil d'informations	19
2.1.3 Les limites et les points forts de l'enquête	19

2.2	Présentation des résultats : vérification des hypothèses	21
2.2.1	Hypothèse 1: La formation des cadres de santé ne les prépare suffisamment ni à l'analyse stratégique ni à la sociologie des organisations.	21
2.2.2	Hypothèse 2: la fonction du cadre de proximité n'est pas définie.	24
2.2.3	Hypothèse 3: Les cadres ne sont pas accompagnés dès leur prise de fonction ...	32
2.2.4	Hypothèse 4: Les cadres reproduisent le comportement de leurs aînés; il leur manque un modèle actualisé pour se projeter et se positionner dans la fonction attendue.	35
2.3	Analyse des résultats	37
2.3.1	Une fonction difficile à définir	37
2.3.2	La nécessité d'un accompagnement adapté des cadres	40
2.3.3	Une formation en décalage avec l'expérience professionnelle des étudiants	43
	DE L'ÉMERGENCE DU PROJET A LA PROFESSIONNALISATION.....	47
3	- DES PROPOSITIONS DE SOLUTIONS POUR VISER L'AUTONOMIE INTERDÉPENDANTE DES CADRES	47
3.1	PROPOSITION D'UNE DÉFINITION DE LA FONCTION DE CADRE DE PROXIMITÉ	47
3.1.1	De la définition de la mission du cadre.....	47
3.1.2	se déclinent les activités.....	48
3.1.3	3.1.3en découlent des compétences.....	49
3.2	LA PRÉPARATION DES FUTURS CADRES	53
3.2.1	Les critères de sélection	53
3.2.2	Les mesures d'accompagnement.....	56
3.2.3	L'enrichissement de la formation des cadres	57
3.3	LA PROFESSIONNALISATION DES CADRES	59
3.3.1	Des principes d'affectation	59
3.3.2	Une prise de fonction accompagnée	62
3.3.3	Le « coaching » des cadres	65
	CONCLUSION.....	70
	BIBLIOGRAPHIE	71
	ANNEXES.....	74

INTRODUCTION

Durant notre expérience de deux années en situation de « faisant fonction » d'infirmière générale dans un centre hospitalier universitaire, nous nous sommes interrogé sur la fonction du cadre de proximité. En effet, des temps d'observation et d'écoute nous ont permis de faire certains constats. Pour certains, le sentiment d'être toujours débordés, stressés, découragés ; pour d'autres, un investissement dans des activités professionnelles hors de leurs unités ou encore des réflexions de chefs de service ou de personnels des unités de soins disant : « le cadre n'est jamais là ». Ces constats ont été confortés par une étude menée sur l'encadrement de proximité dans un centre hospitalier universitaire au sein duquel s'est déroulé notre premier stage. C'est pourquoi, nous avons souhaité mener une réflexion sur le sujet. En effet, l'analyse des questionnaires complétés par les cadres met en évidence :

- Des glissements de tâches concernant les soins directs, le secrétariat et la fonction d'assistante sociale.
- Des activités en dehors de leurs unités pour des missions ou groupes de réflexions institutionnels.
- Des attentes par rapport à une définition de leur fonction, une reconnaissance de la part des médecins et des directions et un manque d'informations descendantes de la part des directions.
- Des insatisfactions car un cadre sur 10 n'a pas de bureau personnel, connaît des difficultés en conduite de réunion et gestion de conflits, dans la gestion du temps du fait de sollicitations permanentes ou urgentes, dans la gestion des effectifs en cas d'absence du personnel et dans la conduite de projets.

Il est vrai que la fonction du cadre de proximité a évolué ces dix dernières années, notamment avec la Loi du 31 juillet 1991¹ portant réforme hospitalière complétée de l'ordonnance du 24 avril 1996² portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

En effet, l'hôpital est en pleine mutation du fait d'une part de difficultés budgétaires et d'autre part de mesures drastiques imposées aux hôpitaux. Les obligations de contractuali-

¹ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

² Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

sation, de mesure de la satisfaction du patient, le projet d'établissement, le projet de soins, les démarches d'accréditation, la mise en place des conseils de service, les vigilances sont autant de domaines dans lesquels les cadres soignants doivent s'investir.

Toutes ces innovations sont autant de facteurs de « déstabilisation » et de pression pour les cadres de proximité pris entre des logiques parfois contradictoires et soumis à un système de double hiérarchie: administrative et médicale, du fait de la complexité de l'organisation hospitalière.

Aussi, la place du cadre de proximité déjà déterminante va devenir cruciale. L'unité de soins est l'endroit où les enjeux et les conflits se nouent. Elle est le carrefour où tous les acteurs de soins interviennent. Elle est aussi le lieu où tous les dysfonctionnements apparaissent au grand jour et risquent de compromettre la mission hospitalière : qualité et sécurité des soins.

Même si la fonction des cadres a évolué, par le décret³ du 18 août 1995, s'ouvrant aux treize professions paramédicales, cette fonction reste aujourd'hui mal définie. Il n'existe pas en France de cadre juridique précis définissant la fonction d'encadrement et la formation n'est toujours pas rendue obligatoire. Seule une lettre circulaire, élaborée dans le contexte de description de la nomenclature des emplois types à l'hôpital, publiée par la Direction des hôpitaux en février 1990⁴, précise les missions et rôles des « surveillants hospitaliers » autour de quatre axes majeurs : technicité, information, relation – communication et contribution économique.

Depuis dix ans, les textes n'ont pas évolué, le statut de cadre n'est pas reconnu. Ceci explique en partie la difficulté du cadre à se positionner et à assumer pleinement ses fonctions. Or, la compétence, l'implication et le positionnement des cadres ont un impact sur l'évolution de la qualité des soins, sur la mise en application du projet de soins infirmiers et en conséquence sur l'enrichissement des ressources humaines de l'établissement.

De ces réflexions, nous pouvons dégager la problématique suivante :

Les cadres de proximité connaissent des difficultés dans leur fonction, difficultés qui entravent le fonctionnement et l'évolution du service de soins infirmiers (glissements de tâches, activités en dehors de l'unité, attentes vis à vis de la fonction et insatisfactions diverses).

³ Décret n°95-926 du 18 août 1995 relatif à la création du diplôme cadre de santé.

⁴ Circulaire DH – 8A.PK – n° 000030 du 20 février 1990 relative aux missions et rôles des surveillants hospitaliers. Annexe 1.

L'enseignement dispensé à l'institut de formation des cadres de santé les prépare-t-il suffisamment à l'exercice de cette fonction ?

Le cadre de proximité sait-il ce que l'on attend de lui dans l'organisation hospitalière, la fonction est-elle transparente et connue de tous les acteurs ?

Comment les cadres sont accompagnés dans leur projet et dans leur prise de poste ?

En cas de difficultés, quelles sont les personnes ressources pour le cadre ? Ont-ils des modèles, des référents ?

Les hypothèses

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer la difficulté des cadres à assumer pleinement leur fonction :

- . **La formation des cadres de santé ne les prépare pas suffisamment ni à l'analyse stratégique ni à la sociologie des organisations.**

L'analyse du contenu du programme de formation et l'enquête auprès des cadres nous le précisera.

- . **La fonction du cadre de proximité n'est pas définie.**

L'enquête auprès des cadres et des IG⁵ nous permettra de découvrir des profils de fonction ou des réflexions autour de cette fonction.

- . **Les cadres ne sont pas accompagnés dès leur prise de fonction.**

Cette hypothèse sera vérifiée par les entretiens auprès des cadres et des IG.

- . **Les cadres reproduisent les comportements de leurs aînés ; il leur manque un modèle actualisé pour se projeter et se positionner dans la fonction attendue.**

L'enquête nous donnera une photographie des cadres dans les établissements d'une part et d'autre part les entretiens menés auprès des cadres nous permettra de cibler les personnes ressources et les référents.

Nous traiterons le sujet en trois étapes. Dans un premier temps, nous poserons le cadre théorique et le cadre conceptuel. Dans un second temps, nous présenterons l'enquête et enfin, en nous appuyant sur les apports de la théorie et de l'enquête, nous proposerons quelques solutions pour tenter de remédier à la situation des cadres.

⁵ IG : Lire Infirmières Générales.

DEVENIR CADRE DANS LA COMPLEXITE DU SYSTEME HOSPITALIER

1 - APPROCHE THEORIQUE ET CONCEPTUELLE

1.1 DE LA DEFINITION D'UNE ORGANISATION A LA COMPLEXITE DE L'ORGANISATION HOSPITALIERE

1.1.1 La structure de l'organisation hospitalière

❖ *Une définition*

Selon Bernoux, une organisation⁶ est caractérisée par les traits suivants :

- La **division des tâches** qui fonde la différence entre un groupe structuré et celui qui ne l'est pas. Le travail est formalisé et réparti entre les individus.
- La **distribution des rôles** est un des enjeux principaux de la définition des organisations. Le mot « rôle » renvoie à celui d'acteur et chacun peut interpréter son rôle comme il l'entend. Chacun sait par expérience que pour un poste identique, deux personnes peuvent exercer leur profession différemment. On peut dire que tout membre d'une organisation se comporte comme un acteur.
- Le **système d'autorité** de l'hôpital est de type pyramidal, il fonctionne sur le modèle de la carrière et à pour but de veiller à l'adéquation du comportement de l'individu aux objectifs des dirigeants.
- Le **système de communication** destiné à mettre en relation les individus les uns avec les autres.
- Un **système de contribution-rétribution** précise ce que les acteurs doivent apporter et ce qu'ils doivent recevoir.

⁶ P. Bernoux, La sociologie des organisations, Editions du seuil, octobre 1985, 3^{ème} édition.

Selon Mintzberg, une organisation est un ensemble de personnes entreprenant une action collective à la poursuite de la réalisation d'une action commune⁷.

Les différents éléments de l'organisation qui nous intéressent plus particulièrement pour notre étude sont tout d'abord cette définition décrite par Mintzberg. En effet, il est intéressant d'observer si les cadres poursuivent une action commune.

Puis, dans la définition donnée par Bernoux, nous souhaitons repérer le rôle du cadre : rôle assumé et rôle attendu par les responsables dans une institution.

❖ *L'organisation hospitalière*

La structure de l'organisation hospitalière est assimilable à la structure des organisations définie par Henry Mintzberg. Le canadien décrit les cinq parties de base de toute organisation⁸ comme suit :

- Le centre opérationnel

Il est composé des membres de l'organisation – les opérateurs – dont le travail est directement lié à la production des biens des services. Il s'agit ici des unités de soins ; ce centre opérationnel regroupe l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux.

- Le sommet stratégique

Il est représenté à l'hôpital par l'équipe de direction (Directeurs et Directeur du Service de Soins Infirmiers). La fonction du sommet stratégique est de faire en sorte que l'organisation remplisse sa mission de façon efficace et qu'elle serve les besoins de ceux qui contrôlent l'organisation ou qui ont sur elle du pouvoir.

- La ligne hiérarchique

Elle permet la liaison entre le centre opérationnel et le sommet stratégique. Les cadres de proximité se situent sur cette ligne hiérarchique. Ils font le lien entre le sommet et la base de l'organisation. Leur rôle est extrêmement important à ce niveau dans la transmission des informations ascendantes et descendantes.

⁷ H. Mintzberg, « Nous vivons dans le culte du management », Revue Sciences Humaines – Hors série N°20 – Mars/Avril 1998.

⁸ H. Mintzberg, Structure et dynamique des organisations, Les éditions des organisations, Paris, 1993.

En référence toujours à Mintzberg, les bonnes organisations sont celles qui ont des équipes très fortes avec des individus très engagés. Le leader doit être capable de comprendre et d'utiliser la force des équipes et des individus. D'où, l'importance d'un positionnement fort des cadres de proximité.

Il est à noter que dans certaines institutions hospitalières, notamment les C.H.U.⁹, la ligne hiérarchique est plus complexe du fait de la présence de cadres supérieurs.

- La technostructure

Dans la technostructure, on trouve les analystes ; ils servent l'organisation en agissant sur le travail des centres.

Dans l'organisation hospitalière, il s'agit de la direction des ressources humaines (recrutement, formation), de la direction des affaires financières, des services économiques, travaux, etc.....

- Les fonctions de support logistique

Ces unités sont diversifiées : brancardage, transports, blanchisserie, cuisine, etc..... Elles sont le support direct ou indirect à la réalisation de la mission du centre opérationnel.

1.1.2 Du concept « complexité »

Selon Genelot¹⁰, « *est perçu comme complexe tout phénomène qui échappe pour partie à notre compréhension et à notre maîtrise* ». A mesure que certains aspects de la complexité sont compris, d'autres apparaissent et se manifestent, avec leur lot d'imprévisibilité, d'incertitude, mais aussi d'ouverture et de possibilités nouvelles car si la complexité est source de difficultés elle est aussi une opportunité de progrès car elle entraîne questionnements et recherche.

La complexité a probablement toujours existé mais elle s'amplifie en permanence du fait des technologies de plus en plus complexes, de la concurrence, de l'apparition de nouveaux métiers à l'hôpital et des spécialités très poussées. Cette complexité appelle des réponses innovantes et appropriées concernant l'organisation.

⁹ C.H.U. : Lire Centre Hospitalier Universitaire.

¹⁰ D. Genelot, Manager dans la complexité – Réflexions à l'usage des dirigeants, éditions I.N.S.E.P., Paris, 1998.

1.1.3à la complexité de l'organisation hospitalière

L'organisation hospitalière est composée : d'un sous système fonctionnel structurel et d'un sous système psychosocial avec son personnel, la problématique de groupes sociaux, ses réseaux de communication et ses relations.

On distingue trois grandes catégories d'acteurs dans le fonctionnement de l'hôpital. Ce sont les administratifs, les médecins et les soignants. Ce qui fait la complexité du système hospitalier, c'est la coexistence de ces trois sous ensembles aux cultures indépendantes, parfois contradictoires fondées sur des idéologies différentes.

Les contradictions entre les différentes fonctions sont inévitables. Chacune d'elles pour remplir sa mission au service de l'ensemble poursuit des objectifs ponctuels parfois antagonistes avec les objectifs partiels des autres. Ce qui en partie rend la fonction du cadre difficile. Cependant, dans tout système complexe coexistent des logiques à la fois contradictoires et complémentaires. C'est le principe dialogique mis en évidence par Edgar Morin où « *chacune des logiques affirme ses spécificités, ses objectifs, ses contraintes puis une zone de conjonction, d'articulation est recherchée entre ces logiques* »¹¹.

D. Genelot, dans son ouvrage *Manager dans la complexité*, définit la logique comme « *un système de principes et de règles qui contrôlent la rigueur et l'acceptabilité des propositions élaborées par la pensée. Selon son histoire personnelle, notre formation, nos objectifs et le contexte dans lequel nous nous trouvons, nous privilégions une logique, un système de validation des propositions que nous émettons, ou que d'autres émettent* ». Le danger est l'exclusion des différentes logiques car ce même auteur dit que « *la richesse des situations et la consistance de notre devenir découlent de notre capacité à réunir ces logiques différentes dans des projets cohérents* ». Ces logiques, multiples à l'hôpital du fait de la diversité des métiers ne peut que complexifier le système.

Aussi, pour assumer au mieux leur fonction, il est important que les cadres de proximité intègrent ces données et apprennent à fonctionner en prenant en compte les différentes logiques. C'est tout l'art de manager.

¹¹ D. Genelot, *Manager dans la complexité*, op. cit. p. 6.

1.2 DE L'APPROCHE SYSTEMIQUE AU SYSTEME HOSPITALIER

1.2.1 Du concept système.....

Selon Bernoux¹², le système « *est un ensemble d'éléments interdépendants, c'est à dire liés entre eux par des relations telles que si l'une est modifiée, les autres le sont aussi et que, par conséquent, tout l'ensemble est transformé* ». Ce sont les acteurs d'une organisation qui créent le système.

1.2.2au système hospitalier

Il est important de situer le système hospitalier dans son contexte double : l'environnement externe et l'environnement interne.

L'environnement externe de l'hôpital comprend la tutelle, les établissements concurrentiels ou partenaires, la législation, les réglementations professionnelles, les priorités nationales et régionales en matière de santé.

L'environnement interne de l'hôpital prend en considération le projet d'établissement, le budget, la politique de gestion de Ressources Humaines, les différentes unités de soins, les instances, le jeu des acteurs, etc.....

Selon M. Hubinon¹³, le système – unité de soins qui nous concerne plus particulièrement pour situer le cadre de proximité, permet de distinguer trois types d'environnement : l'environnement de l'hôpital, l'environnement inter-unités et l'environnement intra-unité.

- **L'environnement de l'hôpital** appelé aussi **ressources indépendantes** à l'unité de soins, sont représentées par la dotation du personnel soignant, l'adoption d'une politique générale d'organisation des soins, l'harmonisation du fonctionnement des unités de soins, etc.....
- **L'environnement inter-unités** appelé **ressources semi-dépendantes** à l'unité de soins, sont constituées par les services de maintenance, la coordination avec les servi-

¹² Bernoux Ph., La sociologie des organisations. Editions du seuil, Octobre 1985.

¹³ M. Hubinon, Management des unités de soins, De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité, éditions De Boeck & Larcier, s.a., Paris, Bruxelles, 1998.

ces médico-techniques, les procédures d'échanges des informations, les appels téléphoniques, le mode de dispensation pharmaceutique, etc.....

- **L'environnement intra-unité** appelé **ressources dépendantes** à l'unité de soins, désignent les personnels médicaux et non médicaux de l'unité.

L'unité de soins, même si elle est unique dans l'établissement, elle est bien située dans un environnement complexe et n'a aucune indépendance ; elle est en interaction constante avec l'intérieur et l'extérieur.

Ce sont ces interactions qui constituent des relations d'interdépendance impliquant des jeux d'influence réciproque auxquels chacun des acteurs est cause et effet du comportement de l'autre. Cependant, ces interactions, au sein de l'unité de soins ne doivent pas entraîner de répercussions négatives sur les soins infirmiers.

1.2.3 L'approche systémique de la gestion des soins infirmiers

Selon le modèle de A. Donabedian¹⁴, l'unité de soins peut être considérée comme une unité de « production » de soins et de services. Ce modèle se présente selon trois domaines qui sont : les Ressources (INPUTS), le Processus (TECHNOLOGIE) et les Résultats (OUTPUTS).

- Les inputs ou ressources

Ce sont les ressources humaines et matérielles dont disposent les unités de soins pour fonctionner. Ces inputs sont en interaction au profit de la réalisation d'activités de soins grâce au concept central de la systémique : l'organisation.

- La technologie infirmière

Elle représente le processus selon A. Donabedian et comprend l'ensemble des activités infirmières dont l'exécution est jugée nécessaire pour couvrir les besoins des patients. Les soins directs se déclinent en quatre étapes : l'identification des besoins, la planification, la réalisation et l'évaluation des soins.

- Les outputs

Ils représentent les résultats et concernent la modification apportée par les soins à l'état de santé du patient.

¹⁴ M. Hubinon, Management des unités de soins, op. cit.p.8.

- L'environnement

Il représente le marché et les conditions. Il inclut la politique et les contraintes imposées par l'hôpital, le système de santé, les autres unités de soins, les services médico-techniques et le personnel médical de l'unité. Ces facteurs sont complexes et souvent irrationnels.

Nous pensons que ces divers domaines sont maîtrisés par l'encadrement infirmier du fait de son expertise en soins.

La position de l'unité de soins, carrefour de dysfonctionnements est de plus en plus déterminante dans l'atteinte optimale de la mission hospitalière. Le management de l'unité est aujourd'hui un enjeu considérable dont les cadres infirmiers doivent prendre conscience.

1.3 LE CADRE DE PROXIMITE, ACTEUR DANS LA STRUCTURE HOSPITALIERE

1.3.1 Cadre de proximité, une fonction qui évolue selon une réglementation

- **La création du service infirmier : une rupture fondatrice**

Le service infirmier est une « création » récente, apparue pour la première fois dans la circulaire¹⁵ du 31 Juillet 1975 relative au recrutement des I.G. Celle-ci instaure une rupture fondatrice. Jusqu'à cette date, *« l'infirmière, la surveillante surtout était inséparable du médecin. Choisie par celui-ci, elle était son prolongement « opératoire » mettant en œuvre ses décisions sans autonomie, sans recul »*¹⁶.

Le cadre infirmier appartenant au Service de Soins Infirmiers, est nommé par le Directeur d'établissement sur proposition de l'I.G. de l'établissement en référence au décret du 11 avril 1975¹⁷. *Ce terme « cadre » est nouveau. En effet, l'un des protocoles d'accord du 15 novembre 1991 envisage la disparition des appellations de « surveillant » et « surveillant-chef » au profit des termes : Cadre Infirmier et Cadre Supérieur Infirmier.*

¹⁵ Circulaire n° du 31 juillet 1975 relative au recrutement des I.G..

¹⁶ Françoise Acker, « le service infirmier à la recherche d'un positionnement », Revue Gestions hospitalières, n° 316, mai 1992.

¹⁷ Décret n° 75-245 du 11 avril 1975 relative au recrutement des I.G. et I.G. adjoints des établissements d'hospitalisation publics.

- **La circulaire DH – 8A – PK – n° 000030 du 20 février 1990**

Cette circulaire est le premier texte qui ait défini les missions et rôle des surveillants des services médicaux. Dans cette circulaire les missions du cadre sont définies ainsi:

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

Dans ce cadre, il est responsable de la gestion d'une unité et organise la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ces besoins de santé.

Il a un rôle d'encadrement et d'animation des personnels de l'unité.

Il est une référence pour le soin spécifique.

Il a un rôle de formation, de coordination, de recherche.

Il est **responsable** : du **soin** dans le domaine de compétence propre à sa fonction, de l'**organisation** de l'application de la prescription médicale et de la **gestion administrative** de l'unité ¹⁸».

Les activités du cadre sont déclinées en quatre axes :

- . La technicité : le soin, la gestion, la formation des stagiaires et la recherche
- . L'information
- . La relation et la communication
- . La contribution économique

- **La loi du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière**

Selon les termes de la loi (Art. L.714-23), « le chef de service ou de département assure la conduite générale du service ou du département et organise son fonctionnement technique dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien et des missions dévolues à chaque unité fonctionnelle par le projet de service ou de département. Il est assisté selon les activités du service ou de département par une sage femme, un cadre paramédical ou un cadre médico-technique pour l'organisation, la gestion et l'évolution des activités qui relèvent de leurs compétences.

Le chef de service élabore avec le conseil de service ou de département (au sein duquel le cadre est membre de droit), un projet de service ou de département qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins »¹⁹.

La réussite de la nouvelle dynamique voulue par le législateur suppose :

- . un réel dialogue entre le corps médical et l'ensemble du personnel soignant.
- . La mise au point de protocoles d'évaluation des soins médicaux et paramédicaux..
- . La définition en commun d'orientations ou de perspectives de développement ou de restructuration d'activité assortie de la hiérarchie des priorités de service.

¹⁸ Cf. Annexe 1.

¹⁹ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 op. cit. p. 1.

- **Le décret du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.**

Le programme de cet arrêté stipule :

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

C'est pourquoi la **formation des cadres de santé est une priorité** essentielle pour garantir la qualité de l'encadrement. Elle contribue en effet à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités. L'**adaptation régulière de cette formation** est une **nécessité** pour préparer et accompagner l'évolution rapide des établissements de santé et des pratiques professionnelles »²⁰.

Ce décret reconnaît la nécessité d'une formation évolutive des cadres de santé.

1.3.2 Du concept acteur.....

L'acteur, selon Bernoux est « *celui (individu ou groupe) qui participe à une action et qui a des intérêts communs pour cette action* ». Dans toute organisation, tout acteur garde une possibilité de jeu autonome, qu'il utilise toujours plus ou moins.

La complexité s'intensifie selon le nombre des acteurs qui entrent en jeu chaque fois qu'il s'agit de construire et/ou d'appliquer la coordination d'une série d'actions. Même si l'ensemble de ces acteurs sont présents avec un unique et identique but de répondre à la finalité du système-unité de soins, il existe de fait sur le terrain une multiplicité de rôles traduisant une implication différente des acteurs dans le jeu de l'organisation : décideurs, demandeurs ou exécutants. Les choix opérés mettent en jeu tous les éléments du système.

1.3.3au cadre, acteur dans la structure hospitalière

Selon Mintzberg, dans son ouvrage Structure & Dynamique des organisations, « *le cadre de niveau intermédiaire doit servir de symbole pour son unité et en être le leader, il doit développer un réseau de contacts, contrôler l'environnement et les activités de son unité, transmettre certaines de ces informations à sa propre unité, aux niveaux supérieurs de la hiérarchie, et à l'extérieur de la ligne hiérarchique, réaliser l'allocation des ressources à l'intérieur de leur propre unité, négocier avec des parties prenantes extérieures, prendre l'initiative de changements stratégiques et traiter des exceptions et des conflits* »²¹. à l'intérieur de leur propre unité, négocier avec des parties prenantes extérieures, prendre l'initiative de changements stratégiques et traiter des exceptions et des conflits »²².

²⁰ Décret n° 95-926 du 18 août 1995 op. cit. p. 2.

²¹ H. Mintzberg, Structure & Dynamique des organisations, op. cit. p. 5.

²² H. Mintzberg, Structure & Dynamique des organisations, op. cit. p. 5.

Cependant, toujours en référence à Mintzberg, le travail du cadre change d'orientation à mesure qu'on descend de niveau hiérarchique. Il devient moins abstrait et plus proche du flux du travail lui-même ; moins le niveau hiérarchique est élevé et plus les décisions sont fréquentes et de courte durée.

Le cadre intermédiaire, tout comme le cadre dirigeant, doit lui aussi gérer des conditions de frontière, entre son unité et le reste de l'organisation, et entre son unité et l'environnement de l'organisation. En réalité, le cadre de proximité, même s'il est positionné dans une unité de lieu, bien limitée, spécialisée ou non est en interaction constante avec son environnement. Il doit pour être performant, développer des compétences, se donner des marges de manœuvre, et trouver sa zone d'autonomie.

1.3.4 Le cadre de proximité, un acteur autonome dans l'interdépendance

Toute organisation attend une certaine autonomie de la part des acteurs qui la composent. Pour Jean François Claude, « *l'autonomie est l'aptitude à se prendre en charge soi-même et à prendre en charge les problèmes professionnels qui nous concernent* »²³. C'est à dire savoir taire ses intérêts particuliers et se plier à la raison qui permet d'accéder à l'intérêt collectif.

Jean François Claude décrit quatre figures de l'autonomie menant progressivement vers une autonomie prenant en compte notre besoin de l'autre.

- **l'absence d'autonomie**

C'est, soit celui qui n'assume pas le traitement des problèmes par lui même et se défausse sur les autres, soit celui qui ne s'affirme qu'en fonction d'une prise de position préalable de l'autre.

- **L'autonomie comme indépendance**

C'est une forme d'indépendance qui tend à repousser l'autre à la périphérie. Il s'agit de l'individu qui va nier l'aide qu'un collaborateur aurait pu lui apporter. Blaise Ollivier nous met en garde sur les limites de cette indépendance : « *La peur ou le refus de dépendre des autres conduit certes à une forme d'autonomie, mais si fragile, que ceux qui la pratiquent selon cette modalité doivent dépenser une part de leur énergie à réduire ou occulter les dépendances, plutôt qu'à travailler à les assumer* »²⁴.

²³ J.F.Claude, L'éthique au service du management – Concilier autonomie et engagement pour l'entreprise, Editions Liaisons, Paris, 1998.

²⁴ B. Ollivier, L'acteur et le sujet – Desclée de Brouwer, 1995.

- **L'autonomie du devoir**

Dans l'autonomie du devoir, l'individu se considère autonome lorsqu'il « *transcende ses intérêts particuliers, de même que les pressions que peuvent faire les autres, pour se conformer à une règle, des valeurs ou une argumentation qui s'imposent à tous* ».

Dans cette forme d'autonomie, l'autre est accepté et influent sur soi s'il partage un point de vue compatible avec nos convictions.

- **L'autonomie interdépendante**

L'autonomie interdépendante « *admet son besoin de l'autre et l'importance de réunir les conditions, sur le plan personnel, d'une perméabilité à l'influence de l'autre* ». Cela suppose que chacun construise son identité en terme d'ouverture et non acteur de certitudes et de convictions notamment en milieu hospitalier où les incertitudes sont florissantes. L'accueil des points de vue des autres, de leurs intérêts et de leur rationalité, maximise les chances de prendre en compte la complexité des situations. Toutefois, il est important de noter que la confrontation se pratique après un travail de réflexion et d'élaboration personnelle. C'est vers cette autonomie interdépendante que doit évoluer le cadre de santé de proximité. De quels modèles identitaires ce cadre s'inspire t'il pour construire cette nouvelle identité ?

1.4 CONSTRUCTION IDENTITAIRE DES CADRES DE SANTE

1.4.1 Du concept d'identité.....

En référence à Sylviane Cagnoli, dans son article : Crise et remaniement identitaires des cadres hospitaliers, l'identité est définie comme une « *articulation , un compromis entre deux transactions* »²⁵.

Selon l'approche de Dubar, il s'agit « *d'une transaction interne à l'individu et une transaction externe entre l'individu et les institutions avec lesquelles il entre en interaction* »²⁶.

Selon C. Dejours²⁷, l'identité sociale est marquée par la dualité, et dans sa construction peuvent surgir des conflits entre la rencontre d'un sujet, porteur d'une histoire singulière,

²⁵ S. Cagnoli, Crise et remaniements identitaires des cadres hospitaliers, revue Gestions Hospitalières, Avril 1996.

²⁶ Claude Dubar, La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, Armand Colin Editeur, Paris, 1991.

²⁷ Christophe Dejours, Intelligence pratique et sagesse pratique : 2 dimensions méconnues du travail réel, Revue Education permanente n°116.

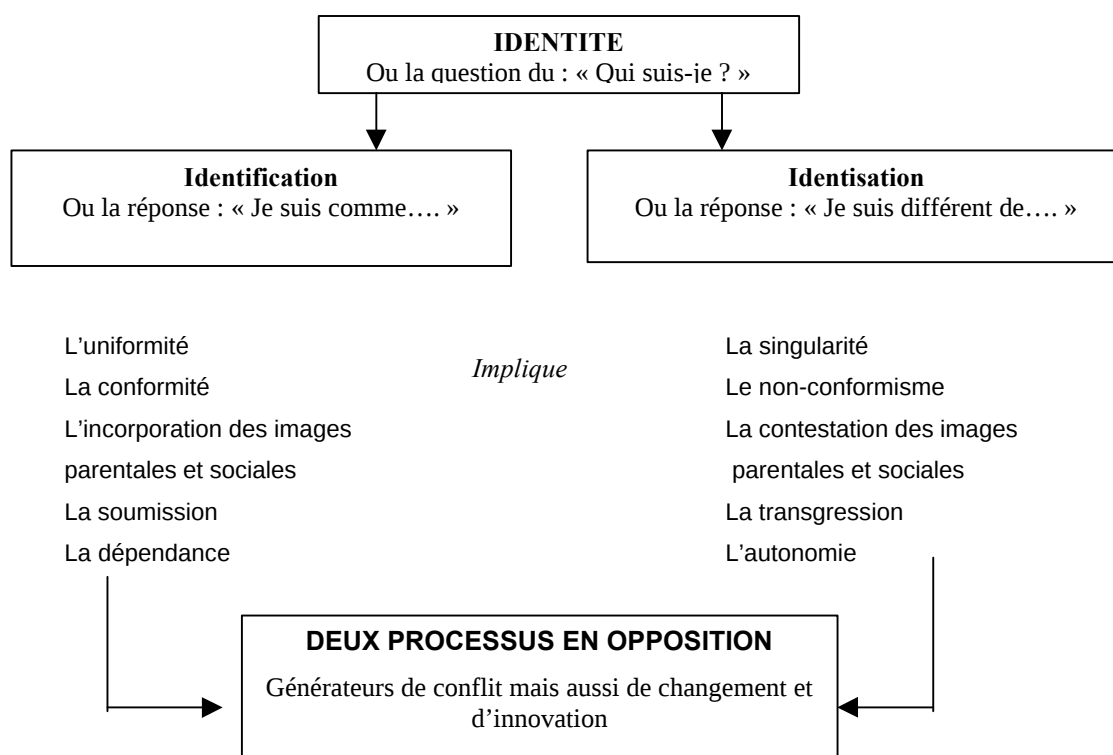
et une situation de travail dont les caractéristiques sont en partie fixées indépendamment de lui, hors de sa volonté.

1.4.2à la structure de l'identité culturelle infirmière

Parler du problème « d'identité professionnelle », c'est se pencher avant tout sur le concept de construction « d'identité individuelle ». En effet, tout individu construit son identité en référence à des modèles parentaux. En référence à Abdelmalek, dans son ouvrage Sciences humaines et sociales, cette première voie vers la construction d'une identité est nommée *processus d'identification*. Une seconde voie complémentaire, pour parler d'identité est *l'identisation*.²⁸

L'identisation désigne le processus selon lequel l'individu tend à « *s'affirmer comme différent de, à se différencier, à se séparer des images identificatoires* ».

Cette dynamique d'accession à l'identité peut se schématiser ainsi :

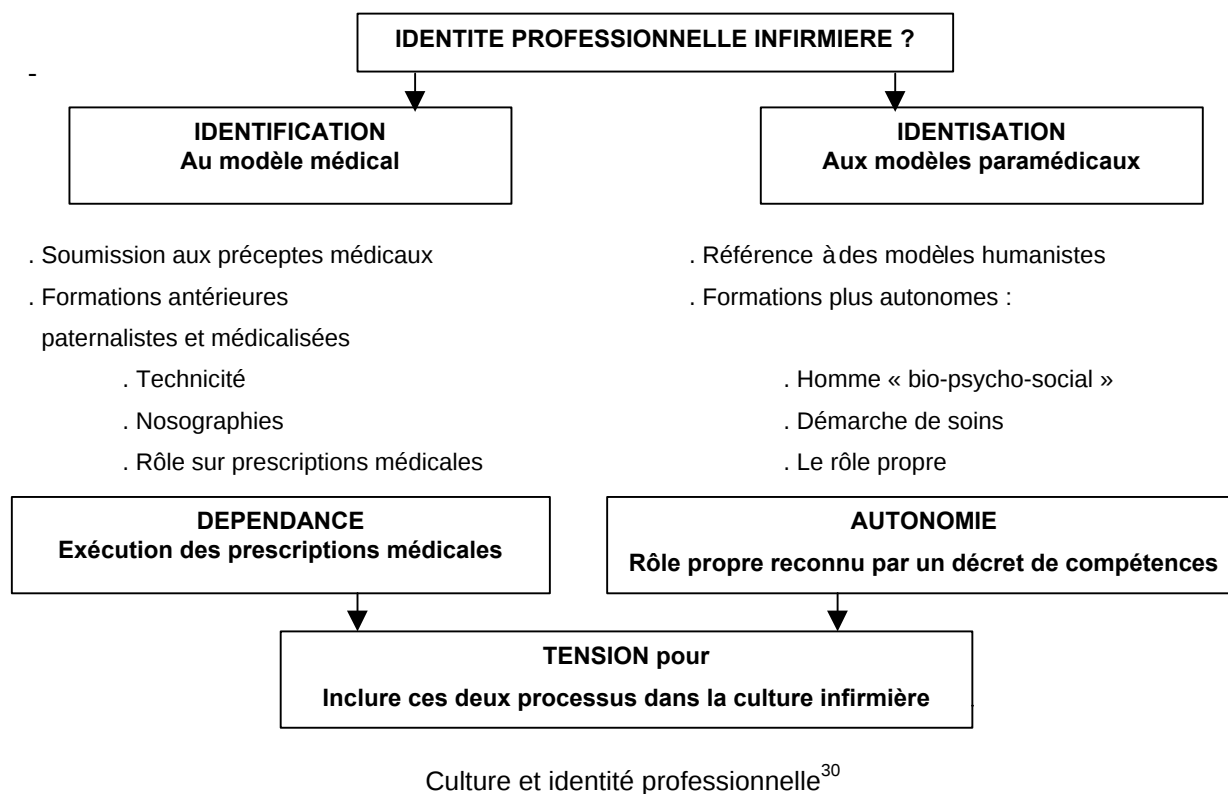


Méta-modèle de l'identité²⁹

²⁸ A.A.Abdelmalek & J.L. Gérard, Sciences humaines et soins, Manuel à l'usage des professions de santé, Inter Editions, Paris, 1995.

²⁹ Référence idem.

Ce Méta-modèle se transpose au problème de l'identité professionnelle I.D.E.



Cette construction d'identité professionnelle nous semble importante avant la projection pour une I.D.E. dans une fonction de cadre.

1.4.3 De l'identité individuelle à l'identité sociale et professionnelle

Le passage à la fonction de « cadre-infirmier » fait quitter une identité professionnelle forte de soignant. Selon l'étude menée dans deux établissements hospitaliers par S. Cagnoli, psychosociologue, on voit émerger trois modèles identitaires différents qui sont : les gestionnaires, les conciliants et les nostalgiques

❖ *Les gestionnaires*

C'est le modèle, avec les conciliants, qui regroupe les cadres ayant suivi une formation en école de cadres. Il est souvent constitué de cadres supérieurs ou de cadres exerçant des fonctions transversales. Ces cadres ne rencontrent plus les problèmes de gestion quotidienne.

³⁰ A.A. Abdelmalek & J.L. Gérard, op. cit. p. 15.

Leur enjeu est d'acquérir une légitimité et une crédibilité de cadre. Ils adhèrent à la logique gestionnaire-administrative prônée par la Direction. Ils adoptent une stratégie offensive, qui peut les amener à vivre des situations conflictuelles, en particulier avec le corps médical et qui les oppose aux autres cadres dont les stratégies et les valeurs sont autres.

Leur stratégie repose d'une part sur des alliances avec l'I.G. et la direction et d'autre part, sur un discours fondé sur la référence aux règlements en vigueur, la gestion et la défense de projets institutionnels.

❖ *Les conciliants*

Ce qui les caractérise c'est qu'ils ne sont ni en conflit avec le corps médical, ni en désaccord avec la logique gestionnaire et administrative. Ils appliquent la nouvelle gestion imposée par la Direction mais sans zèle ni adhésion inconditionnelle.

Leur enjeu est de trouver une place, « l'intégration dans la fonction », de se professionnaliser, de faire reconnaître le corps infirmier et son rôle propre (la gestion des soins) et conserver autonomie et responsabilité au sein de leur équipe.

Leur stratégie est dans la négociation, la conservation d'un équilibre entre les différents acteurs et en particulier avec les médecins, partenaires importants pour la bonne marche du service, le compromis entre les deux logiques médicale et administrative.

❖ *Les nostalgiques*

Ils regroupent les « surveillants », les agents les plus anciens, ils ne sont généralement pas cadrés. Ils continuent à « administrer » leur service et à garder les fonctionnements et les valeurs de soignants qu'ils ont eus. Ces contraintes de gestion qui leur sont imposées sont vécues sous le mode de la culpabilisation individuelle. Ils éprouvent une difficulté à se positionner, entre ce qu'on leur demande d'être et ce qu'ils se sentent être. Ils regrettent généralement leur activité de soignant. Ils ont plutôt gardé des « liens affectifs avec le corps médical ».

Leur stratégie est une stratégie de retrait, ils se sentent assis « entre deux chaises ». Ils sont les héritiers du système, « les enfants de l'institution ». On peut parler de « rupture d'identification ».

Selon V. de Gaugelas³¹, « *les modèles d'identification amènent l'individu à opérer des choix, des compromis, à réaliser des ajustements, des renoncements. Mais ces évolutions confrontent l'individu à des contradictions fortes, qui provoquent souffrance, culpabilité et retrait* ».

³¹ V. de Gaugelas, La névrose de classe, Hommes et Groupes Editeurs, Paris 1987.

LES CADRES DE PROXIMITE AU QUOTIDIEN : ETUDE DE TERRAIN

2 - L'ETUDE DE TERRAIN

2.1 LA METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Nous avons souhaité, pour mener ce travail toucher un public diversifié, au travers :

- D'entretiens auprès de cadres et d'infirmières générales
- D'échanges avec des Directeurs lors de nos différents stages
- D'une étude menée dans un C.H.U. sur la fonction cadre. Dans le cadre de cette étude, les médecins s'étaient exprimés sur ce qu'ils attendaient de cette fonction.

2.1.1 Le terrain d'enquête

L'enquête a été menée auprès d'un public large et diversifié pour plusieurs raisons :

La première tient tout d'abord à l'organisation de la structure hospitalière. En effet, comme nous l'avons exposé dans la première partie, l'organisation hospitalière est de type pyramidal. Il nous a donc semblé important de prendre en considération les cadres, situés sur la ligne hiérarchique et les I.G. et Directeurs, situés au sommet stratégique. Les entretiens ont été ciblés auprès des cadres et des I.G. car ils sont en lien hiérarchique étroit. Concernant les Directeurs, nous avons plutôt souhaité des échanges informels lors de nos stages effectués durant la formation. Leur opinion est incontournable car c'est le directeur qui détient le pouvoir de nomination des personnels hospitaliers non médicaux.

La deuxième tient à la complexité du système hospitalier. En effet, les différentes logiques hospitalières administratives, médicales et soignantes font que le cadre soignant doit travailler en collaboration étroite avec le médecin, l'organisation et la qualité des soins étant une préoccupation commune.

Enfin, la dernière raison est en lien avec la nécessaire formation des cadres. Pour cette raison, il nous a semblé judicieux d'analyser le contenu du programme pédagogique décrit dans le décret du 18 août 1995³².

³² Décret n° 95-926 op. cit. p. 2

Nous avons mené notre enquête dans deux établissements de taille différente : un C.H.U. et un Centre Hospitalier Général. L'un d'eux présente une particularité pouvant avoir une influence sur la fonction de cadre de proximité car le C.H.G.³³, dont il est question a fait le choix de ne pas avoir de cadres supérieurs infirmiers dans son établissement. Le choix des deux types d'établissements nous a donc semblé pertinent du fait de leur différence concernant la taille, les structures et l'organisation.

2.1.2 Les outils du recueil d'informations

Au total, nous avons mené :

17 entretiens semi-directifs³⁴ dont :

- . 12 cadres de proximité (6 formés avant le nouveau programme et 6 formés selon le programme de 1995). Ces 12 cadres ont été formés dans quatre instituts différents dont quatre régions.
- . 5 I.G. (3 de C.H.U. et 2 de C.H.G.).

3 entretiens non directifs avec des Directeurs d'établissements public de santé (C.H.U. et C.H.G.)

Et nous avons exploité les résultats d'une enquête menée auprès de 10 médecins (étude menée dans un C.H.U. en 1999, à l'initiative du Directeur du Service de Soins Infirmiers).

2.1.3 Les limites et les points forts de l'enquête

❖ Les limites

Tout d'abord, les résultats de l'enquête ne sont pas généralisables du fait du nombre limité de personnes interrogées (30) et du faible nombre d'établissements dans lesquels nous avons mené nos entretiens. De plus, les entretiens ont été menés exclusivement auprès de cadres infirmiers ; les résultats auraient pu être différents si on y avait intégré des sages femmes et des cadres médico-techniques.

Ensuite, nous utiliserons avec prudence le contenu des entretiens non directifs auprès des Directeurs car il s'agissait d'échanges sans utilisation de supports d'entretiens.

³³ C.H.G. : Lire Centre Hospitalier Général.

³⁴ Cf. Annexe 2 et annexe 3.

Enfin, l'enquête occulte complètement les cadres supérieurs quant à leur fonction ou leur opinion sur la fonction du cadre de proximité.

❖ *Les points forts*

Ils tiennent à la richesse des personnes interviewées. En effet, ce sujet correspond à une préoccupation des cadres qui se sont exprimés avec aisance sur leur fonction, sur la manière dont ils la vivent car ils ont peu l'occasion de l'évoquer.

D'autre part, il s'agit aujourd'hui d'une préoccupation nationale puisque la Ministère de l'emploi et de la solidarité et plus particulièrement la Direction des Hôpitaux a lancé une étude³⁵ le 26 avril 2000 sur l'encadrement, hors équipe de Direction dans les établissements publics de santé.

Les objectifs de cette enquête sont multiples :

- Etablir un état des lieux quantitatif des postes d'encadrement intermédiaires
- Identifier les situations d'encadrement
- Mesurer la formation initiale, les formations continues
- Découvrir les modes d'organisation en vigueur au sein des établissements.

Enfin, tous les cadres interviewés, choisis par les I.G, ont été formés en Instituts entre 1986 et 1999. Ils sont donc de formation récente, ce qui ne remettra pas en cause la suppression de la nomination à l'ancienneté. Les cadres ont de ce fait, des éléments de réflexion pouvant porter sur des évolutions en matière de formation. Nous tenons à préciser que deux des cadres ont assumé des fonctions d'enseignant après leur formation cadre et avant leur affectation dans une fonction d'encadrement d'une unité de soins.

Les résultats de l'enquête nous ont toutefois permis de mettre en évidence que 80 à 85% des cadres avaient suivi une formation cadre en Institut et que depuis environ dix ans, les établissements ne nommaient plus de cadres à l'ancienneté. C'est donc reconnaître la nécessité d'une formation.

³⁵ Cf. annexe 4.

2.2 PRESENTATION DES RESULTATS : VERIFICATION DES HYPOTHESES

2.2.1 Hypothèse 1: La formation des cadres de santé ne les prépare suffisamment ni à l'analyse stratégique ni à la sociologie des organisations.

❖ *Les outils utilisés par les cadres de proximité*

En réalité, si l'objectif recherché était l'intégration par les cadres, des outils d'analyse stratégique et de la sociologie des organisations, la question était formulée volontairement de manière indirecte et très ouverte.

La question principale était : « *Quels outils avez-vous acquis en formation et que vous mettez en œuvre aujourd'hui ?* » Et, en complément, si les cadres n'exprimaient pas ces outils : « *Avez-vous été formé à la sociologie des organisations et à l'analyse stratégique ? Si oui, cela est-il une aide ?* ».

Tout d'abord, à la question ouverte, seul un cadre a répondu spontanément et exclusivement par les outils suivants : l'analyse stratégique, l'analyse systémique et l'analyse transactionnelle. Pour ce cadre nouvellement formé (1997), ces outils étaient essentiels. Son affectation dans un service dit « difficile » s'est bien passée ; l'utilisation de ces outils lui a permis de comprendre rapidement le fonctionnement des différents acteurs et ainsi d'adapter sa stratégie.

Onze cadres sur douze ont répondu par des outils concrets se déclinant en trois catégories : ce sont des outils de gestion, des outils d'animation et des outils méthodologiques.

- Les **outils de gestion** sont exprimés par 10 cadres sur 12. Cependant, ces outils de gestion sont limités au personnel. Il s'agit de l'évaluation du personnel (5/12), des techniques d'entretien (2/12), du calcul d'effectifs (2/12) et enfin de l'élaboration des fiches de poste (1/12) et des profils de poste (1/12).
- Les **outils d'animation d'équipe** sont exprimés par 9 cadres sur 12. Il s'agit prioritairement de la gestion des réunions (4/12) : préparation, conduite et compte rendu, de la gestion des conflits (4/12), de l'encadrement des stagiaires (5/12) et enfin des outils managériaux (2/12).

- Les **outils méthodologiques** sont exprimés par 7 cadres sur 12. Ces outils concernent la méthodologie de la recherche (42,85%), l'analyse de problème (28,57%) et la méthodologie de projet (28,57%).

Enfin, 100% des cadres interrogés ont bénéficié de la formation à l'analyse stratégique et à la sociologie des organisations. Sur ces douze cadres, onze ont reçu cet enseignement pendant la formation cadre et un seul après la formation dans le contexte de préparation universitaire de la licence en sciences de l'éducation. Si cet enseignement a été formalisé par le décret du 18 août 1995, certaines écoles l'avaient déjà anticipé.

Bien que tous ces cadres aient bénéficié de cet enseignement, quatre d'entre eux n'y ont trouvé aucun intérêt et n'utilise pas ces méthodes: *“ça reste théorique et difficile à mettre en application”*.

Par contre, huit d'entre eux considèrent que ces outils sont une aide mais ils avouent ne pas les utiliser suffisamment.

❖ *L'analyse stratégique et la sociologie des organisations comme aide à la fonction.*

Trois points se dégagent de cette étude: ils sont centrés sur l'équipe, l'unité de soins et le cadre lui-même.

• **Une aide à la gestion d'équipe**

Ces outils permettent aux cadres de mieux appréhender une équipe lors de leur prise de poste par *“une meilleure approche du personnel”*, *“un ressenti d'ambiance d'une équipe”*, une autre manière d'écouter en se demandant *“qu'y a t'il derrière un problème ?”*.

Ils sont aussi une aide à la compréhension du *“fonctionnement d'une équipe”*, des *“rapports entre les hommes”*. Les cadres, du fait de cet enseignement ont compris les logiques d'acteurs. *“On voit bien les enjeux entre les groupes professionnels (I.D.E.³⁶, médecins)”*. *« Les logiques ne sont pas les mêmes ; il ne faut pas vouloir que tout le monde raisonne de la même façon, ils n'ont pas les mêmes missions »*.

Le cadre qui a suivi cette formation après la formation cadre dit avoir tiré de grands bénéfices; elle dit avoir apprécié cette formation car elle avait de la pratique, des situations

³⁶ I.D.E. : Lire Infirmière Diplômée d'Etat.

concrètes vécues qui lui ont permis de mieux comprendre les problèmes, les prises de décisions et les stratégies. *“Quand j’étais plus jeune, ça m’énervait. Après, on cherche plus à communiquer. Il faut comprendre ce qu’ils veulent faire passer, sinon on est dans des jugements de valeurs, des incompréhensions”.*

- **Une meilleure compréhension de l’unité de soins**

En effet, l’analyse stratégique et la sociologie des organisations permettent une approche systémique: *“on voit l’unité de soins dans l’établissement”*. De plus, ces outils permettent *“le discernement et la reconnaissances des problèmes”*. Ces outils sont reconnus être *“opérationnels et complémentaires”*.

L’analyse stratégique et la sociologie des organisations servent à « *analyser, mettre des mots, aident à la classification, et à donner des pistes de travail* ».

Ces outils nous donnent une « *meilleure compréhension et prise en compte des autres professions* ». Ils nous aident à « *globaliser notre vision* », à avoir une approche systémique « *On ne peut pas bouger un côté sans bouger l’autre* ».

L’approche systémique de l’unité de soins a pour but d’aider à la prise de connaissance et à la compréhension d’un ensemble d’éléments à coordonner en vue d’une organisation optimale des soins et des services C’est comprendre le fonctionnement de l’unité dans son environnement institutionnel.

- **Une aide à assumer la fonction**

La compréhension de ces outils par le cadre lui permettent à la fois de se protéger, « *de prendre du recul et de la hauteur, c’est du quotidien* » vis-à-vis des situations qui se présentent et ils permettent donc ainsi aux « *équipes de s’y retrouver* ». Un cadre dit aussi que ces outils l’ont aidé à sa prise de poste « *ça a été une aide à l’arrivée dans le service* ».

L’exploitation des entretiens et le contenu du programme énoncé dans le décret du 18 août 1995 nous permettent d’infirmier l’hypothèse émise car les cadres sont bien formés à l’analyse stratégique et à la sociologie des organisations. Nous procéderons à l’analyse dans un chapitre ultérieur.

2.2.2 Hypothèse 2: la fonction du cadre de proximité n'est pas définie.

La fonction cadre de proximité définie par les cadres eux mêmes découle :

- Essentiellement de leur expérience et de leur vécu.
- De la conception qu'ils ont de leur fonction et des valeurs professionnelles et humanistes qu'elle sous-tend.
- D'une réflexion menée en formation cadre.
- Exceptionnellement d'un travail institutionnel portant sur une réflexion de la fonction du cadre (étude menée dans un C.H.U.).

Toutefois, même si les cadres arrivent à définir leur fonction au travers de leur vécu, ils la vivent avec beaucoup d'insécurité; la fonction n'étant pas claire, les attentes non énoncées et l'évaluation inexistante.

“On ne sait pas ce que les médecins attendent de nous. On navigue, on ne sait pas si on fait bien. Est ce qu'on n'attend pas autre chose?”

« L'entretien de fin d'année avec le Directeur ne suffit pas ».

❖ La fonction définie par les cadres de proximité

Nous avons souhaité dissocier dans l'exploitation les cadres formés avant et après le nouveau programme du 18 août 1995 car il nous a semblé pertinent d'analyser les quelques écarts mis en évidence.

• Les mots clés émergeant des entretiens³⁷

Plusieurs **points communs** dans la définition de la fonction correspondant à ce que les cadres sont amenés à faire au quotidien. C'est-à-dire qu'ils sont managers, organisateurs et coordinateurs. De plus, le cadre est interface « *entre plusieurs logiques* », « *entre les patients, le personnel, les médecins* » et « *entre l'administration et le service* ».

Quelques **différences** entre les cadres selon qu'ils sont plus ou moins expérimentés. Les jeunes cadres semblent insécurisés, ambivalents. D'un côté, ils se voient dynamiseurs d'une équipe : « *moteur* », « *moyen pour faire fonctionner les équipes* », et d'un autre côté, ils sont seuls, ils parlent « *d'autonomie* » et de « *solitude* ». Ceci peut s'expliquer par le peu de pratique et d'expérience ; la maîtrise de la fonction demande du temps.

³⁷ Cf. annexe 5.

Seul un cadre récemment formé (1997) mais ayant vécu une expérience de faisant fonction de cadre infirmier pendant deux ans avant la formation a une vision se rapprochant davantage de celle des cadres plus anciennement formés car « *le cadre est seul face aux problèmes et aux décisions* » le cadre est aussi « *chef d'orchestre* » du fait de la multitude d'intervenants ; « *il faut tout conjuguer, que tout le monde soit en harmonie pour faire avancer les projets et resituer tout le monde pour que ça tourne* ». La pratique de la fonction avant la formation semble avoir permis une prise de recul et une meilleure intégration de celle-ci.

Les cadres plus anciennement formés définissent leur fonction avec des termes imagés mais aussi davantage porteurs de sens. Ces cadres se situent au sein de l'équipe, tenant compte des différentes approches et des différents acteurs. On sent une préoccupation pour faire fonctionner le système.

« *Le cadre est régulateur, il met de l'huile dans les rouages* ». Puis, il « *fait fonctionner le bateau* ». Cette image démontre que le cadre n'est pas à l'extérieur de l'équipe ; il fait en sorte que tous avancent en même temps et que « *personne ne coule* ». Il a une fonction de « *cohésion* » et « *d'ajustage permanent* ».

Le cadre est « *pivot* » en ce sens qu'il est « *une référence pour le personnel des unités de soins et pour les médecins mêmes si ceux ci ne connaissent pas la fonction qu'ils occupent* ».

Enfin, un cadre définit sa fonction comme un « *art* ». Définir une fonction comme un art implique créativité et prise de recul vis à vis des préoccupations quotidiennes ; c'est aussi une « *fonction complexe, à double tranchant car ils doivent à la fois se situer sur le plan général et en même temps en proximité avec le terrain, cette proximité étant très prenante* ».

Quelques compétences sont mises en avant par les cadres : pour exercer cette fonction, le cadre doit avoir des capacités « *d'écoute, d'anticipation, de prise de recul, d'adaptation permanente comme les infirmières. C'est une fonction pour laquelle l'équilibre personnel est nécessaire* ».

Après avoir argumenté les termes qui caractérisent la fonction des cadres telle qu'ils la vivent nous allons décliner les activités telles qu'ils nous les ont décrites.

- **Les activités déclinées par les cadres de proximité³⁸**

L'étude comparative met en évidence une similitude dans les activités relevées par l'ensemble des cadres et un contenu plus dense chez les cadres plus expérimentés.

Nous avons relevé quatre domaines d'activité qui sont :

- . l'animation d'une équipe
- . la gestion
- . l'information et la formation
- . l'activité soins

- **L'animation d'une équipe**

La première catégorie de cadres se retrouve à 100% dans ce rôle d'animateur. L'un d'entre eux croit en son rôle d'animation pour l'augmentation du potentiel de l'unité. Il dit « *un bon manager permet un personnel plus performant* ».

Il semblerait que cette activité représente l'essentiel de leur fonction ; il s'agit en effet, d'une activité quotidienne. Dans ce domaine, on retrouve à nouveau trois éléments importants :

- . la proximité avec les équipes, les médecins et l'I.G..
- . la nécessité de travailler en collaboration et en lien étroit avec les médecins pour ce qui relève de l'organisation. Une de leur difficulté étant de « *coordonner tous les acteurs autour du patient* ».
- . la concertation auprès des équipes. C'est le cadre qui donne du sens à l'action.

Les jeunes cadres semblent ne pas avoir encore perçu suffisamment la dynamique d'acteurs présents autour du patient.

- **L'activité gestion**

Si nous retrouvons pour les deux catégories de cadres l'énumération de la gestion du personnel, du matériel, des malades et de l'environnement, nous pouvons noter deux notions importantes chez les cadres expérimentés qui parlent de « *collaboration avec les autres services* » pour la gestion des lits et « *d'adaptation des ressources humaines en tenant compte des moyens alloués* ».

³⁸ Cf. annexe 5.

La gestion du matériel ne semble pas préoccuper énormément les cadres. Ils savent tout simplement qu'ils ont des « *comptes à rendre* ». Un seul cadre évoque la nécessaire « *maîtrise des dépenses de santé et la contractualisation avec le Directeur d'établissement* ».

- **L'activité information – formation**

A nouveau, nous pouvons dire que les jeunes cadres n'ont pas la même vision de leur fonction concernant cette activité, on ne sent pas la dynamique de l'information ascendante et descendante.

Pour les plus expérimentés, cette mission est ressentie comme la plus difficile par les cadres du fait d'une part, de la quantité et de la diversité des informations descendantes et ascendantes et d'autre part, de la rotation des équipes dans l'unité (planning).

Ces derniers reconnaissent l'importance de leur rôle dans cette activité pour « *faire passer la politique de l'établissement, faire remonter les demandes et les besoins de l'équipe* ».

Ils prennent aussi en compte leur responsabilité dans la formation des nouveaux professionnels, des stagiaires et sont conscients du nécessaire maintien des compétences du personnel face aux nouveautés. En outre, le cadre doit lui aussi maintenir son niveau de compétences en continuant à se former. « *Un cadre doit savoir rester compétent et savoir évaluer la compétence des autres. Se tenir informé par des formations, des lectures et échanges* ».

- **L'activité soins**

Il semblerait que la dimension du soin ne soit pas une priorité pour les cadres. Deux d'entre eux abordent tout de même le fait qu'il soient « *garants de la qualité des soins* », évoque l'importance du « *projet de soins et du projet de service* », un autre met en avant la nécessité de mener avec l'équipe une « *réflexion sur la conception de soins* ». Enfin, la démarche qualité est normale, il faut « *évaluer les soins* ».

❖ *Les différentes logiques hospitalières : Une attribution du rôle des cadres et des attentes parfois contradictoires*

Les entretiens semi-directifs menés auprès des I.G., les entretiens non directifs avec les Directeurs d'établissements et le résultat de l'enquête auprès des médecins nous permettent d'avoir une idée assez large des attentes des différents acteurs au sein des institutions et de la manière dont ils perçoivent les cadres de proximité.

- **Une fonction définie par des acteurs porteurs de sens**

Cette hypothèse « la fonction du cadre de proximité n'est pas définie » est confirmée. La recherche effectuée met bien en évidence les disparités quant aux attentes des uns et des autres selon qu'ils intègrent la logique administrative, médicale ou soignante.

La perception de la fonction de cadre par les représentants des différentes logiques hospitalières présente des points communs, des différences, voire des contradictions.

Les missions des cadres

On peut les décliner ainsi : institutionnelles, managériales et gestionnaires.

. Les missions institutionnelles

Elles sont mises en évidence par les Directeurs et les I.G. par l'application de la politique institutionnelle et de la réglementation sur le terrain d'une part et par l'implication dans l'élaboration et la conduite de projets d'autre part.

. Les missions managériales

Ces missions sont partagées par les Directeurs, les médecins et les I.G.. Tous s'accordent à dire qu'ils sont managers ou animateurs de l'équipe soignante. Une I.G. précise que le terme animation est plus approprié car il « *porte une âme* » ; ce terme est davantage porteur de sens. Les cadres sont d'autre part, responsables des soins (contrôle, recherche, formation) et de la qualité de prise en charge des patients.

. Les missions de gestion

Elles sont peu évoquées. Pour une I.G., le cadre doit mettre en adéquation les moyens et pour un Directeur, cette activité sera inscrite dans les missions futures ; sa réponse sous-tend qu'une formation sera nécessaire pour les cadres : « *ils ne sont pas prêts aujourd'hui* ».

La place accordée aux cadres dans l'institution

On note d'emblée une ambiguïté. Pour les Directeurs et les I.G. , le cadre exerce sous la hiérarchie du C.S.I.³⁹. Pour les médecins, le cadre exerce sous l'autorité du chef de service.

En plus de cette ambiguïté, le cadre est tiraillé entre les différents responsables de l'institution ; chacun souhaitant avoir le cadre comme collaborateur et interlocuteur privilégié.

Notre enquête nous permet d'avancer que :

- Les Directeurs accordent une place plus importante aux cadres dans l'institution.
- Les médecins tiennent à garder les cadres auprès d'eux et ne veulent surtout pas qu'ils « *s'impliquent trop au niveau institutionnel* ».
- Les I.G. ont beaucoup d'exigences vis-à-vis des cadres de proximité. Si elles leur accordent une place au niveau institutionnel, elles les situent surtout dans les unités de soins où ils doivent occuper « *une place centrale* », ils ont un « *rôle pivot* ».

Elles les situent essentiellement au niveau des soins : « *encadrement des soins, référent qualité* », auprès des patients et des familles : « *garant de la qualité de leur prise en charge* », auprès de l'équipe : « *garant de la qualité de vie au travail des équipes, élément clé de la réflexion d'une équipe, doit construire le professionnalisme* » et auprès des stagiaires.

Les I.G. comptent beaucoup sur les cadres « *ce sont les cadres qui feront évoluer les choses auprès des équipes et auprès du corps médical* ». Pour les I.G., les cadres sont investis de nombreuses missions qu'ils assument en complémentarité avec l'équipe pluridisciplinaire. En plus de leurs missions de « *coordination, de formation et de recherche en soins* », les cadres sont des « *relais essentiels dans l'information et dans la mise en place d'une politique institutionnelle et l'application de la réglementation* ». Il doit sans cesse faire des allers et retours : information descendante et ascendante car pour les I.G., 90% des problèmes sont des problèmes de communication et de non information.

Les attentes des différents responsables hospitaliers

Nous relevons trois types d'attentes : des attentes en termes de compétences, de comportement et d'aptitudes.

³⁹ C.S.I. : Lire Cadre Supérieur Infirmier.

a) Des compétences ou capacités

Elles se déclinent en trois rubriques : le management, les soins et la gestion.

- **Management**

. En matière de **Gestion des Ressources Humaines**, il est demandé aux cadres des capacités à :

- . détecter le potentiel des membres de l'équipe (1 I.G.)
- . valoriser les équipes (1 I.G.)

. Dans le domaine de l'**animation**, les compétences recherchées sont :

- . L'autorité (2 Médecins)
- . L'écoute : décoder et sentir les situations (1 I.G.)
- . Faire remonter l'information (2 Médecins)
- . Coordonner tous les acteurs (2 Médecins)
- . Gérer les conflits (2 Médecins)
- . Conduire les changements avec son équipe (1 Directeur)
- . Développer des stratégies (1 Directeur)
- . Adapter une mesure administrative (1 Directeur)
- . Etre efficace, concrète et apporter des réponses rapides (2 Médecins)

. En matière d'**encadrement** , les 5 I.G. attendent des cadres des compétences pour

- . Intégrer et encadrer les nouveaux professionnels et les stagiaires

- **Soins**

Les compétences attendues dans le domaine des soins sont nombreuses :

- . Etre expert et référent en soins (1 Directeur)
- . Participer au projet de service (1 Médecin)
- . Travailler sur les organisations (1 I.G.)
- . Apporter une réponse aux besoins explicites et implicites du patient et de ses proches (1 I.G.)
- . Répondre à la qualité (1I.G.)

- **Gestion**

Les attentes semblent moins pressantes à ce niveau mais sont attendues à l'avenir.

- . Utilisation optimale des moyens mis à la disposition de son unité (1 Directeur et 1 I.G.)
- . Prise en charge globale du service : gestion soins, linge, repas, hygiène (1I.G.)

b) Un comportement

Les médecins, à l'unanimité sont très demandeurs en matière du comportement des cadres :

- . Travailler en harmonie avec le corps médical
- . Etre présent sur le terrain
- . Etre au courant de tout

- . Etre disponible et présente dans l'unité
- . Créer un climat de bonne entente
- . Etre organisé
- . Etre au service du patient, le connaître
- . Faciliter le travail du médecin
- . Etre structuré, équilibré
- . Emettre des avis et propositions au chef de service

Les 4 Directeurs ont eux aussi quelques attentes en matière de comportement des cadres :

- . Adhérer à la politique institutionnelle
- . Développer le sentiment d'appartenance à l'institution
- . Apprendre à se préserver
- . S'agiter un peu
- . Etre une force de propositions

Enfin les attentes des 5 I.G. sont :

- . Se positionner sur la sécurité du patient
- . Que les cadres soient autonomes et responsables
- . Que les cadres appartiennent à un groupe référent professionnel
- . Les cadres ne font pas les soins

c) Des aptitudes

- . A évoluer et à devenir des gestionnaires (4 Directeurs)
- . A actualiser ses connaissances (2 Médecins)
- . A développer le métier du soin (1 I.G.)

2.2.3 Hypothèse 3: Les cadres ne sont pas accompagnés dès leur prise de fonction

❖ *Des différences selon le type d'établissement*

Nous constatons des pratiques différentes selon le type de structure dans laquelle nous avons mené notre enquête. Les réponses apportées par les I.G. et par les cadres le confirment. L'hypothèse est en partie infirmée.

- **Au Centre Hospitalier Général**

La politique de faisant fonction de cadre n'existant pas, il n'y a pas d'accompagnement avant la formation. On peut noter cependant une aide à la prise de poste.

Lors de la prise de poste de cadre, on peut dire qu'il existe un accompagnement car les cadres de l'établissement travaillent presque tous en binôme (2 cadres par bureau). Pour les cadres, le collègue est « *important et enrichissant pour la phase d'intégration et pour la complémentarité* ». Pour l'un des cadres du C.H.G., une prise de poste représente un « *challenge* », une « *épreuve* ».

A distance de la formation

L'établissement a mis en place une formation complémentaire, axée sur l'Analyse Transactionnelle. Cette formation d'une durée de deux ans est organisée par groupes de dix cadres maximum. Cette formation assurée par un formateur extérieur, a lieu au sein de l'établissement ; elle comporte trois étapes. Dans un premier temps, une partie théorique ; ensuite une phase appelée « *coaching* ». Ce coaching se pratique entre deux cadres qui se sont mutuellement choisis. Enfin, une exploitation de ces temps de coaching par le formateur. Les cadres apprécient cette forme d'accompagnement; le coaching leur permet de relativiser les situations et ainsi mieux vivre leur fonction.

- **Au Centre Hospitalier Universitaire**

Il existe une politique de mise en situation de faisant fonction de cadre

50% des cadres interviewés ont connu la situation de faisant fonction de cadre avant de s'engager dans la formation. La politique de cet établissement est bien de mettre en situation les futurs cadres. Le score de 50% s'explique car deux des cadres interrogés viennent d'un établissement autre que le C.H.U.. Les futurs cadres sont sélectionnés et accompagnés selon une procédure écrite, validée et reconnue dans l'établissement.

Les cadres qui ont vécu cette expérience l'ont particulièrement appréciée et l'ont enrichie de quelques réflexions. Généralement, les cadres en situation de faisant fonction sont supervisés et accompagnés soit par des pairs, soit par des cadres supérieurs. Les deux cadres qui ont vécu cette expérience ont connu une situation particulière dont ils nous font part.

La première n'avait pas de cadre supérieur et était en contact direct avec l'I.G.. Avoir un interlocuteur I.G. quand on est en situation de faisant fonction de cadre ne semble pas être l'idéal. Cette I.D.E. n'a pas osé solliciter l'I.G., peut être du fait du positionnement hiérarchique. Elle dit : « *J'ai passé quelques nuits blanches par rapport à des situations stressantes* » . « *L'I.G. m'avait fait confiance ; je voulais être à la hauteur. Il faut être digne de la confiance qu'on accorde, il faut être volontaire* ».

La seconde a connu deux expériences de faisant fonction de cadre dont l'une dans son unité d'origine et l'autre dans une autre unité. Elle exprime les difficultés à assumer ses fonctions dans une unité dans laquelle on a exercé comme I.D.E. . « *C'est difficile de mettre en place des projets et de parler conception de soins avec nos anciens collègues* ».

Lors de la prise de poste

Les cadres sont systématiquement accompagnés par le C.S.I.. Cette supervision est très appréciée par les cadres. « *Le cadre supérieur est une aide pour des problèmes spécifiques, réglementaires. On travaille avec filet, on échange des points de vue* » ou encore « *On sait qu'on a quelqu'un qu'on peut appeler à tout moment. C'est un aide pour la découverte du service, pour la gestion de son temps. C'est un guide tout en laissant de l'autonomie* ».

A distance de la formation cadre

Il n'y a pas eu d'accompagnement spécifique. Chaque cadre étant acteur de sa propre évolution.

❖ Des souhaits exprimés par les cadres

A l'unanimité, les cadres expriment des souhaits :

- Avoir une **information** sur le service précisant les « *difficultés* », la « *mission précise pour laquelle ils ont été affectés dans le service* » ; c'est à dire ce que l'on attend d'eux. « *On ne peut reprocher à quelqu'un de ne pas faire ce qu'on n'a pas demandé de faire* »
- Disposer d'un **cadre de référence** concernant la « *gestion du personnel* ».
- Etre **suivi par l'I.G. dès la prise de poste** car au début on fait des « *bourdes* », on travaille par « *essais erreurs* ». Or, une fois nommé, le cadre « *n'a pas le droit à l'erreur* ». Les cadres préfèrent l'accompagnement par l'I.G. plutôt que par un pair. « *On écoute davantage les conseils d'une I.G. que ceux d'un cadre* ». On a besoin du regard de quelqu'un qui est capable de se projeter et qui a une vision globale. Cependant, certains cadres disent aussi que « *l'I.G. n'est pas toujours à l'écoute des difficultés des cadres* ». « *J'aurai souhaité pouvoir se rencontrer avec l'I.G. pour évoquer les problèmes et aussi des réunions de travail entre cadres* ». « *Un accompagnement pourrait permettre de gagner du temps et d'éviter des erreurs ; on commet des erreurs de jugement et il faut du temps après pour regagner la confiance des gens bien que certaines erreurs sont inévitables* ». « *On ne sait pas si on est dans le vrai, ce que l'on attend de nous, on a du mal à se situer* ».
- Une **évaluation** par l'I.G. car « *l'échange annuel avec la Directeur n'est pas suffisant* », « *l'I.G. doit nous évaluer* ».
- Une **transparence de cette fonction** de cadre de proximité par l'intermédiaire de profil de poste, de définition de fonction présentée aux médecins semble nécessaire. Les cadres souhaitent des « *écrits formalisés* » et un « *cadre juridique* » car la fonction est complexe et difficile à assumer.
- Une **formation d'adaptation** pour les cadres de santé qui passent d'une fonction d'enseignant à une fonction d'encadrement d'unité de soins. En effet, les propos tenus sont les suivants : « *La formation était loin* » ; « *J'ai l'impression que les choses ont changé* » ; « *Ce n'est pas le même métier* ».

2.2.4 Hypothèse 4: Les cadres reproduisent le comportement de leurs aînés; il leur manque un modèle actualisé pour se projeter et se positionner dans la fonction attendue.

❖ Les modèles ayant servi à la construction de l'identité des cadres

Chacun des cadres interviewé s'est appuyé d'un modèle ou d'un anti modèle pour construire son identité professionnelle et appuyer son projet. Le projet d'un individu étant motivé par un désir de changement, il est souvent sous-tendu par des aspects conflictuels pouvant être retrouvés au travers d'un anti-modèle.

• L'anti modèle

L'anti-modèle est défini par le rejet d'un style de management et d'un non positionnement du cadre.

Concernant le management, les points mis en évidence sont : « *pas de responsabilisation, jamais de réunion, jamais de groupe de réflexion, cadre inaccessible faisant peur à tout le monde, modèle ancien, autoritaire, garde chiourme, jouer à la chef, injuste, inéquitable* » ou l'opposé, à savoir le : « *laxisme, laisser-faire, maternage* » ou encore l'indifférence totale marquée par : « *l'absence de consigne, l'équipe livrée à elle même* ».

Concernant le positionnement, un cadre ne peut pas servir de modèle quant il a « *peur de l'équipe et peur de la hiérarchie* ».

Nous pouvons penser que ces I.D.E ont souhaité devenir cadres pour l'intérêt qu'ils portent à chacun des membres dans une équipe, pour le sens de la cohésion, une certaine idée du management et le devoir de positionnement d'un chef.

• Le modèle

Cependant, les cadres ont aussi bénéficié de modèles qui leur ont donné envie de devenir cadres à leur tour. Les critères se déclinent en trois axes qui sont : le style de management, l'esprit d'organisation et les qualités requises.

. Le style de management

On note que la dimension humaine est très importante pour les cadres. Ils mettent en avant « *l'écoute, la prise en compte de chaque individu, la responsabilisation de l'autre, la diplomatie, l'approche dans la résolution de problèmes et le fait que le cadre nous faisait progresser et cheminer dans notre réflexion* ». On retient donc comme facteurs clés le respect de l'autre, le savoir être et la capacité à faire progresser l'équipe.

. Le sens de l'organisation

Les cadres ont apprécié chez leurs modèles non seulement les valeurs humanistes mais aussi leurs capacité d'organisation et de gestion prévisionnelle soit du personnel (planing) soit du matériel (outils de gestion).

. Les qualités appréciées

Enfin, en plus des valeurs et des compétences requises chez les cadres, les I.D.E. ont su apprécier les qualités indispensables telles que : «*l'équité, la clarté, la prévision, la rigueur* ».

Les résultats de l'enquête ont permis d'une part, de faire de confirmer certaines hypothèses énoncées et d'en infirmer d'autres et d'autre part de mettre en évidence certains éléments que nous allons successivement analyser.

2.3 ANALYSE DES RESULTATS

2.3.1 Une fonction difficile à définir

L'exploitation des entretiens permet de mettre en évidence que la fonction est perçue de manière différente par les cadres plus anciennement formés que par les cadres formés ces quatre dernières années. Nous constatons que plus les cadres ont de l'expérience dans la fonction et plus ils savent lui donner du sens ; nous pensons que c'est l'expérience plus que la formation qui fait la différence. En référence à l'ouvrage sur Les théories de l'apprentissage , il est nécessaire de pratiquer pour donner du sens, les auteurs disent « *Le sens ne se saisit pas, il se cherche* »⁴⁰. D'autre part, les textes législatifs sont-ils suffisamment clairs pour permettre aux cadres de « trouver leur place » ?

❖ *L'ambiguïté des textes*

- **La circulaire du 20 février 1990⁴¹**

Il n'existe aucune réglementation, aucun texte juridique portant sur la fonction de cadre soignant. Le seul texte approchant la fonction est la circulaire du 20 février 1990.

Cette circulaire, qui isolément n'a aucune valeur statutaire ni juridique, précise le niveau de responsabilité du cadre et définit les missions et les activités de manière précise mais n'établit pas les liens entre les différents acteurs hospitaliers. Nous avons noté que cette circulaire n'est pas utilisée comme référence, soit par méconnaissance de la part de 3 I.G. et des 12 cadres, soit parce que le contenu ne répond pas aux attentes pour 2 I.G..

Pour l'une d'elle, la circulaire est une « *fondation* », un « *matériau* » et « *elle ne peut vivre que si elle s'imprègne d'une philosophie et d'une conception* ». C'est à l'établissement de faire vivre la circulaire en composant avec ce qui se vit dans l'institution.

Pour une autre, la circulaire met des « *mots clés généralistes* » à une fonction cadre mais « *elle ne cible pas le soin infirmier* ».

⁴⁰ Donnadiou B., Genthon M., Vial M., Les théories de l'apprentissage ; Quel usage pour les cadres de santé ?, Interéditions Masson, Paris, 1998.

⁴¹ Circulaire op. cit. p. 2.

- **La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière**

Cette loi est très vague et semble minimiser cette fonction du cadre. Dans la loi, le cadre assiste le chef de service ou de département (art. L.714-23). Plus loin, à l'article L.714-24, « *l'unité de soins est placée sous la responsabilité d'un praticien titulaire.....du service ou de département dans le cadre de l'organisation générale définie par le chef de service ou de département et dans le respect du projet de service* »⁴².

- **Le décret du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé**

Cet arrêté ne définissant pas plus les missions ni les zones de responsabilités des cadres, il est difficile pour ces derniers de se situer.

Toutefois, nous pouvons interpréter les textes et leur donner du sens comme suit :

Le chef de service est responsable de l'organisation générale du service et des médecins. Le médecin titulaire responsable d'une unité est responsable de l'organisation générale médicale et le cadre de proximité est responsable de l'équipe soignante et de l'organisation des soins en collaboration avec le médecin.

Tous ces textes ne facilitent pas le travail des cadres ni leur positionnement dans l'institution hospitalière. De toute évidence, cette fonction sera plus facile à assumer pour les cadres si un texte réglementaire spécifique définissait les missions, les activités et le champ de responsabilité.

❖ *Les différentes logiques hospitalières*

L'exploitation des entretiens a mis en évidence des logiques spécifiques administratives, médicales et soignantes. Ces logiques sont parfois convergentes, parfois divergentes voire mêmes contradictoires.

- **Les points de vue convergents**

Ce sont essentiellement les missions d'animation de l'équipe soignante et de responsabilité des soins et de la qualité de la prise en charge des patients.

⁴² Loi n° 91-948 du 31 juillet 1991, op. cit . p. 1.

- **Les logiques divergentes**

En effet, si les médecins et les I.G. se rejoignent pour situer la place du cadre de proximité dans les unités de soins, les Directeurs les situent surtout au niveau institutionnel.

Le terme cadre de proximité signifie bien qu'il est le cadre le plus proche des équipes, le plus proche des patients et donc le plus proche des soins.

- **Les logiques contradictoires**

Les médecins attendent des cadres qu'ils s'impliquent dans la réalisation des soins, les I.G. précisent que les cadres ne réalisent pas les soins. Par contre, elles doivent connaître les soins qui sont pratiqués dans l'unité dont elles ont la responsabilité afin de procéder à l'évaluation des soins, à l'évaluation des personnels dans la pratique de ces soins.

Comment le cadre peut-il s'y retrouver ? Comment peut-il donner du sens à sa fonction lorsqu'il est tiraillé, écartelé entre ces trois logiques ?

En référence à D. Genelot et à E. Morin, « *Considérée et utilisée isolément, chacune des trois logiques perd son effet. L'efficacité du système relève de l'action combinée des trois logiques* ». Le rôle du cadre de proximité prend tout son sens dans la prise en compte de l'interdépendance de ces différentes logiques.

Si nous faisons référence à l'approche systémique de la gestion des soins infirmiers, décrite par M. Hubinon, nous nous apercevons que :

- . les cadres infirmiers se cantonnent majoritairement aux ressources.
- . Les Directeurs mettent l'accent sur les ressources, les résultats et l'environnement.
- . Les médecins la technologie infirmière et les résultats
- . Les I.G., les ressources, la technologie infirmière et les résultats.

S'il est cohérent de retrouver ces trois logiques hospitalières : administrative, médicale et soignante, il est anormal de mettre en évidence l'absence de technologie infirmière chez les cadres de proximité. Quel sens donner à la fonction si les soins ne sont pas la raison d'être des cadres ? Peut-être sont ils submergés par le quotidien ou par les exigences émanant de la direction de telle sorte qu'ils sont devenus des « gestionnaires administratifs ? ». Serait-ce le modèle inculqué aux cadres ?

2.3.2 La nécessité d'un accompagnement adapté des cadres

❖ *Pour construire un « modèle » nouveau*

Il semblerait que nous soyons passé d'une période de soumission des cadres aux médecins : soumission marquée par une participation importante des cadres aux soins, une présence omnipotente dans l'unité à un stade de « manager gestionnaire » occultant quasiment cette dimension du soin. La formation des cadres n'aurait-elle inculqué que cette dimension de management ? Aurait-elle occulté les soins aux patients, raison d'être des cadres de proximité ?

Nous nous apercevons, au travers des entretiens, que certains projets cadres sont « nés » d'un conflit de valeurs ; les cadres ou « surveillantes » en poste agissant à l'encontre des valeurs portées par certaines I.D.E.. Ces valeurs relevant soit du domaine du comportement soit du positionnement.

D'autre part, l'identification ou le désir « d'être comme » telle ou telle personne, s'appuie sur des valeurs et sur des compétences relevant soit du management soit d'un savoir-faire en matière d'organisation.

Les valeurs humaines et soignantes représentent donc quelque chose d'important pour les cadres de santé. A regret, nous ne trouvons pas de modèle de cadre axé sur des compétences en lien avec le processus de soins, la qualité des soins et la recherche en soins.

Toutefois, si nous revenons au contexte théorique, l'enquête met en évidence deux types de modèles, le modèle gestionnaire et le modèle conciliant. En effet, Nous retrouvons une tendance au modèle gestionnaire chez les jeunes cadres et une tendance au modèle conciliant chez les cadres plus anciennement formés. Ceci peut s'expliquer du fait que cette nouvelle fonction représente une rupture avec le métier infirmier.

Au cours de son année de formation, le futur cadre se construit peu à peu une représentation du rôle que l'institution attend d'elle. Or, la prise de fonction réserve des découvertes et des problématiques souvent bien différentes. Aussi, le jeune cadre se retrouve dans une double contrainte, entre le modèle qu'il a plus ou moins intériorisé, et la nécessité de composer avec les réalités de son unité.

De ce fait, Il faut un certain temps au cadre pour comprendre le sens de ce nouveau métier, comprendre ce que la formation a voulu faire passer comme message et ainsi apprendre à se situer dans l'institution. Aussi, nous pouvons penser qu'il leur faut un minimum d'ancienneté et d'expérience pour adopter le « modèle conciliant ». L'idéal étant peut-être le « modèle gestionnaire-conciliant » ressenti plus fortement chez les cadres du C.H.G. qui ne possède pas de cadres supérieurs.

Il est vrai que cette fonction étant jeune (25 ans) et que la formation des cadres n'étant toujours pas rendue obligatoire par les textes, il est difficile aujourd'hui d'avoir des cadres pouvant réellement servir de modèles nouveaux aux plus jeunes. Ce constat marque la nécessité d'accompagner les cadres dans leur fonction.

❖ *Pour développer le professionnalisme*

Les expériences de faisant fonction de cadre vécues par certains professionnels confirment la théorie décrite dans le processus d'apprentissage. Nous distinguons là trois étapes importantes dans le processus d'accompagnement des cadres.

- **Avant la formation : pour comprendre, se situer**

En référence aux théories de l'apprentissage, l'apprentissage de la fonction cadre est « *un processus progressif qui s'inscrit dans la durée et qui permet l'utilisation et l'analyse des erreurs commises pour comprendre et permettre au professionnel de se situer et d'évoluer* »⁴³.

Si la plupart des cadres anciennement formés ont expliqué avoir appris par l'erreur, ils pensent qu'il vaut mieux commettre des erreurs avant la nomination dans la fonction ; les équipes, le corps médical et la hiérarchie étant plus indulgents dans une situation de faisant fonction. On dit d'ailleurs facilement « ce sont des erreurs de jeunesse ».

L'erreur, dans ce contexte, analysée avec le cadre faisant fonction, soit par l'I.G., soit par le C.S.I. est très formative.

⁴³ Donnadiou B., Genthon M, Vial M., Les théories de l'apprentissage, op. cit. p. 37.

Ceci ne veut pas dire que le cadre, au retour de sa formation n'a plus le droit à l'erreur. Si nous reprenons les propos de Paul Ottana⁴⁴, « *conduire quelqu'un vers l'autonomie, c'est lui reconnaître le droit à l'erreur* ».

- **Pendant la formation : pour donner du sens**

Selon B. Donnadiou , la théorie ou la pratique prises isolément n'ont pas de sens. « *Le sens se construit avec la théorie, ce n'est pas la théorie qui construit le sens* »⁴⁵.

Les cadres n'ayant pas connu d'expérience de F.F. se plaignent que la formation est trop théorique ; ils souhaitent une formation qui leur apporte des outils pratiques indispensables à l'exercice de leur fonction.

En réalité, s'ils avouent reprendre les cours théoriques enseignés pendant la formation un an et demi voire deux ans après la formation, c'est parce qu'ils n'ont pas pu faire les liens entre la théorie et le pratique pendant la formation puisque la pratique n'existait pas.

Or, « *apprendre c'est conceptualiser, c'est établir des liens entre la théorie et la pratique* ». Ce n'est qu'à cette condition que la fonction prend sens ; la meilleure façon de connaître la réalité, « *c'est de se donner les moyens de lire et d'interpréter une expérience* »⁴⁶.

Pour ces raisons, une expérience de F.F. de cadre d'une durée de un an à deux ans est souhaitable.

- **Après la formation : pour se professionnaliser**

En référence aux réponses des cadres anciennement formés, « *l'école ne peut tout apporter* » dans la mesure où le monde de la santé évolue et chacun doit se prendre en charge. Un cadre qui a acquis son autonomie, doit être capable, selon les propos tenus, « *de repérer ses manques, ses besoins d'évolution et continuer à se former* ». Ce qui signifie avoir une connaissance de soi, de ses compétences, de ses limites et de son potentiel. C'est là où intervient le rôle de l'I.G. dans l'évaluation et le « coaching » des cadres.

⁴⁴ Paul Ottana, Les 100 mots clés du management des Hommes, Editions Dunod, Paris, 1999.

⁴⁵ Donnadiou B., Genthon M, Vial M., Les théories de l'apprentissage ; op. cit. p. 37.

⁴⁶ Référence idem.

2.3.3 Une formation en décalage avec l'expérience professionnelle des étudiants

❖ *Un programme de formation adapté pour la partie théorique.*

Le contenu du programme de formation des cadres de santé, selon le décret du 18 août 1995 est découpé en six modules comme suit :

Module 1 : Initiation à la fonction cadre (90 heures) et trois semaines de stage hors établissement sanitaire ou social (96 heures).

. Psychologie, sociologie, communication, économie, droit, fonction cadre.

Module 2 : Santé publique (90 heures).

. Données générales, grands problèmes actuels de santé publique.

Module 3 : Analyse des pratiques et initiation à la recherche (90 heures).

. Définition et références, méthodologie d'analyse des pratiques, méthodologie de la recherche, outils d'analyse et bases théoriques des pratiques et de la recherche, éthique.

Module 4 : Fonction d'encadrement (150 à 180 heures) et trois à quatre semaines de stage dans un établissement sanitaire ou social (120 à 160 heures).

. Le cadre législatif et réglementaire du secteur sanitaire et social, le management, l'organisation et les conditions de travail, l'organisation et l'évaluation des activités professionnelles, l'usager et les structures de soins, la gestion économique et financière.

Module 5 : Fonction de formation (150 à 180 heures) et trois à quatre semaines dans un établissement de formation (120 à 160 heures).

. Le cadre législatif et réglementaire de la formation, la pédagogie, l'organisation et les dispositifs de formation, l'organisation et l'évaluation des systèmes pédagogiques, l'étudiant et la formation, la gestion de la formation.

Module 6 : Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels (150 heures théoriques) et quatre semaines de stage (160 heures), soit dans un établissement sanitaire ou social soit dans un établissement de formation ou encore en santé publique en fonction du projet de chaque étudiant.

Soit au total, 24 ou 26 semaines d'enseignement théorique et 13 à 15 semaines de stage. Au total, sur 780 heures de formation théorique (330 heures sont consacrées aux

fonctions d'encadrement, soit 42% de la formation) et 510 heures de stage dont 4 à 8 semaines sont effectuées auprès d'un cadre soignant et trois auprès d'un cadre hors secteur sanitaire ou social. Ce stage est extrêmement riche car l'étudiant peut axer son action sur les techniques de management sans se préoccuper de l'institution hospitalière. Ce stage est une opportunité pour découvrir des modèles autres que les modèles de cadres hospitaliers (au total environ 400 heures d'observation de pratique d'encadrement).

Ce constat nous amène à nous questionner : Le temps d'enseignement et de pratique pour des fonctions d'encadrement représente un volume conséquent de plus de 700 heures avec un temps plus important consacré aux stages nous amenant à nous poser la question du contenu et de la modalité des stages, lieu de pratiques professionnelles, dans la mesure où les cadres « réclament » des outils pratiques.

❖ *Une attente « d'outils pratiques » pour assumer la fonction*

Les cadres, quelle que soit leur année ou leur lieu de formation disent souhaiter une formation davantage axée sur la pratique.

A l'unanimité, les cadres jugent la formation trop théorique, trop loin du terrain. Ils auraient souhaité que la gestion d'une unité de soins soit abordée de manière plus pratique, c'est à dire : gestion du personnel (effectifs, ratios), élaboration de plannings, études de charge de travail, gestion du matériel (calcul d'amortissement, tableau de bord), gestion d'un budget de service, rédaction d'un rapport, classement de dossiers, etc.....Cependant, ce manque théorique n'est ressenti que plus tard lorsque les cadres sont en poste et commencent à réaliser ce que représente la fonction. *« On ne s'en rend compte que plus tard car il y a un décalage entre la fonction infirmière et la fonction cadre ».*

D'autre part, les cadres souhaitent des stages plus longs et adaptés aux situations des uns et des autres. Quelques questions sont posées : Faut-il une formation continue ou par alternance ? Le stage en santé publique est-il nécessaire ? Ne serait-il pas plus judicieux d'effectuer deux stages d'une durée minimum d'un mois auprès d'un cadre afin de pratiquer, de faire des exercices et enfin de rédiger un travail qui sera noté et argumenté à l'école devant un jury ?

Les propositions faites par les cadres démontrent bien que la fonction de cadre de proximité est une fonction « pratique » et que les cadres sont très sollicités et évalués au travers de leur capacité à mener de multiples actions quotidiennes. En référence à Mint-

zberg, le cadre intermédiaire situé au niveau le moins élevé de la ligne hiérarchique est très sollicité par des activités et décisions de courte durée.

Il est vrai que les étudiants ont exceptionnellement assumé une fonction de faisant fonction de cadre avant leur formation. Aussi, le discours théorique est parfois difficile à intégrer en l'absence de pratique. Si la théorie est nécessaire à la professionnalisation des métiers, elle ne peut remplacer l'expérience du métier.

La fonction cadre ne s'improvise pas, elle nécessite un apprentissage. Si l'on se réfère à l'ouvrage sur les *théories de l'apprentissage*, les auteurs ont défini l'apprentissage comme « *un processus qui accompagne et construit l'histoire des sujets individuels et des organisations. Ce processus est spécifique à chacun* »⁴⁷. Les auteurs expliquent aussi que le processus d'apprentissage est un processus de changement dans une interaction entre la personne et le savoir. L'interaction sera d'autant plus importante au regard de l'expérience du sujet. Plus l'étudiant a d'expérience avant la formation et plus la formation est bénéfique.

L'apprentissage, « *c'est la compréhension que construit le sujet de son environnement* ». Apprendre, c'est alors « *construire des liens entre la théorie d'une part et la pratique d'autre part* ». C'est pourquoi la pratique est essentielle dans l'apprentissage de cette fonction.

❖ *Une prise de recul par les cadres plus anciennement formés*

Pour les cadres formés avant 1995, relevant donc du programme de formation décrit dans le décret du 9 octobre 1975, la formation semble avoir mieux répondu à la demande. La formation leur a permis une certaine aisance dans différents domaines tels que :

- . la méthodologie de projet
- . la gestion des conflits
- . la pédagogie

Ces cadres expérimentés, avec du recul disent que « *deux années sont nécessaires pour mettre à profit les connaissances acquises pendant la formation* ». Les cadres qui ont suivi la licence en sciences de l'éducation (analyse stratégique, sociologie des organisations) après la formation cadre l'ont beaucoup apprécié car cette formation a permis d'une part, de

⁴⁷ Les théories de l'apprentissage, op. cit. p. 37.

revoir les notions acquises en formation cadre et de donner du sens à leur fonction. La systémique aide à poser les problèmes, mais n'a pas vocation à fournir directement de solutions. C'est un savoir méthodologique, une « paire de lunettes » qui permet de mieux déchiffrer la réalité complexe et d'agir sur elle avec plus de pertinence.

Pour ces cadres expérimentés, « *l'école ne peut pas tout apporter. C'est aux cadres de demander des formations complémentaires* ». Ce qui exprime bien l'évolution du système de santé, la capacité des cadres à être autonome et à prendre en charge leur propre évolution professionnelle ; l'autonomie attendue étant l'autonomie interdépendante qui est plus fortement ressentie chez les cadres expérimentés.

Ceci permet de dire que la formation quelle qu'elle soit, ne donne pas toutes les armes nécessaires au cadre pour assumer pleinement sa fonction, ce qui pose le problème de l'accompagnement de ce jeune professionnel dans la fonction exigée.

DE L'EMERGENCE DU PROJET A LA PROFESSIONNALISATION

3 - DES PROPOSITIONS DE SOLUTIONS POUR VISER L'AUTONOMIE INTERDEPENDANTE DES CADRES

3.1 PROPOSITION D'UNE DEFINITION DE LA FONCTION DE CADRE DE PROXIMITE

3.1.1 De la définition de la mission du cadre.....

Le terme « mission » tel qu'il est défini dans le dictionnaire Hachette est la « *charge confiée à quelqu'un de faire quelque chose* ».

Aussi, les résultats de notre enquête renforcés par notre expérience professionnelle nous permettent de proposer une définition de la mission du cadre comme suit :

« La mission du cadre de proximité est d'animer l'équipe soignante dont il a la responsabilité dans l'objectif de dispenser aux patients des soins de sécurité, de qualité et des soins évolutifs et efficaces ».

Pour assumer au mieux cette mission, la présence du cadre est nécessairement importante dans l'unité. En conséquence, il doit d'une part, être libéré des tâches « répétitives » et « envahissantes » telles que les programmations d'hospitalisation et d'autre part, participer à des groupes de travail ou d'autres activités (ex : le recrutement ou l'accompagnement de jeunes cadres), ne dépassent pas un pourcentage de temps équivalent à environ 10% de leur temps de travail. Notre expérience professionnelle nous permet d'avancer qu'un cadre expérimenté peut consacrer ce pourcentage de temps à ce type d'activités sans pénaliser l'unité de soins. En effet, un cadre trop souvent absent de son unité n'en a plus la maîtrise, il ne sait plus ce qui s'y passe.

Le rôle de l'I.G. est d'arbitrer ces temps d'investissement du cadre à des activités extérieures à son unité.

3.1.2se déclinent les activités



3.1.3en découlent des compétences

Les résultats de l'enquête auprès des différents acteurs hospitaliers nous ont permis de mettre en évidence toutes les compétences exigées de cette fonction de cadre de proximité. Il est essentiellement animateur et gestionnaire. Le référentiel de compétences que nous proposons peut permettre à l'institution d'obtenir des cadres sur le « modèle gestionnaire-conciliant » ; la compétence étant la mobilisation de différents savoirs théoriques, procéduraux, pratiques et de savoir-faire pour construire à temps les actions pertinentes pour « *gérer des situations professionnelles de plus en plus complexes* »⁴⁸.

❖ *Le Référentiel de compétences*

Le cadre animateur : fédérateur, communicateur

Le cadre a un rôle fondamental dans cette dimension d'animation ; c'est dans cette rubrique qu'il met en avant ses capacités de **relation**, de **communication** et de **fédération** d'un groupe.

• **Dans le cadre institutionnel**

- . Il sait se positionner dans l'organisation.
- . Il adhère à la politique de l'établissement.
- . Il s'implique dans l'élaboration du projet de soins.
- . Il s'investit dans la mise en place du projet de soins.
- . Il sait argumenter, exposer des points de vue à partir de problèmes pouvant trouver des solutions cohérentes et réalisables (capacités de synthèse, d'expression, de négociation).
- . Il maîtrise la démarche d'analyse de problème.
- . Il sait rédiger un rapport.
- . Il valorise l'image de l'hôpital et du service.

• **Au niveau professionnel**

- . Il connaît et respecte les différents niveaux de responsabilité juridique de l'I.D.E. et de l'A.S.⁴⁹.
- . Il connaît les diverses sources d'informations (revues professionnelles, textes réglementaires).

• **Au sein de l'équipe**

- . Il collabore avec les médecins et s'implique dans l'élaboration et la mise en place du projet de service.

⁴⁸ G. Le Boterf, Quotidien Le Monde, 02.07.1997.

⁴⁹ A.S. : lire Aide Soignante.

- . Il sait organiser méthodiquement une réunion, l'animer, en faire un compte rendu et une évaluation précise par rapport aux objectifs.
- . Il sait aborder et repérer les problèmes inhérents à la communication de groupe.
- . Il sait gérer les résistances au changement dans une stratégie de négociation.
- . Il sait gérer les conflits.
- . Il sait déléguer les responsabilités tout en assumant la supervision.
- . Il connaît les techniques d'écoute.
- . Il sait faire passer des messages de façon simple et compréhensible.

Le cadre gestionnaire : de la qualité et des moyens alloués

Si nous prenons en compte tous les paramètres retrouvés soit dans la législation, soit dans l'analyse des entretiens, nous pouvons les regrouper sous le terme de gestion.

- **Des soins**

- . Il maîtrise les outils de soins : dossier de soins, transmissions ciblées, diagramme de soins.
- . Il connaît les techniques et protocoles de soins de l'unité.
- . Il met en place avec l'équipe pluridisciplinaire les protocoles de soins, les évalue et les fait évoluer.
- . Il apporte des réponses adaptées aux besoins de soins des patients.
- . Il connaît la méthodologie de la recherche en soins.
- . Il maîtrise la méthodologie de l'évaluation de la qualité des soins.

- **Des patients et des familles**

- . Il connaît et fait respecter les chartes des patients hospitalisés.
- . Il évalue la satisfaction des patients de son unité et propose des actions d'amélioration.
- . Il définit et met en place une politique d'accueil et d'information du patient et de sa famille.

- **Des risques**

- . Il connaît et fait appliquer les vigilances.
- . Il connaît et fait appliquer les protocoles de lutte contre les infections nosocomiales.
- . Il sensibilise les agents aux risques d'accidents du travail ou de maladie professionnelle, à l'hygiène et à la sécurité.
- . Il contribue à l'amélioration des conditions de travail du personnel.

- **Des Ressources Humaines**

- . Il maîtrise les principes de planification des personnels.
- . Il sait faire un bilan des ressources affectées en fonction de l'activité de l'unité.
- . Il sait établir un planning prévisionnel en fonction des charges de travail et des moyens alloués à l'unité.
- . Il sait mener des entretiens d'évaluation, choisir les méthodes adéquates d'écoute, de reformulation et proposer des objectifs d'évolution d'amélioration.

- **De la formation**

- . Il reconnaît les besoins de formation.
- . Il sait établir un cahier des charges.
- . Il connaît les étapes d'élaboration des plans de formation continue.
- . Il sait mesurer le transfert des acquis en situation professionnelle.

- **Des stagiaires**

- . Il connaît le programme et l'organisation des études.
- . Il connaît les projets des écoles.
- . Il connaît les modalités de sélection des candidats.
- . Il sait organiser un stage en fonction des divers niveaux d'objectifs poursuivis institutionnels et personnels.
- . Il collabore avec les écoles.

- **Du matériel**

- . Il sait créer des outils de gestion de matériel.
- . Il suit les équipements de son unité (état, maintenance).

- **De l'environnement**

- . Il connaît les principes fondamentaux en matière d'environnement et d'ergonomie.
- . Il connaît les principes d'épidémiologie.
- . Il connaît les divers produits et matériels, leurs avantages et inconvénients, le rapport qualité/prix selon les besoins du service.

- **Du budget**

- . Il sait lire un tableau de bord.
- . Il sait analyser les différents postes de dépenses.
- . Il est capable de proposer en collaboration avec le chef de service des sources d'économie.

- **De l'information**

- . Il met en place des outils d'informations à destination des équipes.
- . Il sait faire remonter les informations utiles et nécessaires auprès de l'équipe de direction.

- **Du temps et des projets**

- . Il sait hiérarchiser et anticiper par une planification annuelle, mensuelle, hebdomadaire et journalière.

- **Des organisations**

- . Il est attentif aux problèmes de son unité et évalue les organisations de soins à chaque fois qu'il est nécessaire.
- . Il collabore avec le chef de service pour l'organisation du service et en réfère à l'I.G. .

Ce travail de réflexion nous a permis de réaliser que le travail du cadre de proximité est essentiellement un travail de gestion et d'animation. Cependant, le milieu hospitalier étant un milieu essentiellement humain, il est important de disposer de compétences d'animation, de relation et de communication pour gérer car gérer se pratique avec les hommes qui nous entourent.

Nous proposons de définir la **fonction du cadre de proximité** comme suit :

Le cadre de santé est un professionnel qui a acquis des compétences par sa formation et par son expérience pour répondre aux besoins exprimés et/ou implicites du patient, dans une recherche d'amélioration continue de la qualité. Il est le garant de la qualité des soins infirmiers dispensés, et du respect des chartes des patients hospitalisés ou hébergés.

Il se situe dans une logique d'appartenance à l'institution de soins et à l'équipe pluridisciplinaire dans le respect des zones de compétences.

Il reconnaît et prend en compte les incertitudes et les évolutions philosophiques, politiques, économiques, sociales et professionnelles.

Il impulse une dynamique de progrès et conduit le changement.

Il recherche la satisfaction du personnel au travail, favorise le dialogue et la concertation pour l'amélioration des pratiques professionnelles dans le respect des droits, et de la législation professionnelle.

Il définit, avec les autres cadres de santé, les règles du fonctionnement de service infirmier.

La fonction du cadre ne s'improvise pas, elle se prépare, elle s'entretient, elle s'enrichit. Elle s'inscrit dans une dynamique de projet professionnel. Aussi, les I.D.E. désireuses de devenir cadre doivent être sélectionnées parmi des professionnels qui se sont investis et impliqués dans les projets de soin, les projets de service et les projets institutionnels.

3.2 LA PREPARATION DES FUTURS CADRES

3.2.1 Les critères de sélection

❖ *L'évaluation du potentiel : un enjeu pour l'institution*

Le potentiel d'un individu dans une organisation est généralement évalué à partir de ses **performances** et de son **comportement**. « *Il s'agit en fait de miser sur la destinée professionnelle d'une personne et sur son succès à un concours en appréciant les risques inhérents à cette démarche, à la fois pour l'individu concerné et pour l'organisation* »⁵⁰. Ce type de préoccupation s'inscrit dans les perspectives de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences⁵¹ qui, comme l'ensemble des techniques de management, vise à rendre les actions menées plus transparentes et plus contrôlables.

L'évaluation du potentiel est nécessaire mais c'est une démarche difficile car il s'agit de porter un jugement sur un individu, jugement qui engagera probablement son avenir. Aussi, détecter le potentiel d'une I.D.E. à devenir cadre, c'est à la fois examiner d'une part ses capacités à assumer cette nouvelle fonction : compétences développées au cours de son expérience professionnelle, aptitudes décelées et d'autre part son degré d'adaptabilité à l'organisation hospitalière : sa personnalité et son comportement.

• **L'expérience professionnelle du candidat**

Au regard des exigences vis-à-vis de la fonction, nous proposons d'examiner les critères suivants :

. Le bilan des actions de formation depuis 3 ans et résultats concrets observés car la formation professionnelle représente un coût pour l'établissement qui est en droit d'attendre des résultats.

. Le niveau de formation, de qualification, de polyvalence, de savoir-faire afin d'estimer si l'expérience professionnelle du candidat est suffisante.

. La mobilité professionnelle car l'adaptabilité est une qualité nécessaire au cadre.

⁵⁰ Citeau J.P. Gestion des Ressources Humaines, Principes généraux et cas pratiques, Editions Masson, Paris, 1995.

⁵¹ Cf. annexe 6.

- **L'implication institutionnelle**

Le cadre de santé devant savoir se situer dans une institution, il est important qu'un futur cadre se soit donné les moyens de connaître, comprendre cette organisation et ait pu apporter son investissement. Aussi, nous proposons de retenir chez les futurs cadres les critères suivants :

- . Implication dans le projet de service.
- . Implication dans le projet de soins.
- . Intérêt manifesté pour les conseils de service (tirage au sort)
- . Participation à des travaux institutionnels.
- . Prise de responsabilité dans l'unité de soins.
- . Intérêt manifesté pour les commissions de soins infirmiers (tirage au sort).

- **L'analyse du potentiel du candidat à la fonction cadre**

Pour analyser le potentiel d'une I.D.E. à devenir cadre, nous proposons d'élaborer une grille⁵² inspirée de François Jalbert comportant une liste détaillée d'aptitudes et de les décliner en points forts et points faibles ; les **points forts** étant les atouts à exploiter et les **points faibles** les handicaps à surmonter ou à combler. Cette analyse complète permet :

- . d'obtenir un profil assez « fin » du candidat.
- . d'objectiver et de mieux évaluer les chances et les risques des choix envisagés.
- . d'accroître les marges de manœuvre pour gérer l'emploi et le valoriser.

Les aptitudes relevées dans cette grille relèvent de quatre domaines : physique, intellectuel, relationnel et personnel.

GRILLE D'EVALUATION DU POTENTIEL D'UNE I.D.E. A DEVENIR CADRE

- Dans le domaine physique

Aptitudes	Détail
Caractéristiques physiques	. Présentation personnelle . Aisance en public
Santé et dynamisme	. Résistance physique . Capacités à travailler dans des conditions difficiles ou changeantes

⁵² Jalbert F., 35 fiches-outils de gestion prévisionnelle de l'emploi, Les éditions d'organisation, Paris, 1989.

- Dans le domaine intellectuel

Aptitudes	Détail
Intelligence concrète	. Bon sens, jugement, Compréhension des situations et des problèmes . Sens pratique, efficace
Intelligence abstraite	. Capacité d'analyse et de synthèse . Rigueur intellectuelle, aptitude au raisonnement
Aptitude à la créativité	. Ouverture d'esprit, curiosité, sens de la recherche

- Dans le domaine relationnel

Aptitudes	Détail
Facilité et goût pour l'expression personnelle	. Expression orale . Expression écrite
Capacités de relations, de contact, de communication	. Sociable . Esprit d'équipe, sens de la coopération . Capacité de dialogue, sens du contact et de l'échange individuel
Autorité naturelle	. Sens et goût du commandement . Capacité à stimuler, à faire confiance, à déléguer . Capacité à inspirer confiance, « crédibilité », honnêteté, franchise
Intérêt pour les autres, sens social	. Ouverture à autrui, sens de la solidarité . Sens de l'écoute, disponibilité

- Dans le domaine personnel

Aptitudes	Détail
Autonomie	. Indépendance d'esprit. . Goût de l'initiative, du risque . Adaptabilité, souplesse
Volonté, dynamisme, esprit de décision	. Force des motivations et convictions personnelles : fidélité à ses buts et ses croyances . Volonté de réussite personnelle et capacité d'y investir de l'énergie . ténacité, persévérance
Equilibre personnel	. Résistance aux agressions, à l'anxiété, à la culpabilisation . Stabilité émotionnelle : maîtrise de soi, calme, pondération, bonne humeur . optimisme
Confiance en soi	. Force du sentiment d'identité personnelle, et de l'affirmation de soi . Confiance en ses propres forces, potentiels et capacités . Sens de ses propres limites

Devenir cadre, c'est d'une part, avoir une vision plus responsable de son poste de travail et d'autre part, accepter de se former, entrer dans un processus de progression et

d'évolution. C'est devenir mobile, être dans un processus qui s'auto-alimente et qui prépare l'avenir.

Le bilan des aptitudes d'un candidat à devenir cadre étant établi, nous déclinons les mesures d'accompagnement à la poursuite du projet.

3.2.2 Les mesures d'accompagnement

❖ *La préparation du candidat*

Cette étape étant importante tant pour l'individu que pour l'institution, nous proposons une démarche de préparation sur deux années. Une évaluation positive du candidat permet :

- **Son inscription à des formations portant sur :**

- . L'analyse de la pratique et projet professionnel
- . Les points de repère pour l'exercice de l'encadrement
- . La culture générale préparant au concours d'entrée à l'institut de formation des cadres de santé (préparation à l'expression écrite, orale, l'analyse et la synthèse).

- **La mise en situation de faisant fonction de cadre**

Cette mise en situation de faisant fonction de cadre se pratique sous condition d'une part d'un contrat entre le candidat et l'institution et d'autre part d'un accompagnement par un cadre référent.

Le contrat

Le contrat présente un double intérêt : la sécurité pour le candidat et une garantie pour l'institution.

- . Nous proposons de limiter l'expérience de faisant fonction de cadre à deux années maximum car, en cas d'échec au concours, les difficultés de réintégration dans la fonction antérieure sont majorées avec le temps.

- . Le candidat garde la liberté de rompre son contrat si la fonction exercée ne correspond pas à ses aspirations.

- . Si l'I.D.E. manifeste des insuffisances dans l'exercice de cette fonction, l'institution rompt le contrat. Le candidat est informé par l'I.G.. Une argumentation détaillée figurera dans son dossier.

Le cadre référent

Il permet l'accompagnement, l'aide et le soutien à l'I.D.E. faisant fonction de cadre. Ce cadre référent peut être un cadre de proximité ou un cadre supérieur ; il est choisi par l'I.D.E. et validé par l'I.G..

Le profil du cadre référent :

- . Il a au moins cinq années d'expérience d'encadrement dont au moins trois ans dans une unité de soins.
- . Il n'est pas du même service.
- . Il est volontaire pour cette fonction.
- . Il est choisi par le candidat à partir d'une liste préétablie par l'I.G..
- . Il établit un contrat avec le candidat, à partir du référentiel de compétences du cadre et est garant de sa réalisation (référentiel élaboré par un groupe de cadres et managé par l'I.G.).
- . Il s'engage à accompagner le candidat tout au long de sa préparation.

NB : Le cadre a le droit de refuser d'être référent.

L'engagement peut être interrompu en cas de désaccord entre les deux personnes.

3.2.3 L'enrichissement de la formation des cadres

❖ Une formation enrichie d'exercices pratiques

Dans la mesure où tous les cadres interviewés regrettent le manque de pratique, nous proposons que les stages soient l'occasion d'effectuer des exercices pratiques et concrets. Ceci suppose que l'I.G. s'implique dans la planification des étudiants, auprès d'un cadre d'un niveau de compétences reconnu. Ainsi, tout comme les étudiants infirmiers ou autres catégories professionnelles, les cadres seraient évalués sur des « savoir-faire » et des « savoir-être » et non plus exclusivement sur des savoirs théoriques. Une note et une évaluation seraient portées par le cadre « référent » et un enseignant de l'Institut de formation.

❖ *Un complément de formation*

Pour les raisons évoquées par les cadres enseignants amenés à changer de fonction, il serait intéressant de compléter la formation de base par une formation d'adaptation à l'emploi en intégrant quelques thèmes spécifiques à l'encadrement d'unité de soins. De par leur formation et leur expérience professionnelle, ces cadres enseignants ont acquis des compétences en management, pédagogie, encadrement, évaluation, méthodologie de projet, etc.....

Aussi, nous proposons d'intégrer dans ce programme trois points de la réforme hospitalière : la maîtrise des dépenses, la qualité des soins et la satisfaction des patients.

- **La responsabilisation des acteurs face à l'utilisation des ressources.**

Le service infirmier est très impliqué dans les problèmes budgétaires puisque les dépenses en personnel dans les établissements hospitaliers représentent 70% du budget d'exploitation dont 60% concernent le personnel soignant. La gestion du personnel et l'optimisation des moyens n'ont de sens que si elles sont mises en adéquation avec une activité (patients présents, adaptation des compétences, complexité d'un soin, etc....).

Il est important de faire sortir les cadres du schéma habituel de planification des effectifs (ex : 4 I.D.E. le matin, 2 l'après-midi). Nous pensons qu'il est nécessaire d'apprendre aux cadres à gérer avec rigueur (tenir le budget annuel) et souplesse (adapter le planning aux besoins de soins des patients). La réflexion est la même concernant la gestion du matériel, des équipements, du consommable. D'où l'importance d'intégrer des notions de gestion.

- **La gestion de la qualité**

Les lois successives relatives au fonctionnement de l'hôpital public ont marqué une évolution dans la nécessité d'un **engagement plus prononcé des professionnels dans la qualité des services rendus**. Cette prise en compte de la qualité se concrétise par le niveau de formation et d'encadrement des personnels, l'évaluation des pratiques de soins, le niveau de qualité des soins dispensés.

- **La gestion du niveau de satisfaction des patients**

La satisfaction des patients, élément nouveau dans la réforme hospitalière est un outil de management de l'équipe pour améliorer sans cesse l'organisation générale du service. C'est un outil que le cadre doit mettre en avant dans les conseils de service.

Ces quatre grands points de la réforme sont à prendre en considération. Voir aboutir cette réforme, c'est renforcer les synergies des logiques médicales et soignantes.

3.3 LA PROFESSIONNALISATION DES CADRES

3.3.1 Des principes d'affectation

❖ Une politique institutionnelle

Si la politique institutionnelle de Gestion des Ressources Humaines relève du Directeur d'établissement, l'I.G., membre de l'équipe de Direction, en référence au décret⁵³ du 18 octobre 1994, peut influencer la politique institutionnelle et apporter des éléments de réflexion permettant d'améliorer les conditions de travail des cadres de proximité.

Nous proposons tout d'abord d'élaborer des profils de poste puis d'adapter une stratégie qui facilite la prise de fonction des cadres.

• Définir des profils de poste

La définition de la fonction du cadre de proximité telle que nous l'avons décrite correspond à un « standard », aux missions et aux activités attendues dans un établissement de santé. Cette description est insuffisante car l'établissement hospitalier comme nous l'avons précédemment décrit est un milieu complexe aux services et disciplines très diversifiés qui requièrent chez les responsables des compétences et des prédispositions spécifiques. S'il n'existe qu'une définition de fonction pour l'I.D.E., il est bien évident que le profil de poste sera différent selon qu'il s'agisse d'affecter une I.D.E. en réanimation, au bloc opératoire ou en gériatrie ; nous retrouvons des similitudes chez les cadres.

Aussi, il est important de décliner des profils de poste spécifiques à chacune des unités de soins. Etablir une adéquation homme/poste de travail, c'est permettre l'épanouissement individuel des cadres et c'est accroître le potentiel humain de l'institution.

La définition du profil de poste des cadres relève à notre avis du rôle de l'I.G. puisqu'il lui revient de proposer leur affectation et nous ne pouvons proposer une affectation que si nous avons une connaissance suffisante du cadre et des exigences du poste.

⁵³ Décret n° 94-904 du 18 octobre 1994 relatif au recrutement des I.G. .

Elaborer un profil de poste de cadre, c'est tout d'abord réfléchir à la stratégie. En effet, si le cadre doit s'investir dans la mise en place du projet d'établissement, du projet de service et du projet de soins, l'I.G. pour élaborer ce profil de poste de manière cohérente et adaptée aux évolutions hospitalières, doit prendre contact avec le Directeur d'établissement et le chef de service concerné pour compléter et faire valider le profil de poste en question. Par expérience, nous nous sommes rendue compte que cette démarche est source d'échanges intéressants avec le chef de service et facteur de sécurité pour le cadre qui prend ses fonctions.

- **Eviter certains écueils**

Notre enquête a mis en évidence des écueils à éviter. En effet, affecter un cadre dans son service d'origine ou dans une unité dans laquelle il a été mis en situation de faisant fonction de cadre est une erreur à double titre. Comment s'imposer dans une équipe d'I.D.E. et d'A.S. que le cadre a eu comme collègues ? Quelle représentation le corps médical peut-il avoir du cadre : Infirmière à nouveau, peut-être super infirmière ?

De plus, la phase d'apprentissage d'une fonction, comme nous l'avons compris, est toujours accompagnée d'erreurs. Il est important que le cadre soit débarrasser de ces difficultés antérieures afin qu'aucun jugement ne soit porté de manière définitive et ne lui porte préjudice.

D'autre part, l'établissement peut lui aussi connaître des limites, à savoir qu'un cadre dispose des compétences nécessaires pour assumer un poste d'encadrement mais que la spécialité du service est méconnue de ce cadre. Comme nous l'avons explicité au cours de ce travail, la dimension du soin étant importante, nous proposons de permettre à ce cadre de suivre un stage de 2 à 3 semaines dans un autre établissement pour lui permettre de découvrir la spécialité, les problèmes spécifiques aux patients et aux familles et de tenir un langage adapté.

Ces éléments sont à prendre en considération dans la démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences car si l'institution a des exigences vis-à-vis des cadres, il est aussi de son devoir de les protéger.

❖ *Une démarche transparente et consensuelle*

- **La création d'un binôme cadre/médecin**

Les cadres infirmiers sont les plus proches collaborateurs des médecins. Si les médecins déterminent les choix médicaux et les orientations du service, les cadres infirmiers sont à côté d'eux pour prévoir, organiser et mettre en œuvre ces objectifs. Le « tandem » médecin/cadre est essentiel pour la qualité de travail et la qualité de vie de chacun des membres de l'équipe pluridisciplinaire. Tout comme on s'oriente dans les C.H.U. vers le binôme chef de service/cadre supérieur, il me paraît urgent de créer le binôme médecin responsable d'unité/cadre de proximité.

Aussi, l'affectation du cadre dans une unité de soins doit se faire de manière consensuelle ; des temps d'échanges entre le Directeur , le chef de service et l'I.G. sont importants afin que le cadre soit accepté. Ce dernier ne doit pas être le « bouc émissaire » ; on ne peut imposer à un chef de service un cadre qu'il refuse de manière ferme.

D'autre part, le rôle de régulateur du cadre au côté du chef de service est essentiel. Nous pouvons dire que la qualité des soins et des prestations dans un service dépend autant de la capacité des équipes soignantes, médicales et administratives à s'entendre que des compétences ou des procédures mises en place.

- **Pour donner du sens à la réforme hospitalière**

L'évolution de la fonction cadre est une réalité ; elle est en lien direct avec la réglementation d'une part, et la nécessaire maîtrise des dépenses de santé d'autre part.

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée désigne la place que doit prendre l'encadrement au centre du dispositif.

Cette ordonnance renforce l'esprit de la réforme hospitalière qui place **le malade au cœur de l'action**. Les soins infirmiers étant centrés sur le patient, le cadre de proximité, pour donner sens à cette réforme doit axer sa mission première sur les soins aux malades.

Aussi, tout ce qui touche à l'organisation des soins et à la qualité des soins doit nécessairement être travaillé avec la collaboration des médecins.

- **Et faire évoluer le management**

« *Manager comme hier est une faute professionnelle* »⁵⁴. Il nous semble que l'enjeu du management est de recentrer le débat hospitalier sur notre seule raison d'exister : le malade, en étant capable de mettre à son service toutes les compétences de l'institution.

Ainsi comme l'ont écrit M. Crozier et H. Sérieyx : « *Dorénavant, les organisations ne devront plus leur survie à des hommes et des femmes qui obéissent, mais à des hommes et des femmes qui prennent des initiatives, qui décident, et s'engagent* »⁵⁵.

Travailler en binôme nécessite une démarche d'ouverture sociale, c'est-à-dire comprendre et respecter les fonctions des uns et des autres.

La prise de conscience réciproque de l'entrecroisement des fonctions et des rôles permet de mettre en place des relations de confiance. Ainsi, les fonctions des responsables se potentialisent et la qualité des soins aux patients s'en trouve accrue.

3.3.2 Une prise de fonction accompagnée

❖ Positionner le cadre

Au sein du service, le cadre est placé sous une autorité double: celle du Directeur pour le fonctionnement général et celle du chef de service pour ce qui relève de la prescription médicale.

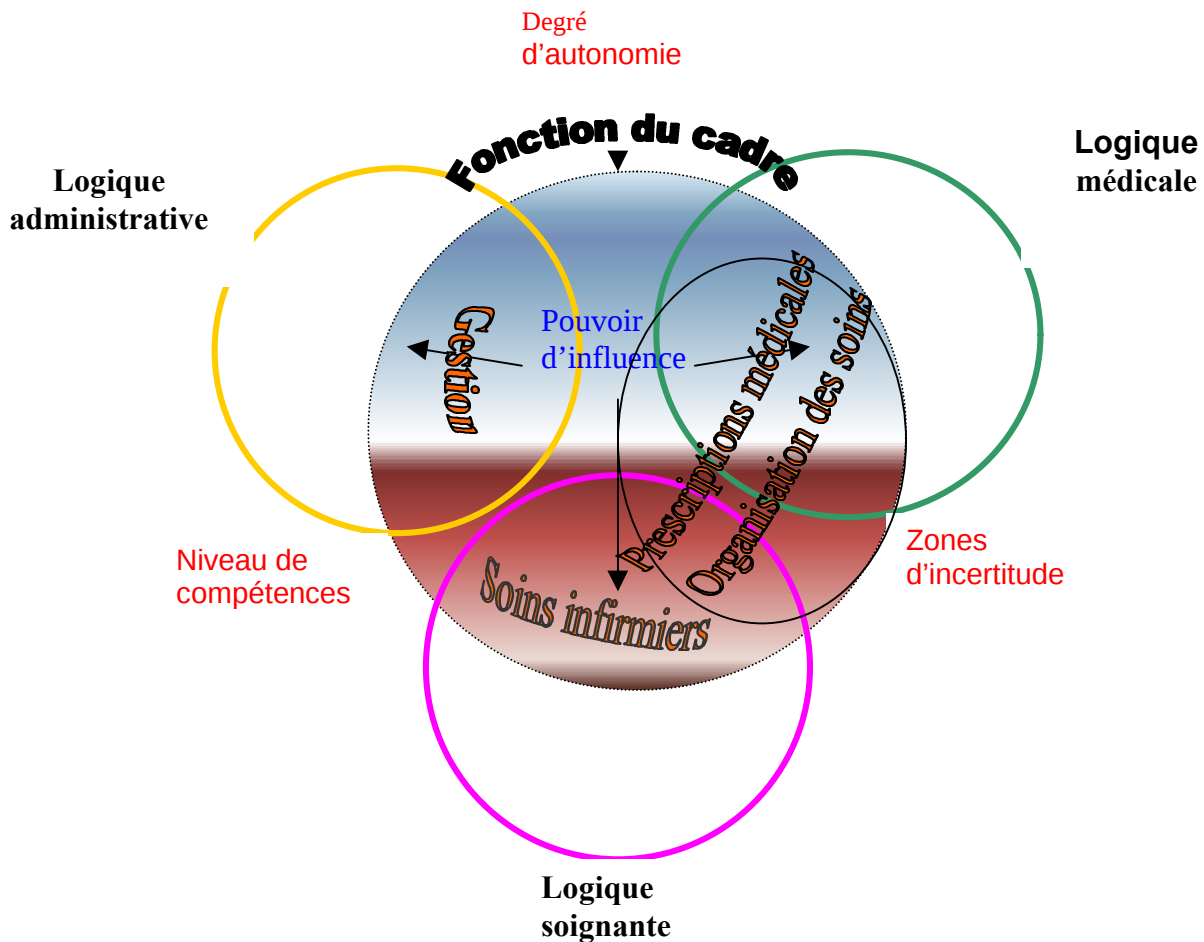
Au sein de l'établissement hospitalier, le cadre est placé sous la responsabilité hiérarchique du Directeur de l'hôpital à qui appartient le pouvoir de nomination et de notation. Cependant, par délégation du Directeur, le supérieur hiérarchique direct du cadre est soit l'I.G., soit le C.S.I. quand ces derniers existent.

En définitive, le cadre doit ainsi gérer une double autorité hiérarchique et fonctionnelle. Le rôle du cadre se trouve donc au cœur des trois logiques administrative, médicale et soignante que nous pouvons schématiser comme suit :

⁵⁴ Crozier M. & Sérieyx H., Du management panique à l'entreprise du XXI^e siècle, éditions Maxima, 1994.

⁵⁵ Référence idem.

POSITIONNEMENT DU CADRE DE PROXIMITE



Le niveau de **performance** du cadre relève de quatre paramètres :

- . Son niveau de **compétences**
- . Sa capacité à maîtriser les **zones d'incertitude**
- . Son degré **d'autonomie**
- . Son pouvoir **d'influence** sur les trois logiques hospitalières

Avant d'atteindre un certain niveau de performance, une démarche structurée s'impose.

❖ *Un accompagnement formalisé*

Les résultats de l'enquête nous ont permis de vérifier que les cadres avaient des attentes précises et diversifiées vis-à-vis des I.G.

En effet, le rôle de l'I.G. est essentiel dans cette prise de fonction du cadre. Un certain nombre d'informations et d'échanges sont indispensables pour permettre au cadre d'assumer au mieux sa fonction.

- Informer le cadre de l'organisation générale, de l'organigramme et des objectifs institutionnels.
- Lui présenter avec précision la situation de son poste, son rôle, ses missions spécifiques, la situation du service les éventuels problèmes et les changements prévisibles qui peuvent l'affecter.
- Faire le point sur les compétences acquises et les manques
- Mettre à disposition des cadres un document de référence pour la gestion du personnel
- Créer une dynamique entre les cadres par la mise en place de réunions de travail.

❖ *Un travail de prise de poste*

En effet, prendre un temps d'écoute auprès des différents professionnels (médecins, I.D.E., A.S., A.S.H.) s'impose. Nous proposons que l'I.G. demande au cadre de mener une étude sociologique de l'unité pendant les trois premiers mois qui suivent son affectation.

Cette analyse sociologique est une bonne méthode pour connaître la qualité des relations entre les acteurs ainsi que les stratégies utilisées par ces mêmes acteurs. Elle permettra aussi au cadre de prendre du recul, de découvrir la réalité de l'unité, comprendre son fonctionnement, anticiper les priorités de service et ainsi éviter des erreurs stratégiques.

Cette analyse sera restituée auprès de l'I.G., qui grâce à une lecture objective de l'unité, disposera d'éléments pour mieux conseiller le cadre dans sa fonction.

3.3.3 Le « coaching » des cadres

En référence à Jean François Claude, dans son ouvrage précédemment cité, « *le coaching, que l'on peut traduire par accompagnement, nous vient du sport. Le coach du sportif l'aide, aussi bien sur le plan mental que technique, à obtenir des résultats évaluables.*

Le coaching est une action qui aide un collaborateur à mobiliser ses ressources, à développer son potentiel, à permettre une prise de recul, à faire exprimer inquiétudes ou peurs ; elle est un levier conséquent d'estime de soi »⁵⁶.

C'est dans cette dimension que le travail d'évaluation du potentiel des futurs cadres prend tout son sens ; il va permettre d'objectiver l'évolution des cadres et ainsi même augmenter leur confiance en eux.

Selon V. Lenardt⁵⁷, le « coaching » est une philosophie, une attitude.

- Une philosophie

« Le coaching consiste à considérer que le développement managérial consiste plus à libérer l'énergie potentielle chez les personnes qu'à leur donner une motivation de l'extérieur ».

« Elle consiste à construire le développement le prévoyant à l'avance, plutôt que de réparer ponctuellement les états de crise ».

- Une attitude

« Pour le responsable , elle consiste à voir chez le manager, un sujet en croissance avant de voir un objet de production ».

Cette théorie marque la nécessité d'accompagner les cadres grâce à un plan de progrès, et de les évaluer pour les conduire vers l'autonomie car l'enquête que nous avons menée a mis en relief que les jeunes cadres ont tendance à vivre leur autonomie comme indépendance.

⁵⁶ J.F. Claude, L'éthique au service du management, op. cit. p. 13.

⁵⁷ Vincent Lenhardt, Les responsables porteurs de sens, Culture et pratique du coaching et du team-building, INSEP éditions, Paris, 1992.

❖ *Le plan de progression*

Le plan de progression est un outil indispensable à la prise de fonction d'un cadre, qu'il s'agisse d'un premier poste ou non. Au cours de notre expérience professionnelle, nous avons eu l'occasion de rédiger trois plans de progression en collaboration avec le cadre supérieur infirmier, supérieur hiérarchique direct du cadre concerné. Par cette expérience, nous nous sommes aperçus que les cadres étaient sécurisés car ils savaient ce que l'on attendait d'eux, les stratégies étaient discutées avec l'I.G.. Un temps de rencontre était formalisé tous les trois mois. Ces temps de rencontre répétés ont permis de créer des relations de confiance entre les cadres et l'I.G. Ces relations seront d'autant plus confortées si l'I.G. se déplace régulièrement dans les services et rencontre le cadre dans son bureau.

Le plan de progression présente l'avantage d'une part, de cerner les priorités pour le cadre, de lui éviter de se disperser ou de se perdre dans ses activités et d'autre part de lui permettre d'avoir des interlocuteurs référents et ressources (Cadres, C.S.I. et I.G.). L'analyse des entretiens nous a permis de prendre conscience que les cadres étaient ressources entre eux mais que par contre dans certaines circonstances, les cadres auraient souhaité avoir davantage d'échanges avec l'I.G..

Les plans de progression que nous avons testés comportait des objectifs institutionnels et le projet de soins. Nous proposons de l'enrichir en y intégrant le projet de service ; ce qui renforce la prise en compte des trois logiques et ouvre la communication avec le corps médical.

Accompagner les cadres implique de fixer des temps de suivi trimestriels pour viser la compétence et l'autonomie. Le plan de progression est un outil objectif d'évolution; il est adaptable à chacun d'entre eux, adaptable aux évolutions hospitalières et professionnelles et sert de cadre de référence. Au fil du temps, ces plans de progression permettront à l'I.G. de repérer les domaines d'expertise développés par les cadres. Cet outil permet ainsi la **professionnalisation** des cadres.

On pourrait dire que se professionnaliser, est un processus qui dure toute la vie professionnelle. Il n'y a pas de moment où on est professionnalisé. La professionnalisation, ce n'est pas un état, c'est un processus inachevable qui évolue au fur et à mesure que la personne évolue dans son milieu professionnel.

❖ *L'évaluation*

Le cadre a besoin de connaître les résultats de son travail, la valeur de ce travail c'est-à-dire le rapport entre ses résultats et les objectifs propres du poste. Cette étape marque la nécessité d'évaluer les cadres.

Selon B. Besson, « *Apprécier c'est avant tout, lorsqu'il s'agit d'une personne, établir un rapport, une relation* »⁵⁸..

• **Des conditions pour assurer l'efficacité de l'appréciation**

En référence au résultat de l'enquête menée auprès des cadres, ces derniers attendent d'être évalués par l'I.G.. Cette évaluation, en fonction de l'organisation de la structure peut être déléguée aux cadres supérieurs. En effet, les cadres ont besoin que l'on porte un regard sur ce qu'ils ont produit dans l'année, sur leur management d'équipe, sur des objectifs précis. Aussi, pour être efficace, l'appréciation comporte certaines conditions.

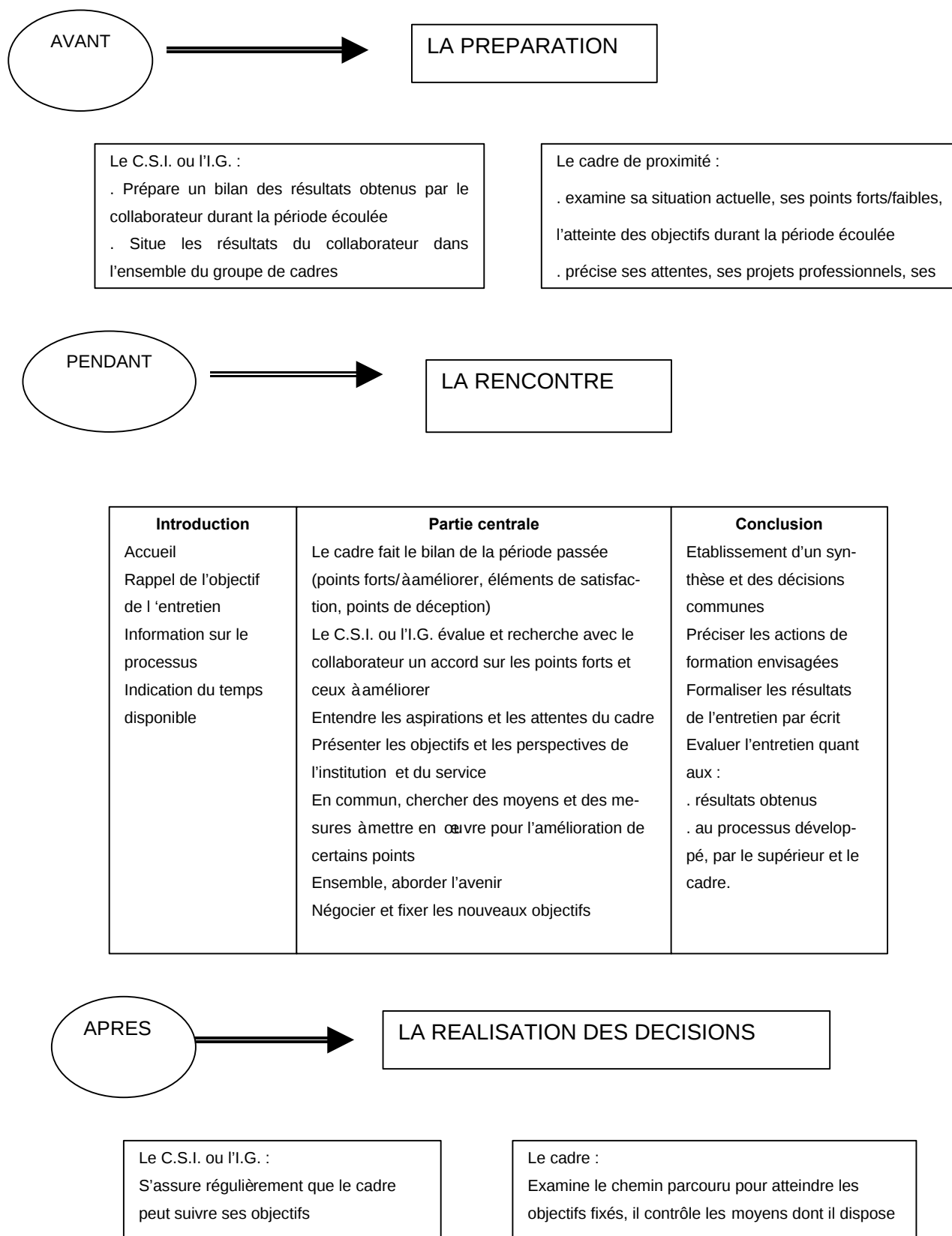
L'appréciation doit :

- . Etre formalisée » par écrit montrant ainsi que les supérieurs engagent leur responsabilité vis-à-vis des collaborateurs et que ces derniers puissent garder une trace des termes de l'échange.
- . Porter sur une période de temps définie.
- . Etre faite par comparaison avec des critères précis et notamment par rapport au travail effectué, aux actes et aux résultats en relation avec les objectifs précédemment fixés.
- . Etre orienté vers l'avenir
- . Etre communiquée à l'intéressé.

Nous proposons donc d'adopter le schéma d'évaluation suivant décrit par Besson selon trois phases.

⁵⁸ B. Besson, L'appréciation du personnel, Chotard et associés éditeurs, Paris, 1988/1989.

- **Un entretien structuré**



❖ *Pour conduire les cadres vers l'autonomie*

Se faire « coacher » par l'I.G., c'est accueillir des conseils, c'est découvrir des ressources institutionnelles, c'est apprendre à analyser, à ajuster. C'est en quelque sorte, apprendre à devenir autonome.

Un cadre devenu autonome est un cadre qui :

- « . possède une expertise réelle, une compétence personnelle. Il se comporte en professionnel ».*
- . a les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être.*
- . situe son action dans un contexte d'ensemble par rapport à ses collègues, à son manager, à l'institution.*
- . prend du recul et peut analyser son action de façon critique.*
- . sait où se procurer les informations manquantes, trouver les contacts nécessaires, y compris en sollicitant son manager sur des questions précises.*
- . se fixe lui-même des sous-objectifs à l'intérieur de son cadre de travail.*
- . est capable d'enseigner cette activité à un débutant.*
- . sait maintenir et faire progresser lui-même sa compétence (lectures, formations, etc.....) ».*⁵⁹

Tel est le comportement que toute Institution attend de ses cadres.

⁵⁹ D. Tissier, Management situationnel, Les voies de l'autonomie et de la délégation, 2^{ème} édition, ENSEP éditions, Paris, 1997.

CONCLUSION

La multiplicité des acteurs hospitaliers, les systèmes de double hiérarchie, l'interdépendance des logiques médicales, administratives et soignantes démontrent bien la complexité du système hospitalier.

L'unité de soins, au cœur de cette complexité est managée par un cadre de santé, acteur essentiel pour permettre aux équipes soignantes de dispenser des soins de sécurité, de qualité, des soins évolutifs et efficaces. L'hôpital d'aujourd'hui a besoin de cadres performants sachant manier plusieurs logiques.

Une enquête menée auprès de cadres infirmiers de proximité, d'I.G., de Directeurs et de médecins, complétée par une étude de textes législatifs et réglementaires a mis en évidence la difficulté pour les cadres à définir leur fonction, à trouver leur positionnement et à situer leur cadre de compétences. Ceci s'explique dans la mesure où cette fonction a évolué ces dix dernières années avec la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière complétée de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Ces cadres, interfaces entre les différents partenaires du soin, les patients et les familles, tiraillées entre les logiques « soignantes » et « gestionnaires » ont besoin d'être compris, conseillés, aidés, soutenus.

C'est pourquoi le rôle de l'infirmière générale est essentiel, dans la sélection des futurs cadres, dans la collaboration avec les Directeurs des Instituts de formation des cadres de santé pour prendre en compte les réalités du terrain et enfin dans l'accompagnement des cadres pour les conduire vers un professionnalisme et une autonomie interdépendante.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- **Abdelmalek A.A. & Gérard J.L.**, *Sciences Humaines et Soins*. Manuel à l'usage des professions de santé, InterEditions, Paris, 1995.
- **Bernoux P.**, *La sociologie des organisations*, Paris, Editions du seuil, 1985.
- **Besson B.**, *L'appréciation du personnel*, Chotard et associés éditeurs, Paris, 1988/1989.
- **Claude J.F.**, *L'éthique au service du management*, Concilier autonomie et encadrement pour l'entreprise, éditions Liaisons, Paris, 2000.
- **Crozier Michel.**, *L'entreprise à l'écoute. Apprendre le management post-industriel*, Paris, Inter éditions, 1989.
- **Crozier M. & Sérieyx H.**, *Du management panique à l'entreprise du XXI ème siècle*, Editions Maxima, Paris, 1994 .
- **Citeau J.P.**, *Gestion des ressources humaines. Principes généraux et cas pratiques*, Paris, Editions Masson, 1995.
- **de Vaugelac V.**, *La névrose de classe*, Hommes et Groupes Editeurs, Paris, 1987.
- **Donnadieu B., Genthon M., Vial M.**, *Les théories de l'apprentissage*, Quel usage pour les cadres de santé ?, InterEditions Masson, Paris, 1998.
- **Dubar Cl.**, *La socialisation*. Construction des identités sociales et professionnelles. Armand Colin Editeur, Paris, 1991.
- **Genelot D.**, *Manager dans la complexité*. Réflexions à l'usage des dirigeants, Editions INSEP. Paris 1998.
- **Hubinon M.**, *Management des unités de soins. De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité*, Editions de Boeck & Larcier s.a., Paris, Bruxelles, 1998.

- **Jalbert F.**, 35 Fiches Outils de gestion prévisionnelle de l'emploi, Les éditions d'organisation, Paris, 1989.
- **Lenhardt V.**, *Les responsables porteurs de sens*, Culture et pratique du coaching et du team-building, INSEP éditions, Paris, 1992.
- **Mintzberg H.**, *Structure & Dynamique des organisations*, Les éditions d'organisation, Paris, 1993 .
- **Ottana P.**, *Les 100 mots clés du management des hommes*, Editions Dunod, Paris, 1999.
- **Tissier D.**, *Management situationnel*, Les voies de l'autonomie et de la délégation, INSEP éditions, 2^{ème} édition, Paris, 1997.

REVUES

- **Cagnoli S.**, *Crise et remaniements identitaires des cadres hospitaliers*, Revue Gestion Hospitalière, Avril, 1996.
- **Dejours C.**, *Intelligence pratique et sagesse pratique: 2 dimensions méconnues du travail réel*, Revue Education Permanente, n° 116.
- **Le Boterf G.**, Quotidien Le Monde, 02.07.1997.
- **Mintzberg H.**, « *Nous vivons dans le culte du management* », Revue Sciences Humaines, Hors série, n° 20, Mars-Avril 1998.

DISPOSITIF LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

- **Décret n° 75-245 du 11 avril 1975** relatif au recrutement et à l'avancement des I.G. et des I.G. adjoints des établissements d'hospitalisation publics.
- **Décret n° 89-758 du 18 octobre 1989** modifié par le décret N° 94-904 du 18 octobre 1994 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.
- **Décret n° 95-926 du 18 août 1995** relatif à la création du diplôme cadre de santé.

- **Circulaire DH - 8A.PK – n° 000030 du 20 février 1990** relative aux missions et rôles des surveillants hospitaliers.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- **Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

ANNEXES

- Circulaire DH - 8A - PK - n° 000030 du 20 février 1990 Annexe 1
- Grille d'entretien destinée aux cadres de proximité Annexe 2
- Grille d'entretien destiné aux Infirmières Générales Annexe 3
- Courrier du Ministère adressé aux hôpitaux / enquête Annexe 4
- La fonction définie par les cadres de proximité : grille de recueil Annexe 5
- Démarche de gestion prévisionnelle des cadres Annexe 6

GRILLE D'ENTRETIEN⁶⁰

1- Comment définissez vous votre fonction ?

Sur quoi appuyez vous cette définition ?

2- Votre formation cadre de santé a t'elle répondu aux exigences et nécessités de la fonction de cadre de proximité ?

Si oui, en quoi ?

Si non, que vous a t'il manqué, qu'auriez vous souhaité ?

3- Quels outils avez vous acquis en formation et que mettez en œuvre aujourd'hui ?

Avez vous été formé à la sociologie des organisations ? A l'analyse stratégique ?

Si oui, en quoi cela est il une aide ?

4- En cas de difficultés rencontrées dans l'exercice de vos fonctions, avez vous des personnes ressources ?

Avez vous des référents ?

5- Y a t'il un cadre qui vous ait servi de modèle dans votre fonction ?

Si oui, en quoi le considérez vous comme un modèle ?

Quelles sont les raisons de votre choix ?

6- Avez vous bénéficié d'un accompagnement spécifique ?

Avant votre formation cadre ?

Dès votre prise de poste ?

Si oui, pouvez vous le décrire ?

En quoi cela vous a t'il aidé ?

⁶⁰ Questionnaire destiné aux Cadres de proximité

GRILLE D'ENTRETIEN⁶¹

- 1- Quel est le pourcentage de cadres infirmiers formés dans l'établissement ?

- 2- A partir de quels éléments définissez vous le profil de fonction du cadre de proximité ?

- 3- Que pensez vous de la fonction du cadre de proximité décrite dans la circulaire du 20 février 1990 ?

- 4- Le décret du 18 août 1995 relatif à la formation cadre de santé a t'elle modifié :
 - la pratique du cadre ?

 - le positionnement du cadre ?

- 5- Quelles sont les missions du cadre aujourd'hui ?

- 6- Quelle place souhaitez vous lui donner dans l'institution ?

- 7- Qu'attendez vous du cadre aujourd'hui ?

- 8- Avez vous « développé » une stratégie d'accompagnement
 - . des infirmières faisant fonction de cadre ?

 - . des cadres nouvellement promus

 - . des cadres plus anciennement formés ?

⁶¹ Questionnaire destiné aux Infirmières générales.

- **Les mots clés émergeant des entretiens**

Cadres formés selon l'ancien programme (1986 à 1995)	Cadres formés selon le programme de 1995 (1996 à 1999)
Manager Organisateur Coordinateur Régulateur Interface entre plusieurs logiques Pivot Adaptable Ajustage permanent Faire fonctionner le bateau Mettre de l'huile dans les rouages Art - Complexité	Manager Organisateur Coordinateur Chef d'orchestre Interface Anticipation Moteur Moyen pour faire fonctionner les équipes Autonomie Solitude

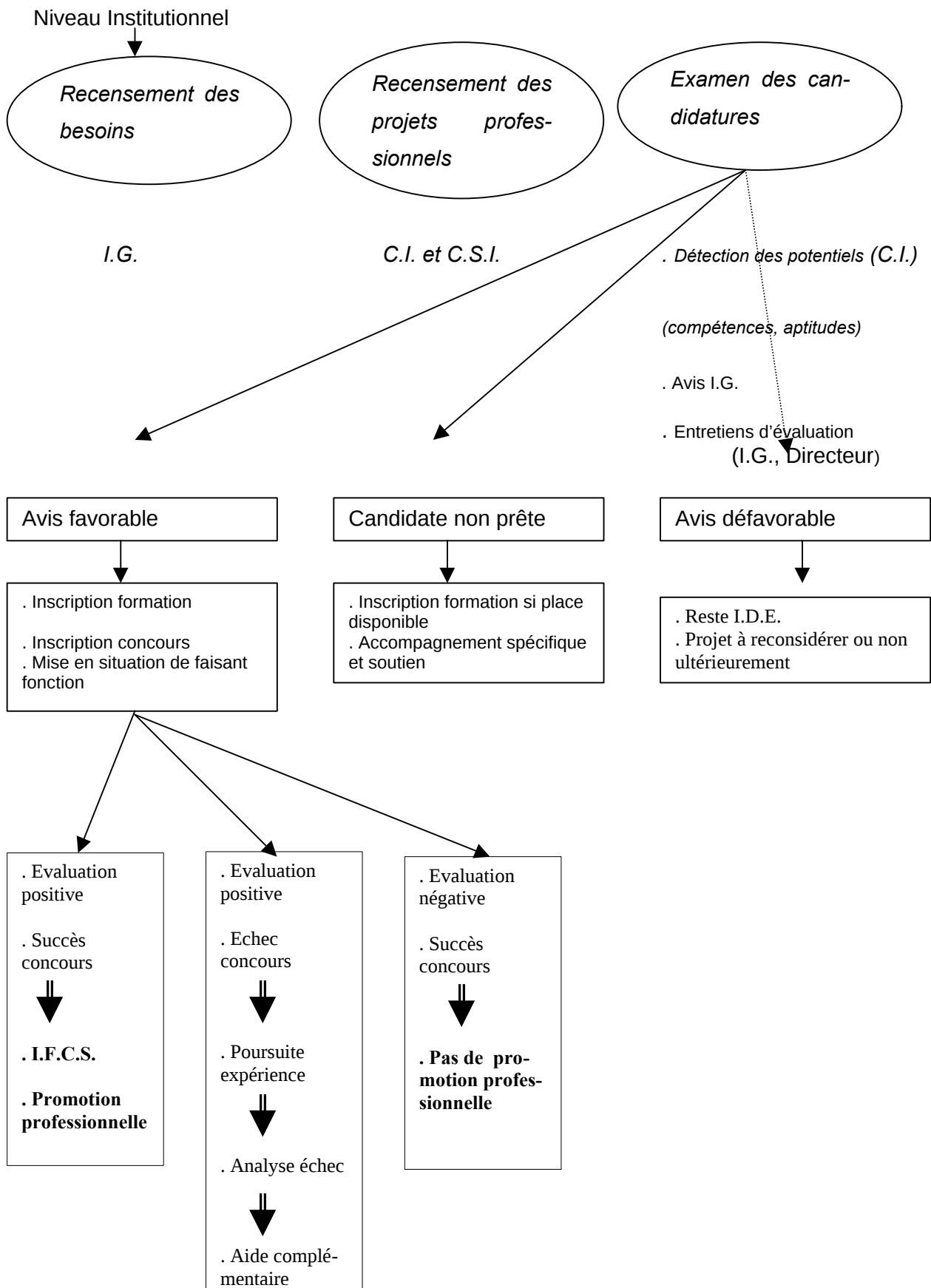
- **Les activités déclinées par les cadres de proximité**

Cadres formés selon le programme du 9 octobre 1975 (1986 à 1995)	Cadres formés selon le programme du 18 août 1995 (1996 à 1999)
Animation d'une équipe (6/6) • Proche des équipes, des médecins, des I.G. • Concrétiser: relier les concepts à la pratique • Manager une équipe IDE, AS en lien étroit avec l'équipe médicale dans tout ce qui est organisation • Fonction de relations humaines Gestion (4/6) • Personnel: adapter les ressources dont on dispose aux ambitions qu'on attend de nous • Architecture • Matériel • Malades – lits en collaboration avec les autres services Information – Formation (4/6) • Nouveaux arrivants • Nouveaux matériels • Encadrement stagiaires • Faire passer la politique de l'établissement • Faire remonter les demandes et les besoins de l'équipe • Transmission de l'information • Se former Activité soins (3/6) • Définir une conception de soins avec l'équipe • Mission de soins autour du patient • Recherche en soins • Qualité de soins	Animation d'une équipe (5/6) • Ecoute • Management • Relation et Communication Gestion (2/6) • Personnel • Environnement • Matériel • Malades Information (2/6) • Organisation de l'information Activité soins (1/6) • Projet de service • Projet de soins • Qualité des soins

Fonction définie par les cadres de proximité

Annexe 5

DEMARCHE DE GESTION PREVISIONNELLE DES CADRES⁶²



⁶² B. Le Bonniec, Ecole Nationale de santé publique, août 2000