



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

INFIRMIER GÉNÉRAL

Date du Jury : 25-26 octobre 2001

**L'évolution du management
des cadres infirmiers supérieurs :
un enjeu pour le service de soins infirmiers**

Elisabeth GLOAGUEN

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	5
LE CADRE DU QUESTIONNEMENT.....	9
CHAPITRE 1 : LA FONCTION DE CADRE SUPÉRIEUR.....	10
1.1 <i>Une fonction qui évolue dans un cadre réglementaire</i>	10
1.2 <i>Du recrutement.....</i>	11
1.3 <i>... Au positionnement.....</i>	12
CHAPITRE 2 : LA FONCTION DE L'INFIRMIÈRE GÉNÉRALE DANS LE MANAGEMENT DES CADRES SUPÉRIEURS.....	15
2.1 <i>Le cadre réglementaire législatif.....</i>	15
2.2 <i>Animation du service de soins infirmiers et management de l'encadrement.....</i>	15
CHAPITRE 3 : UNE PRÉOCCUPATION RÉCURRENTÉ DES INFIRMIÈRES GÉNÉRALES.....	16
3.1 <i>De la création de la filière infirmière générale, en 1978.....</i>	16
3.2 <i>...A la promotion 2001.....</i>	17
CHAPITRE 4 : DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUI S'INTERROGENT SUR LA FONCTION	19
4.1 <i>Le C.H. de Mulhouse.....</i>	19
4.2 <i>Le C.H.U. de Toulouse</i>	20
4.3 <i>Le C.H.U. de Nantes</i>	21
CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE.....	23
LE CADRE THÉORIQUE : CONCEPTUALISER POUR MIEUX COMPRENDRE.....	24
CHAPITRE 1 : LE MANAGEMENT.....	25
1.1 <i>Des définitions qui évoluent.....</i>	25
1.2 <i>Le management dans la complexité</i>	25
1.3 <i>Le management de subsidiarité.....</i>	27
CHAPITRE 2 : L'HÔPITAL EN TANT QU'ORGANISATION.....	28
2.1 <i>L'hôpital en tant qu'organisation... ..</i>	28
2.2 <i>...Une organisation qui doit s'inscrire dans la logique de subsidiarité (ou de proximité)</i>	29
2.3 <i>Les acteurs... ..</i>	30
CHAPITRE 3 : LA COMPÉTENCE ET LA PROFESSIONNALISATION	35
3.1 <i>De la compétence individuelle.....</i>	35
3.2 <i>... à la compétence collective</i>	36
CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.....	37
À L'ÉCOUTE DU TERRAIN	38
CHAPITRE 1 : LA MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE.....	39
1.1 <i>Le terrain d'enquête.....</i>	39

1.2	<i>Le recueil des informations.....</i>	40
1.3	<i>Les limites et les points forts de l'enquête.....</i>	41
	CHAPITRE 2 : RÉSULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS.....	41
2.1	<i>Les entretiens avec les cadres infirmiers supérieurs.....</i>	41
2.2	<i>Les entretiens avec des infirmières générales.....</i>	46
2.3	<i>Les entretiens avec des directeurs.....</i>	47
3.4	<i>Les entretiens avec des représentants médicaux.....</i>	48
	CHAPITRE 3 : VÉRIFICATIONS DES HYPOTHÈSES.....	49
	CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE.....	50
	MANAGER DES MANAGERS	52
	CHAPITRE 1 : DÉFINIR LE RÔLE DES CADRES INFIRMIERS SUPÉRIEURS.....	53
1.1	<i>Le "référentiel métier".....</i>	53
	CHAPITRE 2 : FAIRE ÉVOLUER LES COMPÉTENCES.....	54
2.1	<i>Renforcer la professionnalisation.....</i>	55
2.2	<i>Adapter la formation:.....</i>	55
2.3	<i>Le recrutement et la sélection.....</i>	56
	CHAPITRE 3 : MANAGER DANS LA CONFIANCE	56
3.1	<i>Développer l'écoute.....</i>	57
3.2	<i>Gérer les peurs.....</i>	57
3.3	<i>Informé, communiquer.....</i>	58
	CHAPITRE 4 : POSITIONNER LES CADRES SUPÉRIEURS SUR LES CENTRES DE RESPONSABILITÉ, LES PÔLES.....	58
	CHAPITRE 5 : CONDUIRE LE CHANGEMENT DE POLITIQUE D'ENCADREMENT	59
5.1	<i>Le changement au niveau de la personne.....</i>	60
5.2	<i>Le changement au niveau du groupe.....</i>	60
5.3	<i>le changement au niveau de l'établissement.....</i>	61
	CONCLUSION DE LA QUATRIÈME PARTIE	62
	CONCLUSION.....	63
	BIBLIOGRAPHIE.....	64
	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX INFIRMIERS GÉNÉRAUX EN FORMATION	66
	ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES CADRES SUPÉRIEURS	68
	ANNEXE 3 : PROFIL DE POSTE DU CADRE INFIRMIER SUPÉRIEUR RÉFÉRENT DE PÔLE, C.H.U. DE NANTES, AVRIL 2000.....	71

Parce que, comme le dit Marguerite Yourcenar, “le tracé d’une vie humaine est aussi complexe que l’image d’une galaxie”, rien n’est plus compliqué que de gérer les ressources humaines. Mais, si difficile que soit ce domaine, il n’en demeure pas moins aussi beau qu’essentiel car, en touchant aux personnes mêmes, il touche la raison d’être de l’hôpital.¹

¹ Gérard Vincent, Délégué général de la Fédération hospitalière de France, Préface du livre “Organisation et management hospitalier”, Jean Abbad, Editions Berger-Levrault, 2001

Introduction

L'objet de ce mémoire de fin d'étude a pour thème la fonction de cadre infirmier supérieur. Que font les cadres supérieurs ? Il s'agit d'une question d'apparence simple, souvent adressée au directeur du service de soins infirmiers, par les directeurs, les médecins et les cadres. Parmi les soignants, les cadres supérieurs occupent au sein de l'organisation hospitalière une position sociale et stratégique tout à fait privilégiée, au carrefour de tous les courants d'information, en interface avec toutes les logiques et en interaction avec les infirmières générales, et pourtant cette fonction est souvent remise en question par les différents acteurs de l'hôpital.

Le contexte budgétaire contraint et engage les responsables à s'interroger sur l'efficacité des acteurs. La question de certains métiers à l'hôpital se pose désormais. En tant que responsable du service infirmier, dont les dépenses en personnel soignant représentent environ 70 % des dépenses du personnel, l'infirmier général est au cœur de ce débat.

Durant notre expérience de "faisant fonction" d'infirmière générale, nous nous sommes interrogés sur la fonction de cadre supérieur et avons pu observer des exercices très différents, allant du meilleur au pire. Nous avons également entendu de nombreuses critiques, pas toujours justifiées, sur cette fonction, émanant des directeurs, des médecins et des cadres. Enfin nous avons mesuré les difficultés des cadres supérieurs à "occuper" leur fonction dans la mouvance des mutations et des réformes hospitalières et à adapter leur organisation et leur management à un environnement changeant.

Il est vrai que la fonction d'encadrement a évolué ces dix dernières années, notamment 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.

- La loi hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, modifie en profondeur l'organisation hospitalière et entraîne de ce fait des changements pour l'encadrement : le cadre devient davantage partenaire du chef de service dans l'organisation et l'animation du service.
- L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, génère des modifications structurelles et entraîne les cadres dans une dynamique nouvelle : restructuration interne et externe, contractualisation, codirection et cogestion des centres de responsabilité, coopération avec l'environnement, partage des savoirs et des informations, évaluation et accréditation, droits des usagers.

Ces réformes ont le souci d'alléger les structures verticales et de renforcer la coordination transversale, ce qui atteint directement les niveaux hiérarchiques intermédiaires dont font partie les cadres infirmiers supérieurs.

L'encadrement supérieur est touché de plein fouet par les conséquences des changements des organisations, et tout particulièrement dans le cadre de la gestion par centre de responsabilité. De telles mutations requièrent une adaptation des compétences des personnels.

Il existe une grande diversité dans les politiques menées à l'égard de l'encadrement supérieur. A ce jour, dans les établissements de santé on peut assister à des politiques de décomposition et de recomposition, d'expérimentations de nouveaux rôles et de nouveaux positionnements des cadres supérieurs. Certains en sont à ébaucher une politique pendant que d'autres en sont à une deuxième voire, une troisième évolution des rôles et des positionnements.

Les directeurs de soins infirmiers font des choix de positionnement des cadres supérieurs, en fonction de leur politique de soins, de leur propre management du service infirmier et du contexte institutionnel. Des modèles relevant de choix différents sont observés dans les établissements de santé :

- Une diminution progressive du nombre de cadres supérieurs
- Une absence de la fonction dans l'établissement
- Des positionnements sur une seule unité
- Des positionnements sur des missions transversales permanentes à la direction des soins infirmiers et dans d'autres directions fonctionnelles
- Des positionnements mixtes : responsables de secteur et chargés de mission transversale.
- Des positionnements sur les centres de responsabilité ou pôles
- Des positionnements sur des postes d'infirmières générales

Enfin lorsqu'on aborde la question des cadres supérieurs dans les établissements de santé, on ne peut faire l'économie d'un triple constat : celui d'un malaise, d'autre part celui d'un relatif vide réglementaire et enfin, celui d'une absence de formation spécifique.

De ces réflexions, nous pouvons dégager la problématique suivante :

Les cadres supérieurs connaissent des difficultés dans l'exercice de leur fonction, difficultés qui entravent le fonctionnement du service infirmier.

Au regard de ces constats et des changements nécessaires, nous pensons qu'une réflexion sur les pratiques managériales est aujourd'hui indispensable pour faire face aux nouveaux défis à relever au sein du service infirmier.

La question que nous nous posons est de savoir si dans le contexte des mutations hospitalières, **un mouvement vers un management différent est engagé à l'hôpital et en particulier au sein du service infirmier.**

Les hypothèses

Pour répondre à notre questionnement, nous avons déterminé des hypothèses qui vont servir de base à notre travail de recherche et qui peuvent expliquer la difficulté des cadres supérieurs à assumer pleinement leur fonction.

L'hypothèse centrale est la suivante :

La capacité des cadres infirmiers supérieurs à développer leur fonction d'une manière pertinente est étroitement liée à la volonté de l'infirmière générale à clairement identifier leur positionnement au sein du service infirmier et de l'institution, à les légitimer par leur compétence et leur professionnalisme et à piloter le changement.

A partir de cette hypothèse centrale, nous établissons des hypothèses plus ciblées :

Première hypothèse :

La fonction de cadre supérieur n'a pas suivi l'évolution nécessaire en lien avec les réformes hospitalières et l'accroissement de la complexité. Les rôles ne sont pas clairement identifiés, et peuvent être très différents selon le lieu d'exercice, et la personnalité du cadre supérieur.

Deuxième hypothèse :

La position d'interface des trois logiques : la logique administrative, la logique médicale, la logique paramédicale est vécue comme une difficulté et non comme un atout.

Troisième hypothèse :

Les représentations de la fonction de cadre supérieur sont différentes de la part des directeurs, des infirmières générales et des médecins, et ne favorisent pas la construction d'une identité professionnelle. Les cadres supérieurs souffrent de "désappartenance"

Quatrième hypothèse :

Nous pensons que le positionnement des cadres supérieurs à la direction des centres de responsabilité ou des pôles leur permettra de mieux se situer en manager de proximité et de légitimer la fonction.

Nous traiterons le sujet en quatre étapes.

- Une première partie (le cadre du questionnaire), est consacrée à l'identification du problème en nous attachant à faire le point sur la fonction de cadre supérieur.
- La deuxième partie (le cadre théorique) s'efforce de répondre aux questions posées et de vérifier nos hypothèses de travail. Pour cela, nous avons choisi de rechercher dans la littérature les différents concepts de management et d'organisation, d'acteurs (le rôle, la légitimité, les représentations) et de compétence.
- La troisième partie (le terrain) s'intéresse à la réalité du terrain, se base sur l'écoute de cadres infirmiers supérieurs, de directeurs d'établissement, de directeurs de soins infirmiers, d'infirmières générales, de médecins, en utilisant la méthode des entretiens semi-directifs.
- Enfin, la quatrième partie (les propositions), est centrée sur la présentation de notre projet élaboré à partir du travail de recherche et de l'analyse du contenu des entretiens, pour proposer des actions possibles à mettre en œuvre par l'infirmier général pour manager dans un contexte de changement et de complexité, les cadres supérieurs d'une manière pertinente.

Première partie
Le cadre du questionnement

Chapitre 1 : La fonction de cadre supérieur

Pour l'exercice de la fonction d'infirmière générale, il nous incombe de développer une compréhension approfondie de ce qu'est le travail des cadres supérieurs, compréhension dont nous aurons besoin pour manager des cadres supérieurs eux-mêmes managers .

Nous avons retenu la classification des cadres par niveau de responsabilités proposé par Serge Allecian et Dominique Foucher² :

- les cadres de premier niveau sont les cadres qui ont à animer une seule équipe de collaborateurs. Ce groupe correspond à la catégorie des cadres de santé. La fonction publique hospitalière dénombre 26183 "surveillants"³
- les cadres de deuxième niveau, ceux qui ont sous leur responsabilité plusieurs équipes, c'est-à-dire ceux qui ont en charge un ensemble de cadres de premier niveau. Les cadres infirmiers supérieurs rentrent dans cette catégorie. La fonction hospitalière dénombre 4549 "surveillants chefs"
- les cadres de troisième niveau, ceux qui ont à diriger des cadres de deuxième niveau, de fait ceux qui managent une structure. On peut faire entrer dans cette catégorie, les infirmiers généraux. La fonction hospitalière dénombre 608 infirmiers généraux.

Mener une réflexion sur la fonction de cadre supérieur nous conduit à nous intéresser à l'origine de cette fonction, à son cadre réglementaire et à son positionnement dans l'organisation hospitalière.

1.1 Une fonction qui évolue dans un cadre réglementaire

Le terme même de "surveillant chef" apparaît pour la première fois dans l'article 13 du règlement-modèle du 5 juin 1938. Cet article relatif à l'organisation de la psychiatrie met en évidence les prémices d'une structure hiérarchique dans les unités de soin : "cadre et classement du personnel. Le cadre du personnel titulaire des services médicaux comporte la hiérarchie suivante : agents des services des deux sexes, infirmiers et infirmières, chefs de quartier des deux sexes, sous surveillants et sous surveillantes, surveillants et surveillantes chefs de service."

² S.Allecian et D.Foucher, Guide du management dans le service public, Editions d'organisation, 1994

³ Chiffres donnés par la Direction des hôpitaux, filières professionnelles, dans le cadre du protocole du 14 mars 2001

La fonction de surveillante chef a été instituée par le **Décret n° 62-132 du 2 février 1962** relatif au recrutement et à l'avancement de certains agents des services médicaux des **Etablissements de soins** ou de cures publics, et confirmée par le **Décret n° 69-281 du 24 mars 1969**. Ces deux décrets vont donc :

- Officialiser une fonction que beaucoup ressentent comme indispensable pour un meilleur encadrement de l'activité du service infirmier de plus en plus éclaté en branches et spécialités,
- Fixer les modalités et les conditions de recrutement des surveillants chefs, de leur avancement et de leur rémunération.

Par la suite, la **Circulaire de la Direction des Hôpitaux n° 222/04/4 du 31 juillet 1975** incitera les conseils d'administration à pousser à la création de ces postes ; ce qui outre l'apport indéniable au plan de l'encadrement du service infirmier, ouvrait une possibilité de promotion pour les infirmières hospitalières, notamment les surveillantes.

Le **Décret n°88-1077 du 30 novembre 1988** relatif aux statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière supprime le grade de surveillant chef et met en place une "reconnaissance fonctionnelle" qui sera délaissée au profit du rétablissement du grade par l'**Arrêté N°89-538 du 3 août 1989** puis réaffirmée par le **Décret N°91-1271 du 18 décembre 1991** qui établit l'accès au grade par concours sur titre, le stage d'un an précédent la titularisation dans le grade et l'accession à la catégorie A.

1.2 Du recrutement...

Le recrutement se fait par concours interne sur titres⁴. Ces concours sont organisés par chaque établissement sur l'initiative du Directeur et font l'objet d'une publication au journal officiel. Peuvent être candidats, les cadres infirmiers ayant au moins trois ans d'ancienneté dans ce grade.

Le cadre supérieur infirmier est un professionnel "issu du rang". Il a effectué son chemin professionnel en suivant le parcours de la promotion interne à l'organisation hospitalière.

Les cadres infirmiers supérieurs ont donc été des infirmiers reconnus dans leur fonction d'infirmier puis de cadre. La compétence du cadre supérieur est admise, dans la mesure où pour être nommé cadre supérieur, il faut avoir été un bon professionnel. Ainsi l'évoque N. Le

⁴ Décret N°91-1271 du 18 Décembre 1991 portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants chefs des services médicaux.

Bellec : “La logique de grade développée dans l’administration se fonde sur un postulat de compétence présumée”.

Le diplôme de cadre de santé n’est pas obligatoire pour accéder à cette formation et il n’est pas prévu de formation systématique d’adaptation à l’emploi avant ou après la prise de fonction. Cependant s’il n’existe pas d’obligation réglementaire il n’en demeure pas moins que de nombreux établissements ont organisé des formations pour les cadres supérieurs. Par contre chaque établissement choisit le contenu de cette formation. Il n’existe pas à ce jour de validation officielle et cela entraîne de grandes disparités entre les établissements.

Lors des divers stages effectués lors de notre formation, nous avons constaté des pratiques différentes d’un hôpital à l’autre pour le recrutement. Ces pratiques vont de l’exigence d’une formation universitaire, à l’absence de formation, en passant par une formation interne à l’établissement lors de la nomination.

Il en est de même pour la sélection des candidats. Certains établissements ont mis en place une épreuve orale devant un jury composé de directeurs, de médecins et d’infirmières générales, et ceci malgré l’aspect non réglementaire d’une telle procédure.

1.3 ... Au positionnement

Nous aborderons le positionnement des cadres infirmiers supérieurs, dans une dynamique triangulaire comprenant le lieu d’exercice, le pilote, les missions et les rôles.

Un lieu d’exercice prévu

Il est précisé par voie réglementaire⁵ qui stipule que le cadre infirmier supérieur (surveillant chef des services médicaux) assure la cohésion entre différents services ou secteurs de soins. “Il exerce ses fonctions d’encadrement soit dans les services de soins dont l’activité est particulièrement importante compte tenu des techniques mises en œuvre ou de l’effectif des personnels...”.

Dans la réalité, nous avons pu observer des lieux d’exercice très divers que nous avons regroupé en quatre zones : une seule unité clinique avec confusion des fonctions de cadre et de cadre supérieur, plusieurs unités sans liens cliniques dénommés “secteur”, plusieurs unités avec des liens cliniques dénommés pôle ou fédération ou centre de responsabilité, enfin une direction autre que le service de soins infirmier.

⁵ Décret N°91-1271 du 18 décembre 1991 portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants chefs des services médicaux de la fonction publique hospitalière.

Une ligne hiérarchique prévue, mais des hiérarchies ambiguës

Dans les structures pyramidales, le statut hiérarchique est déterminant. Une triple hiérarchie, infirmière, administrative et médicale pèse sur les cadres supérieurs infirmiers. Cela peut représenter une difficulté pour les cadres supérieurs, mais également faire l'objet de relations de pouvoir et de jeu d'alliance et de mésalliance.

La hiérarchie de service infirmier : les textes⁶⁷ relatifs au recrutement des infirmiers généraux et à la création du service infirmier font émerger cette nouvelle hiérarchie. Le texte relatif aux statuts des infirmières générales place l'encadrement infirmier sous l'autorité de l'infirmière générale : "Les infirmiers généraux de 1^{ere} classe sont responsables du service infirmier de l'établissement dans lequel ils exercent leurs fonctions. La création du service infirmier va rompre l'isolement des cadres, mais va également les priver du lien unique avec leur chef de service.

Une autorité administrative : le cadre infirmier supérieur est nommé par le directeur d'établissement sur proposition de l'infirmière générale. Le contenu même de la fonction ainsi que les liens hiérarchiques sont à sa libre appréciation.

Une autorité fonctionnelle : le cadre assiste le médecin, "Il est assisté selon les activités du service ou du 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."⁸

Dans la réalité, la reconnaissance du lien hiérarchique est influencée par le lieu d'exercice.

Les Cadres Infirmiers Supérieurs ont sous leur autorité les Cadres Infirmiers des unités de soins constituant le secteur ou le pôle ou le centre de responsabilité dont ils sont responsables ainsi que le personnel infirmier et aides-soignants le composant.

Des missions définies

La lettre circulaire n°30 du 20 février 1990 et du décret du 18 décembre 1991 portant statut particulier des cadres supérieurs infirmiers, en définit les missions et les fonctions. Cette circulaire est le résultat d'un travail d'un groupe de représentants professionnels. Elle reste actuellement le document de référence de nombreux établissements pour

⁶ Décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des Infirmiers Généraux des établissements publics.

⁷ Circulaire n° 222/DH/4 du 31 juillet 1975 relative au recrutement et à l'avancement des Infirmiers Généraux.

⁸ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

décliner les profils de postes et en particulier pour clarifier les champs d'actions des cadres supérieurs et des cadres.

Ce travail décline la fonction de CIS selon quatre domaines d'activité qui sont :

- la technicité (le soin, la gestion, la formation des stagiaires, la recherche),
- l'information
- la relation et la communication
- la contribution économique

Le guide du service infirmier n°3 relayant la circulaire N°152 du 30 juin 1986 définit le Cadre Supérieur Infirmier ainsi : "le Cadre Infirmier Supérieur est responsable de l'organisation et du fonctionnement d'un service (ensemble d'unités de soins) ou d'un groupe de services de soins, de l'encadrement de ces services et du contrôle des soins. Il est chargé de mettre en œuvre la politique de soins infirmiers définie par le service infirmier sous la responsabilité de l'Infirmière Générale qui peut lui confier des fonctions de coordination, de conseil , de formation, de recherche dans un domaine spécifique"⁹

Deux notions essentielles apparaissent dans ce texte : la notion de transversalité et de mise en œuvre de la politique de soins.

La nomenclature des emplois type décline la fonction de CIS comme un métier distinct, positionné dans la famille des soignants et dans la sous-famille de l'encadrement soignant. Les missions y sont définies ainsi : "dans le cadre du projet d'établissement, le surveillant chef participe en collaboration avec le ou les chefs de service, l'infirmier général et l'encadrement dont il est responsable, à l'élaboration des objectifs de son secteur. Il est responsable de l'harmonisation, de la coordination des moyens de plusieurs unités.(...) Il peut être chargé plus particulièrement de l'amélioration de la qualité des prestations offertes par l'ensemble de l'établissement dans l'un des domaines de sa technicité (soins, organisation, hygiène...)"¹⁰

Deux notions importantes émanent de ce texte, la notion de transversalité et d'expertise et la position hiérarchique dans l'organigramme infirmier, entre l'infirmier général et le cadre .

Les textes réglementaires donnent des grandes lignes pour décrire la fonction de cadre supérieur, mais ne permettent pas d'identifier les éléments essentiels du travail des

⁹ Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, Direction des Hôpitaux, "guide du Service de Soins Infirmiers, Terminologie des Soins Infirmiers N°3, Série Soins Infirmiers", 1986, p.48

¹⁰ Nomenclature des emplois type de l'hôpital, Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. Direction des Hôpitaux, Editions ENSP, Rennes, 1990

cadres supérieurs, ceux qui les distinguent de tout autre travail et ceux que les cadres supérieurs doivent maîtriser s'ils veulent bien jouer leur rôle.

Chapitre 2 : La fonction de l'infirmière générale dans le management des cadres supérieurs

Le management des cadres supérieurs s'inscrit à la fois dans le cadre réglementaire et dans les missions de l'infirmière générale.

2.1 Le cadre réglementaire législatif

Le décret n° 89-758 du 18 octobre 1989¹¹ portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière établit la responsabilité de l'infirmier général dans la gestion du service infirmier et l'animation de l'encadrement soignant : "les infirmiers généraux coordonnent l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et assurent l'animation, l'encadrement et la gestion du service de soins infirmiers."

La circulaire de la Direction des hôpitaux n°401 du 2 octobre 1990 relative à l'application de ce même décret explicite ce rôle d'animation à l'égard des cadres infirmiers supérieurs en les citant nommément : "l'infirmier général coordonne les activités des surveillants chefs".

2.2 Animation du service de soins infirmiers et management de l'encadrement

Si la fonction d'infirmière générale existe officiellement depuis 26 ans, elle s'est considérablement enrichie dans son contenu au fil des années. Les derniers textes la situent non seulement comme directeur du service de soins infirmiers, mais également comme membre de l'équipe de direction. Dans chacune de ses positions, elle participe à l'évolution des organisations et du management de l'hôpital et de la qualité.

Pour cela elle doit non seulement maîtriser l'existant, mais développer des capacités d'anticipation et permettre aux équipes de se projeter et d'évoluer.

Suivant le type d'établissement, les collaborateurs directs de l'infirmière générale sont :

- Dans le cadre d'une direction de soins infirmiers, les cadres infirmiers supérieurs et tous les cadres de l'établissement
- -Dans le cas d'une direction de soins, les cadres supérieurs, les cadres, les cadres sages-femmes, les cadres médico-techniques et ré-éducateurs.

Selon Jacqueline Durand, Directrice du service de soins infirmiers à l'assistance Publique des Hôpitaux de Marseille¹² "L'équipe de l'infirmier général est dans tous les cas une équipe virtuelle dont la mission essentielle sur le terrain est de faire vivre concrètement les projets institutionnels et d'assurer la gestion opérationnelle".

L'infirmière générale a un rôle important de management des cadres infirmiers, et en particulier des cadres supérieurs, c'est-à-dire d'accompagnement, d'écoute des besoins, d'aide, en facilitant la mise à disposition des cadres des moyens nécessaires pour une prestation de qualité (moyens humains ou matériels), d'outils de gestion et de communication.

Les fonctions de l'infirmière générale sont essentielles à la réalisation d'une prestation de soins de qualité, et pour cela, elle doit savoir animer et donner du sens aux projets dans un souci constant de transversalité, de participation et d'anticipation, en veillant à ce que ces objectifs soient toujours en conformité avec le bien de l'utilisateur.

Chapitre 3 : Une préoccupation récurrente des infirmières générales

3.1 De la création de la filière infirmière générale, en 1978...

Depuis la création de la filière des infirmières générales à l'Ecole Nationale de Santé Publique, on peut constater, à travers les mémoires de fin d'étude, l'intérêt pour le management des cadres. En effet une soixantaine de mémoires ont abordé ce thème, et chaque année 2 à 3 mémoires y sont consacrés. Ceci met en évidence leur préoccupation à mieux connaître les cadres, qu'elles auront à manager demain. Cependant la majorité est consacrée à la fonction de cadre direct. Lorsqu'ils sont consacrés aux cadres supérieurs, c'est toujours en rapport avec le positionnement dans le service infirmier : "infirmière générale et surveillants chefs, clarifions les rôles"¹³ ou à des problèmes identitaires : "cadre supérieur, une fonction qui se cherche"¹⁴.

Les élèves directeurs des hôpitaux qui abordent le thème des cadres dans leur mémoire de fin d'études font essentiellement référence aux cadres directs, ou à l'encadrement sans distinction entre les cadres et les cadres supérieurs.

¹¹ Modifié par le Décret n°94-904 du 18 octobre 1994

¹² Durand Jacqueline, Directrice du service central du service de soins infirmiers de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, "L'infirmier général et la fonction de direction – l'animation d'équipe", Cours aux Infirmiers Généraux, promotion 2001.

¹³ M.F. Senellier, mémoire infirmière générale, 1992

¹⁴ H. Georges, mémoire infirmier général 1981

3.2 ...A la promotion 2001

Il nous a semblé opportun de situer la promotion d'infirmière générale dans la problématique des cadres supérieurs. Elle représente un échantillonnage de 42 personnes que nous avons interrogé à l'aide d'un questionnaire¹⁵. L'objectif étant de situer les professionnels d'hier qui seront demain les managers des cadres supérieurs.

Les hôpitaux d'origine

18 sont issus de Centres hospitaliers régionaux (C.H.R et C.H.R.U), 18 de Centre hospitalier (C.H), 7 de Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (C.H.S), 2 d'hôpitaux locaux (H.L)

La fonction antérieure

Infirmières générales en formation /2001		
Total	42	soit 100%
CIS faisant fonction d'IG	8	soit 19,04%
Cadres supérieurs	23	soit 54,76
Cadres	11	soit 26,20%

Nous pouvons constater que 74% des infirmières générales ont occupé la fonction de cadre supérieur, et ont ainsi une connaissance des forces et des faiblesses de cette fonction.

- **Les cadres (11)**

7 étaient responsables d'une unité de soins, sous la hiérarchie d'un cadre supérieur. Pour 3 d'entre eux la fonction de CIS leur semblaient utile, elle n'est pas apparue utile pour les 4 autres.

4 étaient situés en mission transversale permanente : 1 à la direction des soins infirmiers et 3 au sein d'autres directions fonctionnelles : deux sur la qualité, un comme conseiller en direction des ressources humaines. Ils décrivent ce positionnement comme étant difficile et ambigu vis-à-vis de l'infirmière générale et des cadres supérieurs.

- **Les cadres supérieurs (23)**

1 était en mission permanente à la direction du service de soins infirmiers et avait pour mission la gestion du service infirmier de complémentarité et de suppléance.

¹⁵ Voir Annexe 1 : Questionnaires destinés aux infirmiers généraux en formation

22 étaient responsables d'un secteur clinique, 14 d'entre eux avaient une mission transversale dans l'établissement en plus de leur secteur. Il est à noter que ces missions sont très hétérogènes, il s'agit de missions permanentes : dossier soin, formation, douleur, communication, vigilances, mais aussi de projets de réorganisation : hôpital de jour, brancardage.

Aucun cadre supérieur n'était positionné sur un centre de responsabilité avec délégation de gestion.

Le nombre de cadres sous leur autorité est également très hétérogène, allant d'un seul cadre à dix, la majorité se situant à 6 cadres.

Nous pouvons constater que les postes d'expert en missions transversales étaient occupés majoritairement par des cadres directs à raison de quatre sur cinq.

La hiérarchie

La question est posée uniquement aux cadres supérieurs en excluant ceux qui sont positionnés sur des fonctions d'infirmiers généraux, soit 23 CIS.

	IG ¹⁶	DRH ¹⁷	DG ¹⁸	IG et DRH	IG et DG	IG DR DG	IG Chef de service	Moi-même
Qui considérez-vous comme votre supérieur hiérarchique ?	14		2		4	1	2	
Qui fixait vos objectifs ?	12		2	2	3			6
Qui vous évaluait ?	10		2	2	6	1	2	

Nous avons pu constater qu'il n'existait pas de lien direct entre la personne qui fixe les objectifs et celle qui évalue et que 6 agents déclaraient fixer eux-mêmes leurs objectifs.

60% des CIS reconnaissaient l'infirmière générale comme leur unique supérieur hiérarchique, en sachant que ce chiffre est probablement à utiliser avec des réserves puisque tous ces personnes avaient le projet de devenir infirmière générale.

L'infirmière générale est toujours l'évaluateur, soit seule ou en partenariat avec ses autres collaborateurs à l'exception de 2 CIS qui étaient dans des hôpitaux locaux, où il n'y avait pas d'infirmière générale.

¹⁶ Lire Infirmière Générale ou Infirmier Général

¹⁷ Lire Directeur des Ressources Humaines

¹⁸ Lire Directeur Général

Le positionnement “idéal” des cadres supérieurs

La question de positionnement “idéal” est posée aux 42 IG en formation. Quatre propositions sont faites par les infirmières générales en formation :

	Secteur ou pôle	Secteur ou pôle et mission transversale	Mission transversale	Pas de CIS
CIS faisant fonction d'IG	3	5		
CIS	8	10	2	
CD		9		3
Total : 42	11	16	2	3

Le positionnement sur un secteur associé à des missions transversales représente la majorité des avis, quel que soit le poste occupé précédemment. Les cadres n'envisagent pas la solution du positionnement unique sur un secteur, mettant en évidence leur besoin d'une vision transversale pour occuper un poste de cadre supérieur.

Chapitre 4 : Des établissements de santé qui s'interrogent sur la fonction

Les échanges que nous avons eus avec des professionnels responsables hospitaliers, ainsi que notre expérience nous confirment que de nombreux établissements mènent une réflexion sur la fonction de cadres supérieurs.

Ces réflexions mènent à des choix très différents d'un établissement à l'autre, parfois même contradictoires.

4.1 Le C.H. de Mulhouse

La direction a souhaité mener une réflexion sur sa politique d'encadrement et en particulier sur la fonction de cadre infirmier supérieur en 2000.

La problématique se caractérise par :

- Un malaise des cadres supérieurs. Les cadres supérieurs ont été mis en fonction en 1993, avec un positionnement nommé alors par “pavé”, et qui correspondait à un service. Les cadres supérieurs avaient la responsabilité d'une unité fonctionnelle et de deux cadres et travaillaient en collaboration avec un seul chef de service, d'où une notion forte d'appartenance au service.
- Le corps médical qui conteste la fonction de cadre supérieur

- Un changement de politique à la direction des soins infirmiers : La direction des services de soins infirmiers était antérieurement composée d'une DSSI¹⁹, d'un IG et de 4 CIS détachés à la direction des soins infirmiers, la politique d'encadrement étant de ne pas publier les postes d'IG. La nouvelle DSSI n'a pas validé le positionnement des cadres supérieurs détachés à la direction des soins infirmiers et a souhaité que les postes d'IG soient pourvus.
- Le directeur d'établissement exprime le souhait d'envisager la politique d'encadrement des CIS sous trois aspects : le nombre, le positionnement et la compétence.

Cette réflexion est menée par le directeur d'établissement et la directrice du service de soins infirmier en impliquant les cadres supérieurs, les cadres, les médecins et les partenaires sociaux. Elle s'inscrit dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et est intégrée dans le projet social du projet d'établissement.

A ce jour la réflexion n'est pas aboutie complètement, cependant elle a permis d'ouvrir le dialogue avec tous les acteurs et de modifier la représentation de la fonction de cadre supérieur. Certains secteurs ont été réorganisés, l'effectif de cadre supérieur est passé de 24 postes en 1999 à 15 postes en 2001.

La force de cette réorganisation est la volonté de tous les acteurs à aboutir à une organisation satisfaisante pour l'établissement, mais aussi pour les individus.

La réflexion menée par le C.H de Mulhouse nous sensibilise sur :

- L'importance de légitimer une fonction vis-à-vis des acteurs dans l'organisation et de modifier les représentations, avant de vouloir la reconstruire.
- La nécessité de clarifier le positionnement, les rôles et l'échelon décisionnel de la fonction.

4.2 Le C.H.U. de Toulouse

L'établissement a souhaité mener une réflexion sur la place de l'encadrement dans le cadre de son projet d'établissement 2000-2004.

L'angle d'approche de la problématique de la fonction des cadres supérieurs est le positionnement (sur les pôles) et la compétence (par une adaptation de la formation à la fonction).

¹⁹ Directeur du service de soins infirmiers

Le positionnement sur les pôles

Cette démarche de logique de proximité, avec la mise en place des pôles, est déjà réalisée pour deux pôles. Le cadre supérieur est positionné à la direction du pôle en collaboration avec un médecin et un contrôleur de gestion. Cette direction de pôle est placée sous la responsabilité d'un directeur et d'un infirmier général. Le pôle intègre des services d'hôpitaux de sites différents, ce qui n'est pas anodin dans les logiques de territoire souvent symbolisées par les établissements.

La formation

Les cadres supérieurs suivent une formation d'adaptation à l'emploi après leur nomination, en partenariat avec l'université de Toulouse et intitulée : "Diplôme universitaire des cadres de santé." La Directrice du service de soins infirmiers souligne la nécessité de faire évoluer cette formation pour répondre aux besoins spécifiques de la gestion des centres de responsabilité.

La réflexion menée par le C.H.U de Toulouse nous permet de mettre en évidence :

- la nécessité de développer de nouvelles compétences pour les cadres supérieurs dans un changement d'organisation et de positionnement
- le rôle de l'infirmière générale à accompagner les changements d'organisation

4.3 Le C.H.U. de Nantes

La Direction Générale du C.H.U. souhaitait avoir une idée précise de la situation des cadres infirmiers supérieurs, en vue de repositionner la fonction dans l'établissement, dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement (1998-2003). Cette étude a été réalisée par la Directrice de l'école de Cadres de Santé en 1995.

La synthèse de cette étude a mis en évidence :

- **Les forces :**
 - Les cadres infirmiers supérieurs ont une appartenance institutionnelle.
 - Ils disent pouvoir s'appuyer sur les équipes soignantes et médicales.
- **Les faiblesses :**
 - Ils expriment des difficultés d'information et de communication avec la direction.
 - Ils considèrent les directeurs et les infirmiers généraux comme des partenaires, qui cependant ne leur apportent ni réponses ni moyens.
 - Une hiérarchisation excessive
 - Une fonction non reconnue, mal définie, questionnée sur son utilité.

Dans le cadre de la réforme de son organisation, l'établissement a mis en œuvre une gestion de proximité. Les conclusions de l'étude ont été déterminantes pour le choix du positionnement des cadres supérieurs sur les pôles.

La nouvelle organisation comporte deux aspects directeurs. D'une part l'hôpital est découpé en 19 pôles d'activité. D'autre part, la gestion est déconcentrée, les 19 pôles devenant de véritables centres de responsabilité.

Les pôles fédèrent plusieurs services et exercent directement des responsabilités, tant en ce qui concerne la définition des axes stratégiques de développement que pour l'organisation et l'utilisation des moyens. Cette réforme permet donc aux équipes médicales et soignantes de participer de façon concrète et quotidienne à la gestion du pôle auquel ils appartiennent. La déconcentration de la gestion s'appuie sur une logique de contractualisation.

Chaque pôle bénéficie du soutien, des conseils et de l'expertise d'une direction de rattachement composée d'un directeur et d'une infirmière générale. Chaque direction de rattachement a la responsabilité de cinq pôles.

La direction de pôle comprend trois personnes : un directeur de pôle, un cadre soignant et un cadre administratif. Chacun bénéficie d'une formation avant de prendre ses fonctions.

Le directeur de pôle est un praticien hospitalier, rattaché à un service faisant partie du pôle. Il est nommé par le Directeur Général pour 3 ans renouvelables une fois, après élection par ses pairs.

Le cadre administratif est un agent de catégorie A ou B, exerçant depuis au moins cinq ans dont trois au C.H.U de Nantes.

Le cadre soignant est un cadre infirmier supérieur, exerçant des fonctions d'encadrement depuis au moins cinq ans, dont trois au C.H.U de Nantes. Il est placé sous l'autorité de l'infirmier général de rattachement du pôle.

Chacun de ces trois postes à la direction du pôle a fait l'objet de profil de poste²⁰.

Cette nouvelle organisation est une véritable révolution culturelle puisqu'elle passe d'une logique verticale à une logique horizontale et touche tous les niveaux hiérarchiques.

Cette réorganisation des fonctions de cadre supérieur a été réalisée en interaction avec ses interfaces, et en particulier avec la direction de soins infirmiers.

²⁰ Voir Annexe 3, Profil de poste du cadre infirmier référent de pôle, C.H.U de Nantes, avril 2000

Ce choix stratégique a modifié les rôles des cadres supérieurs mais également ceux des infirmières générales qui sont situées davantage dans une fonction ressource et conseil et garant de la cohérence institutionnelle.

La réflexion menée par le C.H.U de Nantes nous en mis en éveil sur :

- Le management de subsidiarité
- L'importance du positionnement institutionnel pour légitimer une fonction

Conclusion de la première partie

A la fin de cette première partie, nous constatons qu'il existe un malaise autour de la fonction de cadre infirmier supérieur et que son "assise" est fragile.

L'absence de formation spécifique, la non-nécessité d'être cadre supérieur pour devenir infirmière générale, des textes réglementaires peu précis, créent un cadre aux contours flous.

Ce cadre de questionnement nous invite à replacer cette fonction dans une réflexion plus conceptuelle de l'acteur dans l'organisation et le management.

Deuxième partie
Le cadre théorique :
conceptualiser pour mieux comprendre

Chapitre 1 : Le Management

Il est d'usage courant de penser que le management est un terme d'émergence récent, d'origine nord-américaine, issu d'un secteur industriel et commercial. En fait comme le souligne P.HERMEL²¹, ce terme vient d'un ancien mot français de souche latine " manus", la main, proche du verbe italien maneggiare qui signifie conduire, manier (y mettre la main). Ce n'est qu'en 1973 que l'Académie française le réintroduit dans le langage officiel.

1.1 Des définitions qui évoluent

Le management trouve ses premiers contenus en France avec Henri Fayol, dans un ouvrage de 1916 qui définit cinq fonctions de direction : planifier, organiser, commander, coordonner et contrôler. Plus particulièrement, Henri Fayol s'intéresse aux administrations françaises à propos desquelles il dénonce l'immobilisme et les dysfonctionnements, comme le fera cinquante ans plus tard Michel Crozier en dénonçant une "société bloquée" par la bureaucratisation".

Hans Ulrich²² définit le management comme "un ensemble d'activités nécessaires à la conception, au contrôle et au développement de systèmes sociaux déterminés".

Pour Claire Droniou, responsable du département d'étude des politiques sociales à l'Ecole nationale de santé publique de Rennes, le management peut se définir comme "un essai de rationalisation et de maîtrise du système organisationnel²³".

L'acceptation contemporaine du management concerne tout autant la dimension stratégique et visionnaire que la dimension opérationnelle (celle de l'animation et de gestion des ressources humaines, de l'organisation et du pilotage de l'entreprise).

1.2 Le management dans la complexité

L'hôpital n'échappe pas à la complexité et même concentre la complexité dans le sens où il combine des dimensions économiques, techniques et sociales. La complexité s'articule autour de cinq éléments : l'explosion des modèles de management, la recherche de nouvelles valeurs, l'évolution du rapport au travail, l'incertitude des organisations et l'amplification des interdépendances.

²¹ P. Hermel, Le management participatif. Sens, réalités, actions, Editions d'organisation, 1988

²² H. Ulrich, Pensée globale et management : résoudre les problèmes complexes, Editions d'organisation, 1989.

²³ C. Droniou, Séminaire de formation des directeurs CAFDES, ENSP, juillet 1995

Différentes logiques s'affrontent

Les situations complexes sont caractérisées par la coexistence de logiques de nature très différentes, qu'il n'est pas possible de réduire sans dénaturer la situation. Edgar Morin désigne cette situation complexe par le terme de "dialogique". Il en donne la définition suivante : "le principe dialogique signifie que deux ou plusieurs logiques différentes sont liées en une unité, de façon complexe (complémentaire, concurrente et antagoniste) sans que la dualité se perde dans l'unité."

Pour prendre des exemples dans le domaine de la santé, la logique financière ne sera pas forcément la logique sociale, la logique médicale ne sera pas forcément la logique soignante. Le projet d'établissement est probablement le plus bel exercice de complexité auquel est confronté un établissement.

L'adaptation du management aux situations complexes

Le principe de "distinction-conjonction est une richesse dans l'adaptation du mode de management. La distinction des différents styles de management est essentielle pour éviter le réductionnisme. "Il ne s'agit plus d'adopter l'un de ces registres de management en excluant les autres, mais de les articuler ensemble pour une même personne. On peut être directif, persuasif, participatif ou déléguatif avec le même collaborateur selon les tâches auxquelles il est confronté." (D. Genelot)

Les mutations de l'environnement direct du management conditionnent la nécessité d'une nouvelle façon de penser le management :

- La volonté de définir des organisations horizontales dans des structures verticales entraîne la suppression d'une certaine hiérarchie et l'augmentation des responsabilités de chacun.
- Le management des relations et du fonctionnement avec son environnement devient une dimension incontournable.

Cependant même si les leaders sont persuadés de la nécessité de d'avantage manager dans la responsabilisation des cadres, il n'en demeure pas moins certains ambigüi tés managériales décrites par B. Martin : "enfin, par ailleurs, l'agent de changement est forcément ambivalent. Il souhaite que les gens soient autonomes, indépendants, responsables. En même temps, il lui est difficile de renoncer à ses propres idées, ou à sa propre vision du changement. Il veut que les autres prennent des initiatives, mais il veut en être informé au préalable, ou au moins, que ses propres initiatives soient prises en

compte (...) tout cela rend la position du dirigeant, source de stress et de frustration permanente.”²⁴

Savoir gérer la complexité

Face à la montée de la complexité dans les situations professionnelles, ce qui est demandé au professionnel c'est de savoir gérer cette complexité. Pour l'expliquer, G. Boterf utilise un vocabulaire proche de la navigation : "Il est demandé au professionnel de savoir naviguer dans la complexité. Un "cap" (mission, résultats attendus, objectifs...) et des "règles de navigation" : (efficacité, qualité, performance globale...) étant fixés, il lui reste à savoir "tirer des bords" (élaborer et conduire un projet) , en tenant compte du champ de forces et des contraintes diverses et parfois opposées qui constitue la complexité

Pour avancer dans cette complexité, les théoriciens de l'organisation dont M. Crozier et H. Serieux préconisent le rapprochement de la prise de décision des unités opérationnelles qui sont au contact des clients, c'est-à-dire un management de proximité, de subsidiarité.

1.3 Le management de subsidiarité

Une réflexion issue du monde des entreprises....

Les entreprises privées et publiques s'interrogent depuis la fin des années 1960 sur la façon de résoudre une contradiction qui s'impose à elles. Les clients sont de plus en plus exigeants à l'égard des produits et en même temps la concurrence accrue sur certains segments d'activité nécessite la fusion d'entreprises. Résoudre cette contradiction entre la nécessaire rapidité d'adaptation aux besoins des clients et l'accroissement de la taille de l'entreprise impose de modifier l'architecture de l'organisation du travail ; De plus les salariés aspirent à dépasser le mode de production hiérarchisé et standardisé ; Les qualifications sont accrues et les agents souhaitent participer aux conceptions et aux choix des projets. Une des solutions proposées par des auteurs comme Guendet²⁵, Peters et Waterman²⁶, ou encore Crozier et Sérioux²⁷ est alors de renverser l'organisation pyramidale de l'entreprise. Ceci passe par la réduction des échelons hiérarchiques, la modification des relations de pouvoir, la signature de contrats d'objectifs.

²⁴ B.Martin - V.Lenhardt - B.Jarrosion, Oser la confiance - Propos sur l'engagement des dirigeants, Editions INSEP1996

²⁵ G. Guendet, Du cadre au P.D.G., Editions Privat,1981

²⁶ Peters et Waterman, Le prix de l'excellence, Inter Editions, 1983

²⁷ Crozier et Sérioux, Du management panique à l'entreprise du XXIeme siècle, Maxima, 1994

...Poursuivie dans les hôpitaux

Cette réflexion engagée dans les entreprises se voit concrétisée dans les hôpitaux, par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et par les ordonnances du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée.

Cette mise en œuvre du principe de management de subsidiarité ou de proximité, est basée sur trois principes explicités par D. Peljak²⁸ :

- Clarifier les rôles de chacun : la direction en particulier doit jouer un rôle stratégique de conduite à long terme de l'établissement et de contrôle de la mise en œuvre des politiques arrêtées en commun avec le centre opérationnel (les unités de soins) ;
- Instituer une culture non plus de moyens, mais de résultats, sur lesquels le centre opérationnel s'engage en contrepartie d'une délégation de gestion accordée par la direction de l'hôpital ;
- Contractualiser les rapports entre la direction et le centre opérationnel sur la base de l'article L.714-26-1 du code de la santé publique, qui formalise ce mandat de gestion fondé sur :
 - des objectifs médicaux, soignants, gestionnaires, budgétaires à atteindre
 - des moyens humains, financiers, logistiques accordés pour atteindre ces objectifs
 - des indicateurs de suivi des centres de responsabilité
 - des modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion
 - des conséquences en cas d'inexécution du contrat

Chapitre 2 : L'hôpital en tant qu'organisation

2.1 L'hôpital en tant qu'organisation...

La structure de l'organisation hospitalière est assimilable à la structure des organisations définie par H. Mintzberg²⁹ : l'organisation est constituée de cinq éléments de base :

Un "sommet stratégique" (représenté à l'hôpital par l'équipe de direction) qui commande au "centre opérationnel" (il s'agit des unités de soins, des médecins et des soignants) par l'intermédiaire d'une "ligne hiérarchique" (les cadres se situent sur cette ligne hiérarchique) tandis que la "technostructure" (les directions fonctionnelles) et la "logistique" (plateau médico-technique, blanchisserie, cuisines...) assurent une aide respectivement en standardisant le travail et en offrant des services.

²⁸ D. Peljak, "Le management de subsidiarité au service des hôpitaux", Gestions hospitalières, juin-juillet 1997, p.421-425

Le cadre d'action hospitalier peut être schématisé selon six caractéristiques ³⁰

- L'importance du centre opérationnel avec une spécialisation horizontale, une indépendance des unités, une tendance à la spécialisation et des relations directes avec l'environnement pertinent
- Une ligne hiérarchique non unitaire, mais double :
 - une ligne hiérarchique direction-logistique, direction-soignants ;
 - une hiérarchie fonctionnelle, médecins chefs de service - personnel
 - un lien direction - centre opérationnel via instances de concertation (Cme)
- Peu de mécanismes formels de coordination avec une hiérarchie peu opératoire, une standardisation des pratiques limitée et des cloisonnements et des corporatismes
- Des procédures formalisées d'organisation, de standardisation de résultat, de suivi d'activité, mais des procédures très peu développées pour les unités de soins
- La logistique est très développée et gérée par les seuls membres de la direction avec incertitude autour de la logistique médicale (définition des besoins, des normes de qualité, etc.)
- Une position ambiguë du Directeur, nommé par le Ministre, noté par la Direction des Hôpitaux, responsable devant le conseil d'administration, dépendant des médecins pour sa légitimité et au carrefour de rationalités divergentes.

2.2 ...Une organisation qui doit s'inscrire dans la logique de subsidiarité (ou de proximité)

J. Abbad³¹ estime que "la contractualisation est une des dernières chances pour l'hôpital public (...) sur le plan interne, la création des centres de responsabilité, fonctionnant dans le cadre de la délégation de gestion, est une opportunité sans précédent, face à la fiction inlassablement entretenue d'un système unitaire et centralisateur."

Les lignes forces de la contractualisation se caractérisent par le développement d'une logique de responsabilisation, la définition des niveaux d'exigence, la définition de nouvelles organisations de soins et la contractualisation des objectifs et des moyens négociés.

Le contrat devient un outil de management de l'organisation hospitalière, une technique de gestion participative. La contractualisation interne bouscule le mode traditionnel

²⁹ H. Mintzberg, Structure et dynamique des organisations, Editions des organisations, 1993

³⁰ Cours de F.X Schweyer, Département LAPSS – ENSP, 2001

³¹ J. Abbad, Organisation et management hospitalier, Editions Berger-Levrault, 2001

d'organisation hospitalière et crée des espaces de liberté permettant de substituer, à un mode de régulation pyramidal et hiérarchique, un mode plus déconcentré et transversal.

Adopter un tel système nécessite une évolution complète du rôle de manager vers un rôle d'animateur plutôt que de décideur unique. H. Serieux écrivait en 1994 que "dorénavant les organisations ne devront plus leur survie à des hommes et des femmes qui obéissent mais à des hommes et des femmes qui décident et qui s'engagent. La logique de l'obéissance doit céder le pas à la logique de responsabilité".

Mais, comme toute innovation, elle suppose pédagogie et expérimentation, et comme toute réforme, elle ne peut prétendre à elle seule réformer un monde hospitalier complexe.

"Le succès de la contractualisation nécessite la diffusion d'une nouvelle culture pour penser l'évolution du système hospitalier." (J. Abbad)

2.3 Les acteurs...

L'acteur, selon Bernoux "est celui qui participe à une action et qui a des intérêts communs pour cette action".

"Une situation organisationnelle ne contraint jamais totalement un acteur" (M. Crozier et E. Friedberg).

...jouent des rôles

Un terme qui fait son chemin du vocabulaire théâtral à la gestion, en passant par les sciences du comportement. Mintzberg définit le rôle ainsi : "c'est un ensemble organisé de comportements appartenant à un poste de travail ou à une position identifiable, la personnalité individuelle peut avoir une influence sur la façon dont le rôle est tenu, mais ne peut empêcher que le rôle soit tenu. Ainsi, les acteurs, les cadres, et d'autres personnes, sont les interprètes des rôles pré-déterminés, mais individuellement ils les incarnent de diverses façons"³²

Mintzberg, à l'issue de ces différentes études sur le travail des cadres a classé le travail des cadres en dix rôles et confirme que ces dix rôles sont tenus par tous les cadres qu'il s'agisse des cadres de niveau 1, 2 ou 3.

³² H. Mintzberg, Le manager au quotidien, Editions d'organisation, 2000

Les activités sont classées en trois catégories : celles qui ont principalement trait respectivement aux relations interpersonnelles, au transfert d'information, et à la prise de décision. Les dix rôles sont donc répartis en trois sous-ensemble :

- - trois rôles interpersonnels : symbole, leader et agent de liaison
- - trois rôles liés à l'information : observateur actif, diffuseur, porte-parole
- - quatre rôles décisionnels : entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources, négociateur

Rôle	Description
<i>Rôles interpersonnels</i>	
Symbole	Chef symbolique, obligation de remplir un certain nombre de devoirs de nature légale ou sociale
Leader	Responsable de la motivation et de l'activation de ses subordonnés, responsable des affectations, de la formation
Agent de liaison	Crée lui-même, puis entretient un réseau de contacts externes et d'informateurs. Relie l'environnement et son organisation.
<i>Rôles liés à l'information</i>	
Observateur actif	Cherche et reçoit une grande variété d'information pour développer une compréhension approfondie de l'organisation et de l'environnement : changements, problèmes, opportunité... ;
Diffuseur	Transmet aux membres de l'organisation des informations reçues de personnes extérieures ou d'autres subordonnés ; une partie de l'information concerne les faits, une autre a trait à l'interprétation et à l'intégration de diverses valeurs des sources d'influence pesant sur l'organisation
Porte-parole	Transmet à des personnes extérieures des informations sur les plans, les politiques, les actions, les résultats de l'organisation
<i>Rôles décisionnels</i>	
Entrepreneur	Recherche des opportunités dans l'organisation et son environnement, et prend l'initiative de "projets d'amélioration" pour effectuer des changements, supervise la conception de certains projets
Régulateur	Responsable des actions correctives qu'il faut prendre lorsque l'organisation fait face à des perturbations importantes et inattendues
Répartiteur de ressources	Responsable de la répartition des sources organisationnelles de toutes sortes ; en fait prise ou approbation de toutes les décisions importantes de l'organisation
Négociateur	Doit représenter l'organisation dans les négociations importantes

Fig 2 - Résumé des dix rôles du cadre (d'après H. Mintzberg)

...des rôles...

...découlent des aptitudes

Une façon de déterminer quelles sont les aptitudes nécessaires, consiste à analyser les rôles qu'ils doivent assumer.

Mintzberg suggère huit ensembles fondamentaux d'aptitudes qui pourraient être repérés et développés :

1. L'aptitude aux relations avec les pairs
2. Les aptitudes au leadership
3. Les aptitudes à la résolution de conflits
4. Les aptitudes au traitement de l'information
5. Les aptitudes à la prise de décision sous ambiguïté
6. Les aptitudes à la répartition des ressources
7. Les aptitudes entrepreneuriales
8. Les aptitudes à l'introspection

...ont besoin d'être légitimés

La légitimité pose le problème de l'acceptation par les individus d'un certain ordre social parce qu'ils le considèrent comme juste et naturel, en dépit des inégalités qu'il instaure entre les gens.

Max Weber a proposé plusieurs types de légitimation. La légitimité peut-être "traditionnelle" : le pouvoir est alors accepté, car conforme à la coutume. Elle peut être également "charismatique", car fondée sur la valeur d'exemplarité du chef (le pouvoir d'un chef de service). Enfin la légitimité peut être "rationnelle-légale" : le pouvoir est obéi parce qu'il repose sur la "croyance en la validité d'un statut légal et d'une compétence positive fondée sur des règles établies rationnellement". Le pouvoir bureaucratique moderne s'est longtemps appuyé sur ce type de légitimité.

...sont influencés par les représentations sociales

Selon J.C. Abric³³, "les relations sociales jouent un rôle fondamental dans la dynamique des relations sociales et des pratiques car elles répondent à quatre fonctions essentielles : La fonction de savoir (permettent de comprendre et d'expliquer la réalité), la fonction identitaire (permettent l'élaboration de l'identité individuelle, professionnelle et sociale), la fonction d'orientation (guident les comportements et les pratiques), la fonction justificatrice (permettent de justifier les prises de position et les comportements).

Les représentations sociales sont déterminées par les facteurs culturels, les facteurs au système de norme et de valeurs et aux facteurs liés à l'activité du sujet."

³³ J.C Abric, Pratiques sociales et représentations, Presses Universitaires de France, 1994

Avant de vouloir influencer ou changer quelqu'un, il faut s'interroger sur les clés de son comportement et sur la représentation à laquelle ce comportement correspond. Ce n'est qu'ensuite que l'on peut s'introduire dans cette représentation et la modifier.

Les mots sont chargés de représentation et si la fonction évolue et que la surveillante chef répressive est devenue cadre infirmier supérieur, les mots eux n'ont toujours pas changé officiellement puisque le statut de la fonction publique parle encore de "surveillante chef des services médicaux" quelque soit son lieu d'exercice. (Georgette Perrin, Directrice de soins infirmiers³⁴)

Dans le vocabulaire hospitalier appliqué en général aux fonctions d'encadrement, se retrouve la volonté de radicaliser les rapports autour d'une ligne hiérarchique verticale. J.M. Clément³⁵ écrit à ce propos : "des classes, des grades, des généraux, des adjoints, des chefs, des surveillants, autant d'expressions qui relèvent plus d'une fonction d'encadrement quasi militaire que d'une mission de responsabilité"

La tenue vestimentaire participe à la représentation de certains métiers : "l'exemple banal de la tenue vestimentaire suffit à montrer à quel point le social impose partout des modèles. Et s'il est présent dans le vêtement, ce n'est pas tant pour en déterminer la forme ou l'aspect extérieur que pour l'utiliser comme un indicateur de statut"³⁶. Le port ou non de la blouse par les cadres supérieurs est lourd de signification pour les soignants et les médecins.

...Pour construire leur identité

B. Martin³⁷ utilise souvent comme référence le modèle sur l'identité suivant lequel tout se passe comme si celle-ci était le résultat de l'interaction entre quatre zones :

La zone interne est la définition de soi par soi-même. La deuxième zone, externe, est la définition de soi par les autres. La troisième zone est celle de la dimension objective de l'identité. La quatrième est l'ensemble des référents ou introjects par rapport auxquels la personne se définit (les valeurs, l'éthique, tout ce qui se rapporte au sens).

L'identité est valorisante ou dévalorisante. Elle est représentée dans la tête des gens et renvoie donc une image ; elle est porteuse de valeurs et de symboles élogieux ou dépréciatifs.

³⁴ G. Perrin, Les cadres infirmiers hier et aujourd'hui, Soins Cadres n° 34, 2^e trimestre 2000

³⁵ J.M. Clément, Les pouvoirs à l'hôpital, Editions Berger-Levrault, 1993

³⁶ Les représentations sociales

³⁷ B. Martin – V.Lenhardt – B.Jarrosion, Oser la confiance, Editions Insep, 1996

...professionnelle

En utilisant le terme d'identité professionnelle, nous entendons toutes les normes, valeurs, règles et appartenances multiples qui constituent les références de base d'une profession et auxquelles les membres de cette profession s'identifient en les faisant leurs.³⁸

Le concept d'identité professionnelle désigne des caractéristiques regroupées et scellées de façon unique et singulière dans le rapport de l'homme au travail.

Josette Hart³⁹, affirme que "être efficace permet d'affirmer une identité professionnelle et d'être reconnu"

Françoise Acker, en 1992, met l'accent sur le service infirmier et la recherche de son positionnement dans l'organisation hospitalière. "L'existence du concept de service infirmier, et les différents modes de matérialisation qu'il connaît permettent d'opérationnaliser ce projet, de le fonder et d'affermir ainsi l'autorité du groupe infirmier".⁴⁰ Nous mesurons dans ces propos le besoin impératif que le corps infirmier souhaite, en termes de reconnaissance. Sa définition, sa place, son rôle, ses missions contribuent à affirmer son identité.

Le cadre infirmier supérieur a construit son identité professionnelle sur "l'identité infirmière" conjuguant valeur sociale et valeur humaine. Mais il est souvent perçu par les soignants et les médecins comme un "administratif". Il se rapproche de l'identité des membres du sommet stratégique, mais il possède davantage une identité à son métier d'infirmière, plutôt qu'une identité institutionnelle.

D. Bourgeon sociologue et cadre⁴¹ exprime ce paradoxe "En nous émancipant de la démarche soignante et/ou technique par le biais de la gestion, nous pouvons gravir les échelons de la hiérarchie hospitalière (...) seulement, nous abandonnons de fait la spécificité initiale de notre métier et courons le risque de perdre notre légitimité originelle liée à la dimension sacrée du soin.

³⁸ L'hôpital en question

³⁹ J.Hart et A. Mucchielli, Soigner l'hôpital- diagnostics de crise et traitements de chocs, Editions Lamarre, 1994

⁴⁰ F.Acker., "le service infirmier, à la recherche d'un positionnement". Gestions Hospitalières n°316, p.370

⁴¹ D. Bourgeon, "De l'analyse sociologique à la recherche paramédicale", Soins Cadres 2^e trimestre 2000,(n) 34 p.15-18

...sociale du travail

Philippe Burg et Pierre Jardillier, psychologues du travail et consultant en développement des hommes et des organisations,⁴² affirment que “la communauté de destin crée la cohérence du groupe social. La communauté de statut la renforce, mais l'appartenance à une profession confère l'identité sociale à qui l'exerce. Tout travail est assorti, dans toute société d'une certaine connotation sociale, et cette connotation contribue hautement à l'intégration ou à l'exclusion de celui qui l'exerce. Tout travail qualifié est socialement valorisant. A l'inverse, tout travail perçu comme socialement non indispensable est perçu comme dévalorisant”

Chapitre 3 : La compétence et la professionnalisation

Les questions de gestion des compétences des individus et de leur professionnalisation deviennent primordiales.

3.1 De la compétence individuelle...

Etymologiquement, le terme de compétence vient du mot latin “competens” : ce qui va avec, ce qui est adapté à.

La compétence est définie comme “la capacité à utiliser et à combiner des connaissances et des savoir-faire acquis pour maîtriser une situation professionnelle donnée et pour obtenir les résultats attendus”⁴³.

Maurice de Montmollin en donne la définition suivante : “une compétence est une construction dynamique, en interrelation constante avec les autres compétences, qui se compose de :

- savoir-faire opérationnels et démontrés, c'est-à-dire des savoir-faire exploités en milieu professionnel et dont la maîtrise a été démontré dans un emploi,
- connaissances théoriques, connaissances empiriques et connaissances procédurales

Ces compétences sont complétées par des aptitudes professionnelles, liées à des qualités intrasèques à l'individu et des attitudes comportementales (adaptabilité, capacité à travailler avec les autres, à communiquer, à négocier).”

⁴² P.Burg, P. Jardillier, Psychologie et management, Editions PUF, 2001

⁴³ Définition INSEP

La formation continue a montré son importance, mais aussi ses limites, la professionnalisation ne se réduit pas à la formation initiale ou continue, la connaissance se construit par confrontation à l'action.

L'hôpital a besoin de cadres supérieurs capables de gérer la complexité. G. Le Boterf décline ce savoir gérer la complexité de la façon suivante :

- Savoir agir avec pertinence,
- Savoir mobiliser des savoirs et les connaissances dans un contexte professionnel, Savoir intégrer ou combiner des savoirs multiples et hétérogènes,
- Savoir transposer,
- Savoir apprendre et apprendre à apprendre,
- Savoir s'engager.

La compétence est un enjeu stratégique et majeur pour les cadres supérieurs, car comme le souligne M. Crémadez "l'hôpital est dans un univers dans lequel le statut de supérieur hiérarchique n'est légitime que quand il sanctionne une compétence professionnelle reconnue."

3.2 ... à la compétence collective

"Gérer et développer le capital des compétences d'une entreprise ne se limite pas à gérer et développer des compétences individuelles (...) Le terme de synergie convient bien à la compréhension de la compétence collective".⁴⁴

L'expertise individuelle n'a de sens que si elle sert à la collectivité et en particulier aux patients, et qu'elle s'inscrit dans une logique de coopération et de complémentarité avec d'autres expertises. Tout l'enjeu consiste à construire une connaissance le plus possible partagée. Le partage doit se jouer dans tous les sens : du collectif vers l'individuel et réciproquement. Le service infirmier peut fonctionner comme un véritable réseau de compétences et y gagner en légitimité vis-à-vis des autres acteurs de soins.

La compétence collective, qui s'est inscrite dans ses interactions et dans le partage, permettent à certaines compétences de perdurer malgré le départ des personnes. Il est courant de voir une organisation s'écrouler par le départ d'un agent et en particulier sur des postes d'encadrement en mission transversale (hygiène, qualité, douleur) et il de la responsabilité de l'infirmière générale d'anticiper ces situations par le partage des compétences au sein de son équipe.

Conclusion de la deuxième partie

Au terme de cette recherche conceptuelle, nous avons des éléments théoriques qui nous permettent de comprendre et d'analyser la fonction de cadre supérieur dans l'organisation et le management hospitalier.

⁴⁴ Le Boterf G., compétence et navigation professionnelle, Editions d'Organisation, 2000

Troisième partie
À l'écoute du terrain

Dans le cadre de ce travail, nous avons procédé en deux temps : un premier temps de réflexion, basé sur notre expérience professionnelle, enrichi de lectures pour comprendre et analyser le thème de ce mémoire, puis un deuxième temps consacré aux entretiens semi-directifs. Ils ont été menés dans un Centre Hospitalier et deux Centres Hospitaliers Universitaires, auprès de cadres supérieurs, d'infirmières générales, de directeurs de soins infirmiers et de directeurs, de représentants médicaux.

Chapitre 1 : La méthodologie de l'enquête

Le terrain d'enquête, le recueil d'informations, les limites et les points forts sont successivement abordés.

1.1 Le terrain d'enquête

L'enquête a été réalisée dans trois établissements publics de santé dont deux au cours des stages effectués lors de la formation d'infirmière générale à l'Ecole Nationale de Santé Publique, deux C.H.U et un Centre Hospitalier Général.

Le Centre Hospitalier N°1 propose une offre de soins pluridisciplinaire où toutes les activités sont représentées. L'établissement a une capacité de 1797 lits installés répartis sur deux établissements. Le Centre hospitalier comprend 44 services placés chacun sous la responsabilité d'un chef de service. Le service infirmier est placé sous la direction d'une Directrice de soins infirmier et de trois Infirmières Générales. L'encadrement est composé de 15 postes de cadres supérieurs positionnés sur des secteurs et des missions transversales.

Le Centre Hospitalier Régional Universitaire N°2 a une capacité d'accueil de 2875 lits répartis sur cinq établissements. La Direction du service de soins infirmiers est composée d'une DSSI et de 5 IG. L'encadrement du service infirmier de l'hôpital R. où nous avons réalisé nos entretiens est composé d'un infirmier général et de 13 cadres supérieurs positionnés sur des secteurs avec une évolution progressive vers les pôles. Trois sont en mission transversales permanentes au service infirmier : gestion du S.I.C.S⁴⁵ et postes aménagés, charges en soins infirmiers et recherche, hygiène.

Le Centre Hospitalier Régional Universitaire N°3. a une capacité de 3349 lits répartis sur 8 établissements. L'établissement est organisé en centres de responsabilité, selon des logiques d'organes, des logiques de pathologie, des logiques de population spécifiques et

des logiques à vocation généraliste. La direction du service de soins infirmiers est composée d'une DSSI et de 5 infirmières générales. 15 cadres infirmiers supérieurs sont positionnés sur les direction de pôle, en partenariat avec un médecin et un administratif. Une infirmière générale a la responsabilité de 5 pôles et de 5 cadres infirmiers supérieurs.

1.2 Le recueil des informations

L'enquête a été menée auprès des cadres infirmiers supérieurs, des infirmières générales, des directeurs et de médecins chef de service.

Au total nous avons mené :

- 15 entretiens semi-directifs avec des cadres infirmiers supérieurs
- 7 entretiens avec des DSSI et des IG
- 4 entretiens avec des directeurs
- 4 entretiens avec des médecins dont deux présidents de la commission médicale d'établissement et deux responsables de pôle

Les outils qui ont permis d'explorer le thème de ce mémoire sont : l'étude de la bibliographie, l'entretien, l'analyse thématique.

Nous avons choisi de procéder par entretien individuel en utilisant un guide⁴⁶. En effet, compte tenu de notre sujet, nous avons privilégié le contact direct avec l'acteur interviewé. Il nous a paru essentiel d'établir une relation de confiance pour d'une part, expliquer le but de notre recherche et lever les éventuelles ambiguïtés liées à une interprétation des questions et d'autre part, recueillir une réflexion aussi peu filtrée que possible.

La durée de ces entretiens a été d'environ quarante-cinq minutes. Les entretiens se sont déroulés dans une dynamique de conversation plus riche que de simples réponses aux questions. La grille d'entretien élaborée s'est enrichie des apports des interviewés.

Le traitement des entretiens

L'ensemble des réponses a été traité à l'aide d'une grille d'analyse construite sur le principe d'un classement par thèmes. La première étape a été un travail de découverte, à partir de thèmes et sous thèmes identifiés dans la phase d'exploration documentaire : il s'agit des points de vue, de concepts ou idées qui ont permis le classement et l'organisation des informations.

⁴⁵ Service infirmier de complémentarité et de suppléance.

⁴⁶ Voir Annexe 2, Guide d'entretien pour les cadres supérieurs

1.3 Les limites et les points forts de l'enquête

Les limites

L'enquête réalisée sur trois établissements à partir des 30 entretiens n'a pas la prétention d'une recherche exhaustive et scientifique. Les méthodes d'échantillonnage non systématiques et faibles ne permettent pas de dire qu'elles assurent la représentativité de l'échantillon. Se pose alors le problème de la généralisation des observations.

Notre étude est par ailleurs marquée par une autre limite inhérente à la technique utilisée : nous n'avons pas étudié des hommes et des femmes en situation de management mais des hommes et des femmes discourant sur le management.

Les points forts

Notre but, en interrogeant les cadres supérieurs et leurs partenaires est d'entendre ce qu'ils ont à dire à propos de la fonction de cadre supérieur. Même si les attentes sont différentes, il ne s'agit pas de déterminer la vérité et de pratiquer l'exclusion d'une logique plutôt qu'une autre, mais de repérer les zones d'articulation possibles pour mieux concevoir et piloter les organisations.

La richesse des échanges avec les personnes interviewées nous a permis de prendre conscience de la complexité et des enjeux du management des cadres supérieurs, donc d'être plus averti pour assurer son accompagnement.

Chapitre 2 : Résultats et analyse des entretiens

2.1 Les entretiens avec les cadres infirmiers supérieurs

Les caractéristiques générales

	fréquence	%
Moins de 40 ans	1	6,7%
40 à 45 ans	7	46,7%
45 à 50 ans	6	39,9
50 à 55 ans	1	6,7%
Total	15	100

Les classes d'âge entre 40 et 50 ans représentent 66 % de l'effectif.

La plus jeune a 38 ans et la plus âgée a 55 ans.

L'ancienneté dans le grade varie de 22 ans à 18 mois, la majorité se situant entre 5 10 ans.

Le recrutement

Tous ont passé un concours sur titre et 9 d'entre eux disent "*avoir passé un oral devant un jury composé de directeurs, de médecins et d'infirmières générales*" pour la sélection.

12 ont fait toute leur carrière dans le même établissement et n'envisagent pas de mobilité externe.

Devant ce constat, on peut affirmer que le recrutement externe perd de son importance par rapport à la gestion de la mobilité interne des compétences. Il est de la mission de l'IG de repérer des compétences chez les cadres, pour accompagner leur projet professionnel et anticiper les départs des cadres supérieurs.

La formation

Les 15 CIS ont le diplôme de cadre infirmier, une seule est diplômée après la réforme des écoles de cadre en 1995.

Parmi les 15 CIS interviewés, 7 possèdent un diplôme universitaire. Ces diplômes sont le fait d'une démarche institutionnelle après nomination : 4 diplômes universitaires de cadre de santé, ou d'une démarche individuelle qui a précédé la nomination : un DESS en organisation, un maîtrise en sciences de l'éducation, un DU⁴⁷ de douleur, un DU d'hygiène.

Les formations suivies après la nomination sont souvent institutionnelles : conduite de projet, évaluation des agents, accréditation, gestion des conflits.

Les attentes en matière de formation les plus nombreuses tournent autour du développement des compétences managériales (10)⁴⁸, de la prise de décision (8), de la négociation (8), d'acquisition d'outils méthodologiques (7), des réformes hospitalières (7). La nécessité d'une formation à la gestion est évoquée par tous pour la mise en place des centres de responsabilité.

⁴⁷ Diplôme Universitaire

⁴⁸ Les chiffres placés entre parenthèses représentent les scores obtenus sur le nombre d'interviews

Le lieu d'exercice

Le secteur ou le pôle ou la fédération

	Nombre de cadres	Nombre d'agents	Nombre de chefs de service	Missions transversales
CIS 1	4	80	2	
CIS 2	5	100	2	Charges en soins
CIS 3	4	80	2	Dossier soin
CIS 4	0	50	6	
CIS 5	7	110	3	
CIS 6	2	100	1	
CIS7	10	150	2	Formation
CIS8	11	125	4	Formation
CIS 9	6	95	1	Dossier soin
CIS 10	6	100	2	Commission de conciliation
CIS 11	7	100	3	
CIS 12				Charges en soins, recherche
CIS 13				S.I.C.S
CIS 14	12z	346	1 directeur de pôle	
CIS 15	13	300	1 directeur de pôle	

Nous avons noté :

- De grandes disparités quant aux conditions d'exercice de la fonction :
 - Un nombre de cadres à manager allant de 2 à 13. Il existe un secteur où le CIS n'a pas de cadre, ce qui entraîne une réelle confusion des fonctions de cadre et de cadre supérieur. Les CIS sur les pôles ont un nombre très conséquent de cadres à manager (12 et 13).
 - Il n'existe pas de corrélation entre le nombre de cadre, la grandeur du secteur et le fait d'avoir ou non en plus une mission transversale.
D'autre part nous avons découvert qu'une variable telle la disparité des services cliniques, pouvait se révéler de plus de poids que la taille du secteur ou de l'équipe sous la responsabilité du cadre supérieur
- Une grande disparité d'exercice de la fonction, allant d'un management basé sur la responsabilisation et l'autonomie des cadres, à un management autoritaire. Cela confirme que les cadres supérieurs sont des acteurs au sens entendu par Crozier "qu'ils possèdent une marge de liberté". Elle leur permet d'adopter une stratégie selon le contexte, les acteurs et leur propre personnalité

Le positionnement défini comme "idéal"

Le pôle (8), l'exemple du C.H.U. de Nantes est cité à chaque fois. Cependant si les organisations par pôles que nous avons identifiées sont peu nombreuses, elles nous semblent très intéressantes, à la fois pour l'institution et les individus. Toutefois, si leur fonctionnement fait l'unanimité chez les soignants et les médecins, ce n'est pas toujours le cas chez les directeurs et les infirmières générales.

L'association du secteur et d'une mission transversale (5), la mission est décrite comme *"plus valorisante et indispensable pour avoir une vision d'ensemble de l'établissement"*.

Les missions permanentes à la direction de soins infirmiers (2)

La ligne hiérarchique

Si tous les CIS reconnaissent l'infirmière générale comme leur hiérarchie, 6 la situent à égalité avec le médecin chef de service.

Les objectifs annuels sont fixés par l'IG pour 10 CIS, par l'IG et le médecin pour 3 et par l'IG, le médecin et le directeur pour les CIS sur pôle.

L'évaluation annuelle est réalisée pour tous les CIS par l'IG.

Le sens donné à la fonction

Il a existé une réelle difficulté à renseigner cette question, il nous a fallu l'explicitier, la reformuler parfois de façon provocante *"quelle est finalement la plus value que les cadres supérieurs apportent aux établissements ?"*.

Nous avons procédé par classement de mots clé le plus souvent prononcé : information (15)⁴⁹ - mais attention, il s'agit toujours d'information descendante *"nous sommes des boîtes à lettre"*, *management des cadres (15)*, transversalité (10), mutualisation des moyens (10), qualité des soins (10), mise en œuvre du projet de soins (10), décloisonnement (7), partenariat (6), cohérence institutionnelle (6).

Les motifs de satisfaction

Nous avons classé les cinq motifs de satisfaction les plus cités :

- Le management des cadres (15) Nous avons été frappés par le fait que les CIS conçoivent en majorité leur rôle comme étant d'abord un rôle d'animation (11)
- Le caractère relationnel de la fonction et la communication orale (10)

⁴⁹ lire : score de .. ;sur 15 interviews.

- La diversité de la fonction (10) *“dans une journée nous abordons de la gestion, du relationnel, de la négociation, un projet d’une unité...”*
- Les responsabilités (10)
- La richesse des missions transversales (8) *“qui nous sortent de notre quotidien”* et *“nous positionnent dans une démarche institutionnelle”, “les missions transversales décloisonnent les services mais aussi les métiers”*

Les motifs d’insatisfaction

Nous avons classé, à partir des mots clés, les cinq premiers motifs d’insatisfaction

- La complexité (13): *“on nous demande toujours plus”, “les textes réglementaires nous envahissent, mais sans moyens”, “d’un côté l’accréditation et de l’autre côté l’absentéisme non remplacé”*
- La position d’interface entre les logiques administratives, médicales et soignantes, est vécue comme une difficulté majeure (11) : *“bouc émissaire”, elles s’estiment “prises en otage des luttes de pouvoirs”*
- L’absence d’information de la direction (10) *“ le personnel est souvent informé avant nous par les syndicats”* et *“ nous ne comprenons pas le sens de certaines décisions, nous n’y participons pas”*
- Solidarité défaillante (10) *,”il n’existe pas d’équipe de CIS. Elles ne sentent pas soudées, unies par les mêmes intérêts et agissant ensemble pour la défense de la fonction et du service infirmier.”*, *”Les cadres se réunissent, mais ne forment pas un groupe ;il n’y a pas de cohésion”*.Ce qui perce dans le discours des CIS, c’est non seulement le manque d’unité mais également la *“méfiance, la rivalité, la division.”*
- L’absence de reconnaissance (10) *”nous ne sommes pas reconnues”*
Reconnaissance vis-à-vis des médecins, du personnel, de la direction.
- L’absence d’identité (8) Le problème auquel se trouvent confrontés les CIS est celui de la faiblesse de leur identité de cadre supérieur. Il est d’ailleurs frappant de noter que, dès qu’ils parlent d’identité, les cadres supérieurs se réfèrent le plus souvent à leur métier d’infirmière. Elles partagent les valeurs professionnelles du métier, défendant le rôle propre...Mais s’agissant de la fonction d’encadrement, leur propos est moins précis : elles n’ont pas une vision claire de ce que pourrait signifier l’identité du cadre infirmier supérieur.

Certes, il existe des différences considérables d’organisation et de fonctionnements, mais comme le souligne Crozier et Friedberg,⁵⁰*“tout le monde semble capable de jouer avec*

⁵⁰ M.Crozier- E.Friedberg, L’acteur et le système, Editions du Seuil, 1977

son rôle en mettant à profit les ambiguïtés, les incohérences et les contradictions qu'il recèle."

2.2 Les entretiens avec des infirmières générales

Tous les IG interrogés estiment que le cadre supérieur est un relais et une nécessité, vu la taille de l'établissement où ils exercent. Ils se positionnent comme personne-ressource susceptible d'aider les CIS ; *"mon objectif est de les rendre autonomes. Ils me demandent mon avis et je les conseille"*

Les rôles les plus souvent évoqués sont :

- Un rôle dans la mise en œuvre du projet de soins et dans la démarche qualité.
- Un rôle dans la recherche d'une harmonie entre les soignants
- Un rôle dans la mise en place d'une complémentarité : *"mise en commun des ressources"*,
- *"coordonne les actions des cadres"*, *"un rôle d'animateur"*.
- Un rôle de gestion des moyens.
- Un rôle dans l'information des cadres et de leurs équipes

La formation

Toutes les infirmières générales estiment qu'une formation est nécessaire à la nomination pour "prendre de la distance, améliorer des connaissances en particulier dans le domaine de la stratégie, de la négociation, de l'environnement hospitalier".

Cependant elles ne partagent pas les mêmes avis sur le type de formation : quatre sont favorables à une formation dans le cadre d'une université, deux, dont tous les CIS ont suivi ce type de formation, pensent qu'elle ne répond pas aux besoins et en particulier pour la gestion par centre de responsabilité, un propose une formation officielle pour tous les CIS à la nomination à l'E.N S.P⁵¹. Un seul estime que "la formation aiderait à faire reconnaître la fonction."

Les aptitudes

Des capacités d'expression et d'argumentation

Prendre en compte l'expérience des acteurs

⁵¹ Ecole Nationale de Santé Publique

La capacité d'écoute vis-à-vis des cadres et des agents, constitue aux yeux des IG interrogés une qualité essentielle, alors que c'est celle qui leur semble faire le plus souvent défaut.

Savoir concilier et négocier, connaître les hommes et les compétences, faire preuve de tact, humaniser les rapports au travail.

L'aptitude à accepter et à coordonner les différentes logiques. *“Les CIS doivent être capables de prendre en compte des logiques antagonistes, plus exactement qui peuvent être contradictoires. Ils doivent prendre des décisions avec des logiques différentes.”*

Faire preuve de discernement. *“confronté à la multiplicité des problèmes pratiques qui surgissent quotidiennement dans le travail, le CIS se doit de réagir vite sans pour autant céder forcément à son impulsion première, il doit être capable de cerner les problèmes, de faire plusieurs hypothèses et anticiper les effets pratiques des différents choix possibles.”*

Le lieu d'exercice

Cinq infirmières générales estiment que “la mise en œuvre de la réforme hospitalière, déclinée à travers les projets d'établissement, nous conduit à une organisation par centre de responsabilité dans les trois à cinq ans.”, et “qu'il est du rôle des infirmières générales de préparer les cadres supérieurs à leurs nouvelles missions”. Une D.S.S.I précise “dans ce contexte, il ne suffit pas de revoir les missions des cadres supérieurs, mais également celles des infirmières générales”. Deux infirmières générales n'adhèrent pas à l'organisation par pôle tel qu'il est réalisé au C.H.U. de Nantes et déclarent “si cela se produit dans notre établissement, nous le quitterons”, les arguments avancés sont essentiellement en lien avec le positionnement horizontal dans l'organisation et la perte de pouvoir.

2.3 Les entretiens avec des directeurs

Les directeurs attendent des CIS un professionnalisme de soignants “par leur position de proximité, ils collectent beaucoup de données et doivent être capables de les analyser, de les resituer dans le contexte de l'établissement”

“Nous n'avons pas besoin de CIS qui se contentent de nous rapporter les problèmes, mais de personnes ressources, qui ont une expertise et sont capables de nous faire des propositions, en ayant mesuré tous les enjeux. Alors dans ce cas, nous pouvons les considérer comme des collaborateurs précieux”

Il a un rôle essentiel dans la circulation de l'information, en termes d'aide à la décision "c'est celui qui analyse et synthétise le terrain pour le rendre compréhensible pour le directeur"

"C'est la personne qui est nécessaire pour rendre recevable par les acteurs de terrain, les conséquences de la décision", "il doit savoir faire passer les messages"

"Il ne joue son rôle de relais que s'il est capable de communiquer avec l'ensemble de ses partenaires dont il est le trait d'union, articuler les logiques administratives, soignantes et médicales".

Un rôle dans le management : "Je crois que la motivation des équipes est liée au management de l'établissement, d'abord en rapport avec l'encadrement de proximité et bien évidemment l'encadrement supérieur".

Lorsqu'on aborde leur place dans les centres de responsabilité, tous évoquent la nécessité de préparer les CIS : "Avant de mettre en place des techniques de gestion particulières, il faut d'abord élaborer une stratégie et mettre en place des compétences au niveau de l'encadrement".

3.4 Les entretiens avec des représentants médicaux

Dans les entretiens, nous avons constaté une divergence d'opinion forte entre les médecins travaillant dans des organisations "traditionnelles" de service et les médecins directeurs de pôle.

Les médecins responsables de pôle parlent des cadres supérieurs comme de "*collaborateurs importants*", ils leur attribuent des "*qualités d'organisation, de conduite de projet, de gestion*". et déclarent : "*apprendre beaucoup en leur contact*". "*j'ai le sentiment que nous formons une bonne équipe.*"

De ces entretiens, ressort une notion forte de collaboration, de complémentarité, de respect professionnel et d'appartenance commune au pôle. N'oublions pas que le médecin et le cadre supérieur sont engagés ensemble dans une obligation de résultat, dans le cadre de la contractualisation interne. Les enjeux sont identifiés et partagés et chacun est utile à l'autre pour réussir.

Par opposition les représentants médicaux disent "ne pas savoir encore aujourd'hui à quoi servent les cadres supérieurs". Ils parlent d'eux en terme peu élogieux "inutiles, des administratifs éloignés des services, ils ne règlent pas les problèmes et font de la 'réunionite' avec nos cadres".

Au cours d'un stage durant notre formation, nous avons assisté à une instance médicale (CME) où la politique d'encadrement était un point à l'ordre du jour. Les propos repris ne constituent en aucune sorte des jugements, mais ils doivent être entendus pour imaginer la représentation de la fonction dans cet établissement.

Le service infirmier est perçu comme "un pouvoir de la direction", la ligne hiérarchique est évoquée dans ces termes : "mais alors, à qui appartiennent les cadres supérieurs ?", les médecins évoquent leur incompréhension des missions transversales confiées aux cadres et non pas aux cadres supérieurs "nos cadres sont toujours ailleurs, nous ne les voyons plus dans les services, ces missions relèvent du rôle des cadres supérieurs". Tout ce questionnement et l'expression du malaise, même s'il est exprimé dans des termes violents, a représenté une opportunité pour les différents acteurs de l'établissement de confronter les logiques et d'entamer une démarche de travail sur les missions de l'encadrement

Toutefois nous avons pu constater à travers les échanges avec les représentants médicaux que les avis étaient très différents en fonction de leur expérience personnelle de collaboration avec les CIS. Ils reconnaissent "la compétence de certains CIS et en particulier l'expertise" : *"les cadres supérieurs sur des secteurs spécialisés comme l'anesthésie, la pédiatrie, la psychiatrie sont davantage reconnus que les cadres supérieurs trop généralistes sur plusieurs secteurs qui n'ont rien à voir entre eux."*

Ces propos nous font prendre conscience de l'importance du sens à donner au lieu d'exercice des CIS, et en particulier à l'articulation des services cliniques pour composer un secteur. Ces logiques ont trop souvent été associées à une facilité de découpage géographique de l'établissement. Les pôles et les fédérations par contre sont organisés à partir de regroupements de services cliniques ayant des liens entre eux.

Chapitre 3 : Vérifications des hypothèses

Rappel de nos hypothèses :

- La fonction de cadre supérieur n'a pas suivi l'évolution nécessaire en lien avec les réformes hospitalières et l'accroissement de la complexité. Les rôles ne sont pas clairement identifiés, et peuvent être très différents selon les établissements, le lieu d'exercice, et la personnalité du cadre supérieur.
- La position d'interface des trois logiques : la logique administrative, la logique médicale, la logique paramédicale est vécue comme une difficulté et non comme un atout.
- Les représentations de la fonction de cadre supérieur sont différentes de la part des directeurs, des infirmières générales et des médecins, et ne favorisent pas la

construction d'une identité professionnelle. Les cadres supérieurs souffrent de "désappartenance"

- Nous pensons que le positionnement des cadres supérieurs à la direction des centres de responsabilité ou des pôles leur permettra de mieux se situer en manager de proximité et de légitimer la fonction.

Notre étude a montré que :

- En ce qui concerne notre première hypothèse, elle a pu, grâce aux entretiens avec les cadres supérieurs interviewés, les infirmières générales en formation et l'observation des organisations d'établissements différents, confirmer cette hypothèse. En effet, nous y avons vu des modèles très différents parfois opposés, des rôles définis très globalement et peu de profil de poste. La fonction de CIS n'est pas décrite dans la majorité des établissements.

Au cours de nos stages, nous avons observé des modalités d'exercice qui nous font dire "autant de pratiques que de cadres supérieurs". La recomposition du rôle de l'encadrement supérieur dans des changements d'organisation des centres de responsabilité n'est que peu amorcée.

- En ce qui concerne notre deuxième hypothèse, nous pensons pouvoir dire d'après les interviews menés et les lectures faites au sujet de la complexité, que les cadres supérieurs doivent acquérir des connaissances et développer des compétences pour articuler des logiques différentes et occuper leur rôle "pivot" et stratégique.
- En ce qui concerne notre troisième hypothèse, il apparaît qu'elle se vérifie en dehors des organisations par centre de responsabilité. Les interviews, les stages mais également notre expérience professionnelle confirme cette ambiguïté de représentation, pour les directeurs, le cadre supérieur est un soignant et pour les soignants (médecins et cadres) il est un administratif.
- En ce qui concerne notre quatrième hypothèse, il semble qu'en effet, les expériences que nous avons recueillies à partir des interviews et des stages, confirment que le positionnement sur les pôles, légitime la fonction de cadre supérieur. Toutefois tous s'accordent sur la nécessité d'une formation préalable.

Conclusion de la troisième partie

Cette troisième partie contient les éléments substantiels de la problématique posée par la fonction de cadre supérieur. L'expression des cadres supérieurs confirme l'étude réalisée par l'Institut de recherche en économie sociale (IRES) qui "fait le constat d'un besoin de plus en

plus affirmé de l'accomplissement et de la réalisation de soi, de la responsabilité, de l'autonomie, de l'estime et de la reconnaissance. Inversement, le bilan des causes d'insatisfaction porte sur l'absence de participation, d'information et de reconnaissance”.

Cependant même si les informations recueillies confirment que cette fonction semble poser problème aux hôpitaux, les cadres et les infirmières générales s'accordent pour estimer qu'elle a sa place dans le service infirmier et qu'elle est amenée à occuper une place stratégique.

Ces données nous confirment notre hypothèse centrale : “La capacité des cadres infirmiers supérieurs à développer d'une manière pertinente est étroitement liée à la volonté de l'infirmière générale à clairement identifier leur positionnement au sein du service infirmier et de l'institution, à les légitimer par leur compétence et leur professionnalisme et à piloter le changement”.

Ainsi, il devient possible, en tant qu'infirmière générale et membre de l'équipe de direction de présenter des axes de propositions dans le management des cadres supérieurs. Ce sera l'objet de notre quatrième partie.

Quatrième partie
Manager des managers

Le manager ne doit pas avoir comme ambition de créer "l'homme nouveau", mais de faire au mieux avec ses collaborateurs tels qu'ils sont, ne les laissant pas se complaire à faire ce qu'ils ont toujours fait et de la manière qu'ils ont toujours pratiquée. Pratiquement cela implique que l'infirmière générale définisse des objectifs, les progrès à faire et assiste les collaborateurs à les réaliser. Cela implique aussi qu'il cherche à mettre les collaborateurs à l'aise, favorise chez eux un sentiment d'importance et de valeur personnelle et développe des relations sociales décentes et rassurantes.

Au regard de ces constats et des changements qui se dessinent, nous pensons qu'une réflexion sur les pratiques managériales est aujourd'hui une nécessité pour faire face aux nombreux défis à relever au sein du service infirmier. A nous Infirmière Générale de saisir l'opportunité de faire évoluer ces pratiques dans un contexte favorable de réformes.

Dans ce contexte H. Serieyx déclare "manager comme hier est une faute professionnelle".

Chapitre 1 : Définir le rôle des cadres infirmiers supérieurs

Le management des cadres supérieurs se caractérise par le fait que nos collaborateurs directs sont des cadres assumant des responsabilités importantes, et ayant déjà une expérience professionnelle confirmée. Ce ne sont ni des agents de base, ni des cadres débutants. Ce sont d'excellents experts dans leurs domaines. Il s'agit de manager des managers qui seront le relais de notre management.

L'enquête sur le terrain, nos stages et notre expérience nous ont montré la diversité de l'exercice de la fonction. L'absence de profil de poste des cadres supérieurs dans les hôpitaux est un indicateur de la "fragilité" de la fonction.

Les cadres supérieurs sont des acteurs déterminant dans la mise en œuvre du projet d'établissement et à ce titre il est de la responsabilité de la direction, et en particulier de la direction des soins infirmier de clarifier sa place dans l'institution.

1.1 Le "référentiel métier"

Le rôle, les missions et les compétences des cadres supérieurs doivent faire l'objet d'une procédure écrite, sous la responsabilité du directeur de soins infirmiers et validé par le directeur général. Sa présentation dans les instances réglementaires, lui donnerait une dimension et une légitimité institutionnelle. Le référentiel comporte du sens pour la personne et pour l'établissement.

Ce référentiel est un outil indispensable pour clarifier les fonctions, orienter le recrutement, évaluer, gérer la mobilité et le développement des compétences. Sa réactualisation est essentielle, en fonction des évolutions d'organisation dans le cadre du projet d'établissement. Les référentiels doivent être considérés comme des constructions progressives.

Deux volets doivent y être abordés :

- Le premier, le profil de poste générique, décline les missions, les rôles et les compétences des cadres supérieurs, mais également leur place dans l'organigramme de direction et de direction de soins infirmiers.
- Le deuxième décline les missions, les rôles et les aptitudes spécifiques en fonction du lieu d'exercice (secteur, pôle, mission transversale permanente).

En ce qui concerne les missions transversales, confiées aux cadres infirmiers supérieurs en plus de leur secteur, il nous semble important qu'elles fassent l'objet d'une "lettre de mission". L'objectif est de contractualiser ces missions dans un cadre, avec des objectifs, des moyens et des résultats attendus.

La contractualisation et le management déconcentré par pôle représentent une véritable opportunité de redéfinir les rôles et les compétences de chacun, ainsi que les complémentarités nécessaires. Cette réflexion doit être menée avant la mise en place des centres de responsabilité ou pôles, afin que les profils de poste du médecin responsable, du cadre supérieur et du contrôleur de gestion soient réalisés ensemble et fassent l'objet d'une contractualisation avec la direction.

Enfin, à partir du concept de rôle décliné par Mintzberg, repris dans notre cadre conceptuel et des travaux réalisés par F. Mingotaud⁵², nous nous pensons que le cadre infirmier supérieur doit être un :

- Un leader qui organise et stimule
- Un régulateur qui consulte et négocie
- Un décideur qui prévoit et expertise
- Un informateur qui synthétise et communique

Chapitre 2 : Faire évoluer les compétences

Le rôle de l'infirmière générale en matière de compétences est de gérer de façon pertinente celles qui existent, de les développer, d'en faire acquérir des nouvelles.

Selon Génelot⁵³, la compétence est une construction permanente. Elle est contextualisée (une personne compétente dans une situation donnée ne le sera pas forcément dans un autre contexte), multidimensionnelle (elle ne se réduit pas à la seule technicité), évolutive (on peut devenir compétent, on peut aussi perdre ses compétences si le contexte change).

L'objectif est pour l'infirmière générale, d'aider au processus de professionnalisation et d'inscrire dès à présent la réflexion sur les compétences des cadres supérieurs dans un cadre temporel plus large, de réfléchir aux besoins futurs et d'orienter dès à présent les cadres supérieurs vers cette évolution. C'est pourquoi la réflexion prospective doit être davantage développée.

2.1 Renforcer la professionnalisation

G. Le Boterf précise qu'aujourd'hui, "il est nécessaire de raisonner non seulement en termes de compétences, mais en termes de professionnalisme (...) Le système de professionnalisation est un système d'acteurs en inter-action".

Cette conception nous conduit à utiliser des situations qui peuvent être des opportunités pour développer le professionnalisme des cadres supérieurs :

- La mise en place d'un tutorat, assuré par un collègue pour les cadres supérieurs prenant leur fonction
- Le développement d'échanges de pratiques professionnelles avec des professionnels d'autres établissements, à travers les stages inter-établissements,
- La mise en place d'une complémentarité entre les compétences des cadres supérieurs sur des domaines tels que le dossier soin, les charges en soin, la négociation, l'organisation...

2.2 Adapter la formation :

Dans notre enquête, nous avons mis en évidence, l'unanimité des cadres supérieurs mais également des infirmières générales pour dire qu'une formation spécifique est indispensable.

L'évaluation des besoins en formation se situe à plusieurs niveaux :

- Au niveau de l'individu : à partir de l'évaluation annuelle

⁵² F.Mingotaud, La fonction d'encadrement, Les Editions d'Organisation, 1998

⁵³ Génelot D., Manager dans la complexité, Insep Editions, 1998,

- Au niveau de la prise de fonction d'un nouveau poste
- Au niveau institutionnel, lors de changement d'organisation. Les cadres supérieurs mais également le corps médical doivent bénéficier de formations les préparant à la délégation de gestion des centres de responsabilité (management, gestion, négociation). Ceci représente une véritable opportunité de former ensemble l'encadrement et les médecins, et d'élargir ainsi le sentiment d'appartenance et la compréhension des logiques différentes.

Il est du rôle de l'infirmière de négocier ces formations dans le plan de formation annuel ainsi que dans le projet d'établissement. L'infirmière générale est garante de la cohérence de la politique de formation au sein du service infirmier.

2.3 Le recrutement et la sélection

Comme nous l'avons vu, le recrutement des cadres infirmiers supérieurs se réalise essentiellement en interne dans les établissements. Toutefois, si l'accès à cette fonction représente une promotion offerte par les statuts, devenir cadre supérieur ne doit pas être un remerciement, accompagné d'une formation.

“C'est clairement un gâchis que de donner de la bonne formation aux mauvaises personnes (...) l'éducation formelle ne peut pas faire des cadres. On peut seulement développer les aptitudes de base et communiquer un savoir”. Ces propos tenus par Mintzberg (2000) ne font que renforcer l'importance d'une réflexion sur la sélection des cadres supérieurs.

Par conséquent nous devons mettre en place une politique de gestion prévisionnelle des compétences pour les cadres, pour repérer et déterminer les candidats qui ont les aptitudes à l'encadrement supérieur et développer en eux ces aptitudes de façon significative. Ce repérage peut se faire par l'infirmière générale, mais aussi par les cadres supérieurs et les directeurs, à l'occasion de l'évaluation annuelle, de mission, de conduite de projets.

Chapitre 3 : Manager dans la confiance

“La confiance est l'un des fondements de la vie sociale. A la fois confiance en soi et confiance en l'autre, elle est la capacité à dépasser notre propre peur de l'autre pour donner ensemble un sens aux événements incertains qui nous assaillent ; elle est la capacité à écouter l'autre et à s'engager avec lui dans la construction risquée d'un chemin dont personne n'a déterminé à l'avance la destination.” (D.Génélot)

Depuis quelques années, l'hôpital évolue dans un contexte de crise, de rareté des ressources et de maîtrise de dépenses de santé. Cette situation a fait émerger chez les agents et les cadres un sentiment d'insécurité. Le sentiment d'insécurité est facteur de démotivation et constitue une source importante de dysfonctionnement à l'hôpital.

Or un minimum de confiance est nécessaire pour surmonter des crises, ou pour que les personnes puissent s'investir et se dépasser dans des enjeux de changement majeur.

Il ne suffit pas à l'infirmière générale de décréter la confiance, rien ne peut l'imposer, ni le statut, ni le pouvoir. La confiance est le résultat d'un processus long où les acteurs vont s'observer et vérifier si les actes sont en accord avec le discours. La confiance entre l'infirmière générale et ses proches collaborateurs est fondamentale pour le fonctionnement du service infirmier.

Notre approche sera d'être à l'écoute, de gérer les peurs et développer l'information.

3.1 Développer l'écoute

C'est par l'échange, l'écoute réciproque, la communication que les interlocuteurs arrivent à se comprendre et à agir solidairement. Ecouter ses collaborateurs c'est déjà les considérer, cela permet surtout d'avancer pas à pas vers la compréhension mutuelle des intérêts et des ambitions de l'établissement, des organisations, des agents et des patients.

Avoir la possibilité de s'exprimer ouvertement et d'être écouté constitue pour tout individu une prise en considération responsabilisante. C'est à partir de cette écoute que démarre la nécessaire appropriation du projet de changement "je suis écouté, et en donnant mon avis, je deviens acteur du changement (...) l'écoute constitue un véritable moteur de changement car elle implique chacun dans sa finalité même."⁵⁴

L'écoute des Cadres infirmiers supérieurs par l'infirmière générale permet également de prendre en compte la réalité du terrain dans l'élaboration d'un projet et d'éviter les déconvenues.

3.2 Gérer les peurs

Les situations d'incertitude, tels que l'on peut les rencontrer par exemple lors des restructurations et des changements d'organisation, font émerger les peurs. Gérer les peurs ce n'est pas prétendre les supprimer, mais les prendre en considération. Le premier moyen pour gérer la peur, c'est de communiquer sur la réalité avec un langage authentique pour

chasser le processus imaginaire. Le deuxième est de responsabiliser et de laisser les autres prendre des responsabilités, en les rendant acteurs des projets qui leur font peur et ainsi les conduire de la dépendance à l'indépendance

3.3 Informer, communiquer

Le management de l'information devient une préoccupation stratégique pour les hôpitaux.

Comme nous l'avons constaté au cours de notre enquête, le rôle lié à l'information est une préoccupation des directeurs, des infirmières générales et des cadres supérieurs.

Nous sommes submergés par l'information, tout le monde produit des supports grâce à la micro informatique, et pourtant la part réelle d'information utilisée diminue. Cette multiplicité d'information entraîne une perte de sens. L'information a besoin d'être structurée et de répondre à un objectif précis : donner du sens, apporter de la cohérence.

Dans cette complexité, nous pensons que le cadre supérieur a un rôle déterminant à jouer et souhaitons lui donner une place centrale dans la circulation de l'information dans l'organisation. Cependant nos enquêtes et notre expérience professionnelle nous ont démontré l'importance que nous accordions à l'information descendante au mépris de l'information ascendante, probablement à l'image de l'organisation pyramidale hospitalière. Développer l'information ascendante s'inscrit dans une démarche d'écoute, de veille sociale et dans une logique de management de proximité. Nous souhaitons structurer l'information ascendante et en mesurer les résultats.

Il nous importe également de travailler avec eux sur la diffusion de l'information, pour garantir à tous les acteurs le même niveau d'information.

Chapitre 4 : Positionner les cadres supérieurs sur les centres de responsabilité, les pôles

Les expériences que nous avons pu observer dans les hôpitaux et les opinions recueillies au cours de nos interviews, nous ont confortés dans notre opinion favorable au positionnement des cadres supérieurs à la direction des pôles.

L'établissement où nous sommes affectée a souhaité s'inscrire dans la démarche de management de proximité à travers son nouveau projet d'établissement 2001-2006. La mise en place des centres de responsabilité se fera de façon progressive sur cinq ans.

⁵⁴ D. Génélot, Manager dans la complexité, Editions Insep, 1998

Le décalage entre le management actuel et le management de subsidiarité est tel que cela représente une véritable révolution culturelle. L'adhésion à ce type de bouleversement organisationnel suppose un double effort de communication et d'association des différents acteurs à la réflexion.

Mais déjà nous nous devons de préparer les cadres supérieurs à cette mission.

Les structures hiérarchiques et pyramidales ont vécu, mais les structures en réseau ne sont pas en elles-mêmes une garantie de réussite. Leur force dans la pérennité dépend de la capacité de l'équipe de direction à définir et à partager des référents communs qui mobilisent et font un sens commun, une mission commune, une culture commune.

L'infirmier général doit apprendre à se positionner comme une ressource ou un recours, plutôt que comme celui qui fixe à l'avance les éléments de l'action. "C'est accepter de changer son système de représentation qui conduit à passer de la notion de délégation (où le pouvoir est entre les mains du dirigeant et il en donne des fragments à ses collaborateurs) à une conception de subsidiarité, (où le pouvoir et l'initiative sont entre les mains des acteurs qui auront à mettre en œuvre leurs propres décisions)"⁵⁵

Après une longue période de centralisation, du reste encore très présente dans les hôpitaux, la politique est à la décentralisation. Plutôt qu'un principe en chasse un autre, il semble judicieux d'étudier l'intérêt à centraliser certaines activités et à en décentraliser d'autres et à définir les articulations nécessaires pour une efficacité maximale. Cette démarche doit être menée par chaque direction avec ses collaborateurs.

Permettre aux acteurs de terrain de prendre un certain plaisir à réinventer l'avenir de l'organisation des soins, face à des situations qui les concernent, cela fait partie aussi d'une politique de soins.

Chapitre 5 : Conduire le changement de politique d'encadrement

La stratégie utilisée par la DSSI s'appuie en permanence sur les trois niveaux nécessaires au changement : la personne, le groupe, l'institution.

Ces trois dimensions impulsent le changement de la personne vers le groupe et vers l'établissement, et marquent une volonté forte institutionnelle.

⁵⁵ D. Génélot, Manager dans la complexité, Editions Insep, 1998

5.1 Le changement au niveau de la personne

Le changement au niveau de la personne se réfère à une dimension "ressources humaines" : développer les potentiels.

Les actions d'accompagnement individuel ont pour finalité d'utiliser au mieux le potentiel de tous ses collaborateurs. Il s'agit de donner l'opportunité à chacun de favoriser l'évolution de ses pratiques professionnelles, de ses connaissances et de l'utilisation qu'il en fait, afin de les adapter aux nouveaux besoins de l'établissement.

Pour chaque cadre supérieur, l'infirmière générale doit :

- Repérer l'écart entre les compétences existantes et les compétences souhaitées, clarifiées par le référentiel métier
- Identifier les besoins en formation permettant l'enrichissement des savoirs et des savoir-faire,
- Evaluer l'aide individuelle et le soutien qu'elle peut apporter, valoriser
- Veiller à ce que chacun soit au poste dans lequel il est le plus performant.

Nous pensons qu'une rencontre formelle avec chaque cadre supérieur doit avoir lieu tous les mois.

5.2 Le changement au niveau du groupe

Le changement au niveau du groupe se réfère à une dimension "managériale" : créer et entretenir le mouvement.

C'est d'abord insuffler dans le groupe une vision globale porteuse de sens, cohérente et portée par une équipe agissant en cohésion, en utilisant la communication sur la vision des projets et l'implication des acteurs. Il s'agit d'associer la notion de changement à la notion de chance, non celle de menace.

Dès lors l'infirmière générale ne dirige pas, mais assemble les compétences, elle sait mobiliser chez chacun une valeur ajoutée maximale pour sa contribution au projet. Pour constituer et animer son équipe, elle dispose de personnalités complémentaires : des entrepreneurs, mais également des organisateurs et des gestionnaires. Il est en effet, peu souhaitable, et même dangereux, de n'avoir que des tempéraments identiques dans une équipe, car les défauts des uns ne peuvent alors être compensés par les qualités des autres.

Pour manager le groupe, l'infirmière générale doit :

- Démultiplier le partage de l'existant, l'appropriation des enjeux, la compréhension des stratégies, le portage des plans d'actions.
- Développer la cohésion d'équipe et la coopération
- Travailler la position d'interface comme fil conducteur dans les projets
- Favoriser les échanges sur la base de la complémentarité et de la confiance. "les logiques en présence doivent régulièrement s'affronter, dialoguer, pour que chacun puisse s'exprimer, défendre sa position en l'argumentant et convaincre l'autre. Autrement dit, il faut perméabiliser les frontières pour faciliter les coopérations." (P. Bernoux⁵⁶)

Nous pensons mettre en place trois types de réunions avec le groupe de CIS :

- Un staff hebdomadaire : information ascendante et descendante, maintien d'un veille d'écoute
- Une réunion mensuelle institutionnelle avec le directeur d'établissement : cohérence, vision stratégique
- Une réunion de travail mensuelle thématique : partage des connaissances, coopération

5.3 le changement au niveau de l'établissement

Le changement au niveau de l'établissement se réfère à une dimension "culturelle" : créer son propre futur.

Cela implique de :

- Communiquer sur la politique d'encadrement aux différents partenaires des cadres supérieurs, en affichant une cohérence entre le directeur général et le directeur du service de soins infirmiers.
- Clarifier les missions, les compétences et les rôles attendus de l'institution, les expliquer aux médecins à travers les relations individuelles et les instances.
- Légitimer les CIS par leur compétence et leur professionnalisme
- Positionner sur les secteurs spécialisés des cadres supérieurs spécialisés

⁵⁶ F. Bernoux, Le management aujourd'hui, Actes de forum, Editions Demos, 1999

- Réaliser un travail d'information, de dialogue pour que les médecins et les cadres puissent entendre les raisons avancées par l'institution, exposer leurs propres attentes et travailler le tout collectivement.

Conclusion de la quatrième partie

Pour conclure cette quatrième partie, nous retiendrons les points suivants :

Une approche nouvelle de l'organisation et du management ne peut se faire sans tenir compte des Hommes.

Conclusion

Il est indéniable, qu'en France les établissements de santé connaissent, aujourd'hui d'importants bouleversements, conduisant à modifier les organisations et le management.

Les cadres supérieurs sont amenés à prendre de nouvelles responsabilités

Une enquête menée auprès des cadres infirmiers supérieurs, des infirmières générales, des directeurs et des médecins, complétée par une étude des textes législatifs et réglementaires a mis en évidence la difficulté pour les cadres infirmiers supérieurs à définir leur fonction, à trouver leur positionnement et à situer leur cadre de compétences. La fonction a considérablement évolué 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.

Les mutations en cours ne sont pas sans influence sur le positionnement et les comportements des acteurs. Passer d'une organisation centralisée et verticale à une décentralisation et à une organisation horizontale fait perdre les repères habituels.

Au cours de notre formation à l'école nationale de santé publique et de nos stages, nous avons repéré des éléments positifs d'évolution du management des cadres infirmiers supérieurs, des signes encourageants de changement dans les organisations et le management ; cependant ces actions ne représentent pas encore un mouvement de fond ancré dans la culture hospitalière et du service de soins infirmiers.

Le défi aujourd'hui pour l'infirmière générale est d'accompagner les cadres supérieurs dans cette évolution du système hospitalier et d'en faire des acteurs capables d'impulser des nouvelles organisations.

Bibliographie

Ouvrages

- Abric J.C., Pratiques sociales et représentations, Presses Universitaires de France, 1994
- Bensabat S., Le stress c'est la vie, Editions Fixot, 1991
- Bergmann A. et Uwamungu, Encadrement et comportement, Editions Eska, 1997
- Bernoux P., La sociologie des organisations, Editions du Seuil, 1995
- Burg P et Jardillier P., Psychologie et management, Editions Presses Universitaires de France, 2001
- Brousillon A., Surveillantes à cœur ouvert à cris perdus, Editions Seli Arslan, 1996
- Calmes G. et Segade J.P. et Lefranc L., Coopération hospitalière, Editions Masson, 1998
- Claude J.F., L'éthique au service du management - Concilier autonomie et encadrement pour l'entreprise, Editions Liaisons, 2000
- Crozier M. et Sérieyx, Du management panique à l'entreprise du XXI^e siècle, éditions Maxima, 1994
- Crozier M. et Friedberg E., L'acteur et le système, Editions Essais, 1992
- Crozier M. et Bernoux P., Le management aujourd'hui, Editions Demos
- Eray P., Précis de développement des compétences, Editions Liaisons
- Genelot D., Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants, Editions Insep, 1998
- Glass N., Management, les 10 défis, Editions d'organisation
- Guendet G., Du cadre au P.D.G., Editions Privat, 1981
- Hubinon M., Management des unités de soins, de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité, Editions de Boeck et Larcier, 1998
- Lenhardt V., Les responsables porteurs de sens, Editions Insep, 1992
- Martin B., Lenhardt V. et Jarrosson B., Osons la confiance. Propos sur l'engagement des dirigeants, Editions Insep, 1996
- Mingotaud F., La fonction d'encadrement, Editions d'organisation
- Montésinos A., Surveillante, une fonction à reconsidérer, Editions Arnette, 1989
- Peters et Waterman, Le prix de l'excellence, Inter Editions, 1983
- Sainsaulieu R., L'identité au travail, Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1988
- Tissier D., Management situationnel - les voies de l'autonomie et de la délégation, Editions Insep, 1997

Revues

Acker F., " le service infirmier à la recherche d'un positionnement ", Gestions Hospitalières, mai 1996,n° 316.

Bartoli A., " L'identité à l'hôpital ", in le Conseil de l'Observation Sociale, Actes de la journée du 6 mai 1993, Direction des hôpitaux, hors série d' informations sur les ressources humaines de l'hôpital.

Bridenne M., "Cadres supérieurs hospitalier : réflexion sur son référentiel métier et son positionnement dans l'institution", Gestions Hospitalières, février 2000

Cagnoli S., "Crise et remaniements identitaires des cadres hospitaliers", Gestions hospitalières, 1996

Mucchielli A., "Nouveau point de vue sur les "défaillances" permanentes en management des cadres infirmiers", Gestions Hospitalières, juin-juillet 1997

Labbé P., "Deux ou trois choses à propos des mutations hospitalières et des cadres de santé, Soins cadres, 2^e trimestre 2000, N° 34

Perrin G., "Les cadres infirmiers hier et aujourd'hui", Soins Cadres, 2^e trimestre 2000, n° 34

Piperini M.C., " Psychologie des organisations et des managements", Soins Psychiatrie, janvier 2001, N° 212

Peljak D., "Le management de subsidiarité au service des hôpitaux", Gestions hospitalières, juin-juillet 1997

Rapports

La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics, Rapport d'étude, Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, Direction des Hôpitaux, N. Tavernier, M.C. Mahe, P.Baratay, T. Guerin

Dispositifs législatif et réglementaire

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

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, relative à l'hospitalisation publique et privée

Décret N°91-1271 du 18 Décembre 1991 portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants chefs des services médicaux.

Décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des Infirmiers Généraux des établissements publics.

Circulaire n° 222/DH/4 du 31 juillet 1975 relative au recrutement et à l'avancement des Infirmiers Généraux.

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux infirmiers généraux en formation

Questionnaire réalisé dans le cadre du mémoire de fin d'étude d'infirmier(e) général(e)

"L'évolution du management des cadres infirmiers supérieurs : un enjeu pour le service de soins infirmiers"

Objectif :

- recenser la proportion de cadres directs et de cadres supérieurs dans la promotion.
- Identifier les différents positionnements des cadres supérieurs dans les établissements.

Nom :

Prénom :

1. Etablissement initial :

CHU ou CHR CH CHS HL

2. Avant de suivre votre formation d'infirmier(e) général(e), votre fonction était :

P Cadre direct :

- responsable d'unité de soins
- en mission transversale

La fonction de cadre supérieur vous semblait-elle utile ? oui non

P Cadre supérieur :

- responsable d'un secteur de soins
- responsable de secteur et chargé de mission laquelle ?
- responsable de secteur et chef de projet lequel ?
- détaché permanent à la DSSI
 - SICS
 - Qualité
 - Formation continue
- détaché permanent dans une autre direction fonctionnelle
 - DRH
 - direction qualité
 - autre :
- Faisant fonction d'IG

Ce positionnement vous convenait-il ? oui non

Qui considérez-vous comme votre supérieur hiérarchique ?

Qui fixait vos objectifs ?

Qui vous évaluait ?

3. Quel est selon vous le positionnement idéal des cadres supérieurs ?

Annexe 2 : Guide d'entretien pour les cadres supérieurs

1. Caractéristiques générales

Âge : homme / femme

Date du diplôme d'état d'infirmière : 19

Année de nomination de cadre : 19

Année de nomination de cadre supérieur : 19

Titulaire de certificat cadre

Diplômes universitaires :

Lesquels

2. Modalités d'accès au grade de cadre infirmier supérieur

Nommé à l'ancienneté

Concours sur titre

Epreuve orale avec jury

 si oui, composition du jury

Formation d'adaptation à l'emploi après la nomination

 si oui, laquelle?

Une formation spécifique ou supérieure vous semble -elle utile?

3. Positionnement

Responsable d'un secteur

Responsable d'un secteur et chargé de mission permanente

 si oui, laquelle?

Chef de projet

Détaché permanent à la DSSI

 si oui, quelles missions ?

Faisant fonction d'IG ?

Ce positionnement vous convient-il ?

Quel est le positionnement idéal ?

4. Ligne hiérarchique

Qui considérez-vous comme votre supérieur hiérarchique ?

Qui vous évalue ?

Qui fixe vos objectifs ?

5. Perception de la fonction

Quel sens donnez-vous à votre fonction ?

Quelle est la plus value apportée par la fonction ?

Quels sont vos motifs de satisfaction ?

Quels sont vos motifs d'insatisfaction ?

**Annexe 3 : Profil de poste du cadre infirmier supérieur référent de
pôle, C.H.U. de Nantes, avril 2000**



LE CADRE INFIRMIER RÉFÈRENT DE PÔLE

I - FONCTIONS

- ◊ Le Cadre Infirmier référent de pôle :
 - assiste le Directeur de pôle pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des soins et des activités,
 - participe, en collaboration avec le Directeur de Pôle et l'encadrement dont il est responsable, à l'élaboration des objectifs de son secteur dans une démarche de projet,
 - est en lien fonctionnel et opérationnel avec l'Infirmier Général de rattachement, avec lequel il sera conduit à mettre en oeuvre la politique de soins définie dans le Projet d'Établissement,
 - est placé en double lien avec la Direction du Pôle et la Direction du Service de Soins Infirmiers.

Elles s'exercent dans le cadre du **respect des métiers**. On distingue trois axes :

- Expertise - Technicité :
 - . soin,
 - . gestion,
 - . formation,
 - . recherche qualité,
- Dynamique information / communication,
- Contribution économique.

1.1 - Expertise - Technicité

- ◊ Le soin
Participe à l'élaboration du projet de pôle et définit des objectifs cohérents avec le Projet du Service de Soins Infirmiers,
Suite aux **évaluations** conduites régulièrement, propose une organisation évolutive et plus adaptée.
- ◊ La gestion des ressources humaines
Elle vise à s'assurer que les ressources en personnel sont adaptées qualitativement et quantitativement à l'activité.
Cette gestion, **en partenariat étroit avec le Cadre Administratif**, doit permettre la reconnaissance du travail de chacun et une bonne complémentarité dans la recherche de solutions des difficultés techniques ou financières.
- ◊ Formation
Outre son rôle dans la gestion de progrès de l'équipe, le Cadre travaille en collaboration avec le Pôle Formation et les écoles.
Dans un processus évolutif de développement, le **soutien méthodologique et opérationnel des Cadres Supérieurs placés en mission transversale sur la formation** lui permet néanmoins de **garder la maîtrise des actions** à mettre en oeuvre.
- ◊ Recherche et amélioration de la qualité
L'évaluation conduit à repérer les axes de recherche nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des personnes soignées.
Convaincu de la nécessité de la **Démarche Qualité**, le Cadre Infirmier référent de pôle facilite la mise en

place de la première phase : l'accréditation.
Sa vision stratégique en fait un interlocuteur privilégié pour des nouveaux modes d'action.

1.2 - Dynamique information / communication

- ◊ Il développe la logique de pôle, sans cloisonnement et en cohérence avec les priorités connues du CHU.
- ◊ Il facilite l'expression individuelle et collective dans un climat serein et constructif et incite les équipes à participer.
- ◊ Il anime et encadre les Surveillants d'unité pour assurer permanence et qualité des soins.
L'encadrement de proximité reste indispensable pour le développement d'une animation de service en cohérence avec le projet de pôle.

1.3 - Contribution économique

- ◊ Particulièrement sensible aux intérêts et à l'image de marque du C.H.U., se sent responsable de l'utilisation optimale des ressources affectées au pôle et définies par contrat.
- ◊ Les indicateurs, tableaux de bord et ratios sont analysés en association avec le Cadre Administratif et le Directeur de pôle.
- ◊ Sa connaissance des organisations de travail facilite les choix de matériel et contribue à l'amélioration des conditions de travail des personnels.

II - compétences

- ◊ Le Cadre Infirmier référent de pôle est chargé de l'amélioration de la qualité des prestations offertes par l'ensemble du pôle dans ses domaines de technicité (soins, organisation, hygiène...).
- ◊ Expert dans ces domaines, il a une parfaite connaissance du fonctionnement des établissements publics de santé et veille au respect des textes réglementaires.
- ◊ Sait analyser les logiques institutionnelles et gérer les contradictions.
- ◊ Par ailleurs, il doit être capable de motiver et stimuler l'ensemble du groupe avec un souci d'adaptabilité, de créativité et d'humanisme.
- ◊ Son implication crédibilise son leadership.

III - conditions pour concourir

- ◊ Il faut, pour pouvoir concourir à cette fonction :
 - être Cadre Infirmier Supérieur,
 - être titulaire de la Fonction Publique Hospitalière ou assimilé,
 - exercer depuis cinq au moins dans la fonction Cadre.
- ◊ L'ancienneté au CHU de NANTES sera appréciée avec l'ensemble du dossier.
- ◊ Peut renouveler une fois son mandat de trois ans dans le même pôle.

Historique

Nom	Action	Révision	Date
Catherine MICHEL	Création	0	10/04/2000
Catherine MICHEL	Modification	3	10/04/2000