



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2004

**Vers une définition de la permanence
des cadres de santé infirmiers**

Marie-Paule MARIE

Remerciements

A Christine Quélier, pour la qualité de ses conseils et sa patience.

A Joël Clément, pour ses conseils rigoureux et sa sympathie.

A tous ceux qui m'ont apporté leur aide et leur soutien pendant cette période de recherche et sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour.

Que toutes ces personnes trouvent dans ces quelques lignes, l'expression de ma profonde gratitude et en soient ici remerciées.

Sommaire

INTRODUCTION	5
A – <u>APPROCHE THEORIQUE ET CONCEPTUELLE</u>	8
1. <u>La permanence des cadres : une réalité aux multiples facettes</u>	9
1.1 <u>Une nécessité incontestée</u>	9
1.1.1 De la demande... à la nécessité	
1.1.2 De l'intérêt général... à la continuité des soins	
1.1.3 Du principe de continuité... à l'obligation d'organisation	
1.2 <u>Une pratique contestée</u>	13
1.2.1 Un espace de liberté	
1.2.2 Une absence de précision	
1.2.3 Un travail non reconnu	
2. <u>La permanence des cadres, une obligation à organiser</u>	18
2.1 <u>Un mode de prévention des risques</u>	20
2.1.1 Le repérage des risques	
2.1.2 Le choix des acteurs	
2.2 <u>Un mode de réparation du dysfonctionnement</u>	23
2.2.1 Les moyens disponibles	
2.2.2 La demande de soins exprimée	
B – <u>ENQUETE AUPRES DES CADRES DE SANTE</u>	26
1. <u>Présentation de l'enquête</u>	26
1.1 <u>Les objectifs</u>	26
1.2 <u>Le but</u>	26
1.3 <u>La méthode</u>	26
1.3.1 La période d'étude	

1.3.2	Les participants	
1.3.3	Les outils	
1.4	<u>La démarche</u>	27
1.5	<u>Le contexte</u>	28
2.	<u>Exploitation des résultats</u>	28
2.1	<u>Exploitation par typologie de permanence</u>	29
2.1.1	Permanence du samedi	
2.1.2	Permanence du dimanche et des jours fériés	
2.2	<u>Exploitation par domaine d'intervention</u>	32
2.2.1	L'accueil et l'admission	
2.2.2	La sortie, la permission, le décès	
2.2.3	La gestion des lits	
2.2.4	Le dossier patient	
2.2.5	Les ressources humaines	
2.2.6	La kinésithérapie	
2.3	<u>Etude du cahier de garde des Directeurs</u>	35
2.4	<u>Synthèse du discours des cadres</u>	36
3.	<u>Discussion</u>	36
3.1	<u>Discussion de la méthode</u>	36
3.2	<u>Discussion des résultats</u>	37
3.2.1	La gestion des lits	
3.2.2	La gestion des ressources humaines	
3.2.3	La gestion administrative	
3.2.4	La gestion des fugues	
3.2.5	La gestion de l'activité de kinésithérapie	
3.3	<u>Questionnement</u>	41
C –	<u>PROPOSITIONS</u>	43

1. <u>Les missions du cadre de permanence</u>	45
1.1 <u>Définition des missions du cadre de permanence</u>	46
1.1.1 La mission principale	
1.1.2 Les missions permanentes	
1.1.3 Les missions ponctuelles	
1.2 <u>Les préalables</u>	50
2. <u>La fiche de poste</u>	51
3. <u>La fiche de tâches</u>	54
<u>CONCLUSION</u>	58
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	
<u>ANNEXES</u>	

Liste des sigles utilisés

- A.E.S Accidents d'Exposition au Sang
- ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé
- A.P/H.P Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
- CHU Centre Hospitalier Universitaire
- CME Comité Médical d'Etablissement
- CSSI Commission du Service de Soins Infirmiers
- D.S.S.I Direction du Service des Soins Infirmiers
- HDT Hospitalisation à la demande d'un tiers
- IDE Infirmière Diplômée d'Etat
- MCO Médecine – Chirurgie - Obstétrique
- HO Hospitalisation d'Office
- ORL Oto – Rhino- Laryngologie

INTRODUCTION

La « **garde hospitalière** » est une activité ancienne qui a vraisemblablement toujours existé. Liée au caractère permanent de l'activité, elle facilite la réponse à la demande en soins des usagers, en dehors des heures ouvrables de service qui se situent généralement de 7 heures à 21 heures. Pour ce faire, une organisation est mise en oeuvre. Les professionnels désignés assurent, à tour de rôle, selon des horaires bien définis, une présence sur place. Cette pratique permet d'assurer la continuité de fonctionnement des services et des équipements et de répondre aux besoins imprévus, à l'urgence. Elle a progressivement évolué tant dans son domaine que dans sa mission. Médicale et administrative à son origine, elle se spécialise au fur et à mesure de l'évolution de l'hôpital. Elle concerne aujourd'hui, sous différentes formes, de nombreux professionnels dont les cadres de santé infirmiers.

Ces cadres de santé qui exercent en établissements publics de santé et qui sont soumis au statut général de la fonction publique hospitalière, font partie intégrante du service infirmier. A ce titre ils sont, par délégation du chef d'établissement, sous l'autorité hiérarchique du Directeur de soins chargé de coordonner l'organisation et les activités de soins (article 4 du décret du 19 avril 2002).¹

Ces dernières années, il est fréquent d'entendre ces cadres exprimer leur mécontentement quant au travail qu'ils effectuent durant leur garde ; ils disent réaliser des actes qui ne relèvent pas de leurs compétences ; les plus cités étant : la signature des permissions de sortie, la recherche de dossiers aux archives, le transport de corps d'enfants décédés jusqu'à la morgue...

Mais qu'en est-il exactement ? De quels actes s'agit-il ? Cette pratique est-elle occasionnelle, permanente ? Quels sont les acteurs concernés par ce dysfonctionnement ? Le sens des actions des uns et des autres serait-il mal défini jusqu'à se confondre ? - Cette expression cacherait-elle une revendication de suppression de la

¹ République Française, 2002 – décret n°2002 – 550 du 19 avril 2002 relatif au statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République Française, 23 avril 2002, page 7187.

garde des cadres ? Y aurait-il un lien entre la réduction du temps de travail à 35 heures et le mécontentement exprimé ?

Ce discours entendu dans divers établissements au cours de mon exercice professionnel, questionne tant par son caractère répétitif que par le domaine réglementaire qu'il touche. Il interpelle le Directeur des soins dans sa responsabilité, ses missions au titre des articles 3 et 4 du décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeurs des soins de la fonction publique hospitalière : «Le Directeur des Soins dispose... de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé. Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers... il participe en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs... à la conception, l'organisation et l'évolution... des activités de soins. Il participe à la gestion des personnels... il détermine une politique d'évaluation des pratiques et collabore à la gestion des risques ».²

Il interroge d'autant plus que 40 à 50 % des cadres partiront à la retraite d'ici quatre à cinq ans. Dans ce contexte démographique défavorable, il importe de rester vigilant, de recentrer les cadres sur leurs fonctions dans le respect des champs de compétence, de fidéliser les cadres en poste et d'être attractif pour les futurs professionnels.

La question que suscite cette situation servira de fil conducteur à l'ensemble de ce travail,

Y-a-t-il nécessité à mieux définir le contenu et les modalités de fonctionnement de la garde des cadres de santé infirmiers à l'hôpital ?

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

I - Oui il importe de mieux définir le contenu de la garde des cadres de santé infirmiers à l'hôpital.

1. Pour garantir le respect des champs de compétences des professionnels dans une démarche de qualité et de sécurité.
2. Pour apporter un éclaircissement sur les missions et fonctions du cadre afin d'éviter les situations de contestation.
3. Pour mieux organiser la continuité de l'encadrement par une réponse au plus près des besoins.

² Idem (1)

4. Pour donner un sens au travail de complémentarité et de collaboration réalisé.

II - Non, il n'est pas nécessaire de mieux définir le contenu de la garde des cadres de santé infirmiers à l'hôpital.

Parce que le flou laisse un espace de liberté qui permet une mobilité dans les pratiques, selon les besoins. On pourrait ainsi concevoir qu'il est positif qu'un cadre infirmier soit confronté à des tâches inhabituelles.

Pour tester ces hypothèses nous avons choisi d'effectuer un travail de recherche documentaire sur le thème du service public, de la garde hospitalière et des cadres de santé infirmiers. Par ailleurs, une enquête a été réalisée auprès des cadres pendant leur « garde » (les week-ends et jours fériés) au Centre Hospitalier Universitaire dans lequel nous exerçons. Cette enquête visait à identifier et analyser objectivement les activités du cadre de «garde » par le biais de fiches descriptives. Les résultats obtenus ont été confrontés au contenu du cahier de garde des Directeurs du même établissement, sur la même période (la méthode précise est décrite dans la deuxième partie, page 24). Des entretiens informels avec les cadres, pendant et après l'enquête, ont enrichi les données recueillies, soit par des compléments d'informations, soit en confirmant certaines observations.

La présentation de ce travail se fera en trois temps :

- Une approche théorique et conceptuelle permettant de mieux cerner les notions utilisées.
- Un exposé et une analyse des résultats de l'enquête menée auprès des cadres soignants .
- Des propositions pour tenter de remédier au problème soulevé, en nous appuyant sur les apports de la théorie et de l'enquête.

A - APPROCHE THEORIQUE ET CONCEPTUELLE

Depuis sa création, l'hôpital public français a profondément évolué. Il accueille, 24 heures sur 24, 500.000 patients³ chaque jour dans les unités et 13 millions⁴ de personnes chaque année aux urgences : c'est un service public au coeur de la société.

Partie intégrante du système de santé français, il est un lieu de soins où se cotoient de nombreux professionnels de métiers différents. Les soignants (non médicaux) représentent à eux seuls environ 70% des ressources humaines. Répartis en équipes, ils sont managés par des cadres de santé, sous la responsabilité d'un Directeur de Soins.

Tous les agents hospitaliers (médicaux et non médicaux) participent à la prise en charge des usagers, 24/24 heures, 365 jours par an, chacun dans leur domaine de compétences. Leur nombre important et l'activité hospitalière croissante et diversifiée suppose un travail de collaboration, une organisation sans faille, dans le respect de la réglementation et dans un contexte d'exigence de qualité, de sécurité et d'économie .

Cette organisation n'est pas envisagée de la même façon aux différentes heures de la journée. Celle qui intéresse notre propos est la permanence des cadres. Pourquoi une permanence ? Comment est-elle organisée et avec qui ? Autant de questions auxquelles nous allons tenter de répondre.

Les premières investigations documentaires effectuées sur le sujet nous révèlent que :

- La terminologie de « garde » pour les cadres infirmiers, ne figure dans aucun texte ni instruction relevant de la fonction hospitalière. Il est fait référence au terme de permanence ou d'astreinte. Au sein de l'hôpital, cette dénomination est empruntée à la fonction de Directeur d'établissement.
- La définition des missions du cadre qui devait faire l'objet d'un écrit officiel n'a pas encore abouti, a fortiori celle de permanence.

³ MATTEI J.F. – Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées – *Compte-rendu réunion avec les professionnels* – « Hôpital 2007 »- Salle Laroque – 26 juin 2003.

⁴ Idem.

- Il n'existe pas de dispositions réglementaires spécifiques à la permanence des cadres. De fait cette activité est organisée librement par chaque établissement hospitalier et fonctionne de manière empirique.
- La littérature sur la fonction du cadre bien que très abondante, n'aborde pas l'activité concrète de cet agent.

En référence à ces premiers constats, nous développerons successivement les deux points de vue suivants :

- La permanence des cadres, une réalité aux multiples facettes .
- La permanence des cadres, une obligation à organiser .

1. **La permanence des cadres, une réalité aux multiples facettes.**

Le cadre de santé participe à la continuité des soins. La continuité de son activité d'encadrement est appelée garde dans la présente étude, en référence au vocable quotidien. Toutefois, elle peut être nommée "permanence" dans certains établissements, voire "astreinte" dans d'autres, en gardant la caractéristique commune de présence sur place.

Si la garde du cadre de santé infirmier s'appuie sur un fondement juridique certain, le **principe de continuité**, son organisation et son fonctionnement se caractérisent par un flou juridique. La participation des cadres à la permanence des soins repose sur le principe d'une organisation institutionnelle.

1. 1 – Une nécessité incontestée

La nécessité peut s'entendre au sens de "l'indispensable, l'obligatoire". Elle répond à un besoin et, notamment à des situations d'urgence réelle ou ressentie . Comment se manifeste ce besoin?

1.1.1 *De la demande ... à la nécessité.*

Un hôpital reçoit toute l'année, à tout moment des demandes de soins. Ces demandes correspondent à des besoins ressentis par les usagers. Elles

expriment l'écart entre un état optimal défini par un consensus médical ou des organismes comme l'Organisation Mondiale de la Santé et l'état dans lequel la personne estime être. Ce besoin est subjectif et comporte une dimension culturelle. Il évolue dans le temps et est différent d'un individu à un autre. Nous en prenons pour preuve la demande de prise en charge de la douleur. L'ensemble de ces phénomènes rend subjectif la demande en soin. Elle peut intervenir à tout moment. Elle est évaluée par le médecin qui décide ou pas de la nécessité de soins.

A l'intérieur de l'hôpital, les demandes que reçoit le cadre peuvent être l'expression implicite ou explicite des soignants face à un besoin d'aide. Elles peuvent aussi émaner de patients déjà hospitalisés.

La raison d'être du cadre se justifie par rapport à la nécessité générée par la demande.

Face à la demande de soin, il y a la notion du droit : droits Universels de l'Homme et du Citoyen; principes généraux du droit français; droit hospitalier...

1.1.2 *De l'intérêt général... à la continuité des soins.*

En référence à la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, chacun peut se prévaloir du droit à la santé et aux soins.

Pour garantir entre autres ce principe et apporter une réponse à un besoin d'intérêt général, le législateur a reconnu des missions de service public à certains établissements hospitaliers par les lois du 31 décembre 1970 et du 31 juillet 1991⁵.

Cette notion de service public évolue selon les époques. C'est pourquoi avant 1920 seul le service administratif était reconnu en tant que tel. Aujourd'hui, les activités de service public regroupent un ensemble très vaste et hétérogène de services collectifs réglementés par l'Etat.

Ces secteurs sont régis par de grands principes connus sous le nom de

⁵ République Française, 1970 – Loi n°701318 modifiée du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière – Journal Officiel de la République Française – du 3 janvier 1971.

République Française, 1991 – Loi n°91748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière – Journal Officiel de la République Française n°179 du 2 août 1991.

lois de Rolland :

- Égalité
- Continuité
- Adaptation

Le principe de continuité de service public impose un fonctionnement régulier des services, sans interruption autres que celles prévues par la réglementation. C'est le cas notamment du service hospitalier. L'idée qui prévaut est l'accès aux soins, en permanence, à toutes les personnes dont l'état requiert les services de l'établissement.

Le Conseil Constitutionnel en a fait un principe de valeur constitutionnelle, le Conseil d'Etat un principe fondamental.

Cette obligation est reprise et confirmée par un certain nombre de textes réglementaires tels que :

- La loi du 4 mars 2002, dans son article L1110-1. "Les professionnels des établissements... contribuent à assurer la continuité des soins...".⁶
- Le décret du 6 septembre 1995 dans son article 47. "Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée".⁷

La conformité de sa mise en oeuvre est contrôlée dans la démarche d'accréditation, principalement dans le chapitre sur l'organisation de la prise en charge des patients à la référence 7 du manuel d'accréditation des établissements de santé :

"La continuité des soins est assurée. Des règles de présence, de concertation et de délégation, ainsi qu'un système de garde et d'astreintes sont mises en place afin d'assurer la permanence 24 heures sur 24. Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les

⁶ République Française, 2002 – Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République Française, 5 mars 2002, n°54, page 4118.

⁷ République Française, 1995 – décret n°95-100 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

équipes, qu'elles soient médicales ou paramédicales. La continuité des soins est assurée... Le transport des patients... est organisé pour assurer la continuité des soins et le respect... de qualité, de sécurité...”⁸.

Cette nécessité reconnue par les pouvoirs publics oblige à une organisation spécifique des services de soins, lui donnant les moyens de ne jamais interrompre son activité de jour comme de nuit, dimanche et jours fériés.

La mise en oeuvre de cette responsabilité incombe au directeur de soins dont les missions sont de coordonner l'organisation des activités de soins (art. 4 du décret du 19 août 2002)⁹.

La garde des cadres devient une réalité à mettre en oeuvre.

1.1.3 *Du principe de continuité... à l'obligation d'organisation*

Le principe de continuité imposé aux établissements de santé, dans le cadre de leur mission de service public, implique une organisation du travail qui répond aux mêmes exigences de qualité et de sécurité sur l'ensemble de la journée et tous les jours de la semaine.

Pour ce faire, le week-end et les jours fériés, des permanences de cadres appelées couramment gardes, sont instaurées y compris pour l'encadrement. Pour fonctionner, cette démarche nécessite la mobilisation d'un grand nombre d'agents. En effet, quelle que soit l'heure de la réponse à la demande des patients, l'action de soin à l'hôpital se conçoit sur un mode de fonctionnement en équipe. De nombreux professionnels de spécificités différentes interviennent en complémentarité auprès des usagers.

Cette activité humaine exige une organisation définie par H. Mintzberg, comme fondamentale et contradictoire : une division du travail entre les différentes tâches à accomplir et la coordination de ces tâches pour l'accomplissement du travail. Cette fonction est dévolue au cadre, au quotidien.

Un autre phénomène justifie l'intérêt de la garde du cadre de santé infirmier dans le contexte évoqué : l'interdépendance entre les membres du groupe (l'infirmier prépare le patient, le chirurgien l'opère, l'infirmier assure les

⁸ *Manuel d'Accréditation des Etablissements de Santé* – Direction de l'Accréditation – Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé – février 1999 – p.56.

soins post-opératoires et l'aide soignante contribue à la prise en charge de la personne). L'absence d'un des acteurs peut interrompre la chaîne des soins. Le rôle du cadre de garde devient alors fondamental dans la gestion de la continuité des soins et renvoie plus généralement à la gestion des ressources humaines.

Au delà de ces faits qui mettent en évidence la nécessité de la présence du cadre à tout moment, la permanence des soins est acceptée dans son principe. Le déploiement dans les établissements d'une organisation pour la permanence des cadres est le premier signe de la reconnaissance des professionnels à une mission d'intérêt général.

Elle participe à la qualité des soins offerts à la population par la mise en place d'une disponibilité.

L'activité réalisée dans ce contexte n'est définie dans aucun texte. Ce vide peut être source de contestation.

1-2 Une pratique contestée

Le fonctionnement interne des hôpitaux publics est décrit dans le règlement intérieur de chaque établissement, conformément au décret du 15 février 1973 modifié ¹⁰. Le service de jour et le service de garde y sont positionnés très distinctement. Le périmètre du service normal de jour défini par ce texte fait référence aux services médicaux quotidiens du matin et de l'après-midi. Peu précis dans le temps il laisse une latitude d'organisation aux établissements de soins.

L'organisation du travail des agents hospitaliers, proposée par la Direction du Service des Soins Infirmiers est calquée sur ce modèle. La garde des cadres de santé épouse ces contours. Elle permet ainsi de participer pendant la journée des week-ends et des jours fériés, à la sécurité des malades hospitalisés ou admis en urgence et à la permanence des soins et à l'encadrement des équipes paramédicales (la nuit étant une période d'activité organisée à part).

Ces dispositions sont présentées pour avis au Comité Technique d'Etablissement, avant leur mise en oeuvre.

Organisées soit pour l'ensemble de la structure, soit par secteurs, ces activités

⁹ Idem 1

peuvent prêter à contestation en raison de **l'espace de liberté** laissé par les textes, de **l'absence de précision du travail du cadre** de garde et du **manque d'assise** de cette mission.

1.2.1 *Un espace de liberté*

Si le droit organise indubitablement des espaces de contraintes, il ouvre également à un certain nombre de libertés dans lesquelles les responsables sont libres d'organiser leur activité.

En effet, s'il est affirmé que les établissements cités précédemment sont tenus d'assurer la continuité des soins, il n'est à aucun moment précisé comment, avec qui et avec quels moyens ils doivent le faire.

“Lorsque la continuité du service l'exige, certains personnels, dont la liste est fixée dans chaque établissement, après avis du Comité Technique Paritaire, peuvent être appelés à effectuer un service permanent...”¹¹”

Ainsi donc l'activité de garde organisée librement par chaque établissement, fonctionne de manière empirique. Les choix retenus par les Directeurs d'établissements peuvent ne pas rencontrer l'adhésion générale des personnels et faire débat.

Si l'on observe plus particulièrement les gardes des cadres soignants, nous constatons qu'aucun texte réglementaire ne précise ce que font les cadres à l'hôpital ; seule une lettre du 30 juin 1998 de la Direction des Hôpitaux, à un Directeur d'établissement ¹² indique que ces permanences excluent “les activités purement administratives” sur le principe qu'elles “ne peuvent être organisées que dans le cadre de l'exercice professionnel codifié, d'une part par le décret statutaire de la fonction publique hospitalière et d'autre part, par le décret d'actes et d'exercices du code de la santé publique des professions citées”. Mais qu'est-ce qu'un acte purement administratif ?

¹⁰ République Française 1973 – décret n°73 – 146 du 15 février 1973 relatif à l'organisation, la récupération et l'indemnisation des gardes du personnel médical des hôpitaux publics.

¹¹ République Française 1982 – Ordonnance n°82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements sanitaires et sociaux mentionnés à l'article L.792 du code de la santé Publique. Journal Officiel de la République Française, 28 mars 1982, page 955.

¹² Lettre DH/CTC du 30 juin 1998 relative à la garde sur place de cadres soignants et médico-techniques.

Un acte administratif est un acte qui engage la responsabilité de l'établissement.

Dans l'exercice des actes de gestion, le Directeur peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature. Il peut aussi donner aux professionnels des instructions qui relèvent d'ordres intérieurs qu'ils ont obligation d'exécuter. Ces "délégations" doivent être écrites, précises et révisées quand la personne s'en va. Si ces règles ne sont pas respectées il peut y avoir ambiguïté.

En l'absence de définition précise, là encore la question peut faire débat et les activités réalisées par les uns ou les autres, être sujets à contestations.

Dans cet espace de liberté que chacun tente de conquérir à l'intérieur de l'organisation, des chercheurs ont essayé de définir précisément le travail du cadre. Que fait un cadre?

1.2.2 *Une absence de précision*

Il paraît intéressant de débiter cette réflexion par une approche étymologique et une recherche de définition du terme cadre. Ces connaissances peuvent éclairer nos propos.

Issu de l'italien quadro qui signifie carré¹³, le mot cadre servait à l'origine à définir l'ensemble des officiers et sous-officiers qui dirigeaient les soldats d'un corps de troupe¹⁴;

Progressivement, ce vocabulaire a été utilisé pour désigner le personnel appartenant à la catégorie supérieure des salariés d'une entreprise. Il exerce une fonction de direction, de conception ou de contrôle¹⁵.

Henry Mintzberg quant à lui, le définit comme une personne responsable d'une organisation ou d'une partie de celle-ci, dont le travail peut être situé à tous les niveaux de la hiérarchie, excepté le plus bas¹⁶.

Le terme de cadre apparaît rapidement associé à la notion de groupe professionnel. La position hiérarchique est clairement définie à l'intérieur de ce périmètre.

¹³ Rossay JM – *Dictionnaire étymologique*. Belgique : Les nouvelles éditions marabout. Allier, 1985. p.87

¹⁴ Rey A – *dictionnaire d'aujourd'hui Le Robert*. Paris : édition du club France-Loisirs, 1992. p129.

¹⁵ Kertész A – *nouveau Larousse encyclopédique*. Paris : dictionnaire 2 volumes, 1994. p.246

¹⁶ Henry Mintzberg – *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*. Paris : Les Editions d'organisation, 1994. p 180.

Mais comment exerce-t-il son métier ? Quel est son rôle ?

Le concept de rôle trouve ses fondements dans le vocabulaire théâtral. Il a aujourd'hui pris place dans le langage professionnel général. Il sert à positionner la personne dans le groupe.

Défini comme "un emploi... une influence exercée par quelqu'un¹⁷", le rôle est caractérisé d'un point de vue sociologique, par "un ensemble de comportements associés à une place, à un statut dans un groupe¹⁸".

Dans ses recherches Henry Mintzberg a ainsi identifié dix rôles pouvant être tenus par le cadre : rôle de symbole, d'agent de liaison, de leader, d'observateur actif, de diffuseur, de porte parole, d'entrepreneur, de régulateur, de répartiteur des ressources, de négociateur¹⁹.

Cette approche confirme que le rôle fait référence à la notion de personnage, qu'il désigne la manière d'être ou de paraître dans une situation donnée; il exprime la façon dont le cadre agit. Il ne fait pas état de ce que le cadre fait ou doit faire, pour s'acquitter de sa mission. Cette dimension, relève de la fonction.

Si la fonction renvoie à la notion d'activité, à ce que doit accomplir une personne dans son travail, chaque auteur la décrit à sa façon :

ainsi Henry Fayol et Luther Gulick, dans l'ouvrage d'Henry Mintzberg cité précédemment, vont reconnaître à l'encadrement cinq fonctions (planifier – organiser – coordonner – commander – contrôler). D'autres, comme Joseph Schumpeter n'y verra qu'une fonction exclusive de prise de décision. Pour d'autres, elle consiste à concevoir, modifier les procédures et planifier le travail des subordonnés.

Force est de constater qu'aucun des auteurs ne définit réellement ce que font les cadres.

Cette absence de précision laisse les missions et fonctions du cadre à la discrétion des chefs d'établissements, dans les limites de la réglementation. Ce management ouvre des espaces d'incertitude, des zones d'ombre, de liberté. De ce fait la garde des cadres de santé devient

¹⁷ idem 15 p.1361

¹⁸ idem 15 p.1361

un espace un peu flou dans lequel les professionnels ont quelquefois du mal à se retrouver.

1.2.3 *Un travail mal reconnu*

Le travail de garde des cadres de santé infirmiers est une activité organisée, mise en place pour répondre à la mission du service public, de continuité des établissements de soins. Ce travail réalisé sur place, assuré à tour de rôle par l'encadrement, le week-end ou les jours fériés, vient se greffer sur l'activité quotidienne. Il est compensé sous la forme d'une récupération du temps de travail souvent à hauteur de la durée de la garde. Les modalités de récupération sont variables d'un établissement à un autre et souvent en fonction du planning général du cadre. Néanmoins, il n'est pas totalement reconnu comme tel puisqu'il est fait en substitution du temps de travail habituel et que le service n'est pas compensé par un autre cadre. Il n'y a pas de création de postes spécifiques pour assumer ces fonctions, de rémunération particulière pour compenser cette organisation. Cette pratique peut être vécue comme une non reconnaissance et une dévalorisation du travail du personnel de garde.

Le manque d'assise de ce temps et de ce type de travail prête à contestation.

Cette situation est amplifiée par la nouvelle réglementation du temps de travail : le passage à 35 heures a réduit théoriquement le temps de présence des cadres à l'hôpital, sans diminution de la charge de travail et sans moyen de compensation humain.

Si "les 35 heures" visent entre autre à une meilleure articulation entre la vie professionnelle et la vie familiale, le système de garde qui répond aux contraintes du service public hospitalier, apparaît antagoniste.

Pourtant la continuité des soins est une obligation à organiser.

¹⁹ idem 16 p. 67 à 139

2 - La permanence des cadres, une obligation à organiser

En France, l'organisation actuelle des hôpitaux résulte d'une histoire et de choix politiques, sociaux, économiques et environnementaux.

La création des hôpitaux s'est inscrite dans une logique caritative. Cet état d'esprit s'est étendu jusqu'au début du 20^e siècle. Durant cette période, l'hôpital public a accueilli les indigents, les vagabonds et les exclus.

Cette notion d'assistance va durer mais l'hôpital va s'ouvrir à toutes les classes de la société. Cette conception se traduit par la Loi du 21 décembre 1941²¹ qui érige les hôpitaux publics en établissements publics administratifs, proclamant ainsi l'obligation de service public.

Dès lors, se met progressivement en place un ensemble de dispositions qui contribue à l'élaboration de la configuration organisationnelle que nous connaissons aujourd'hui, telle la garde hospitalière des cadres.

Parallèlement à cette évolution réglementaire, l'hôpital connaît une exigence grandissante des usagers, une révolution des techniques médicales et des soins qui justifient l'extension des gardes à un certain nombre de professionnels, notamment aux cadres de santé, infirmiers.

Le système de garde répond donc aux obligations de mission de service public. Il permet d'assurer la permanence des soins. Il se traduit par une présence de professionnels sur place, en dehors des heures et jours habituels. Son cadre juridique repose sur le principe de continuité.

Mais qu'est-ce qu'une garde ?

La garde est définie dans le dictionnaire comme une « surveillance », une « protection ». La dimension d'équipe est présente dans une dynamique d'organisation : « ...assurée à tour de rôle par plusieurs personnes ».²²

L'approche étymologique fait référence à l'action de « prendre soin, d'être sur ses gardes²³ ».

²¹ République Française 1941. Loi du 21 décembre 1941 portant réorganisation des hôpitaux et des hospices civils. Journal officiel de la République Française du 30 décembre 1941, page 5574.

²² Idem 15, page 66

²³ Idem 13, page 238

La garde peut donc être schématisée comme une présence organisée, associée à une vigilance, à une attente en vue d'un événement qui peut se révéler.

Au sein de l'hôpital, le terme de garde est utilisé pour désigner toutes les activités organisées et réalisées, en dehors des heures dites de service, quels que soient les professionnels qui les assurent. La plus répandue étant celle des médecins.

Si cette dénomination est un terme juridiquement reconnu pour le corps de Directeurs d'Etablissement, il n'en est pas de même pour les cadres de santé. Dans le cas précis, il s'agit de permanence en référence à l'article 3 de l'Ordonnance du 26 mars 1982 :

« Lorsque la continuité du service l'exige, certains professionnels peuvent être appelés à assurer un service de permanence »²⁴

Ce vocabulaire ne préjuge en rien de la valeur attribuée au travail des cadres : « *Leur présence en « garde » reste un élément facilitateur pour assurer la continuité du service compte-tenu de leurs compétences spécifiques dans l'organisation des soins, reconnu par les établissements qui ont mis en place ces permanences.* »²⁵

Cet article abrogé par la Loi du 21 décembre 2001²⁶ reste en vigueur à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 2005 au regard de la Circulaire du 18 avril 2002²⁷.

Sans minimiser l'importance de cette information, nous continuerons à employer les termes de garde ou de permanence indifféremment dans cet écrit, pour parler de l'activité des cadres. Le plus important nous paraissant être la définition commune que nous donnons à ces mots qui reflètent le langage commun : la garde ou la permanence des cadres peut se traduire comme une organisation mise en place, par des professionnels de santé, afin de répondre aux demandes exprimées par des patients ou soignants, par des moyens structurés, adaptés et régulés.

Ces dispositions sont proposées par la Direction des Soins, validées par le Directeur de l'Etablissement après avoir été soumises pour avis, au Conseil Technique d'Etablissement.

Dès lors, les cadres concernés figurent au tableau de service nominatif, prévisionnel, annuel, par roulement.

²⁴ Idem 11

²⁵ Idem 12

²⁶ République Française 2001. Loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002. Journal Officiel n°299 du 26 décembre 2001, page 20552

²⁷ République Française Circulaire n°2002-240 du 18 avril 2002 relative à l'application du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnées à l'article 2 de la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 ...

Cette organisation est un mode de prévention des risques, un mode de réparation du dysfonctionnement qui répond aux principes de sécurité, de qualité, d'efficacité et de cohérence.

2-1 Un mode de prévention des risques

Chaque établissement dispose d'un niveau de sécurité, c'est-à-dire de prévention des risques, assuré par son organisation et ses pratiques. La garde est un mode de sécurité, un moyen de prévenir les risques.

La sécurité est une dimension majeure de la qualité des soins et une des attentes principales des patients vis-à-vis du système de santé.

La qualité des soins commence par une capacité à apporter une réponse immédiate, rapide, efficace, organisée, adaptée quel que soit le moment de la demande de l'utilisateur.

Pour ce faire, un système opérationnel comprenant des moyens humains, techniques et organisationnels est mis en place, au sein de l'établissement pour répondre aux besoins des patients, maintenir la qualité des prestations, assurer la continuité des soins et prévenir les risques liés au processus de soins.

La permanence des cadres n'a pas un caractère obligatoire, comme nous avons pu le voir, elle n'est qu'un des moyens à disposition des établissements pour contribuer à assurer la continuité des soins, prévenir les risques. Néanmoins, le volume d'activité de l'établissement peut être un argument en faveur de son existence. La reconnaissance de sa plus-value peut la rendre nécessaire. Toutefois, le choix entre la permanence et l'astreinte opérationnelle reste à définir. Là encore l'activité prévisible est un argument de poids.

La Direction des Soins contribue à cette démarche en organisant l'activité de ces professionnels dont elle a la charge.

Le mode de gestion des risques par la permanence intervient alors à deux niveaux : le repérage des risques et le choix des professionnels les plus compétents pour y pallier.

2-1-1 Le repérage des risques

On pourrait dire que la vie est risque, puisque nous la parcourons au risque de la perdre. Le risque par essence est inscrit dans la condition humaine dont la mort constitue l'incontournable butée.

Ainsi, dans le contexte qui nous préoccupe, le risque peut être défini comme la probabilité de survenue d'un événement indésirable, causant un préjudice au patient, au soignant, voire au visiteur.

Il existe deux types de risques dans les établissements de santé publique qui justifient l'organisation d'une permanence de l'encadrement :

- Les risques « réglementés » comme ceux liés à l'incendie, à l'afflux massif de victimes ... Ces risques sont gérés, en amont, par l'établissement dans le cadre d'une sécurité réglementaire qui s'impose à lui.
- Les risques « non réglementés » tel l'augmentation de la charge de travail en lien avec une forte demande de soins imprévisible, l'accroissement brutal de l'absentéisme du personnel soignant, l'absence d'un agent très spécialisé dont l'activité est isolée, le non respect des procédures, le manque de matériel, l'insuffisance de stock de stupéfiants, l'absence de lits disponibles ... Ces risques sont plus nombreux, et tout aussi imprévisibles. Non anticipés, ils peuvent aboutir à une rupture de la continuité des soins, avec une dégradation plus ou moins importante de la qualité de ceux-ci.

Les principes liés aux missions de service public, nous obligent à les prévoir dans nos organisations. Ainsi la garde des cadres contribue à cette prévention, elle garantit une présence de l'encadrement sur place susceptible de pouvoir intervenir en cas de défaillance du système.

Pourquoi les cadres ?

2-1-2 *Le choix des acteurs*

Le cadre de santé est un référent professionnel dont l'activité est liée à sa formation. Il appartient à l'une des 13 professions paramédicales répertoriées dans l'article 1 du Décret du 18 août 1995²⁸.

²⁸ République Française 1995. Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

Le cadre de santé infirmier se différencie de ses pairs, par la complexité de son positionnement. Il est à l'interface d'une multitude d'acteurs aux logiques variées (administratifs – soignants – usagers).

L'évolution du terme qui le qualifie est étroitement liée à l'évolution de la profession. Elle a suivi la mutation structurelle et organisationnelle de l'institution hospitalière (surveillante – cadre – cadre infirmier- cadre de proximité – cadre de santé).

Sa fonction a suivi la même ascension : d'une surveillance à une fonction managériale, le cadre est devenu un véritable partenaire dans la prise en charge du patient. Pour autant, sa fonction n'a jamais été définie avec précision dans les textes réglementaires. Ils mentionnent des aspects généraux de son activité comme : « *Le Chef de service... est assisté... par un cadre paramédical... pour l'organisation, la gestion... des activités qui relèvent de leurs compétences* »²⁹.

Pour pallier cette absence, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) a élaboré un référentiel métier. Ce document fait état de « *l'organisation des soins, de l'animation des ressources humaines, de la gestion administrative des malades, de la communication et de la relation ...* »³⁰.

A défaut de précisions réglementaires, la nomenclature des emplois types de l'hôpital fait office de référence. Elle décline les activités en « *fonction de soin, de gestion, d'information, de communication et de relation* »³¹.

Les fonctions principales reconnues dans ces documents, réglementaires ou non, se superposent aux grands domaines identifiés comme secteurs sensibles : l'organisation et la gestion des soins, les ressources humaines et la gestion administrative.

Ces fonctions sont assurées au quotidien par le cadre, il en a l'expertise. Sa présence en cas d'événement imprévu permet d'assurer l'urgence, de maintenir une organisation efficace, de préserver la dégradation de la qualité des soins et garantir sa continuité. Ceci d'autant que les agents sont en nombre réduit sur ces horaires de travail.

²⁹ République Française 1991. Loi n°91748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Article L714-23, Journal Officiel de la République Française n°179 du 2 août 1991.

³⁰ *Référentiel AP-HP* – Direction des Hôpitaux et de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris - 1991

³¹ *Nomenclature des emplois types de l'hôpital* – Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale – Direction des Hôpitaux – 1991.

La garde est un mode de prévention des risques, mais aussi un mode de réparation du dysfonctionnement.

2-2 Un mode de réparation du dysfonctionnement.

Le système hospitalier est déstabilisé par une crise de fonctionnement doublée d'une crise financière : les grèves à répétition des médecins, les files d'attente accrues aux urgences, les dérapages continus des dépenses de santé, sont les témoins de cette déstabilisation. Plusieurs causes peuvent être avancées telle la pénurie d'infirmières, de cadres, de médecins, le recours croissant du public au service des urgences...

L'ensemble de ces phénomènes, conjugué à une activité obligatoire, entraîne un trouble dans le fonctionnement du système comme le définit A. Kertész³².

Cette problématique se situe à deux niveaux : les moyens disponibles et la demande de soins exprimée.

2.2.1 *Les moyens disponibles*

La garde des cadres de santé infirmiers, n'est pas une activité réglementaire obligatoire. Elle est laissée à l'appréciation des chefs d'établissement, dans une organisation générale, interne à l'hôpital, dans un principe de continuité des soins.

Cette démarche n'ouvre pas droit à attribution de ressources supplémentaires. Lorsqu'elle est reconnue nécessaire pour remédier aux obligations de prise en charge continue, une répartition des effectifs disponible est opérée. Pour ce faire, faute de ressources humaines et financières suffisantes, un mode d'organisation (moins dispendieux) est retenu : le système de garde.

La garde vient donc compenser le déficit, rétablir le besoin d'encadrement qui ne peut être couvert par un fonctionnement identique à celui qui est mis en place au quotidien.

La garde couvre les carences liées aux ressources humaines, elle remédie au manque de cadres. Le directeur des soins prend en compte un certain nombre d'éléments pour déterminer le nombre de cadres présents indispensable : l'activité de l'établissement, le nombre de sites, la distance entre les structures etc...

³² idem 15 – p.498

L'activité de garde n'est pas considérée, au regard de l'article 15 du décret du 11 juin 2003³³, comme des heures supplémentaires, bien qu'elle fasse l'objet de compensation horaire donnant lieu à récupération.

En effet, la définition de l'heure supplémentaire renvoie à la notion de dépassement non prévisible. La garde quant à elle, est une activité organisée, prévue. De ce fait, les pratiques sont là encore propres à chaque établissement et elles sont en lien avec la demande de soins.

2.2.2 *la demande de soins exprimée*

Un des principes les plus fondamentaux du droit médical est le principe de liberté, la règle du libre choix. Dans l'article L 710-1 du code de la santé, la loi reconnaît au patient le droit de choisir son médecin et son établissement.

Autrefois le médecin traitant était l'interlocuteur privilégié du malade, quels que soient l'heure et le jour du besoin. La régulation de la demande se faisait par ce biais. La diminution des gardes des médecins libéraux ou l'absence de remplacement pendant les congés a modifié le comportement des patients; ils s'orientent plus facilement vers l'hôpital.

L'élévation continue du niveau d'éducation, une certaine démocratisation de la connaissance médicale conforte ce phénomène.

L'accès à l'information, la sensibilisation à la sécurité sanitaire, à la qualité des soins, conduisent la population à s'adresser de plus en plus aux établissements hospitaliers, notamment en cas d'urgence pressentie.

L'amélioration des réseaux de transport, favorise également cette évolution.

L'intérêt de pouvoir recevoir l'ensemble des soins sur un lieu unique, dans un temps donné, d'être rapidement soulagé, renforce ce choix. La concentration des moyens humains et techniques, associée à l'assurance induite par la présence de tous les équipements, polarise la demande en soins sur l'hôpital.

La gratuité, l'absence de sélection des malades, la disponibilité 24 heures sur 24 et 365 jours par an, accroissent plus encore cet attrait.

.

Progressivement, l'hôpital est de plus en plus confronté le week-end, les jours fériés et la nuit à des demandes de soins immédiats, motivés soit par une urgence médicale soit par une urgence sociale.

³³ République Française, 2003- décret n°2003 – 503 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 19 janvier 1986

Un déséquilibre se crée, le médecin traitant ne filtre plus. L'hôpital est envahi de demandes multiples et variées. On note ici un dysfonctionnement auquel les responsables hospitaliers doivent faire face dans leur mission de service public. Cette réalité s'accommode mal d'une démographie médicale et soignante qui s'altère. Le recours à la garde est une nécessité pour faire face à l'accroissement de la demande.

Cette première approche nous a permis de définir la permanence des soins dans l'organisation hospitalière et de positionner le cadre de santé comme acteur du système.

Toutefois, il en ressort que la littérature n'aborde pas son activité d'une manière concrète et factuelle.

Cet élément reste indispensable à notre recherche d'où la nécessité de mener une enquête sur le terrain.

B – ENQUETE AUPRES DES CADRES DE SANTE

L'enquête présentée a été réalisée dans le cadre d'une mission qui nous a été confiée dans l'établissement où nous exerçons.

1 Présentation de l'enquête

L'enquête s'est déroulée dans un CHU multi sites (2959 lits et 420 places) : il regroupe deux établissements aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique en centre ville, un hôpital à dominance psychiatrique dans un périmètre assez proche et cinq structures pour personnes âgées en périphérie (soins de suite et soins de longue durée).

La taille et la variété des secteurs présentent l'intérêt de travailler à la fois sur une structure de proximité, de référence et de recherche. Elle englobe à elle seule l'ensemble des problématiques liées à l'obligation de continuité des soins.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une réflexion menée conjointement avec la Direction des Soins du CHU concerné. Elle fait suite à une expression d'insatisfaction générale des cadres sur un ensemble de sujets dont la garde.

1.1 Les objectifs

L'objectif général de cette enquête est de découvrir ce que fait réellement le cadre durant sa garde. Pour ce faire, trois objectifs spécifiques sont fixés :

- Identifier la nature des appels
- Repérer et analyser les tâches incombant au cadre de permanence
- Repérer les services demandeurs.

1.2 Le but

Le but recherché vise à évaluer la pertinence de la permanence au regard des missions du cadre de santé, afin d'en optimiser sa mise en œuvre.

1.3 La méthode

Elle consiste à recenser les appels reçus et les réponses apportées par le cadre pendant la permanence, sur place, les week-ends et les jours fériés.

1-3-1 *La période d'étude*

L'étude a porté sur 14 semaines, soit 98 jours (du 27 juillet au 1^{er} novembre 2003) couvrant 30 jours de gardes (week-ends et jours fériés).

1-3-2 *Les participants*

les acteurs impliqués dans cette étude font partie du service infirmier :

- Le Coordonnateur général des soins, responsable de la démarche.
- Le Directeurs des Soins, référent du dossier, auditeur.
- Les Directeurs de Soins des sites, relais dans l'information.
- Les Cadres Supérieurs de Santé, professionnels audités.
- Les Cadres de Santé de proximité, professionnels audités.

Sont exclus de l'étude :

- Les gardes des cadres de santé des urgences (fonctionnement autonome).
- Les astreintes liées aux activités de greffes et de réanimation.
- Les permanences des Cadres de Santé des pôles médico-techniques (Stérilisation, Biologie, Radiologie, kinésithérapeutes ...).

1-3-3 *Les outils*

Le recueil des données s'est effectué sur fiches spécifiques de couleurs différentes selon la nature de la permanence. Les informations recherchées portaient sur l'heure et la nature de la demande, la réponse apportait et sa durée, le service émetteur. Chaque cadre devait retracer sur ces documents les informations attendues (voir fiches et mode opératoire en annexes I et II) :

- fiche rose pour les appels du samedi,
- fiche bleue pour les dimanches et jours fériés.

1-4 La démarche

Le projet a été présenté à l'ensemble des 234 cadres.

L'outil a été testé un week-end, par 10 des cadres présents. Il a été reconnu simple d'utilisation. Toutefois, il a été suggéré une impression en recto-verso pour répondre aux besoins de certains secteurs beaucoup sollicités.

Le document a été mis en expérimentation deux semaines sur chacun des sites, auprès de 12 cadres. Il a permis de tracer l'activité concrète du cadre sur la période visée, avec une bonne lisibilité. Il a apporté les deux niveaux d'informations attendues :

- L'objet de la demande du service émetteur.

- La nature de la réponse du cadre (quelques commentaires sur l'activité ont été donnés).

A l'issue de cette phase test, l'enquête a pu être réalisée.

1.5 Le contexte

Dans l'institution, l'organisation des permanences des cadres de santé respecte soit le contour des pôles, soit le découpage géographique de la configuration de l'établissement, à savoir les 3 sites et les structures périphériques de gérontologie. Elles s'effectuent différemment selon le jour de la permanence ;

Le samedi :

1 cadre par pôle clinique, soit 15 cadres de 8h30 à 12h30.

On peut noter qu'un cadre est parallèlement présent aux urgences de 6h30 à 14h et de 13h30 à 21h00.

Le dimanche :

2 cadres sur le site le plus important de 8h30 à 16h30.

1 cadre sur chacun des deux autres sites de MCO aux mêmes horaires.

1 cadre pour l'ensemble de la gériatrie aux mêmes horaires.

Il n'y a pas de cadre aux urgences le matin

Ces présences sont planifiées en plus du temps de travail quotidien.

Cette organisation est le reflet de l'activité de garde. La relève est assurée par la présence d'un cadre de nuit de 20h15 à 06h45 et par le cadre des urgences sur les périodes intermédiaires.

2. Exploitation des résultats

L'exploitation a été réalisée manuellement. Les données enregistrées ont été regroupées par actes et par pôles d'activité.

Sur la période considérée 30 gardes ont eu lieu, 290 cadres étaient concernés. 243 documents ont été réceptionnés. 5 fiches ont été exclues pour leur arrivée tardive ou pour des difficultés d'identification ce qui ramène à 238 le nombre de fiches traitées.

Le taux de participation à l'enquête est donc de 83,79 %. Il exprime une forte mobilisation des cadres.

Il a également été constaté une variété dans le mode de fonctionnement des cadres et des points de convergence dans les permanences.

Les résultats sont présentés par typologie de permanences et par grands domaines d'intervention.

2.1 Exploitation par typologie de permanence

2.1.1 *Permanence du samedi*

L'enquête réalisée sur 14 samedis, par 81 cadres qui ont effectué 1 à 3 gardes chacun, a permis l'analyse de 108 documents, soit 51% de l'activité théorique sur la période d'enquête. Elle permet de dégager 3 niveaux d'information : les domaines où le cadre est le plus sollicité, des renseignements précis sur le travail qu'il effectue et une connaissance des secteurs qui font appel à lui.

Domaines d'intervention du cadre :

- 60% des cadres ont été contactés pendant leur permanence.
- 50% des appels ont concerné la gestion de l'accueil, l'admission, la sortie, la permission des patients (les signatures de permission recouvrent à elles-seules 30% de ces démarches).
- 17% des appels ont concerné la gestion du personnel.
- 9% des appels ont concerné chacune des activités suivantes : la gestion des lits, l'approvisionnement et la recherche de dossiers de patients.
- 4% des appels ont concerné des problèmes d'ordre technique.
- 2% des appels ont couvert l'ensemble des autres demandes.

Activités du cadre :

Le travail du cadre de permanence apparaît très diversifié. Les appels imprévisibles qu'il reçoit, rendent son travail peu suivi. Parmi les activités principales il est à noter :

la signature d'imprimés d'autorisations de sorties (30%), la vérification des documents réglementaires d'admission des patients en hospitalisation d'office (4%), les appels et les réponses au Directeur de garde (6%), la

recherche de lits disponibles en interne et externe (9%), la négociation avec les médecins, les appels au pharmacien de garde pour la délivrance de stupéfiants et les approvisionnements dans les unités (9%), la recherche de dossiers patients (8%), l'évaluation de la charge de travail, la recherche d'agents de remplacement, la réorganisation des plannings (13%), le transport de corps d'enfants à la morgue, l'information et l'accompagnement des familles (8 %), le soutien aux équipes (6%), les appels aux services de sécurité ou autres, en cas de défaillance de matériel...

Les secteurs d'intervention du cadre :

Trois secteurs ont principalement recours au cadre de garde, le pôle de psychiatrie (23%), le pôle de médecine physique réadaptation (11%) et le pôle thoracique et cardio-vasculaire (10%).

Dans les unités de psychiatrie, l'enquête met en exergue une très forte demande, notamment en ce qui concerne les admissions (40%), les permissions (25%) et la gestion des lits (12%).

A contrario, elle pointe un faible taux de demandes des secteurs d'odontologie, de neurologie et d'ophtalmologie.

Les autres spécialités se répartissent assez équitablement le temps du cadre de garde.

2.1.2 *Permanence du dimanche et des jours fériés*

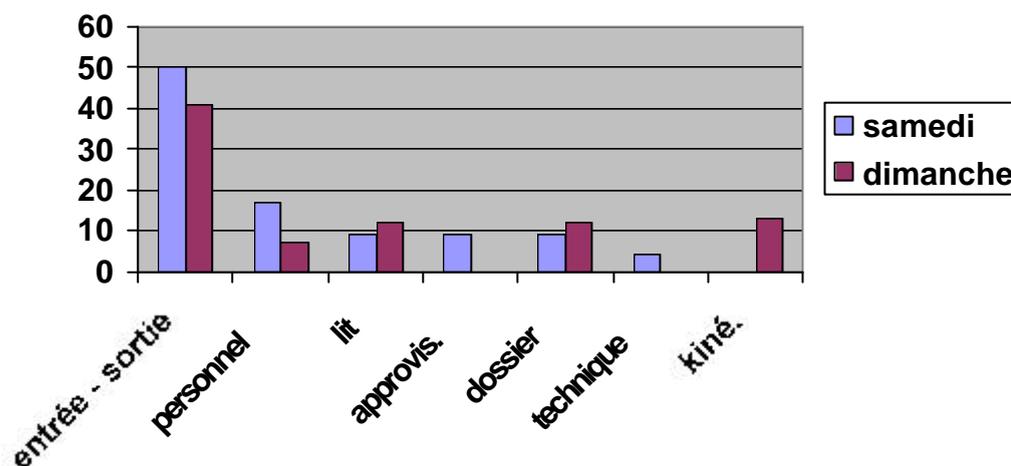
L'étude réalisée sur 16 jours, par 48 cadres ayant effectué une à deux gardes chacun, a débouché sur l'analyse de 48 documents, c'est à dire 100% de l'activité de la période d'enquête.

Les résultats font apparaître le même niveau d'information.

Domaines d'intervention du cadre :

- 87% des cadres ont été appelés pendant leur garde.
- 41% des appels ont concerné l'accueil, l'admission, la sortie, la permission ou le décès des patients .Sur l'ensemble de ce volume 26% relèvent des permissions, 37% sont en lien avec les décès
- 13% des appels ont concerné la gestion du planning du kinésithérapeute.
- 12% des appels ont concerné la gestion des lits et la recherche de dossiers médicaux.
- 7% des appels ont concerné la gestion du personnel
- 15% des appels restants ont représenté des demandes très variées dont le pourcentage individuel est très faible.

Schéma des domaines d'intervention du cadre



Activités du cadre :

L'activité du cadre de permanence le dimanche ou les jours fériés est sensiblement identique à celle du samedi. Toutefois, nous constatons quelques particularités telles l'enregistrement des prescriptions de kinésithérapeute, le dépôt de biens des patients hospitalisés, l'appel aux familles, au Directeur de garde et au commissariat en cas de fugues, l'information et la vérification du respect de la procédure lors d'accidents d'exposition au sang, la gestion des documents (signatures médicale,

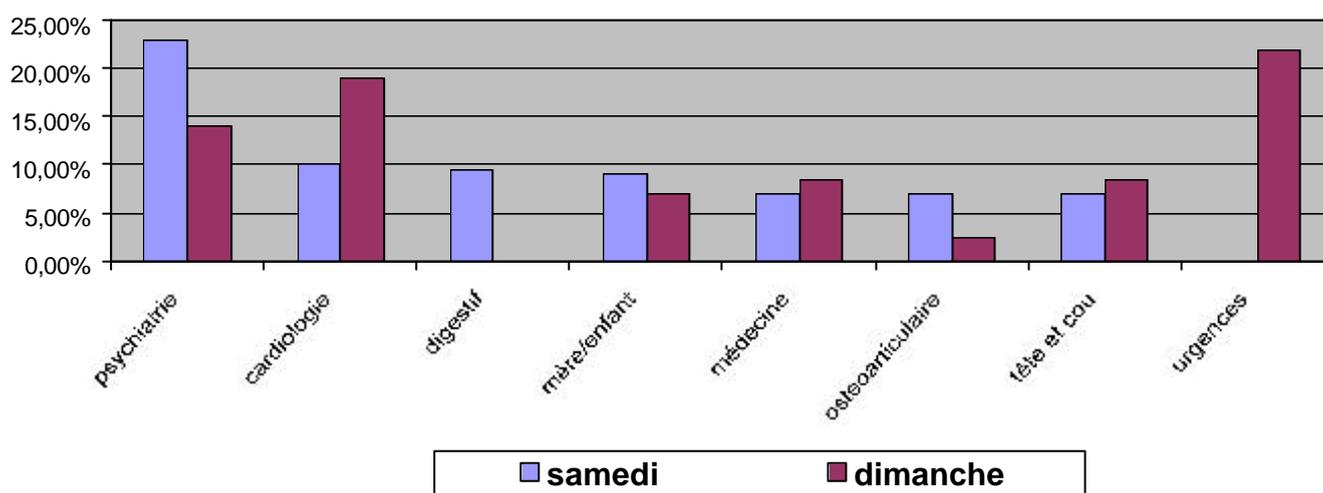
administrative et familiale) lors de transport de corps, l'organisation de la prise en charge de l'hébergement des accompagnants, la réception des plaintes des usagers...

Les secteurs d'intervention du cadre

Trois départements ont principalement recours au cadre de permanence, le pôle des urgences (22%), le pôle thoracique et cardio-vasculaire (19%) et la psychiatrie (14%).

Le taux d'appels du pôle thoracique et cardio-vasculaire est peut-être sous-estimé. En effet, 11% d'appels sur ce site n'ont pu être attribués à un pôle par défaut de précision du cadre de permanence.

tableau comparatif des secteurs demandeurs



2.2 Exploitation par domaine d'intervention

La permanence des cadres renvoie à 6 grands domaines d'activité :

- l'accueil et l'admission
- la sortie, la permission et le décès
- la gestion des lits
- le dossier patient

- les ressources humaines

- la kinésithérapie

2.2.1 *L'accueil et l'admission*

12 types de recours au cadre sont identifiés dans cette étape de la prise en charge du patient. 92% sont des actions d'ordre administratif (ces activités montrent la dominante du travail du cadre de garde) :

- la vérification de la conformité des certificats nécessaires à l'hospitalisation d'un patient
- la recherche de médecin pour la signature de certificat lors d'hospitalisation d'office
- l'appel au directeur de garde pour information : admission d'un patient en HO, d'un patient de la maison d'arrêt
- la recherche et la diffusion d'information en lien avec l'admission d'un patient (famille-gendarmerie)
- la gestion et la programmation d'hospitalisation
- le contrôle du respect des procédures d'admission d'un patient venant de la maison d'arrêt
- le dépôt de bien et de valeur
- le transfert de documents vers la Préfecture
- l'apport d'informations d'ordre général au standard (ex. : renseignement sur la présence médicale).

2.2.2 *La sortie, la permission, le décès*

11 variétés d'interventions sont observées à ce niveau de la prise en charge, quel que soit le mode de sortie.

60% d'entre elles sont d'ordre administratif ou médico administratif.

18% d'entre elles relèvent des soins.

9% sont en lien avec la logistique.

Les situations qui monopolisent le plus le cadre dans ces gardes sont les permissions et les décès. Dans ce domaine, les actes principaux répertoriés sont :

- des signatures, validant l'autorisation de sortie
- des rapports écrits, relatant les faits au moment de la fugue
- des déclarations de fugue à la gendarmerie et au Directeur de garde

- la recherche de médecins pour compléter les certificats non conformes (absence de signature)

- l'accompagnement et le soutien des familles au moment du décès
- le transport de corps d'enfant du service de soin au service mortuaire.

2.2.3 *La gestion des lits*

Cette activité varie en intensité sur la journée et selon les jours de la semaine (plus conséquente le dimanche). Elle apparaît conjointe à l'activité médicale et à l'organisation de l'encadrement des urgences.

L'intervention du cadre vise l'évaluation, le contrôle, la négociation, l'information, la proposition et l'exécution de la décision.

Elle est concentrée sur la recherche de lits et de mesures palliatives permettant d'attendre des solutions plus adaptées.

2.2.4 *Le dossier Patient*

La recherche des dossiers des patients est une activité, même si elle n'est pas dominante, qui apparaît quelle que soit la permanence, pointée par l'ensemble des cadres.

Elle concerne les patients connus de l'établissement ou ceux transférés dans une autre unité.

Elle consiste à rechercher aux archives, dans les secrétariats, en radiologie, sur le fichier informatique, dans le service clinique, ce document nécessaire aux médecins.

2.2.5 *Les ressources humaines*

Le cadre intervient en direction des usagers et des soignants. Si le patient mobilise le maximum de temps du cadre, il ne peut être fait abstraction de la gestion du personnel soignant.

Dans l'étude, deux situations ont justifié l'appel au cadre de permanence :

- les arrêts maladie
- la demande supplémentaire d'effectif.

Elles ont nécessité :

- une évaluation de la situation de l'unité concernée et du secteur potentiellement susceptible de pouvoir apporter une aide
- des appels téléphoniques (internes ou externes)
- des négociations.

Les réponses se sont traduites par :

- un réajustement des plannings à effectif constant

- un réajustement des plannings en intégrant un remplacement spontané
- des modifications sur les planifications de la semaine suivante
- des redéploiements
- des refus d'augmentation d'effectif...

2.2.6 *La kinésithérapie*

L'enquête fait apparaître sur un site une action particulière du cadre de permanence : la gestion du planning du kinésithérapeute.

Il assume une fonction relais entre la prescription médicale et l'acte de soin spécifique. Pour ce faire :

- il réceptionne les demandes des services et informe le professionnel des besoins
- il répond aux sollicitations du kinésithérapeute à la recherche de son activité.

Les résultats obtenus ont été confrontés au contenu du cahier de garde des Directeurs dans le but de valider les résultats de l'enquête.

2.3 Etude du cahier de garde

L'étude a porté sur la même période que l'enquête des cadres et sur les mêmes plages horaires que les permanences. Elle a respecté exactement le périmètre, exclusions comprises.

Sur les 326 appels recensés, la moitié émanait des cadres. 77% d'entre eux venaient du pôle de psychiatrie et concernaient des problèmes de fugues, de démarches d'admissions et de permissions de sortie. Une gestion de l'absentéisme des équipes des services généraux se surajoute à l'activité du cadre le dimanche, sur ce secteur.

Nous notons une convergence entre les résultats de l'enquête des cadres et l'étude du cahier de garde des directeurs notamment, sur le secteur de psychiatrie. L'activité du cadre de permanence de psychiatrie apparaît étroitement liée à celle du Directeur de garde, particulièrement dans le domaine des admissions et des sorties soit temporaires, soit par fugues. Ce phénomène peut être rattaché à la gestion des lits.

2.4 Synthèse du discours des cadres

Les échanges avec les cadres ont principalement porté sur leurs attentes et un partage d'informations.

Les principales attentes perçues :

Ils interrogent par exemple sur la conduite qu'ils doivent avoir en début de garde. Doivent-ils passer systématiquement dans toutes les unités et anticiper les besoins ou attendre dans leur bureau les sollicitations ? Ils expriment une attente de directives.

Ils demandent également une harmonisation des pratiques, à avoir connaissance du fonctionnement des modes de remplacement des agents dans les unités. En un mot, ils attendent une politique générale du système de gestion des absences.

Ils contestent leur présence sous le prétexte de ne pas avoir été appelés pendant leur garde. Par cette manifestation, ils sont en attente d'une explication, du sens à donner à leur présence sur place.

Les principales informations retenues :

Ils relatent leurs activités durant la garde et exposent les problèmes qu'ils ont eus à régler.

Ils pointent des dysfonctionnements telle la mauvaise gestion des stocks de linge le vendredi pour le week end.

Ils insistent sur les tâches qu'ils considèrent ne pas relever de leurs attributions.

Ces échanges enrichissent et confortent certains résultats de l'enquête.

3. Discussion

3.1 Discussion de la méthode

La participation massive des cadres (83,79%) a montré l'attachement des professionnels à rechercher des solutions concertées pour mieux définir collectivement les fonctions et missions du cadre de permanence. Toutefois, si la participation globale est plutôt bonne compte tenu du contexte, nous pouvons nous interroger sur le taux plus faible du samedi. Le samedi 49% des cadres n'ont pas participé à l'enquête. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées : l'organisation du travail le samedi est différente de celle du dimanche (confirmation obtenue lors des échanges informels avec les cadres après l'enquête). En raison de la taille du secteur et de sa connaissance (appartenance au pôle), le cadre

passé systématiquement dans toutes les unités et règle spontanément l'ensemble des problèmes. De ce fait, les appels au cadre sont réduits, voire parfois inexistant. Certains cadres ont peut-être omis de tracer cette activité. D'autres ont peut-être appliqué « à la lettre » la consigne de traçabilité des appels et n'ont pas jugé nécessaire de faire connaître cette activité. Il aurait donc été judicieux de demander plus clairement aux cadres de retracer toutes les activités qu'ils avaient réalisées, soit de leur propre initiative soit sur appels des professionnels.

Le dimanche la taille des secteurs ne permet pas cette organisation. Les cadres répondent aux sollicitations ce qui peut expliquer pour partie, le taux de 100% de réponses.

Les informations recueillies apportent des renseignements exploitables. Néanmoins, le choix retenu du « contenu de la fiche » induit les limites de l'enquête : l'ensemble des activités n'a pas été répertorié comme nous le souhaitons. Cependant les échanges réalisés avec les cadres permettent de penser que nous avons connaissance de la pluralité des tâches.

Par ailleurs, le traitement des données n'a pas permis de réaliser des analyses statistiques complexes (type croisement de variables). Nous pouvons le regretter mais, compte tenu des éléments recherchés, cela ne semblait pas essentiel.

3.2 Discussion des résultats

Les résultats obtenus donnent des informations claires sur ce que fait réellement le cadre durant la « garde » : les réponses sont précises et les actes identifiés (voir exploitation des résultats). L'activité apparaît aussi diversifiée que l'a décrite H. Mintzberg. Le cadre passe d'une activité à une autre sans forcément de lien. Pour autant, elle est principalement centrée autour du patient 47% le samedi, 44% le dimanche (admission – séjour – sortie temporaire ou définitive – décès...), de la famille 9% le samedi, 14% le dimanche (information – accompagnement...) et du personnel 44% le samedi, 27% le dimanche (organisation du travail, effectif, aide...). Elle correspond à des situations ou des événements soit familiers au cadre dans son travail quotidien (gestion des lits, des soins, des ressources humaines...), soit exceptionnels et/ou spécifiques à une activité de garde (signature des permissions, transport de corps à la morgue, gestion du planning du kinésithérapeute, recherche de dossiers et toutes autres actions plus ponctuelles). Ces

résultats peuvent être rapprochés des paroles des cadres reçues d'une manière informelle : les cadres disent faire moins de gestion de personnel le dimanche que le samedi et avoir plus à faire aux familles le dimanche que le samedi, les résultats de l'enquête le confirment.

3.2.1 *La gestion des lits*

La gestion des lits dans le contexte de la garde se singularise par l'étendue du secteur à couvrir. En deçà, la pratique reste proche du travail habituel du cadre : recherche de lits pour les urgences, pour les établissements extérieurs, négociations avec les médecins, évaluation de la charge de travail des équipes, stratégie de communication avec les soignants, information aux urgences et/ou au Directeur de garde... La diversité de ces tâches se retrouve dans le discours des cadres. Dans cette démarche d'urgence, le cadre propose souvent des mesures palliatives qui permettent d'attendre une réponse mieux adaptée. Son expertise en fait un collaborateur précieux dans la prise de décision. De plus, il joue un rôle d'agent de liaison entre les différents acteurs par la position d'interface qu'il occupe.

3.2.2 *La gestion des ressources humaines*

La gestion des ressources humaines en service de garde, se caractérise pour sa part, par le volume d'agents à maîtriser (l'ensemble des soignants de l'établissement) et par la réactivité immédiate que doit avoir le cadre en cas d'absence d'un professionnel afin de garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins. Dans cette situation il est amené à prendre des initiatives telles que déplacer ou pas un agent d'un secteur à un autre, rappeler un professionnel à son domicile, déléguer à l'équipe la réflexion de concevoir une solution tout en gardant la responsabilité de la décision finale. Lors des échanges les cadres font souvent référence à ces différentes démarches. A aucun moment ils ne font état de documents référentiels permettant la mise en œuvre de procédures dégradées. Chacun réagit selon sa propre conception de l'organisation du travail. Dans cette situation, le cadre se présente comme un répartiteur des ressources, un entrepreneur. Il a un pouvoir de décision.

3.2.3 *La gestion administrative*

La gestion administrative est une activité prépondérante dans la permanence des cadres. Elle se situe globalement à deux niveaux de la prise en charge du patient : à l'accueil et à la sortie. Pour un certain nombre d'actes, elle relève de la gestion des soins dans son aspect administratif tels l'accompagnement des familles dans les

démarches administratives en cas de décès, l'évaluation et la recherche de mise en conformité des documents relatifs au régime d'hospitalisation de certains patients, le regroupement dans le dossier des informations nécessaires à ces soins et la signalisation d'une fugue au commissariat... Pour d'autres, elle apparaît purement administrative au sens précisé dans la lettre de la Direction des Hôpitaux, du 30 juin 1998. C'est le cas notamment de la signature des permissions. Dans cette activité le cadre agit en lieu et place du Directeur de garde en signant les imprimés de permissions de sortie. De ce fait, il apparaît délégataire. Or l'admission et la sortie d'un établissement de soins sont prononcées, réglementairement, par le Directeur ou son représentant, sur avis médical. La délégation lorsqu'elle est autorisée suppose un écrit précis de l'acte de délégation (matière déléguée, qualité du délégant et du délégataire). Aucun document de cette nature n'apparaît dans l'enquête, aucune mesure d'ordre intérieur.

Ainsi la pratique observée tend à confirmer l'hypothèse selon laquelle il importe de mieux définir le contenu de la permanence des cadres de santé infirmiers à l'hôpital, afin de garantir le respect des champs de compétences des professionnels et apporter un éclaircissement sur leurs missions et fonctions.

L'activité de gestion administrative souligne à nouveau le rôle important de liaison du cadre de permanence : il développe, avec les professionnels du terrain et les familles ou le Directeur de garde, des échanges au bénéfice mutuel de celui avec lequel il est en relation. Dans ce domaine il est l'interlocuteur privilégié du Directeur de garde. Il transmet les informations nécessaires à la prise de décision (il a un rôle de contrôle et d'évaluation de toutes les formalités législatives et protocolaires obligatoires en cas de demande d'admission d'un patient psychiatrique par exemple). Pour donner un véritable sens au travail de complémentarité et de collaboration réalisé et diminuer le risque de contestation induit par l'incompréhension, il paraîtrait souhaitable de mieux définir le positionnement du cadre dans l'activité de garde à l'hôpital.

En dehors des heures d'ouverture des bureaux administratifs, le cadre assure une fonction de régisseur en offrant aux patients hospitalisés la protection de ses biens et valeurs (démarche écrite et validée institutionnellement).

3.2.4 *La gestion des risques*

La gestion des fugues dans une activité de « garde » ne diffère en rien du quotidien si ce n'est le nombre de cas à traiter pour un seul et même cadre. Le contexte met bien en exergue le rôle du cadre dans la démarche. Il entretient un véritable réseau de

communication. Positionné au cœur du dispositif, il assure la jonction entre l'ensemble des professionnels concernés par cet acte : les soignants, les médecins, le Directeur de garde, la famille, les structures extérieures comme le commissariat de police. Il recueille l'information, organise les recherches, établit un rapport, informe la Direction, les familles, le commissariat dans les meilleurs délais. La fugue qui est susceptible d'entraîner la mise en cause de la responsabilité des services hospitaliers doit être gérée avec efficacité tant pour la sécurité du patient que celle de l'institution. L'enquête a bien mis en exergue cette dimension, faisant apparaître une communication interactive entre les différents acteurs. Le cadre assure le transfert d'informations. Il est à la fois observateur actif, diffuseur et porte-parole. Néanmoins, cette activité mériterait d'être décrite dans les missions du cadre afin de donner du sens au travail de complémentarité et de collaboration nécessaire à la réalisation de cette tâche.

3.2.5 *La gestion des dossiers*

La gestion des dossiers patients est une activité du cadre purement spécifique à la permanence. Elle répond à un ensemble de dysfonctionnements : une complexité de l'archivage central des dossiers patients, un non-respect de la procédure d'archivage par les unités, un non-respect de la procédure de transfert du dossier lors du changement de service d'un patient, une absence de traçabilité du circuit du dossier lors des examens et à l'absence de secrétaire les week-ends et les jours fériés. Par défaut, certains cadres pallient en répondant aux besoins des unités. Cette expérience amène à s'interroger sur la pertinence d'inclure dans les missions du cadre de permanence, cette activité sur le principe de « qui peut le plus, peut le moins » et sur la nécessité pour le médecin de disposer des éléments essentiels pour la prise en charge du patient. Toutefois en l'absence de précision d'un tel choix, nous observons des modes de fonctionnement différenciés d'un cadre à un autre. Les uns prennent en charge cette activité, les autres non. Chaque professionnel agit selon sa propre conception du travail de garde. Les démarches ne sont pas intégrées dans un ensemble cohérent. Les réponses sont individualisées au détriment de l'égalité et de la qualité des soins. L'hypothèse selon laquelle il est nécessaire de mieux définir le contenu de la permanence des cadres de santé infirmiers à l'hôpital nous paraît pertinente, afin d'apporter un éclaircissement sur leurs missions et fonctions. Cette précision serait pour les cadres un repère, une référence qui viserait à harmoniser les pratiques et à diminuer le nombre de situations équivoques.

3.2.6 *La gestion de l'activité de kinésithérapie*

La gestion de l'activité de kinésithérapie dédiée au cadre de permanence, le dimanche, sur un site, peut être un argument plutôt en faveur de la seconde hypothèse à savoir : « non il n'y a pas nécessité à mieux définir le contenu de la garde des cadres infirmiers à l'hôpital » parce que l'imprécision offre la possibilité de moduler l'activité du cadre en fonction du besoin. Par exemple le nombre réduit de kinésithérapeutes le dimanche ne permet pas le maintien de la pratique habituelle. Le kinésithérapeute sollicité pour l'urgence est absorbé par l'activité directe auprès du patient. Il ne peut assurer l'activité indirecte de régulation des appels. De ce fait, les professionnels se sont appropriés l'espace de liberté laissé par l'absence de précision des missions du cadre. La gestion administrative des appels est assurée par le cadre de permanence, organisation qui relève vraisemblablement d'un accord tacite bien antérieur aux personnes aujourd'hui concernées : il assure un rôle de réception et de transmission de l'information. La question de la pertinence de ce choix ne se pose pas en termes de compétence mais plutôt en termes de valeur ajoutée, de bénéfice. Si des avantages en termes d'organisation peuvent être avancés, ce fonctionnement présente des risques : glissement de tâches, pratiques divergentes, inégalité des soins, contestation en raison de l'absence de consensus...

3.3 Questionnement

Tout au long de cette recherche, nous constatons que le mécontentement des cadres est pour partie révélateur de dysfonctionnements ou de problèmes d'organisation qui sont moins perceptibles au quotidien. Nous en prenons pour preuve le classement des dossiers médicaux. Cet exemple nous démontre la responsabilité collective engagée par le travail « mal fait » dans la semaine et l'incidence sur une période cible comme la garde (des résultats d'examen pas ou mal rangés par l'infirmière, des examens du dossier enfermés dans les bureaux médicaux ou gardés par-devers l'assistante sociale, des dossiers entreposés dans des endroits inhabituels par la secrétaire ou encore, non enregistrés par le service des archives... autant de situations qui peuvent complexifier le travail de garde).

La difficulté d'accès à l'information fait référence à la notion de dysfonctionnement et les pièces manquantes au dossier, qu'il faut aller chercher, à un problème d'organisation.

En semaine chacun des acteurs interpellé peut remédier à cette désorganisation, en garde le garde doit faire face à des inconnues.

La garde ne serait-elle pas révélatrice d'un besoin de changement ?

Cette étude a également démontré une organisation des permanences pas toujours optimisée. En effet, le samedi 40% des cadres présents dans l'établissement et ayant participé à l'enquête ne sont pas appelés. L'organisation en place est très consommatrice de moyens. Elle génère un volume d'heures ou de journées de récupérations proportionnel au nombre de cadres présents et a, de ce fait, une incidence sur la présence de l'encadrement en semaine. Dans le contexte actuel de restrictions budgétaires, de pénurie de cadres soignants et de politique de réduction du temps de travail, la responsabilité du Directeur des soins est engagée. N'y aurait-il pas là aussi, nécessité à mieux définir le contenu de la permanence afin d'adapter les effectifs au plus près des besoins ?

Ainsi, la réalité semble corroborer notre première hypothèse de départ. Elle tend vers la nécessité à mieux définir le contenu de la permanence des cadres. Au-delà des arguments développés, cette démarche présenterait l'intérêt de mieux réguler les appels au cadre de permanence qui aujourd'hui est sollicité pour tout ou rien. Il serait recentré sur ses missions.

La conception de la « garde » et le concept de cadre que nous avons développé dans la première partie, conjugués à l'analyse de la réalité des permanences sur le terrain, nous conduit à suggérer une définition des missions du cadre de permanence, un fiche de poste ainsi qu'une fiche de tâches. Ces documents pourraient servir de référence dans l'attente de documents plus officiels.

C – PROPOSITIONS

Nous avons vu précédemment qu'il n'existe pas de document référentiel sur lequel s'appuyer pour organiser et définir l'activité de permanence des cadres de santé infirmiers, à l'hôpital. Pour autant elle est reconnue nécessaire à la fois par la Direction des Hôpitaux qui rappelle les limites de l'activité du cadre dans cet exercice en faisant notamment référence aux tâches administratives, par les Pouvoirs Publics qui accordent son maintien à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 2005 dans les établissements autorisés et par l'ensemble des Hôpitaux qui l'ont mis en place.

L'étude que nous avons menée a également permis de mettre en évidence certaines causes du mécontentement des cadres, à savoir des activités qui ne relèvent pas habituellement de leur travail, tels les signatures des permissions, le transport de corps à la morgue... ces dernières résultent pour partie d'un manque de précision de leur mission mais aussi, de dysfonctionnements ou de problèmes d'organisation comme nous l'avons soulevé précédemment. Pour améliorer la situation, nous proposons une définition des missions du cadre de permanence. Toutefois il conviendrait d'effectuer parallèlement un travail de fond sur ces dysfonctionnements et ces problèmes d'organisation : démarche qui ne peut être réalisée dans le cadre de ce travail de recherche.

La permanence des cadres n'apparaît donc pas remise en cause en tant que telle. Ce qui fait débat et qui nécessite une prise de décision relève de son contenu c'est à dire des activités. Il appartient donc au Directeur des soins, responsable du service infirmier, de mettre en place le mode d'organisation le plus approprié en lien avec le projet d'établissement et les moyens mis à sa disposition, de définir les missions et fonctions de l'encadrement.

De la même façon, les cadres infirmiers responsables d'unité, doivent mettre en place une organisation qui prévoit un fonctionnement 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, de telle sorte que les relais de permanence n'aient qu'à régler les problèmes imprévus ou à superviser les situations à risques.

Dans ce contexte il convient de proposer des « outils » d'aide au fonctionnement de la permanence des cadres de santé infirmiers, en s'appuyant sur les éléments rapportés par

l'enquête et la recherche théorique entreprise : nous suggérons de réaliser, en collaboration avec les cadres du groupe de travail, un descriptif des missions du cadre de santé de permanence et d'élaborer une fiche de poste et une fiche de tâches. Ces documents seront présentés au groupe de Directeurs de soins pour avis et au coordinateur général pour validation.

Ils deviendront des documents référentiels institutionnels. Ils pourraient être remis à chacun des cadres de l'établissement par la direction du service de soins infirmiers, dès leur prise de fonction, en même temps que la fiche de poste pour lequel ils sont candidats. Ils pourraient être présentés et diffusés aux Directeurs de l'établissement qui assurent des gardes, par le Coordinateur Général, en réunion de direction. Ils pourraient aussi être portés à la connaissance du corps médical, par une présentation en CME et aux soignants lors de la CSSI.

Toutefois, il est à noter que les propositions formulées ici sont avant tout destinées à la Direction des Soins du CHU où l'enquête a eu lieu. Il est cependant tout à fait envisageable qu'elles puissent être transposées à d'autres établissements sous certaines conditions d'adaptation.

Il importe de préciser que la « garde » des cadres ne vaut que par la qualité des prestations qu'elle peut apporter. La rejeter revient à nous priver d'une expertise, d'un encadrement que nous avons évalué comme indispensable. Toutefois, une « permanence » des cadres de santé infirmiers a ses limites et nous ne prétendons pas que la présence d'un cadre peut supprimer toutes les difficultés, telle la recherche de dossiers patients. C'est au niveau institutionnel que certaines solutions doivent être pensées pour limiter le mécontentement des agents, recentrer les professionnels sur leur métier et diminuer la charge induite (l'utilisation de l'informatique, le respect des procédures par exemple...). Le Directeur des soins est impliqué dans cette recherche. Il participe à la réflexion, fait remonter les besoins, apporte son expertise du terrain, prend part à la discussion et la fait appliquer. Il veille au respect des règles établies par un échange permanent avec l'encadrement.

La démarche de production de ces référentiels est à l'initiative de la Direction des Soins où a eu lieu l'enquête. Cette mission nous a été confiée et nous avons retenu la démarche suivante :

- constitution d'un groupe de cadres pour travailler sur les différents référentiels et le contenu d'une « valise de permanence ». Son contenu qui reste encore à définir s'oriente sur des informations nécessaires à l'exercice de la garde tels un bip, des

protocoles ou informations sachant où les trouver, des listes de numéros de téléphones...).

- Repérage des activités du cadre à partir de l'enquête.
- Echanges avec le groupe de cadres pour enrichir les éléments de l'enquête.
- Définition des missions du cadre à partir de notre expérience, du travail de recherche théorique que nous avons effectué et de l'activité repérée.
- Identification des compétences requises pour remplir ces missions.
- Inventaire des tâches à réaliser dans le cadre de ces missions.

La constitution de ces documents référentiels vise deux objectifs principaux :

- l'un est orienté vers le cadre pour disposer des informations précises sur les attentes et les exigences de l'institution.
- L'autre est orienté vers l'institution pour disposer de références communes, partagées et inscrites dans une démarche qualité.

1 Les missions du cadre de permanence

La principale déficience de notre système de permanence réside dans l'inexistence de précision du travail du cadre. Cette lacune est dommageable pour les professionnels qui ne connaissent ni les limites ni les exigences de la fonction et qui de plus, n'ont pas l'assurance d'exercer dans les conditions légales, sécurisées et attractives.

Cette responsabilité incombe au Directeur des Soins. Pour ce faire, il nous semble important de bâtir une base commune pour l'ensemble des professionnels assurant cette mission d'intérêt général, par une définition des missions du cadre clairement énoncées.

Le bien-fondé de nos propositions repose sur le respect des métiers, des compétences et du cadre réglementaire, le bon sens et la cohérence institutionnelle .

Notre objectif vise, au-delà de la clarification des missions du cadre de permanence, à définir les modes concrets de collaboration entre le cadre et les autres acteurs de la permanence. Il vise particulièrement à développer une synergie entre les activités du cadre et celles du Directeur de garde.

Cette démarche présente aussi l'intérêt d'asseoir une reconnaissance de la fonction de cadre de permanence. En effet, produire des documents de référence spécifiques à cette activité et organiser une validation collégiale, c'est formaliser le positionnement de celui qui la pratique et le reconnaître dans l'institution comme acteur à part entière.

1.1 Définition des missions du cadre de permanence

Les missions d'un cadre de santé infirmier sont abordées à l'institut de formation des cadres de santé dans le module 1 de la formation. Elles sont définies selon huit axes (soin, gestion, management, information, communication, formation, recherche, évaluation). Trois de ces missions habituelles paraissent exclues du champs de la permanence : le management, la formation et la recherche. En effet, en garde le cadre n'anime pas de réunion pour initier et maintenir une dynamique d'équipe. Il ne participe pas à des réunions de travail. Il n'entretient pas de relations de suivi avec les agents, les malades et les familles. Il n'encadre pas de stagiaire. Il ne participe pas à la sélection du personnel. Il n'élabore pas de projet et n'effectue pas de travail dans le domaine de la recherche.

Il intervient uniquement dans des situations ponctuelles.

Dans les autres domaines son action est aussi limitée dans le temps, toutefois il est à noter des points de convergences de dimensions souvent différentes en raison de l'étendue de son périmètre d'action. Il s'agit par exemple de son rôle dans la communication, l'information, la coordination, la gestion...

Au regard de ces données nous avons retenu une mission des missions du cadre de permanence que nous présentons selon leur type :

1-1-1 *La mission principale*

La mission principale du cadre de permanence est d'assurer sur place, une permanence d'encadrement des soins pour répondre à l'urgence et garantir la continuité de fonctionnement des services et des équipements.

- Assurer la permanence d'encadrement des soins.

Le cadre de permanence n'est pas affecté à une unité ou un secteur comme dans son activité au quotidien. Il intervient en transversal sur l'établissement pour assurer tout ce qui relève de la gestion du service infirmier et de la gestion des soins, dans son domaine de compétences²⁰. Il est impliqué dans le fonctionnement général de l'hôpital et contribue à assurer, aux côtés du Directeur de garde, des médecins et des autres professionnels, les missions de service public de l'établissement de soins. Il est un des maillons du système. Il assure une veille permanente et une vigilance des situations à risques.

- Répondre à l'urgence.

Le cadre de permanence intervient dans les circonstances qui exigent une réponse immédiate, non prévue, dont le retard serait préjudiciable soit au patient et à son entourage, soit au soignant ou encore à la structure ou aux partenaires externes. Pour ce faire, il travaille en étroite collaboration avec différents partenaires : dans le cadre d'une hospitalisation par exemple, avec le médecin qui formule la demande, le Directeur qui autorise l'admission et les unités de soins qui accueillent l'usager, il coordonne et assure l'interface ; dans le cas d'une panne sur un appareil, d'un début d'incendie, d'une agression... avec les experts du problème à traiter, il évalue, alerte et organise l'intervention ; dans le cas d'un soignant en « détresse » il établit une relation d'aide.

- Garantir la continuité de fonctionnement des services et des équipements.

Le cadre intervient en cas d'événement imprévu : en cas de besoins humains (défection de personnel par l'absence d'un agent, un effectif insuffisant par augmentation d'activité...) ou en cas de besoin matériel (rupture de stocks pour le linge, les médicaments...). Il veille activement à la continuité des soins et adapte l'organisation afin de maintenir la qualité et la sécurité de ceux-ci.

1-1-2 *Les missions permanentes*

Les missions permanentes du cadre apportent une précision sur les activités principales. Elles peuvent être regroupées en six grandes missions :

- Préserver la qualité et la sécurité des soins dispensés aux usagers et les conditions de travail des agents du service infirmier.

Cette mission vise à :

- assurer la gestion quantitative et qualitative des ressources humaines. Pour ce faire, le cadre a la charge de maintenir les

²⁰ République Française, 2002 – Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier – Journal Officiel de la République Française – n°40 du 16 février 2002.

effectifs qui ont été définis pour l'activité des unités. Face aux aléas il évalue le problème, la charge en soins, les ressources et prend

les mesures qui s'imposent. Il mobilise les ressources disponibles ou fait appel aux agents de «réserve ». Il veille au maintien des compétences imposées par les textes réglementaires ou par la spécificité du poste. Si besoin, il recherche une organisation palliative en collaboration avec le corps médical.

- Respecter autant que faire se peut, les organisations en place.
- Faire respecter les protocoles établis. Informer, rappeler les procédures.
- Approvisionner les unités de soins lors de rupture de stocks en matériel, dispositifs, produits pharmaceutiques, linges ou autres...
- Contrôler la présence des agents au travail
- Etre le référent pour les évènements se rapportant au soin.

- Aider les équipes paramédicales à assurer la continuité des soins et à faire face à l'urgence.

Cette mission vise à :

- accompagner les équipes soignantes dans la gestion des situations difficiles telles les situations de violence.
- Apporter une réponse adaptée aux sollicitations des professionnels comme la recherche d'une information face à une situation exceptionnelle.
- Contribuer à la gestion des évènements particuliers se rapportant aux soins, par exemple la recherche de personne à prévenir.
- Conseiller et apporter des informations pratiques aux nouvelles infirmières.
- Aider les soignants à répondre aux besoins des malades et de leur famille.
- Rappeler certains protocoles tels les A.E.S.

- Assurer la communication et la coordination de l'information.

Le cadre, acteur et vecteur de l'information vers le corps médical, la direction, les unités de soins, les malades, les familles, les services techniques, généraux, médico- techniques, les partenaires du soin internes et externes... a pour mission de:

- réceptionner l'information qu'il répercute avec discernement et de façon adaptée vers les personnes concernées. Il est garant de la pertinence du message qu'il transmet.
 - Rechercher des informations auprès des médecins, des soignants, des familles... qui permettent de mieux comprendre l'événement à traiter (fugue, conflit, plainte...).
 - Analyser les dysfonctionnements pour lesquels il est sollicité et apporter des solutions.
 - Transmettre les données au Directeur de garde pour faciliter sa prise de décision.
 - Prévenir le commissariat de police lors des fugues par exemple.
 - Diffuser des informations vers les équipes qui les utilisent comme guide.
 - Contacter les personnes ressources tel le technicien de garde, en cas de problèmes particuliers.
 - Consigner ses observations et ses décisions par écrit au Directeur des Soins.
 - Etablir un rapport de garde pour assurer une traçabilité des évènements de la journée et une transmission des informations.
- Apporter une expertise lors des situations difficiles.
La mission du cadre consiste à :
- proposer au Directeur de garde et/ou aux médecins des solutions temporaires dans la gestion des lits, lors de « situation de crise ».
 - Amener les équipes à adhérer aux propositions retenues.
 - Apporter son expertise dans le domaine des soins infirmiers, de la gestion...par une connaissance approfondie des *process*, en vue de maîtriser tous les éléments d'évaluation.
- Participer à la gestion administrative du soin.
Le cadre a pour mission de :
- contribuer à l'accueil des usagers et à la vérification de la conformité des documents réglementaires en vue de l'admission de certains patients notamment en psychiatrie et en pédiatrie.

- Veiller au respect des procédures écrites réglementaires lors d'un décès, du transport de corps (signature des documents par le médecin et le Directeur de garde).
 - Transmettre ou mettre à disposition du médecin et du Directeur de garde les imprimés d'autorisation de sortie temporaire, pour signature (les signatures de permissions de sortie peuvent faire l'objet d'une « délégation » écrite administrative).
 - Collaborer avec le cadre des urgences, les médecins et le Directeur pour assurer la gestion des lits.
 - Coopérer avec le Directeur de garde pour tout événement en lien avec le soin.
- Entretenir une collaboration étroite avec l'ensemble des professionnels qui contribuent à la continuité des soins.

1-1-3 *Les missions ponctuelles*

Le cadre a pour mission de contribuer à la gestion des événements ponctuels se rapportant aux soins (enfants battus, personnes isolées, afflux de victimes...) ou ayant une incidence sur le soin (début d'incendie...).

1-2 Les préalables

La mise en place d'un système de garde des cadres infirmiers suppose des préalables :

- L'élaboration d'un projet émanant du service infirmier, en cohérence avec le projet d'établissement. Ce projet inscrit dans le projet de soins, construit avec l'encadrement, managé par la direction des soins et validé par la direction générale, pose les fondements de la garde des cadres. Finalisé par une définition des missions du cadre de permanence, par une fiche de poste et une fiche de tâches, il permet de lever un certain nombre de doutes, telles l'inquiétude de certains cadres à devoir « s'immiscer » dans les affaires de leurs collègues pendant le week-end (sentiment recueilli lors des échanges avec les cadres au cours de l'enquête), la peur de manquer de « savoir-faire » pour gérer les imprévus (appréhension

exprimée lors des rencontres avec les intéressés), la crainte de réaliser des actes qui ne relèvent pas de leurs compétences...

Le projet prend alors une forme institutionnelle : il éclaire sur les attentes et les exigences de l'établissement, il définit le périmètre d'action des uns et des autres sans pour autant cloisonner ni rigidifier l'organisation, il donne du sens aux collaborations et assoit la légitimité des différents acteurs.

- La clarification des zones d'ombre. S'il apparaît par exemple que certaines activités administratives inhabituelles aux cadres au quotidien, incombent aux cadres de permanence en raison de la taille de l'établissement, de la distance entre sites ou autres, il convient de rendre ces opérations conformes à la réglementation, par une traçabilité de la délégation.
- La présentation de l'organisation aux instances. Les modalités d'organisation de la permanence des cadres devraient être présentées pour information à la commission médicale d'établissement et à la commission du service des soins infirmiers, pour avis au conseil technique d'établissement afin qu'elles s'intègrent parfaitement dans le système général des gardes de l'établissement et qu'elles soient connues de tous les acteurs. Cette présentation pourrait figurer au même titre dans le règlement intérieur de l'hôpital.

2 La fiche de poste

La fiche de poste, comme la fiche de tâches, est un outil à l'intention des cadres de permanence. Elle s'inscrit dans le travail de réflexion que nous menons sur la garde des cadres de santé infirmiers. Elle précise les missions et exigences du poste. Elle renseigne sur les compétences et qualités attendues d'un cadre dans cette activité. Elle a pour but d'aider le cadre à situer son action lors de sa prise de fonction. C'est également un outil de base à disposition de l'établissement.

Fiche de poste : cadre de santé infirmier de permanence

Identification de la structure

Structure : CHU

Particularité géographique : 3 sites (centre , nord et sud de la Ville)

Profil du personnel : ensemble des agents du service infirmier du site concerné

Profil des usagers : les patients hospitalisés, les patients admis en urgence, les familles.

Identification du poste

Grade : cadre de santé

Fonction : cadre de permanence

Horaires de travail : 9h-17h (9h-18h secteur de psychiatrie). Le samedi, dimanche et jours fériés

Périmètre d'intervention : l'ensemble des unités du site d'affectation

Position dans la structure :

- ◇ liaisons hiérarchiques (Directeur de garde, Coordonnateur Général des soins)
- ◇ liaisons fonctionnelles (Corps médical, unités de soins, urgences, autres professionnels de garde...).

Missions du poste

Mission principale

Assurer sur place une permanence d'encadrement des soins pour répondre à l'urgence et garantir la continuité de fonctionnement des services et des équipements.

Missions permanentes

- ♣ Préserver la qualité et la sécurité des soins et les conditions de travail des agents.
 - veille au maintien des compétences
 - assure l'adéquation entre la demande en soin et les moyens humains, face aux aléas
 - fait respecter les protocoles et procédures établis
 - contrôle et approvisionne les unités de soins lors des ruptures de stocks.

- ♣ Aider les équipes paramédicales à assurer la continuité des soins et à faire face à l'urgence

- accompagne les soignants et les familles dans les situations difficiles et les évènements inhabituels
 - apporte des réponses aux sollicitations des professionnels
 - conseille et informe les nouvelles infirmières.
- ♣ Assurer la communication et la coordination de l'information.
 - gère l'information ascendante, descendante et transversale sur l'établissement
 - recherche et transmet les informations en lien avec la prise en charge d'un patient ou la gestion du personnel, tant en interne qu'en externe
 - facilite les liens et les échanges avec les services prestataires de garde
 - coopère avec le Directeur de garde
 - élabore un rapport de garde.
- ♣ Apporter une expertise lors des situations difficiles
 - est force de propositions dans le domaine de la gestion des lits, des conflits, en lien avec l'activité de soins et les ressources humaines
 - apporte son expertise dans le domaine des soins infirmiers
 - accompagne les familles en situation de deuil.
- ♣ Participer à la gestion administrative du soin.
 - Vérifie les certificats et documents réglementaires d'admission des patients en HO
 - Veille à la conformité des documents relatifs à la situation de décès et de transport de corps
 - Signe les imprimés de permission de sortie, par délégation
 - Collabore avec le cadre des urgences dans la gestion des lits
 - Coopère avec le Directeur de garde pour tout événement en lien avec le soin.
- ♣ Entretenir une collaboration étroite avec les professionnels qui participent à la continuité des soins ou au fonctionnement de l'hôpital.

Missions ponctuelles

Contribuer à la gestion des évènements ponctuels se rapportant au soin ou ayant une incidence sur le soin.

Particularités de la fonction

Le cadre de permanence travaille en lien direct avec le Directeur de garde. Il assure une veille active sur l'ensemble de l'établissement. Il fait face aux imprévus, gère ce qui ne peut attendre. Il est disponible pour toutes les unités de soins.

Compétences requises

La formation et/ou les qualifications requises

Diplôme de cadre de santé, filière infirmière.

IDE faisant fonction de cadre (ayant une année d'expérience dans la fonction d'encadrement).

Les connaissances particulières requises

Connaissances de l'institution.

Connaissances des protocoles et procédures (ou savoir trouver l'information).

Savoir rédiger un rapport.

Les qualités professionnelles requises

Sens du service public et de l'intérêt général.

Dynamisme et réactivité face à l'imprévu.

Esprit de coopération.

Savoir rendre compte.

Ecoute et disponibilité.

Diplomatie et sens de la communication.

Autorité et sens des responsabilités.

Facilité d'adaptation.

Savoir se positionner, prendre des initiatives, des décisions rapides mais réfléchies.

Capacité de négociation.

Autonomie.

Capacité d'analyse des situations d'urgences.

3. La fiche de tâches

La fiche de tâches est un document qui complète la fiche de poste. Elle apporte, sous une forme descriptive, de nouvelles précisions sur le travail attendu du cadre de garde.

Fiche de taches : cadre de santé infirmier de permanence

Fiche de taches : cadre de santé infirmier de permanence

Structure : CHU.

Site : X (identification du site d'affectation).

Profil du personnel : ensemble des agents du service infirmier du site concerné.

Profil des usagers : les patients hospitalisés, les patients admis en urgence, les familles.

Organisation du travail du cadre de permanence

Horaires de travail : 9h-17h (9h-18h secteur de psychiatrie). Le samedi, dimanche et jours fériés.

Périmètre d'intervention : l'ensemble des unités du site d'affectation.

Outil : bip de garde

Mode de fonctionnement : répondre aux sollicitations internes et externes qui nécessitent une réponse immédiate (unités, services prestataires ou autre, directeur de garde, médecins, patients, familles, hôpitaux, réseaux...), soit par communication téléphonique, soit en direct sur le terrain.

Assurer la liaison, la coordination de l'information qui en découle.

Principales taches liées aux missions du cadre de permanence

Gestion administrative des soins

- ◆ Vérification de la conformité des certificats nécessaires à l'hospitalisation d'un patient (Cf. HO et HDT) et information au Directeur de garde.
- ◆ Organisation du transfert des documents vers la préfecture (HO) et information au Directeur de garde.
- ◆ Contrôle du respect des procédures d'admission d'un patient venant de la maison d'arrêt (Cf. procédure) et information au Directeur de garde.
- ◆ Enregistrement de l'admission d'un patient sous X (Cf. procédure) et information au Directeur de garde.
- ◆ Vérification de la conformité du document relatif à l'abandon d'un enfant à la naissance (Cf. procédure), d'un accouchement sous X (Cf. procédure) et information au Directeur de garde.

- ◆ Vérification de la conformité de l'imprimé de déclaration de sortie contre avis médical (Cf. procédure) et information au Directeur de garde.
- ◆ Vérification de la conformité des certifications de décès (Cf. procédure) et appel au Directeur de garde.
- ◆ Signature (délégation) des documents de transport de corps, avant mise en bière, de l'imprimé de permission de sortie.
- ◆ Enregistrement du dépôt des biens et valeurs (Cf. procédure).
- ◆ Démarche de déclaration de fugue(Cf. procédure).
- ◆ Recherche des dossiers patients lors des ré hospitalisations ou accompagnement du médecin dans la recherche informatique de certains éléments du dossier.
- ◆ Encadre et organise les soins en cas d'afflux de victime.
- ◆ Rappel et vérifie le respect des procédures en cas d'AES.

Gestion des ressources humaines

- ◆ Evaluation de la situation en cas d'absentéisme ou d'augmentation ou de baisse d'activité .
- ◆ Recherche de solutions temporaires (Validation des propositions des équipes, réajustement des plannings, répartition des effectifs par mobilité interne dans le respect des compétences).
- ◆ Appel aux agents disponibles (Cf. procédure de remplacement des services, des listes téléphoniques).
- ◆ Appel au directeur de garde en cas de situation critique.

Gestion des lits

- ◆ Gestion de l'hospitalisation en lien avec le cadre des urgences. Bilan régulier des lits disponibles par intranet. Evaluation directe dans les unités en cas de saturation générale. Propositions de solutions au Directeur de garde (changement de chambre, lits supplémentaires, utilisation des lits réservés...).Négociation avec le Corps Médical.

Réapprovisionnement des stocks

- ◆ Evalue les besoins au regard de l'activité et fait appel au professionnel de garde.
- ◆ Réassort les stocks de stupéfiant, linge...

Gestion de l'information

- ◆ Transmissions avec le cadre des urgences et le cadre de nuit.
- ◆ Recueil, analyse, établi le diagnostique d'une situation appelant une décision urgente.

- ◆ Recherche et diffusion de l'information en lien avec l'admission d'un patient (Famille, gendarmerie).
- ◆ Transmission d'informations générales au standard.
- ◆ Communication permanente avec le Directeur de garde.
- ◆ Relation avec les familles, les partenaires du soin, dans et hors institution.
- ◆ Rédaction d'un rapport de garde.

Gestion des risques

- ◆ Assure une veille permanente.
- ◆ Passage dans les unités de soins.
- ◆ Analyse les risques en lien avec la demande de soins et en informe le directeur de garde.
- ◆ Fait respecter les consignes de sécurité.

Aide aux équipes

- ◆ Assure une relation d'aide et psychologique aux soignants lors de circonstances particulières.
- ◆ Accompagnement des familles dans les démarches administratives et jusqu'au dépôt mortuaire, lors d'un décès.
- ◆ Informe et accompagne les nouvelles IDE.
- ◆ Traite les conflits ponctuels entre les professionnels, entre les soignants et les familles .
- ◆ Assure une fonction conseil dans les évènements inhabituels.
- ◆ Transporte les corps des enfants décédés du service de soins au service mortuaire.

Gestion des problèmes techniques

- ◆ Appel les professionnels de gardes en cas de pannes ou d'accidents techniques.

Ces référentiels sont des outils faciles d'accès et d'emploi. Il importe de les dater et de ne pas négliger leur mise à jour. Ils apportent des réponses pratiques et concrètes sur le terrain aux directions (Directeur de garde et Directeur de soins) et aux cadres fonctionnels. Ils comportent des informations sur le métier de cadre de permanence à destination des directions, des cadres, des médecins, des soignants, des professionnels ainsi qu'aux accréditeurs de type ANAES.

Conclusion

La garde est aujourd'hui une activité intégrée dans le travail général du cadre de santé infirmier. Pour autant, le flou juridique et l'imprécision de l'activité qui entoure encore la notion de garde des cadres est tel que son étude a présenté l'intérêt de s'interroger sur « qui fait quoi ? ». Cette démarche est un préalable à la recherche d'une organisation hospitalière efficace et consensuelle. Ainsi l'enquête que nous avons effectuée dans un établissement, sous la forme d'une description des actions réalisées par les cadres, a permis d'objectiver le ressenti précisé en introduction. Les données recueillies tendent à montrer des dysfonctionnements et à confirmer l'absence de référentiels en termes d'informations sur le travail attendu du cadre de permanence.

Ces pratiques sont, pour partie, à l'origine des mécontentements des cadres. Elles ne pouvaient être corrigées en raison de l'absence de repères. C'est pourquoi nous avons proposé comme mesures à court terme, une définition des missions du cadre de permanence, une fiche de poste et une fiche de tâches.

Ainsi il est permis d'escompter une plus grande satisfaction des cadres par ce cadrage, une amélioration de l'image de leur travail et un repérage pour tous les acteurs. Ce résultat est d'autant plus important que l'établissement a d'ici quatre à cinq ans, à renouveler une grande partie de l'encadrement. Il y a donc nécessité à fidéliser les jeunes cadres en poste et à attirer les cadres potentiels parmi les infirmier(e)s en exercice.

Toutefois, conclure ainsi conduirait à mettre fin à une réflexion qui ne fait que commencer. En effet, le rôle du Directeur des soins ne se limite pas à la production de documents. Il consiste à les faire partager et à poursuivre le travail engagé, notamment à accompagner le groupe de cadres chargé d'enrichir la « valise de permanence » et de mettre à jour ou de participer à la rédaction des protocoles utiles à la permanence.

Les échanges fortuits qui ont eu lieu avec les cadres, pendant et après l'enquête, rendent compte de leurs attentes et confortent notre choix : ils sont unanimes à exprimer leur besoin dans ce domaine. Ce travail qui concerne la communauté hospitalière dans son ensemble, doit être impulsé et managé par le directeur des soins en collaboration avec le Directeur chargé de la gestion des risques, de la qualité, des usagers... selon la cible.

La production doit être multidisciplinaire.

Une même démarche doit être entreprise pour réduire les dysfonctionnements et rétablir les organisations.

De toute évidence, cette étude n'est pas terminée, elle n'est qu'une étape qui s'avérerait nécessaire. Nous souhaitons maintenant passer à la phase opérationnelle et mettre en place les solutions proposées et validées.

Bibliographie

REVUES

- Becouze O. *Des représentations du métier à la construction de l'identité professionnelle*. Recherche en soins infirmiers. Juin 1996, n°45, p 47-153.
- Cadet D. *Comment peut-on être cadre en l'an 2000?*. Soins cadres 3ème trimestre 2000, n°35, p 41-42.
- Calmes G. *Pour l'émergence du concept de cadre hospitalier*. Gestions hospitalières. Août/septembre 1995, n°403 , p 546-557.
- Charles E. *Cadres infirmiers, quel avenir à l'hôpital ?* Revue de l'infirmier. Février 2001, supplément, n°68, p 6-7.
- Deporcq B. *Les cadres soignants, du modèle à la pratique*. Gestions hospitalières. Avril 1996, n°355, p 289-300.
- Desnouveaux C. *Les surveillants, acteurs dans les établissements de santé: entre l'engagement et le défaitisme*. Recherche en soins infirmiers. Juin 1994, n°37, p 13-44.
- Drevet G. *Cadres de proximité, des compétences à optimiser*. Soins cadres. Février 2002, n°41, p 54-59.
- Galant M.O. *La fonction d'encadrement à l'aube du 21ème siècle*. Soins formation pédagogie encadrement. 3ème trimestre 1998, n°27, p 28-30.
- Gardies M.G. *L'autonomie des cadres de proximité*. Soins formation pédagogique encadrement. 1er trimestre 1997, n°21, p 27-29.
- Girault C. *Représentation infirmière de la formation d'encadrement, quel engagement professionnel infirmier ?* Recherche en soins infirmiers. Septembre 1996, n°46, p 14-44.

- Haeffner A.L. *Cadres infirmiers et démarche qualité: des managers en mutation.* Gestions hospitalière. Février 2002, n° 413, p 97-101.
- Hart J. *Le sens de l'encadrement.* Soins cadres. 3ème trimestre 2000, n°35, p 29-33.
- Hart J. *Positionnez-vous.* Gestions hospitalières. Février 2000, n°159, p 12-127.
- Hees M. *Le management, science, art, magie.* Soins cadres. 3ème trimestre 2000, n°35, p 14 à 16.
- Lamasse V. *Un outil au service d'une dynamique pour le cadre infirmier.* Objectif soins. Mai 2002, n°106, p I à VIII.
- Loubat JR. *L'émergence de la fonction cadre.* Gestions hospitalières. Avril 1996, n°355, p 292-296.
- Lucas S. *Les 3 niveaux du management.* Objectif soins. Août/Septembre 2001, n°98, p IV-XIII .
- Massé G. *La demande du patient et les réponses.* Actualité et dossier en santé publique. Juin 1996, n°15, p XXIII - XXVI
- Perrin G. *Les cadres infirmiers hier et aujourd'hui.* Soins cadres. 2ème trimestre 2000, n°34, p 11-14.
- Perrin G. *Infirmière et cadre infirmier, évolution des fonctions.* Cahier de l'A.N.I.G. Janvier 2001, n°2.
- Terroir M. *Démographie médicale et soignante.* Revue hospitalière de France. Décembre 2003, n°495, p 57-59.
- Tranioni A.V. *Quel rôle pour le cadre de santé au regard des nouveaux enjeux de soins ?* Soins cadres. 3ème trimestre 2000, n°35, p 17-20.
- Wilhelm A. *L'évolution de la fonction d'encadrement.* Gestions hospitalières. Février 2001, n° 403, p 100-103.

OUVRAGES

- ALECIAN S. *Guide du management dans le service public*. Paris : Les éditions d'organisation , collection service public , 1994 . 430 p.
- DUBOYS FRESNEY C. *Le métier d'infirmière en France*. Paris : collection Que sais je,édition PUF,1996.127 p.
- GUERAUD MA. *La maîtrise de la fonction cadre de santé à l'hôpital*. Paris: éditions Lamarre , guides de l'AP/HP , 1998 . 137 p.
- LE GOFF JP. *Les illusions du management. Pour le retour du bon sens*. Paris : la découverte , cahier libres essais , 1996 . 137 p.
- LE TONDAL A.M. *L'encadrement de proximité, quel rôle dans les changements d'organisation*. ANACT : collection outils et méthodes , 1997 . 215 p.
- MINGOTAUD F. *La fonction d'encadrement*. Paris : Les éditions d'organisation, 1993 . 197 p
- MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris: Les éditions d'organisation, 1982 . 434 p.
- MINTZBERG H. *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*. Paris: les éditions d'organisation, 1994 . 220 p.
- NIZARD G. *L'hôpital en turbulence. Les réponses managériales à la crise des établissements de santé*. Toulouse :privat, 1994 . 181 p.

DICTIONNAIRES/ENCYCLOPEDIES

- KERTESZ A. *Nouveau Larousse encyclopédique*.Paris: Dictionnaire 2 volumes ,1994.
- GIOAN P. *dictionnaire usuel*. Paris : éditeurs Quillet–Flammarion ,1959.

- REY A. *Le Robert, dictionnaire d'aujourd'hui*. Paris: éditions du club France Loisirs, 1992.
- ROSAY J.M. *dictionnaire étymologique*. Belgique: les nouvelles éditions marabout , Allier .1985.

CONFERENCES – RAPPORTS

- MATILLON Y. *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*. Rapport de mission, août 2003.
- MATTEI J.F. *L'hôpital 2007*. Discours du ministre. 26 juin 2003, salle Laroque.

AUTRES

JEAN P, BOULIN-CAMPAGNAC C, ACCARY-BEZARD C, ARGANS M.A, AUBY M.H, CHAMBON C, LAPLANCHE T, VILLENEUVE P, ZOCCA L. *Statut et gestion des personnels médicaux et hospitaliers*. Paris: Éditions Weka, septembre 2002.

Manuel d'accréditation des établissements de santé. Direction de l'accréditation. Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Février 1999.

Nomenclature des emplois types de l'hôpital .Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. Direction des Hôpitaux. 1991.

SITE INTERNET

- GOGUET M. *La gestion des risques à l'hôpital : une nécessité*. Disponible sur Internet : <http://www.anasys.org/ksp/hopital/0011.htm>

METRAL P. *Rapport annuel de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale*. Certificat de maîtrise sur les méthodes d'évaluation médico-économique en santé. Novembre 2002. Disponible sur Internet :

<http://www.ccomptes.fr/frame/rinc/frame18.htm>

NICOLAS S. *Désir, Demande et Besoin*. 1998. Disponible sur Internet :

<http://www.psychologue-clinicien.com/desir.htm>

VILCHIEN D. *Lettre DH/CTC/241 du 30 juin 1998 relative à la garde sur place de cadres soignants et médico-techniques*. Disponible sur Internet:

http://www.geocities.com/patrick_moulin_fr/lettre300698_garde_cadre.html

TEXTES LEGISLATIFS /REGLEMENTAIRES

République Française, 1943. -Décret n°891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. Journal Officiel de la République Française, 27 avril 1943, page 1156.

République Française, 1974. –Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et hôpitaux locaux.

République française, 1982. – Ordonnance n°82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements sanitaires et sociaux mentionnés à l'article L.792 du code de la santé publique. Journal Officiel de la République Française, 28 mars 1982, page 955.

République Française, 1986. – Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Journal Officiel de la République Française, 11 janvier 1986, page 535.

République Française, 1970. – Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal Officiel de la République Française, 3 janvier 1971.

République Française, 1973. – Décret n° 73-146 du 15 février 1973 relatif à l'organisation,

la récupération et l'indemnisation des gardes du personnel médical des hôpitaux publics...
Journal Officiel de la République Française, 17 février 1973, page 1810.

République Française, 1990. – Circulaire n°000030 du 20 février 1990 relative aux missions et rôle des surveillant(e)(s) et surveillant(e)(s) chefs hospitaliers.

République Française, 1995. – Décret du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Journal Officiel de la République Française, 20 août 1995, page 12468.

République Française, 1995. – Décret du 18 août 1995 relatif portant création d'un diplôme de cadre de santé. Journal Officiel de la République Française, 20 août 1995, page 12468.

République Française, 1995. – Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Journal officiel de la République Française, 20 août 1995, page 12469.

République Française, 1997. – Décret n°97-374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel de la République Française, 20 avril 1997, page 6007.

République Française, 1997. – Arrêté du 27 mai 1997 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Journal Officiel de la République Française, 31 mai 1997, page 8476.

République Française, 1999. – Arrêté du 16 août 1999 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Journal Officiel de la République Française, 27 août 1999, page 12773.

République Française, 1999. – Circulaire n°99-508 du 25 août 1999 relative au diplôme de cadre de santé. Non parue au Journal Officiel de la République Française.

République Française, 2001. – Loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002. Journal Officiel de la République Française, 26 décembre 2002, page 20552.

République Française, 2001. – Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel de la République Française, 1er janvier 2002, page 38.

République Française, 2002. – Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986... Journal Officiel de la République Française, 5 janvier 2002, page 316.

République Française, 2002. – Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal de la République Française, 16 février 2002, page 3040.

République Française, 2002. – Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République Française, 5 mars 2002, page 4118.

République Française, 2002. – Circulaire 2002-240 du 18 avril 2002 relative à l'application du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986... Non parue au Journal Officiel de la République Française.

République Française, 2002. – Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel de la République Française, 23 avril 2002, page 7187.

République Française, 2002. – Arrêté du 14 août 2002 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Journal Officiel de la République Française, 28 août 2002, page 14288.

République Française, 2003. – Décret n°2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans les établissements mentionnés à l'article de la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986. Journal Officile de la République Française, 15 juin 2003, page 10067.

République Française, 2003. – Arrêté du 30 juin 2003 modifiant l'arrêté du 24 avril 2002 fixant la liste des corps, grades ou emplois autorisés à réaliser des astreintes dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986. Journal Officiel de la république Française, 31 juillet 2003, page 13084.

Liste des annexes

Annexe I: Feuille de recueil des activités du cadre de permanence le dimanche et les jours fériés.

Annexe II : Feuille de recueil des activités du cadre de permanence le samedi.

Annexe III : Mode opératoire du relevé des activités du cadre de permanence.

Permanence encadrement

Dimanche et fériés

SITE.....

NOM du (des) Cadre(s).....

DATE (jj/mm/aa).....

HEURE	SERVICE demandeur	OBJET	REPONSE	DUREE	COMMENTAIRES

Juillet 2003

Permanence encadrement

Samedi

SITE.....

NOM du (des) Cadre(s).....

DATE (jj/mm/aa).....

HEURE	SERVICE demandeur	OBJET	REPONSE	DUREE	COMMENTAIRES

Juillet 2003

ANNEXE III

	Mode opératoire	Emetteur DSSI	Version 1
	Permanence des Cadres	Page 1/1	juillet 2003

- I – Objet : Ce document concerne la permanence des cadres.
- II – Objectif : Identifier les motifs des appels pour repérer les tâches incombant au cadre de permanence et les analyser.
- III - Finalité : Evaluer la pertinence de la permanence du cadre au regard de sa mission et éventuellement, optimiser sa mise en œuvre.
- IV - Domaine d'application : Mode opératoire destiné aux cadres durant leur permanence sur place, les week-ends et les jours fériés.
- V - Document de référence :
- VI - Déroulement :
- **Le samedi sur les pôles**, chaque cadre de permanence sur son pôle Remplit la feuille rose et la transmet à la direction des soins chaque semaine.
 - **Le dimanche ou les jours fériés**, les cadres de permanence sur chaque site, remplissent la feuille bleue, en font une copie destinée à rester dans le cahier de transmission « gardes » et font parvenir l'original à la Direction des Soins.
- VII - Calendrier : Ce recensement se fera sur la période du 27 juillet au 1^{er} novembre 2003.

Le dépouillement, l'analyse et la synthèse seront menés par M-P MARIE, Directeur des Soins.

La réflexion sera alimentée par la mise en commun des résultats ; une restitution interviendra au cours du premier trimestre 2003.

Rédacteur M-P Marié	Vérificateur Cellule qualité	Approbateur D S S I	Date d'application juillet 2003
------------------------	---------------------------------	------------------------	------------------------------------