



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2005

**L'accompagnement des cadres de
santé en difficulté : une mission du
directeur des soins**

Laurence BRAY

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté d'être interviewées pour la réalisation de ce travail, de même que les intervenants à l'ENSP pour leur aide méthodologique.

Nous remercions également nos collègues pour leur soutien tout au long de cette formation.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 1 |
| 1 LE CONTEXTE | 5 |
| 2 L'APPROCHE CONCEPTUELLE | 8 |
| 2.1 Les différentes réformes | 8 |
| 2.2 Le métier de cadre de santé | 13 |
| 2.3 Le métier de Directeur des soins | 15 |
| 2.4 Le management | 17 |
| 2.5 Les difficultés de management | 19 |
| 2.6 Le changement | 21 |
| 2.7 L'accompagnement | 22 |
| 2.8 Les représentations | 25 |
| 3 L'ENQUETE | 27 |
| 3.1 Les hypothèses | 27 |
| 3.2 La population | 27 |
| 3.3 Lieux d'enquête | 28 |
| 3.4 Les outils d'enquête | 29 |
| 3.5 Grilles d'entretien et grilles d'analyse (Annexe 3) | 29 |
| 3.5.1 Grilles d'entretien..... | 29 |
| 3.5.2 L'analyse des données..... | 30 |
| 4 RESULTATS ET ANALYSE | 31 |
| 4.1 Décalage entre les représentations et la réalité d'exercice du métier cadre | 31 |
| 4.2 La formation cadre et le processus de socialisation | 33 |
| 4.3 Définition des attentes et affichage de la politique de la direction des soins | 36 |
| 4.4 Difficultés de management des cadres de santé | 41 |
| 4.5 L'accompagnement des cadres de santé | 45 |
| 4.6 synthèse de l'analyse et vérification des hypothèses | 49 |

| | | |
|----------|---|-------------|
| 4.6.1 | L'analyse..... | 49 |
| 4.6.2 | Les hypothèses..... | 50 |
| 5 | REFLEXIONS ET PROPOSITIONS..... | 52 |
| 5.1 | Le projet de soins..... | 52 |
| 5.2 | Le projet managérial..... | 53 |
| 5.3 | La formation..... | 53 |
| 5.4 | L'évaluation régulation..... | 54 |
| 5.5 | La commission de reclassement..... | 54 |
| 5.6 | Le répertoire des métiers..... | 55 |
| | CONCLUSION..... | 57 |
| | BIBLIOGRAPHIE..... | 59 |
| | LISTE DES ANNEXES..... | I |
| | ANNEXE 1..... | II |
| | Décret no 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière..... | II |
| | ANNEXE 2..... | VIII |
| | Décret no 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière..... | VIII |
| | ANNEXE 3..... | XV |
| | GRILLE D'ENTRETIEN ET D'ANALYSE | |
| | 1- Les cadres et les cadres supérieurs de santé..... | XV |
| | 2- Les DRH..... | XVI |
| | 3- Les directeurs des soins..... | XVII |
| | 4- Les cadres supérieurs formateurs en IFCS..... | XVIII |
| | 5- Les étudiants cadres de santé..... | XIX |

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CS : Cadre de Santé

CSS : Cadre Supérieur de Santé

DS : Directeur des Soins

DRH : Directeur des Ressources Humaines

GRH : Gestion des Ressources Humaines

HAS : Haute Autorité en Santé

NTIC : Nouvelles technologies de l'Information et de la Communication

RTT : Réduction du Temps de Travail

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé.

INTRODUCTION

L'impact des nouvelles réformes, notamment la nouvelle gouvernance, inquiète les acteurs hospitaliers qui se posent la question du nouveau mode de management des établissements de santé.

Ces réformes imposent aux institutions de santé d'améliorer leur gestion des ressources humaines et de piloter ces changements.

Parmi les acteurs de l'hôpital, l'encadrement soignant a vu ses missions se multiplier et se diversifier accentuant leurs rôles dans le fonctionnement et l'organisation hospitalière. Il se positionne au cœur de l'organisation hospitalière dont une de ses missions principales est la gestion des ressources humaines ; qui regroupe les relations de l'homme avec son travail et avec les différents acteurs de l'établissement. Cet encadrement peut avoir d'autant plus de mal à assumer ses missions, qu'elles sont généralement peu précises et/ou mal cadrées, du fait des changements culturels qui touchent nos institutions actuellement, tout en étant de plus en plus sollicité pour la mise en œuvre des politiques.

Partant de notre expérience professionnelle, en tant que cadre supérieur de santé et faisant fonction de Directeur des Soins, j'ai eu l'occasion de rencontrer des cadres en difficulté de management, rendant aléatoire la mise en œuvre des politiques. De plus les difficultés de l'encadrement rejaillissent sur les équipes qui ne trouvent plus de sens à ce qu'on leur demande, et ces incompréhensions peuvent générer parfois des dysfonctionnements en matière de qualité et de sécurité des soins. Nous entendons par encadrement, les cadres de santé qui se trouvent être au plus près du terrain pour ce qui concerne les soins et le management des équipes et donc l'indispensable accompagnement au changement.

Notre futur exercice professionnel nous conduira à exercer dans un établissement de taille moyenne où il n'existe pas de cadre supérieur de santé, ainsi en tant que directeur des soins nous serons amené à manager les cadres en direct.

Etant donné que le Directeur des soins est impliqué tant au niveau des politiques, qu'au niveau de l'organisation et la qualité des soins, nous proposons d'étudier la problématique suivante :

« Quel rôle pour le Directeur des Soins dans l'accompagnement de l'encadrement soignant en difficulté? ».

A l'aide de notre pratique et des entretiens d'exploration, nous proposons les hypothèses suivantes :

- **Il existe un décalage entre la représentation du métier et la réalité d'exercice.**
- **Un manque de lisibilité de la politique de la direction des soins est source de difficulté pour les cadres de santé.**
- **Il existe un décalage entre la formation cadre et la réalité d'exercice.**

La première partie sera consacrée au contexte et l'approche conceptuelle, pour conduire en deuxième et troisième partie à l'enquête et l'analyse des résultats, afin de répondre aux hypothèses, et proposer des pistes de réflexion.

Le contexte nous aidera à définir les évolutions actuelles qui introduisent les exigences organisationnelles et la notion de résultats dans nos pratiques professionnelles.

Dans la partie conceptuelle nous utiliserons:

- Les réformes en cours obligeant les institutions et les acteurs à s'adapter à de nouvelles formes d'organisation, et d'évaluation, et notamment les ordonnances du 24 avril 1996, la réduction du temps de travail, les ordonnances du 2 mai 2005, et la procédure d'accréditation version 2.
- Les métiers de cadre de santé et de directeur des soins à l'aide des textes officiels et du répertoire des métiers, mais également la formation cadre, et les attentes des institutions.
- Le management et ses difficultés éventuelles, et comment elles se traduisent à l'hôpital.
- Le changement, en quoi il consiste
- L'accompagnement, et comment celui-ci peut se réaliser.
- les représentations des cadres de santé de leur métier.

Posant comme postulat de base que les difficultés de management ne sont pas exclusivement liées à un manque de compétences, cette notion ne sera pas centrale dans notre travail.

L'enquête sera réalisée dans 3 établissements, un CHU, deux centres hospitaliers et un IFCS, pour ce qui concerne la formation cadre. Nous utiliserons les entretiens semi directifs comme outil d'enquête. Le nombre d'entretiens réalisés est de 18, auprès des DRH, DS, CSS gestion et formation cadre, CS, et étudiants cadres.

Nous situant dans un mémoire professionnel de directeur des soins, notre deuxième hypothèse précise la politique de la direction des soins, et non pas la politique institutionnelle. Nous n'envisageons pas la direction des soins comme seule à intervenir auprès de l'encadrement soignant, mais elle traduit obligatoirement la politique institutionnelle. Le directeur des soins est pour nous un membre de la direction en ce sens il participe à la définition de la politique institutionnelle qu'il retransmet pour l'encadrement ; sa collaboration avec le Directeur général et le DRH est indispensable pour une cohérence de fonctionnement dans les hôpitaux.

1 LE CONTEXTE

Financé par dotation globale quelques soient ses activités, l'hôpital s'est longtemps pensé en dehors des considérations d'ordre économiques et concurrentielles liées à ce qu'il est coutume d'appeler aujourd'hui la mondialisation. Le projet de loi de finances¹, les ordonnances² simplifiant le régime juridique des établissements et les procédures d'accréditation³, interrogent et bousculent le fonctionnement des établissements de santé en instaurant la dimension de résultats au regard des activités produites.

Le projet de loi de finances édicte, dans la partie qui concerne le budget du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, que la Haute Autorité de Santé aura pour mission de **renforcer l'évaluation de l'utilité médicale** de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie et de promouvoir la **qualité des pratiques de notre système de santé**, et que : « *L'état doit garantir le meilleur niveau d'offre de soins à coût limité et veiller à ce que cette offre de soins soit répartie sur le territoire selon les besoin* »⁴.

Cette communication concernant le budget, fait ici directement référence au plan dit Hôpital 2007. La MEAH Mission nationale d'Expertise et d'Audit hospitaliers pour soutenir l'amélioration de **l'organisation des activités** des établissements et, la MAINH Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier, pour apporter localement une expertise technique complémentaire et **promouvoir l'innovation**, sont destinées à agir en complément des ARH. De même l'ATIH, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation fournira les éléments d'information indispensables à la réalisation du plan Hôpital 2007.

Les éléments fournis par l'ATIH concernent d'une part :

¹ Budget 2005 du Ministère de la santé et de la Protection Sociale, 22 septembre 2004. Disponible sur internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>.

² Ordonnances N° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

³ Ordonnances N°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁴ Ibid 1

- **la tarification à l'activité**, qui monte en charge et qui s'accompagne de nouveaux outils pour assurer une régulation médicalisée et pour mieux évaluer les coûts de production des établissements de santé, et d'autre part
- **la refonte de la planification hospitalière** qui nécessite des informations quantitatives et qualitatives sur les besoins de soins exprimés au sein des territoires de santé.

Cette « culture du résultat » s'inscrit dans une logique européenne de maîtrise des dépenses publiques. Nous ne pouvons plus organiser les activités de soins et gérer les hôpitaux sans en tenir compte. Cette logique financière est une dimension nouvelle dans le management interne des hôpitaux et intéresse tout acteur hospitalier.

A cela il faut ajouter d'autres évolutions qui viennent bousculer nos organisations, et qui ont un impact non négligeable sur le management interne des institutions hospitalières, il s'agit de l'information et de l'organisation des relations⁵.

Concernant l'information, le développement des NTIC, occasionne une circulation de plus en plus rapide des informations. Elles sont aussi par conséquent de plus en plus nombreuses, et il devient impossible de toutes les maîtriser.

En matière d'organisation des relations, nous assistons :

- au développement des réseaux, qu'ils soient locaux, nationaux ou internationaux. « L'autarcie » n'est plus de mise et l'ouverture sur un environnement fluctuant, incertain, non maîtrisé et maîtrisable oblige les institutions hospitalières à réinterroger leurs propres modalités d'organisation de fonctionnement.
- à une modification du rapport au travail de la part des individus. En effet nous constatons la mise en œuvre de « stratégies de zapping professionnel » de la part des nouvelles générations, avec des changements tous les 5 ans en moyenne. Ce qui pose des questions en

⁵ VANDERLIEB C. *L'accompagnement au changement*. Conférence du 22 Mars 2005. Dijon.

terme de motivations et d'appartenance au travail. De même, ce rapport au travail se discute au travers de la répartition du temps de travail et du temps de loisirs. Les nouveaux diplômés soignants n'hésitent pas à négocier leurs affectations, leurs temps de travail/temps de loisirs, en mettant leur départ de l'institution en jeu dans la négociation. Face à ces nouveaux comportements nos modes de recrutements et de management doivent s'adapter.

- à la place et l'implication des usagers de plus en plus importante dans les hôpitaux.

Les conséquences managériales sont importantes car face à ces changements, la qualité du management a un impact majeur sur le fonctionnement de l'hôpital et sa capacité à remplir ses missions auprès des patients. Selon la HAS : *« la vision stratégique, la clarté des décisions prises, la rapidité de réaction, la délégation, la responsabilisation et à capacité à faire partager un projet et à motiver leurs équipes sont aujourd'hui des valeurs importantes pour tout manager afin de mener à bien ses missions »*⁶.

⁶ HEMERY P. Le management hospitalier in la lettre des ressources humaines. Hospimédia. 7 Avril 2005.
Disponible sur Internet : <<http://www.hospimedia.fr>>

2 L'APPROCHE CONCEPTUELLE

2.1 Les différentes réformes

Elles sont nombreuses et ont toujours traversé le monde hospitalier et ses acteurs, mettant en constante évolution les institutions. A ce sujet Mr SCHWEYER⁷ nous dit : « *Aujourd'hui l'image de l'hôpital est ambivalente avec des prouesses médicales et avec une crise hospitalière : ces tensions traduisent la dynamique de transformation.*

L'hôpital sous tension est sa nature même, parce que l'hôpital est un acteur central du système de santé pour les raisons suivantes, c'est :

- *Un lieu de matière grise*
- *Une institution avec une concentration d'expertise*
- *Un lieu de socialisation professionnelle*
- *Un lieu de formation, où le modèle de l'hôpital dépasse les murs de l'hôpital*
- *Une organisation avec un poids économique de 62 MD d'€ ».*

Nous ne retracerons pas l'histoire des réformes successives bien que toutes aient eu leur impact, mais nous partirons de la réforme de 1996, qui a donné une accélération dans le changement interne de notre système hospitalier.

- **Les ordonnances n° 96-346⁸**

Précédant les ordonnances, Le rapport au Président de la République, stipule les objectifs de cette réforme et son contenu. Le point essentiel de cette mesure est : « *..., parvenir à concilier l'accès de tous à des soins de qualité et la maîtrise des dépenses de santé.* » Pour le sujet qui nous intéresse, le management interne, nous retiendrons les points principaux suivants :

- La qualité et la sécurité des soins

- La procédure d'accréditation

⁷ SCHWEYER F-X. *Sociologie des organisations*. Eléments de cours. ENSP ; Janvier 2005

⁸ Rapport au Président de la République, relatif à l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JO du 25 avril 1996. Pp 6320-6324.

- L'analyse de l'activité et les systèmes d'information
- L'ouverture des établissements sur l'environnement
- La création des ARH.

Ces points vont avoir des conséquences sur l'ensemble des acteurs des hôpitaux et notamment les cadres de santé qui au plus près du terrain vont devoir mettre en oeuvre cette nouvelle politique, mais surtout, sensibiliser et conduire les équipes au changement, avec l'introduction de nouvelles procédures et surtout l'évaluation des pratiques professionnelles.

Il s'agit pour l'encadrement de non seulement s'approprier ces changements mais aussi de les retraduire pour les acteurs du soin. La qualité des soins n'est pas une donnée nouvelle mais l'évaluation des procédures, des bonnes pratiques cliniques et des résultats en est une. C'est ainsi que nous avons assisté dans les hôpitaux à un élan de transversalité, de coopération en vue de l'accréditation. Les cadres ont été largement volontaires et sollicités, pour leur participation aux groupes d'auto évaluation et la formalisation de procédures, mais aussi pour l'appropriation par les soignants de toutes ces nouvelles démarches.

- **La Réduction du Temps de Travail (RTT)**

Le protocole d'accord signé le 27 septembre 2000, a ouvert un vaste chantier dans les établissements. Celui-ci a donné lieu à des accords locaux, non sans conséquence pour les cadres. Qu'elle que soient les modalités acceptées en interne, la direction des soins en lien avec la DRH, et l'encadrement ont été largement mis à contribution dans la nouvelle façon d'élaborer les plannings tout en assurant la qualité et la sécurité des soins. D'autant que les moyens humains et matériels, comme les logiciels de gestion de temps de travail, n'ont pas toujours suivis. Les cadres ont vu leur temps de travail grandement absorbé par l'élaboration et le suivi des plannings, qui au delà de la gestion du temps de travail est un formidable outil de management. En effet oeuvrer sur l'adéquation des qualifications et des besoins de soins, c'est travailler sur l'organisation des soins mais aussi sur le sens des activités et leur légitimité. Dans ce domaine nous sommes au cœur des missions des cadres.

A ce sujet l'enquête menée par la MEAH⁹ et parue en Mai 2005 nous dit que l'organisation du temps de travail des soignants de par son impact sur la qualité des soins est un enjeu central pour le fonctionnement des services. *«Maîtriser une gestion du temps plus complexe, s'adapter aux contraintes et aux rythmes de l'activité dans les services, optimiser l'emploi des ressources humaines, est devenu incontournable ; et le rôle de l'encadrement a été déterminant dans la conduite de ces projets ».*

- **Ordonnance N° 2005-406 du 2 Mai 2005¹⁰.**

Les maîtres mots de cette ordonnance tels que décrits dans le rapport au Président de la République, sont souplesse, reconnaissance et responsabilisation. Nous pouvons dire qu'avec la parution de cette ordonnance le temps de l'état providence est révolu. Au delà de la réforme budgétaire, cette ordonnance propose de repenser l'organisation interne et la gestion des hommes, en instaurant une culture de résultats et de qualité, de par la clarification des rôles et des responsabilités. Elle pose le principe d'un nouveau management interne des hôpitaux avec une organisation en pôles, c'est à dire une décentralisation de la gestion d'activités, et la nécessaire collaboration entre, l'encadrement, administratifs, et médecins responsables de pôle.

Il se confirme dans les hôpitaux qui ont mis en place cette organisation avant la parution de l'ordonnance, qu'elle occasionne de nouvelles missions pour les personnels, et notamment en matière de management des services et des équipes. L'instauration de conseils de pôles où l'encadrement est membre de droit, occasionne un changement de positionnement de cet encadrement qui passe de la vision du service pour avoir une vision plus étendue (vision polaire), en participant aux décisions de pôle.

⁹ MEAH. *Temps de travail et organisation des services de soins dans les hôpitaux et les cliniques*. Ministère de la santé et de la solidarité. Mai 2005. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>

¹⁰ Ibid 2

- **La procédure d'accréditation version 2¹¹.**

Dans le manuel d'accréditation des établissements de santé, version 2, l'ANAES pose dans le chapitre "fondements et principes", l'implication des professionnels.

Cet item précise que la participation de l'ensemble des professionnels est indispensable à la conduite de changement. Le succès de la démarche dépend aussi du rôle de manager et de leader joué par les professionnels à tous les niveaux de responsabilité.

Les options de la seconde procédure d'accréditation proposent des approfondissements comme la prise en compte du management, pas seulement au niveau de l'établissement mais aussi au niveau déconcentré au plus près du patient. Cette appréciation du management se fera autour de fonctions clés comme la politique des ressources humaines du chapitre 1, les ressources humaines du chapitre 2.

Dans le chapitre 1 nous trouvons les critères d'évaluation suivants :

- *« Les responsabilités dans la gestion des ressources humaines sont identifiées et il est important de définir leurs rôles et interfaces ».* En cela les cadres sont largement concernés, car tout en étant au cœur des soins et de leur organisation, ils sont aussi le lien avec les différents interlocuteurs de l'hôpital.
- *« Une gestion prévisionnelle permet l'adéquation des ressources humaines aux évolutions des établissements. Ceci se décline par une anticipation des évolutions qui intègre une dimension qualitative (adéquation des compétences aux besoins) et une dimension quantitative (tableau de bord, congés,...). Cette gestion est liée entre autre à l'analyse des organisations de travail ».* Là encore les cadres seront les interlocuteurs privilégiés de la direction des soins et de la DRH pour fournir les données nécessaires, et

¹¹ ANAES. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Septembre 2004. Disponible sur Internet : <<http://www.anaes.fr>>.

éventuellement construire des tableaux de bord, spécifiques à leurs services.

- « *La motivation des personnels est recherchée, en favorisant leur adhésion et leur implication. Il s'agit d'encourager la prise de responsabilité, la promotion par la formation,...* ». Le premier responsable hiérarchique des soignants, avec lequel ils sont le plus souvent en contact et qui les manage au quotidien est le cadre. Leur rôle devient prépondérant.

Dans le chapitre 2 les critères sont :

- « *L'établissement doit s'assurer de l'adéquation de ses personnels avec ses besoins et du maintien du niveau de compétences et de leur évolution* ».

Nous touchons ici la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, en lien avec l'évolution des activités, elles mêmes en lien avec les besoins de santé des territoires de santé. Nous devons développer si cela n'était pas déjà le cas, une vision prospective des activités, et adapter nos ressources à l'accomplissement de ces activités de soin.

- « *Comment l'établissement se préoccupe de mesurer la compétence de son personnel ainsi que ses pratiques de gestion* ». Nous sommes ici au cœur de l'analyse des pratiques managériales. Les simples profils de postes ne sont pas suffisants il nous faut développer les référentiels de compétences. De plus il s'agit d'évaluer les pratiques managériales ce qui suppose que celles-ci soient définies.

2.2 Le métier de cadre de santé

- **Décret du 31 décembre 2001**¹² portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière (annexe 1).

Ce texte apporte une reconnaissance au métier de cadre de santé en les intégrant en catégorie A.

Il définit dans son article 4 les fonctions de ce corps de métier :

« *Les agents du grade de cadre de santé exercent :*

- *Des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements ;*
- *Des missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet au sein de l'établissement ».*

Cette définition pose des bases mais n'est pas suffisamment explicite quant aux missions qu'il peut leur être demandées, nous préférons utiliser la fiche métier du répertoire des métiers du ministère de la santé.

- **Répertoire des métiers**¹³

Diffusé à l'automne 2004, ce document permet de mieux cerner le métier de cadre de santé.

En effet il définit non seulement les activités principales et en lien avec celles-ci, les savoirs faire requis et les connaissances utiles à la réalisation de ces activités. Nous pouvons dire que ces activités sont ce que les hôpitaux attendent de leurs cadres de santé. Ces activités dont nous pouvons dire qu'il s'agit d'invariants, peuvent être classées sous 5 thèmes : Management – Communication – Organisation et gestion – Formation, pédagogie – Evaluation.

Bien que le répertoire soit très explicite sur les activités des cadres de santé, chaque établissement aura à les affiner en fonction de ses caractéristiques, appelées indicateurs de typologie.

En effet, la taille, le statut juridique, le profil d'activités, le type d'activités, l'environnement, conditionneront les attentes de l'hôpital vis à vis de l'encadrement.

¹² Décret 2001-1375 du 31 décembre 2001. Paru au JO du 1 janvier 2002. PP 38-41.

¹³ Répertoire des métiers. Ministère de la santé. Ed ENSP. Date. PP 78-79.

Dans ce cadre il nous semble important de retenir que les cadres de santé ont à développer de nouveaux savoirs faire méthodologiques comme l'élaboration de procédures, protocoles, tableaux de bords et suivi des indicateurs, mais ils doivent également adapter leurs pratiques managériales liées à l'évolution du management interne des hôpitaux.

Aussi dans la fiche métier cadre nous notons parmi les conséquences majeures sur l'évolution des activités et compétences :

- *« Nouveaux modes de management partagé (organisation en pôle)*
- *Redéfinition des missions, des procédures de prise en charge, des profils de postes et des responsabilités au sein des équipes ».*

C'est ce que nous dit un DRH lors des entretiens exploratoires : *« j'attends de l'encadrement qu'il soit un manager d'équipe qui puisse être un vecteur de projet et notamment le relayeur du projet d'établissement, mais ce que j'attendrais c'est qu'il se positionne, ce qu'on ne rencontre pas toujours y compris parmi les jeunes générations...il doit avoir aussi une dynamique de projet, posséder une technique, une compétence, un métier, et puis être légitime vis à vis de son équipe, vis à vis des médecins...on lui demande beaucoup mais il est au carrefour de beaucoup de choses... ».*

- **La formation cadre.**

Dans la fonction publique hospitalière, le diplôme de cadre ou titre équivalent est requis, pour exercer le métier de cadre de santé. Le contenu de la formation défini dans l'arrêté du 18 août 1995¹⁴, stipule : *« le bon fonctionnement de nos structures de santé hospitalières, ..., dépend largement de la place des cadres de santé et de leurs compétences, qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants. La formation contribue à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de gestion des équipes et des activités ».*

Nous ne parlerons pas encore de compétence celle-ci se construisant en confrontation avec la pratique, mais de l'apport de concepts, de savoirs, et pratiques nécessaires à leur domaine professionnel.

Reconnaissant la place prépondérante des cadres de santé dans l'organisation des institutions, la formation propose l'acquisition de savoirs faire et le développement de

¹⁴ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, annexe 1. Paru au JO du 20 août 1995, p12469.

méthodes de réflexion devant permettre aux cadres d'analyser les situations professionnelles et s'adapter aux évolutions attendues.

C'est ce qu'un Cadre Supérieur de Santé formateur en IFCS nous dit sur l'adéquation entre la formation et les attentes des établissements : « *Les étudiants ne vont pas sortir avec toute une palette d'outils destinés à être opérationnels tout de suite. On leur donne des outils basiques pour qu'ils puissent se les approprier sur le terrain, les adapter, parce qu'ils vont être dans des institutions avec des attentes différentes, et vouloir appliquer directement les outils s'ils ne correspondent pas... Il vaut mieux former des futurs cadres qui repartent avec des capacités à se questionner, à s'adapter à la réalité, leur réalité, cela est plus important, ils seront plus opérationnels* ».

Un autre formateur ajoute : « *...il y a aujourd'hui une forte demande pour qu'on forme les étudiants cadres aux plannings, mais en fait le planning est un faux problème il y a d'autres attentes, lesquelles ? Est ce que cela va leur apprendre à se positionner en tant que cadre ou manager une équipe ?* ».

2.3 Le métier de Directeur des soins

- **Décret portant statut particulier du corps de Directeur des Soins de la fonction publique hospitalière¹⁵** (annexe 2).

Ce texte dans son article 4, précise les missions du directeur des soins parmi lesquelles nous retiendrons notamment

« *..., le directeur des soins est membre de l'équipe de direction et dispose de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.*

A ce titre :

- *il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins et en assure l'animation et l'encadrement ;*
- *il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre à travers une politique d'amélioration continue de la qualité ;*
- *sous l'autorité directe du chef d'établissement et en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, il participe à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins ;*

¹⁵Décret N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Paru au JO du 23 avril 2002. PP 7187-7191.

- il **participe à la gestion des personnels** des activités de soins dont il propose l'affectation ;
- il **contribue à l'élaboration des programmes de formation** et est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de l'établissement,...
- il favorise le développement de la recherche, **détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins** et collabore à la gestion des risques ;
- il établit un rapport annuel d'activité des services de soins, intégré au rapport annuel d'activité de l'établissement, remis au directeur et présenté aux différentes instances de l'établissement ».

Lors des entretiens d'exploration un directeur des soins nous dit : « le directeur des soins a encore moins droit à l'erreur que quiconque, parce que s'il dysfonctionne c'est toute la lignée hiérarchique qui dysfonctionne, pour moi l'encadrement ce sont les fondations mêmes de notre mission d'encadrement de la gestion des soins ».

- **Le répertoire des métiers¹⁶**

Parmi les activités précisées nous retiendrons :

- « - en lien avec le projet d'établissement, le pilotage et le contrôle des politiques concernant l'organisation des soins et des activités paramédicales,
- l'organisation et la gestion des structures, des activités en partenariat avec le corps médical, les membres de l'équipe de direction et l'encadrement paramédical,
- le management et la supervision de responsables et/ou d'équipes projet ».

La mise en œuvre des politiques sur le terrain est réalisée par les cadres de santé et les équipes de soins. Le pilotage et le contrôle des politiques mais aussi l'organisation et la gestion des structures et des activités de soins, nécessitent pour le directeur des soins d'être vigilant aux capacités des cadres à la conduite des projets au sein des unités de soins.

En cela le directeur des soins se place comme manager de l'encadrement et cela tient compte de l'accompagnement des cadres dans ces évolutions.

Au sein de réformes en cours le positionnement du directeur des soins va changer. En effet comme nous le verrons plus loin, l'organisation en pôle et la décentralisation de

¹⁶ Ibid 12. PP 84-85

gestion fait basculer la hiérarchie verticale. De ce fait la direction des soins, membre à part entière de l'équipe de direction sera à un niveau plus politique que hiérarchique et par là il se situe plus en expert en particulier de la fonction soin, que ce soit de l'organisation à la production en passant par la qualité. En ce sens il sera centré sur le conseil, l'apport méthodologique aux cadres mais aussi l'accompagnement de ceux-ci dans le dédale des procédures et projets.

Pour nous être directeur des soins c'est définir une politique managériale en lien avec la politique institutionnelle et en partenariat avec la DRH, c'est-à-dire décliner les attentes de l'institution pour les cadres. Cela signifie décliner les orientations institutionnelles du projet d'établissement. Mais décliner ce n'est pas seulement écrire un projet de soins. Pour que les projets soient appropriés par les cadres cela signifie que le directeur des soins explique, argumente les choix, c'est-à-dire donne du sens, fixe les repères.

Cela sous entend également qu'au regard des attentes, le directeur des soins est partie prenante de la sélection des futurs cadres, en lien avec les attentes institutionnelles ainsi que des propositions de formation continue nécessaire à l'encadrement.

C'est également en lien avec les évaluations des cadres (évaluation formelle et de régulation), développer l'accompagnement de ceux qui momentanément ou non se trouvent en difficultés de management dans leurs services.

2.4 Le management

Nous entendons par management : « *la mise en mouvement d'une option stratégique au sein de la vie de l'organisation, et, en particulier, au sein de l'activité des salariés*¹⁷ ».

« *Manager, c'est animer une mise en mouvement, et une mise en mouvement d'êtres humains, eux-mêmes porteurs d'intelligence, de capacité d'initiative, de sens de l'engagement, de goût d'être les auteurs de leurs propres actes. Autrement dit : on n'assure plus la mise en mouvement d'une armée de soldats caporalisés, obéissant au doigt et à l'œil* ».

cette définition rejoint celle de G.REYRE¹⁸ : « *le management c'est trouver des solutions qui ne sont pas dans les problèmes, il faut alors procéder par liens et interactions, le manager devant faire le lien en permanence entre des variables, mettre en relation et en perspective des éléments hétérogènes souvent inattendus* ».

¹⁷ P. ZARIFIAN. Préface du livre de Gérard Reyre: "*Du courage d'être manager*", éditions Liaisons, octobre 2004.

¹⁸ G.REYRE., *du courage d'être manager*, Ed liaisons, 2004, P 213.

Selon S.LUCAS¹⁹, il existe 3 dimensions du management : la finalisation (la stratégie), l'organisation (les structures), l'animation (la vie, le mouvement).

Le management qui s'exprime essentiellement dans la dimension de finalisation et de d'organisation, peut s'expliquer grâce aux concepts de différenciation et d'intégration.

La différenciation²⁰ : « c'est l'existence de nombreux environnements : 183 métiers à l'hôpital, l'éclatement en unités sont des points de différenciation.

Il existe 4 dimensions de différenciation : la nature des objectifs de travail, la temporalité variable selon les professionnels, l'origine sociale, la forme de commandement, de distribution du pouvoir ».

L'intégration²¹ : « c'est la préoccupation majeure de l'hôpital, qu'on pourrait traduire par mettre du liant.

L'intégration c'est le rôle de l'encadrement, c'est comment construire des objectifs communs en reconnaissant les différences ».

Selon H.MINTZBERG²² : « le manager est investi d'une autorité formelle dans l'organisation. De cette organisation découle un statut qui conduit à différentes formes de relations interpersonnelles, de celles-ci s'induit l'accès à l'information qui lui permet de prendre des décisions ».

Il définit la profession de manager en 3 catégories de rôles :

- les rôles interpersonnels, c'est-à-dire le symbole, le leadership, et l'interface
- rôles liés à l'information, c'est-à-dire observateur, diffuseur et porte parole
- les rôles décisionnels, c'est-à-dire entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources, négociateur.
-

Mais aujourd'hui, du fait des réformes en cours P.ZARIFIAN²³ nous dit que : " si les modes de management sont en crise, c'est précisément qu'ils sont au croisement des débats contradictoires qui affectent les choix stratégiques et des mutations qui affectent les organisations, générant, nécessairement, de multiples tensions ».

¹⁹ S.LUCAS. *Le management*. ENSP. Cours du 7 février 2005.

²⁰ Ibid 18

²¹ Ibid 18

²² H.MINTZBERG. *Le management*. Editions des organisations. Paris. Octobre 1998 (2^e édition). P 33'

²³ Ibid 17

Le management concerne l'ensemble des acteurs en position d'encadrement, à ce titre le il doit être défini au niveau de l'institution par le chef d'établissement.

2.5 Les difficultés de management

Elles s'expriment de différentes manières, et ont souvent des origines multiples.

Partant de l'idée « *qu'être manager ce n'est pas un seul et unique modèle mais une dimension individuelle* »²⁴, les difficultés de management sont propres à chaque individu. D'ailleurs H.MINTZBERG²⁵ explique que : « *l'efficacité des managers est influencée de façon significative par leur regard d'introspection sur leur propre travail. Leur efficacité dépend de la façon dont ils comprennent et répondent aux pressions et aux dilemmes de leur profession* ».

Nous sommes actuellement dans une période de changement du management interne de l'hôpital, dans ce contexte les cadres sont garants de l'ordre et de la stabilité des structures.

Pour cela « *3 dimensions doivent être investies par les cadres*²⁶ :

- *le sens de l'action, les normes et les valeurs*
- *la communication et l'attention portée à ce qui est fait*
- *l'innovation c'est-à-dire l'appropriation des nouveaux projets, aujourd'hui les modifications organisationnelles* ».

Nous pouvons dire que les difficultés peuvent être en lien avec ces 3 dimensions, le changement que l'hôpital connaît aujourd'hui, et que nous définirons dans la paragraphe suivant, entraîne des modifications en terme de pertes de repères, les normes et les valeurs changent et les cadres doivent donner un sens nouveau à l'action.

De même, pour que les cadres puissent être garant de l'ordre et de la stabilité des structures ils doivent communiquer sur les projets, cela nécessite qu'ils soient informés donc que la direction des soins communique à son tour aux cadres de santé.

La communication et le sens donné à l'action, est ce qui va permettre aux cadres de santé de s'approprier les évolutions et les projets pour faire en sortes que les équipes s'approprient ces projets à leur tour.

²⁴ Ibid 18

²⁵ Ibid 2. P 43.

²⁶ F-X.SCHWEYER. *Sociologie des organisations*. ENSP. Cours du 21 décembre 2004.

D'ailleurs G.REYRE²⁷ nous dit que : « *l'activité du manager relève d'une quête permanente de compréhension et d'ajustements dans l'ordre des commandes qui lui sont adressées* ».

En termes de difficulté, certains cadres expriment :

- « *Le plus difficile pour moi et qui a augmenté ces 3 dernières années c'est de relayer les politiques institutionnelles qui me semblent pas aller dans le bon sens et qui débouchent sur une qualité des soins qui devient de plus en plus grave* ».
- « *...c'est de devoir participer à des projets institutionnels de type usine à gaz dans lesquels on va passer un temps fou, une énergie folle avec une rentabilité qui me semble mauvaise,.... du fait des restrictions, du fait des objectifs qui me semble pas les bons, l'impression de ne pas être en accord avec mes valeurs* ».
- « *le plus difficile pour moi c'est tout ce qui tourne autour de la gestion des personnels, les plannings mais aussi l'évaluation, la gestion des conflits, c'est pas que c'est difficile en soi mais c'est une charge de travail psychique énorme* ».

Les directeurs des soins expriment :

- « *les cadres sont de plus en plus contestés par les équipes,.... les cadres de santé ne sont plus à l'écoute des équipes,....les cadres fuient dans la formation pour ne pas être dans les services* ».
- « *un cadre malheureux c'est quelque chose de dramatique humainement et professionnellement parlant, parce que c'est l'institution qui est pénalisée mais aussi les patients, à travers un déficit managérial des équipes donc avec une évaluation et un contrôle de l'activité de la gestion des soins qui ne passe pas au niveau où on la croit* ».

Nous pouvons citer de nouveau P.ZARIFIAN²⁸ qui nous explique que : « *On ne constate pas l'émergence d'un "nouveau management", se substituant à un "ancien", mais bien plutôt une exposition forte du management à des tensions nouvelles, l'obligeant à prendre lui-même parti dans les choix de stratégie et d'organisation, parfois en y adhérant subjectivement, parfois en agissant contre ses propres convictions* ».

²⁷ Ibid 18, P 136.

²⁸ Ibid 17

2.6 Le changement

H.MINTZBERG²⁹ nous donne la définition suivante : *« l'environnement ne change pas sur une base d'ordre ou de régularité, mais le changement est fait de discontinuités subtiles qui affectent les organisations. De telles discontinuités sont inattendues et irrégulières par essence. Aussi le principe qui se dégage pour les managers est qu'il faut agir la plupart du temps dans une orientation stratégique donnée tout en étant capable de traiter les discontinuités occasionnelles qui peuvent survenir réellement ».*

S. LUCAS³⁰ explique : *« A l'hôpital le changement est un état permanent, on n'a pas le temps de voir où on va qu'il faut s'adapter au nouveau changement ».*

Elle ajoute : *« aujourd'hui la logique économique est à l'origine de l'évolution de nos organisations. La nouvelle gouvernance, la tarification à l'activité entraîne une révolution institutionnelle qui décentralise les décisions, la gestion de notre structure hiérarchique verticale ne tient plus, nous entrons dans un management transversal, avec la création de nouvelles fonctions et une modification de nos organigrammes ».*

F-X SCHWEYER³¹ nous dit : *« le changement c'est l'appropriation de l'innovation, de l'invention. Le changement dépend de la volonté collective de s'emparer d'un projet, quelque soit la nature du projet ».*

Les acteurs de l'hôpital interrogés à ce sujet nous confirment que les nouvelles réformes du plan hôpital 2007 sont un changement de type révolution culturelle. En effet le changement en matière de management interne de l'hôpital entraîne une décentralisation des décisions et des orientations ainsi qu'une décentralisation de la gestion qu'il s'agisse de la gestion budgétaire ou la gestion des ressources humaines.

L'organisation en pôle entraîne une nouvelle distribution des pouvoirs et des jeux d'acteurs, du fait d'un re-positionnement de tous les acteurs. Nous sommes dans l'appropriation de l'innovation, appropriation d'un nouveau projet.

²⁹ Ibid 21. P68-69

³⁰ Ibid 18

³¹ Ibid 25

2.7 L'accompagnement

D'après M.PAUL³² : « *l'accompagnement est contemporain du délitement du lien social mais sur le terrain il répond à 2 exigences et participe toujours d'un changement en cours* :

- *La préoccupation d'un public désaffilié, désorienté, censé être autonome ou capable de le devenir et,*
- *Une injonction de performance, d'excellence et d'efficacité ».*

C'est cette deuxième exigence qui nous intéresse ici. En effet, entré dans une culture d'efficience et de résultats, l'accompagnement est le moyen de répondre à cette injonction.

Elle propose synonymes suivants³³ :

- « conduire, c'est-à-dire accompagner quelqu'un quelque part
- guider : accompagner en montrant le chemin, en veillant à la marche
- escorter : accompagner pour guider, surveiller, protéger.

Il existe l'idée récurrente de marche, de direction, d'orientation, et accompagner est bien cheminer ensemble, l'un exerçant une fonction spécifique à l'égard de l'autre.

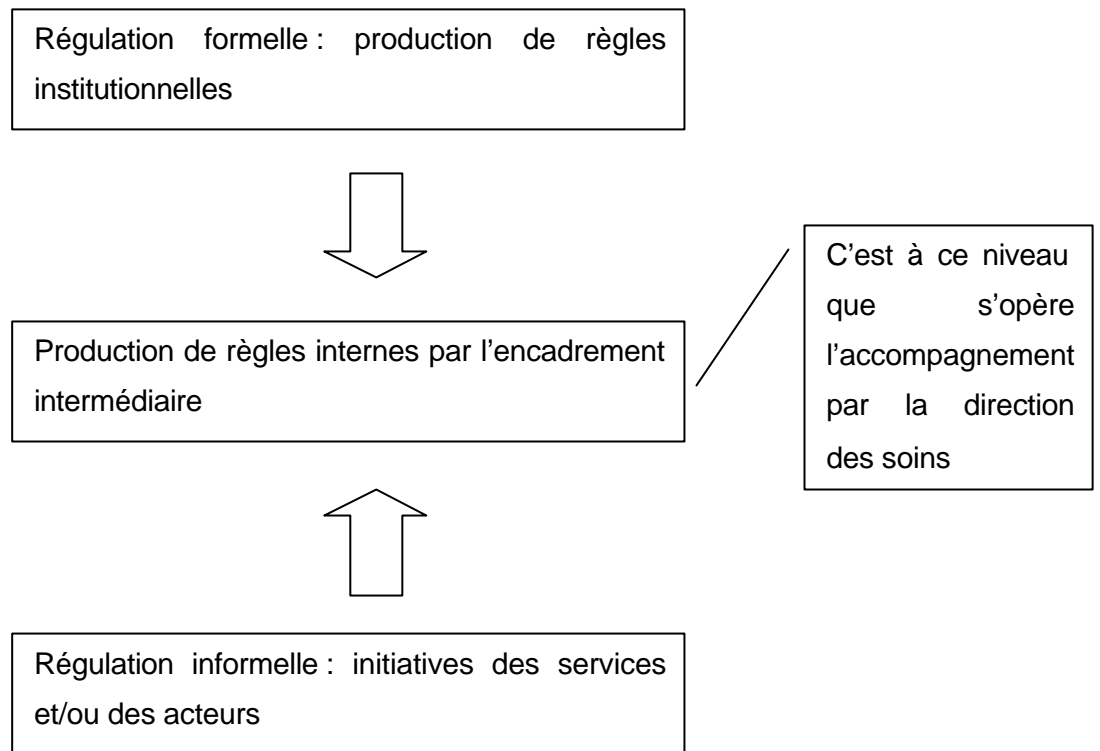
Les frontières synonymiques de l'accompagnement sont éveiller, veiller sur, sur- veiller, c'est-à-dire au fond de l'accompagnement il y aurait des idées de lien de passage, de veille qu'on peut entendre comme gestion sociale ou technique ».

Reprenant l'approche conceptuelle du management de S.LUCAS³⁴ nous pouvons faire le schéma suivant :

³² M. PAUL. *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Edition l'Harmattan. 2004. P 7.

³³ Ibid 30

³⁴ Ibid 18



Mais M.PAUL³⁵ nous dit que pour qu'il y ait relation d'accompagnement il faut qu'il y ait un professionnel qui prenne en compte autrui comme demandeur potentiel, même si la demande n'est pas formulée. D'ailleurs l'une des fonctions de l'accompagnement est d'aider à repérer, élucider, formuler la demande.

C'est ainsi que dans ma carrière professionnelle j'ai été amenée à décoder la demande d'un cadre qui est venu me voir pour demander son changement. C'est en prenant le temps de la discussion pour envisager avec ce cadre pour quelles raisons il voulait changer, et construire avec lui son projet de mobilité interne que la demande d'accompagnement liée à des difficultés de management ont été formulées.

Le discours est passé de : « *je voudrais changer parce que je m'ennuie, je ne suis plus motivée, je ne suis pas à l'aise avec la spécialité* » à « *je ne peux rien faire, l'équipe conteste toutes mes propositions, l'équipe contourne mes décisions en faisant appel au médecin chef...* ».

Ainsi M.PAUL³⁶ explique que l'écoute n'est pas une question de temps et de disponibilité, elle est une reconnaissance de la personne.

Dit autrement « *la fonction d'accompagnement est corollaire d'une nouvelle façon de problématiser l'autre : autrui est une personne. Distingué du collectif et de l'anonymat, irréductible à un dossier à traiter ou un problème à résoudre, il n'est plus l'objet passif*

³⁵ Ibid 30. P 128.

³⁶ Ibid 30. P 99

d'une prise en charge, mais devient le sujet actif de son parcours : l'accompagné est donc censé être l'acteur principal de l'accompagnement ».

Nous trouvons chez M.PAUL³⁷ 3 formes distinctes d'accompagnement :

- *« l'accompagnement de conseil qui suppose une autonomie suffisante pour qu'il y ait une demande explicitement formulée*
- *l'accompagnement de guidance qui correspond au suivi nécessaire à une personne momentanément fragilisée*
- *l'accompagnement de partage qui consiste en la prise en charge provisoire d'une personne se trouvant dans une passe difficile ».*

Il ne s'agit pas d'adopter une posture unique une bonne fois pour toutes mais après identification de la situation des personnes, de discerner quand et comment passer de l'une à l'autre.

Ainsi un directeur des soins nous dit : *« vis-à-vis d'un professionnel cadre ou non, en difficulté vous avez 3 approches à avoir, et il faut analyser avec lui dans quel domaine vous allez travailler :*

- *si c'est médical, il faut qu'il se soigne, en tant que directeur des soins je ne peux que l'encourager à se faire soigner et le déculpabiliser par rapport à ça,*
- *si c'est disciplinaire, il faut que ce soit explicité, je lui dis que je traiterai son dossier de cette façon là, que je ne lui laisse pas de marge de manœuvre parce qu'il y a les patients, et la sécurité ne tolère pas l'erreur,*
- *il y a l'insuffisance professionnelle ou inadaptation au poste de travail, là c'est un problème de recherche de solution et d'adaptation au poste, à la personnalité de la personne.*

Ainsi, dans le cas d'erreur de parcours trouver une solution c'est travailler sur l'accompagnement individuel et le collectif, et l'articulation entre les 2 ».

En conclusion de cette partie problématique nous dirons que l'accompagnement n'est pas éloigné des missions des directeurs des soins et peut revêtir différentes formes, même si l'hôpital se restructure en pôles.

³⁷ Ibid 30. P 74.

Le projet de soins n'est pas suffisant pour que les cadres sachent ce qu'on attend d'eux, s'approprient les changements, et les mettent en œuvre au sein des lieux de production de soins.

Si les cadres ont à expliciter, argumenter les orientations politiques, adapter les moyens de l'unité aux activités, établir les plannings, évaluer les personnels et proposer des formations nécessaires, motiver les équipes entre autres missions, le directeur des soins dans son management des cadres de santé se trouve aux prises avec les mêmes obligations.

Pour nous il se confirme que le cadre de santé est au cœur de l'organisation hospitalière, en cela il mérite toute notre attention, pour que la réalisation des projets soient une réussite, et participe à l'évolution des organisations.

Manager une équipe c'est se centrer sur les individus au service du collectif.

2.8 Les représentations

D'après J-C ABRIC³⁸ : *« Il n'existe pas à priori de réalité objective, mais que toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu, reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social qui l'entourne. Et c'est cette réalité restructurée qui constitue pour l'individu la réalité même. C'est une vision fonctionnelle du monde qui permet à l'individu de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de référence, donc de s'y adapter, de s'y définir une place ».*

Toujours selon J-C ABRIC : *« les représentations répondent à 4 fonctions : fonction de savoir, fonction identitaire, fonction d'orientation, et une fonction justificatrice ».*

La fonction de savoir des représentations correspond à ce que ces dernières permettent de comprendre la réalité. Elles permettent aux acteurs d'acquérir des connaissances et de les intégrer dans un cadre compréhensible, en cohérence avec leurs valeurs.

La fonction identitaire des représentations correspond à ce qu'elles permettent aux individus de se situer dans un champ social.

La fonction d'orientation des représentations correspond à ce qu'elles guident les comportements et les pratiques, elles sont un guide pour l'action.

³⁸ J-C.ABRIC, *pratiques sociales, représentations*, Ed PUF, 1994, P 91.

La fonction justificatrice des représentations correspond à ce qu'elles justifient les prises de position et les comportements. Elles permettent de justifier les conduites.

A partir de ces définitions nous voyons l'importance des représentations et leur impact dans les pratiques, puisqu'elles sont à l'origine de nos conduites, ce sont elles qui nous guident dans nos prises de position et de décisions.

3 L'ENQUETE

Nous rappelons ici la problématique : **quel rôle pour le directeur des soins dans l'accompagnement des cadres en difficulté de management ?**

3.1 Les hypothèses

Partant des difficultés de management des cadres de santé, nous proposons les hypothèses suivantes, en lien avec les représentations, la formation cadre, et la définition de la politique de la direction des soins :

- **Il existe un décalage entre la représentation du métier et la réalité d'exercice**
- **Un manque de lisibilité de la politique de la direction des soins est source de difficulté pour les cadres de santé.**
- **Il existe un décalage entre la formation cadre et la réalité d'exercice**

La première hypothèse nous permettra de vérifier si l'inadéquation entre la conception que les cadres ont de leur exercice professionnel et ce que l'institution leur demande est source de difficulté pour l'encadrement.

La seconde hypothèse nous permettra de vérifier que l'absence de formalisation des attentes en matière de management, de la part de l'institution et de la direction des soins est source de difficulté pour l'encadrement.

Enfin la troisième hypothèse vient compléter les deux précédentes, et postule que le décalage entre la formation et les attentes institutionnelles est source de difficulté pour l'encadrement.

3.2 La population

Pour répondre à nos hypothèses nous avons tenté d'être exhaustif quant à la représentativité en qualité des interlocuteurs partie prenante du management de l'encadrement et de la définition des attentes institutionnelles. La représentativité ne concerne pas le nombre de personnes interrogées.

Pour cela il aurait fallu procéder à une méthode de calcul d'échantillonnage. De plus le nombre requis d'acteurs à interroger aurait été trop important, et non réalisable du fait du temps imparti.

Nous avons interrogé 18 personnes dont :

- 2 Directeurs des Ressources Humaines
- 3 Directeurs des Soins
- 5 Cadres Supérieurs de Santé
- 4 Cadres de Santé, dont 2 de filière infirmière, 1 de filière médico technique, et 1 de filière rééducation.
- 2 Cadres Supérieurs de Santé formateurs en IFCS
- 2 Etudiants à l'IFCS.

Le choix des cadres et cadres supérieurs de santé a été fait par le coordonnateur général des soins de chaque établissement qui au courant de la problématique et des hypothèses nous a donné une liste de personnes en difficulté et non en difficulté.

Les cadres interrogés sont donc choisis de façon aléatoire en fonction de leur disponibilité à me recevoir et leur accord à participer à l'enquête.

Un des cadres a été nommé à l'ancienneté, tous les autres ont suivis la formation cadre.

L'âge des cadres et cadres supérieurs de santé n'a pas été défini comme critère du fait du caractère aléatoire de la participation de l'encadrement à l'enquête.

Les coordonnateurs des établissements de l'enquête, n'ont pas été à proprement parlé interrogés lors de l'enquête afin de ne pas introduire un biais méthodologique. Leurs apports ont servi à la définition de la problématique, ils ne seront pas utilisés dans l'analyse des résultats.

Par contre les entretiens réalisés auprès de leurs collaborateurs directeurs des soins serviront à l'analyse.

3.3 Lieux d'enquête

Du fait du temps imparti pour réaliser ce travail, l'enquête s'est déroulée sur les sites où nous avons réalisé nos stages. Il s'agit de 2 Centres Hospitaliers, un CHRU, un IFCS.

Les centres hospitaliers se situent en région centre, et sud est et ne sont pas encore organisés en pôles.

Le CHRU est situé dans le grand est de la France et est site expérimental depuis 2002 pour l'organisation en pôle.

L'IFCS est un institut régional dans le sud est de la France.

3.4 Les outils d'enquête

L'enquête a été réalisée à partir d'entretiens semi directifs.

L'entretien semi directif combine l'attitude non directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance, il permet de laisser place aux questions spontanées liées aux réponses des interlocuteurs.

La méthode utilisée, l'entretien en face à face est une méthode où l'interaction entre interviewés et l'intervieweur peut fausser les interprétations, ainsi pour ne pas trahir les réponses 15 entretiens ont été enregistrés et retranscrit tels quels, seuls 2 entretiens ont été pris en notes, les interlocuteurs ayant refusé l'enregistrement.

Les entretiens ont eu des durées variables allant de 20 minutes à 1 H 30. Cette variabilité n'est pas due au manque de disponibilité éventuelle, puisqu'ils ont répondu favorablement à ma requête, mais plutôt à la liberté d'expression que s'autorisait ou non les interlocuteurs.

En effet certains d'entre eux ne répondaient que par une phrase courte comme s'ils n'avaient rien à dire sur leur métier, ou les attentes de l'institution, manifestant par là même leurs difficultés sans les verbaliser.

3.5 Grilles d'entretien et grilles d'analyse (Annexe 3)

3.5.1 Grilles d'entretien

Les grilles d'entretiens sont construites à partir des thèmes proposés dans les hypothèses.

Plus concrètement nous cherchons à mettre en évidence :

- Le décalage entre les représentations et la réalité d'exercice du métier de cadre de santé comme source de difficultés de management chez les cadres de santé.
- La formation cadre et le processus de socialisation
- La définition des attentes de l'institution et de la direction des soins vis à vis de l'encadrement
- L'affichage de la politique institutionnelle et de la direction des soins
- Existence ou non de difficultés de management chez les cadres de santé
- L'accompagnement des cadres de santé par le directeur des soins

Hormis les questions sur le dispositif de formation, réservées aux formateurs et aux étudiants, l'ensemble des questions a été posé aux interlocuteurs

3.5.2 L'analyse des données

L'analyse des entretiens se fera selon la méthode d'analyse du discours à partir de l'apparition ou non de mots clés ou synonymes intéressant les hypothèses. Certains propos tenus par les cadres, et intéressant notre problématique, ont été verbalisés juste après l'enregistrement, nous en avons tenu compte dans l'analyse.

4 RESULTATS ET ANALYSE

Le nombre d'entretiens réalisés et les lieux d'enquête n'étant pas représentatifs, les réponses apportées ne sont en aucun cas généralisables, et n'ont de valeur que dans le contexte de l'étude présente.

4.1 Décalage entre les représentations et la réalité d'exercice du métier cadre

Ce qu'il est étonnant de noter est que seul 1 cadre sur 4 parle du management des équipes comme étant ce qu'ils avaient imaginé du métier de cadre.

2 cadres parlent de la fonction pédagogique du cadre, par l'encadrement des étudiants, et des nouveaux infirmiers, et de la conduite de projet.

1 cadre parle essentiellement de la fonction logistique et technique, car c'est sur ces domaines qu'il remplaçait le cadre de l'unité avant d'être nommé.

« A l'époque c'était surtout une activité d'expert, et/ou d'enseignement, mais pas les versants qui se sont développés après comme le management, la gestion »

« ...je ne voyais pas le management de l'équipe, je voyais plus le côté administratif, commandes, gestion des automates, et petit à petit j'ai appris à manager les équipes avec l'aide de mes collègues et les formations de l'hôpital »

« ...je voulais prendre des responsabilités, et faire un autre métier, gérer un service, gérer les ressources humaines, ça paraissait être la continuité de ma carrière »

« ...je faisais des remplacements du cadre et j'aimais bien encadrer les étudiants, ..., c'était l'envie d'explorer un autre volet du métier, et prendre des responsabilités »

Par contre lorsque nous abordons leurs activités au quotidien, 3 cadres parlent de la gestion des ressources humaines comme première activité et qui occupe 50% et plus de leur temps.

Les entretiens nous fournissent les réponses suivantes *« ...c'est la partie encadrement, management de mon équipe de 8 personnes, c'est mettre du lien entre les gens qui n'ont pas le même âge, pas la même culture, pas les mêmes objectifs de soins. »*

« Ce qui me prend le plus de temps c'est le management et la gestion des plannings, ensuite c'est par rapport aux patients, les rendez-vous, la gestion des lits, les familles, puis les réunions institutionnelles et réunions du pôle, le contrôle et l'évaluation, les commandes, les participations aux groupes de travail, etc »

« La charge de travail s'est alourdie, les équipes sont plus nombreuses, les soins de plus en plus pointus, il faut gérer les mouvements dans le service ».

« Je trouve que c'est très varié, on touche aussi bien la gestion économique que la gestion des ressources humaines, les plannings, les relations interpersonnelles, les relations avec les médecins ».

Si nous reprenons les réformes en cours, nous percevons bien non seulement les évolutions du métier de cadre mais aussi la place prépondérante du management dans les missions du cadre :

- Une vision claire des orientations et des activités du service mais aussi du pôle,
- des capacités à l'anticipation, l'évolution des activités
- Conduire les équipes vers le changement
- Des capacités d'argumentation, et de négociation
- Un positionnement et une autorité
- L'évaluation des compétences.

C'est ce que nous retrouvons dans le guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, élaboré par HAS³⁹ :

« Un consensus semble se former sur une caractérisation du management à partir de 5 fonctions :

- *prévoir*
- *organiser*
- *décider*
- *motiver*
- *évaluer* ».

Au regard des réponses apportées les cadres n'avaient pas perçu l'importance de cette mission et ce qu'elle recouvre.

Le décalage entre les représentations et la réalité d'exercice n'est pas source systématique de difficultés fort heureusement, mais comme nous le dit M-A. COUDRAY⁴⁰ : « la confrontation avec la réalité peut apporter autant de satisfaction que de désillusion. Il ne s'agit pas non plus de laisser penser que la fonction doit coller à l'imaginaire des personnes avant qu'elles ne soient en confrontation avec le terrain, mais de regarder en quoi les illusions normales lors d'une prise de fonction n'arrivent à se transformer en motivation durables, stabilisant l'enracinement dans la fonction réelle ».

³⁹ HAS. *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*. Janvier 2005.

⁴⁰ M-A.COUDRAY. *Le cadre soignant en éveil*. Editions Sali Arslan.2004. p132.

En fait l'imaginaire, les représentations sont source de projet, d'idéal, et c'est en cela qu'il est en décalage avec ce que la réalité permet de mettre en place, mais c'est lorsque cet imaginaire n'est pas rationalisé, retraduit dans les situations professionnelles, que le décalage peut se manifester par des difficultés.

M-A.COUDRAY nous dit à ce sujet⁴¹: *« les cadres sont soudain projetés dans un environnement dont ils n'ont pas toujours mesuré sinon l'hostilité, du moins l'indifférence. Ils passent de l'état de personnes distinguées comme leader professionnel à celui de quelqu'un qui doit faire en sorte que le quotidien marche, et que les règles soient appliquées »*.

D'ailleurs un cadre avec une expérience professionnelle de plus de 10 ans nous dit : *« A l'école on est beaucoup dans l'intellectuel et l'idéal, on se dit qu'on va pouvoir mettre plein de choses en place et quand on est dans la réalité c'est autre chose, et quand on arrive sur le terrain on se rend compte qu'il faut que l'équipe suive et puis il y a le quotidien recevoir les familles, gérer les plannings et l'absentéisme, et en même temps il faut réfléchir à comment on va s'y prendre pour que l'équipe suive dans les changements, et il faut y aller doucement »*.

En fait les cadres rencontrés laissent entrevoir qu'ils n'avaient pas imaginé leur métier comme ils l'exercent, ceci dit l'expression de difficultés n'est pas explicitement liée à ce décalage entre représentations et réalité sauf pour le cadre n'ayant pas fait l'école cadre. Ces propos nous conduisent à nous poser la question de la formation des cadres.

4.2 La formation cadre et le processus de socialisation

Si nous reprenons l'arrêté concernant la formation celui-ci stipule⁴² :

« Le bon fonctionnement de nos structures de santé,..., dépend largement de la place des cadres de santé et de leur compétence, qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes aux patients. La formation contribue à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de gestion des équipes et des activités. Elle a pour objectif de préparer les étudiants à l'exercice des fonctions d'animation et de gestion, en leur apportant les concepts, les savoirs et les pratiques nécessaires, et en favorisant leur application à leur domaine professionnel ».

Il s'agit bien de préparer les étudiants à leur futur exercice. Mais la formation doit-elle coller à la pratique et les différentes réalités d'exercice ? Doit-elle coller aux attentes

⁴¹ Ibid 37. p133

⁴² Ibid 14. p 12472

institutionnelles ? Et le décalage entre la formation et la réalité d'exercice est-il source de difficultés ultérieures pour les cadres de santé ?

Le passage en formation et le diplôme cadre apporte la légitimité du métier que les étudiants vont exercer.

En ce sens la formation est construite par les formateurs rencontrés plus comme une transformation identitaire pour un positionnement spécifique, et l'apprentissage de méthodes d'analyse et de réflexion, plutôt que comme un dispositif d'où les étudiants sortent avec des savoirs faire applicables à toutes les situations professionnelles qu'ils vont rencontrer.

Ainsi un formateur explique : « ...on les fait travailler sur leur conception du soin et après on les décentre complètement du soin et on leur dit qu'ils vont avoir une autre fonction, c'est pour ça qu'il vont en stage en entreprise, et ils se confrontent au métier de cadre . Ils sont obligés de s'éloigner du soin pour entrer dans celui de responsable d'équipe».

Un autre formateur explique : « il y a quelque chose de l'ordre de la transformation qui se joue à l'école de là à parler d'identité professionnelle je ne sais pas, mais en tout cas il y un processus identitaire qui a démarré c'est sûr ».

Pour C.DUBAR⁴³ : « la socialisation est un processus d'identification, de construction d'identité, c'est-à-dire d'appartenance et de relations. C'est-à-dire que se socialiser c'est assumer son appartenance à des groupes d'appartenance ou de références. La socialisation ce n'est pas seulement la transmission de valeurs, de normes, de règles mais le développement d'une certaine représentation du monde ».

Les formateurs rencontrés expliquent qu'ils forment des futurs managers et ne sont pas là pour donner des recettes, même si la formation apporte des outils. Ceux ci sont une aide à la prise de décision mais ne remplacent pas les compétences d'analyse de situation, et de réflexion.

En fait la formation cadre d'après notre expérience comme intervenante dans différents IFCS montre que le dispositif mis en place participe surtout à l'acquisition d'un nouveau positionnement dans les équipes de soins, et l'institution. Les savoirs faire acquis en formation deviendront compétence lors de leur transférabilité dans les situations professionnelles.

Pour compléter nous pouvons citer les propos des formateurs :

« Je pense qu'il vaut mieux former des cadres qui sont plutôt dans les interrogations, qui se posent des questions qui recherchent du sens qui soient capables de se positionner,

⁴³ C.DUBAR ; *la socialisation* ; Editions Armand Colin. Paris. 1991. P25.

que de donner des outils, et qu'est ce qu'on fait des outils si tu sais pas t'en servir, alors qu'un cadre qui est capable de monter un projet, de pouvoir conduire un projet me paraît plus essentiel, mais je me pose la question si on va dans le bon sens parce qu'avec la nouvelle gouvernance, est ce qu'on ne conduit pas les étudiants vers de grandes difficultés si les établissements veulent vraiment des gens très opérationnels».

En fait les formateurs nous expliquent que les étudiants viennent d'horizon tellement divers qu'ils ne peuvent former chaque étudiant aux attentes spécifiques de chaque établissement. Mais au regard des propos recueillis auprès des DRH et des directeurs des soins le décalage n'est pas aussi réel que nous pourrions l'imaginer.

En effet les DRH expriment bien le positionnement des cadres comme base à l'exercice du métier.

Les DRH expriment: *«...le cadre est dans un positionnement entre le médecin et son équipe, il a aussi à faire partager des valeurs, que le médecin ne manipule pas l'équipe contre le cadre, contre la direction etc., c'est sa responsabilité, il y a des règles du jeu à respecter et à faire respecter ».*

« Je pense que ce qu'il y a de plus important pour un cadre de proximité c'est la capacité à se positionner par rapport à son équipe et par rapport aux médecins, parce qu'il y a toujours cette ambiguïté entre soignants, les cadres doivent savoir se démarquer des médecins mais pas s'opposer à eux, il faut qu'ils travaillent avec ».

Concernant le décalage entre formation et réalité d'exercice, les étudiants rejoignent les propos précédents :

« La formation n'apporte pas de réponses, elle apporte un peu plus de confiance en soi, on réfléchit à des situations professionnelles, on les travaille sous des angles différents, sociologiques, économiques, à priori on a tout en main pour faire le mieux possible ».

« Ce qu'on apprend en formation n'est pas toujours en lien direct avec ce qu'on attend de nous, je crois qu'il y a une notion de compréhension plus globale du contexte, des façons différentes d'analyser les situations, mais on n'a pas de réponses directes face à un problème particulier ».

« La formation ça me permet de me projeter un petit peu, ce que je ferai de tout ce que j'ai appris, je ne sais pas parce que je n'ai jamais été en faisant fonction avant, mais en tout cas c'est sûr je serai plus armée, cette formation je n'en tire que des bénéfices ».

De même un cadre de santé ayant plusieurs années d'exercice nous dit : *« aller à l'école est très enrichissant et il y a de nombreuses fois où je me réfère à ce que j'ai appris à l'école de cadres mais il y a des choses qui ne me servent pas directement ».*

Nous pouvons conclure sur ce thème en affirmant que le décalage entre formation et réalité d'exercice même s'il existe, n'est pas directement la cause d'éventuelles difficultés de management rencontrées par les cadres, mais il subsiste l'idée de comment les cadres utilisent les outils et grilles de lecture et d'analyse pour s'adapter à ce que les directions attendent d'eux.

Il s'agit plus de la question de l'appropriation et de la transférabilité que de la formation et son contenu proprement dit, ce qui signifie que les difficultés de management rencontrées par les cadres seraient plus liées à l'individu et ses capacités à développer des compétences.

4.3 Définition des attentes et affichage de la politique de la direction des soins

- Nous avons posés aux DRH, aux DS, et aux CSS, les questions suivantes :
« qu'attendez vous des cadres de santé ».

Les réponses sont très claires en matière d'attentes mais plus floues en matière de communication et de formalisation. Nous trouvons les propos suivants.

Les attentes des DS :

« Le cadre doit avoir des compétences en matière de techniques d'encadrement, d'évaluation des objectifs, et de raisonnement clinique. Il faut qu'ils retrouvent un certain bon sens et du pragmatisme dans la gestion des soins et qu'ils arrêtent ce raidissement systématique contre les médecins »

« Pour moi c'est la gestion des ressources humaines, ils doivent être en mesure d'animer des équipes. Et il y a une attente particulière centrée sur la qualité de prise en charge du patient ».

Les attentes des DRH :

« Qu'il soit un manager d'équipe qui puisse être un vecteur de projet et notamment le relayeur du projet d'établissement, mais ce que j'attendrais c'est qu'il se positionne bien, il doit avoir une dynamique de projet, posséder une technique, un métier, et puis être légitime par rapport à son équipe, la direction, les médecins, on lui demande beaucoup mais il est au carrefour de beaucoup de choses ».

« Etre manager dans son contexte de soins, ne pas avoir le nez dans le guidon et ne pas regarder ses chaussures mais regarder l'horizon ».

« 2 éléments me viennent manager son équipe et organiser son service. Qu'il sache diriger son équipe et la faire évoluer quand c'est nécessaire, et organiser son service c'est l'organisation technique, administrative, et l'organisation des soins ».

Nous notons à ce niveau un consensus sur les thèmes de management des équipes et de l'organisation des soins.

Les attentes des CSS :

« De la transparence et qu'ils me fassent remonter les informations de leur service ».

« J'attends des cadres qu'ils soient le relais des informations qui descendent de la direction ».

« J'attends des cadres la gestion des soins et la gestion des personnels qui va avec les soins, c'est essentiellement ça ».

« C'est un travail de collaboration, de confiance, et au niveau de leur service c'est la gestion du personnel, c'est de la rigueur,...c'est aussi des attentes à géométrie variable en fonction des projets et de ce qu'ils peuvent donner à un moment donné ».

Avec les réponses des CSS nous notons que les attentes ne se rejoignent pas forcément avec celles des DRH et DS, ce que nous n'avions pas anticipé. En effet la plupart des cadres supérieurs de santé ont été cadres avant leur nomination à ce poste (sauf une personne). Nous pensions que les attentes formulées par les CSS seraient en lien avec leur expérience de cadre de santé, et qu'elles rejoindraient ce que les cadres disent faire. En fait la question de leurs attentes résonne en écho, puisque nous leur avons posé également demandé s'ils connaissent ce que l'institution et leur hiérarchie attendent d'eux.

En fait leurs réponses sont proches de celles qu'ils expriment pour les cadres de santé qu'ils ont à manager :

« C'est de faire passer tout ce qui est projet, règles, le transfert d'informations ».

« Moi je pense que ce qu'on attend de nous c'est écrit dans le règlement des pôles, nos missions sont bien définies ».

« Oui qu'il n'y ait pas de vagues, on attend de nous qu'on apporte des solutions aux problèmes, que ça fonctionne ».

Nous pouvons dire que sauf pour le CHU, où l'organisation en pôles est effective avec des règlements de pôles la question des attentes est floue pour les cadres supérieurs de santé.

Et lorsque nous interrogeons les cadres sur ce en quoi consiste leur travail, ce sont le management des équipes et l'organisation des soins qui sont cités en premier. D'ailleurs ils quantifient cette activité comme occupant 50% et plus de leur temps.

Nous constatons ici que les attentes des DRH et DS se trouvent en cohérence avec les activités des cadres, par contre les attentes des CSS divergent d'avec les activités réelles des cadres de santé.

- Nous avons donc posé la question suivante aux cadres de santé : « savez vous ce que l'institution et votre hiérarchie attend de vous ? » :

« J'ai participé comme beaucoup de mes collègues aux formations démarche cadre, et aux réunions de pôles où les attentes institutionnelles nous sont formulées. Il y a eu la période accréditation et aujourd'hui c'est d'autres projets sur lesquels on nous sollicite ».

« Pas vraiment je pense que c'est pas défini ou alors c'est défini et je n'en ai pas connaissance. C'est une revendication forte des cadres de demander nos attentes ».

« Je pense que ce qu'on attend de nous c'est que le service tourne et que les patients soient bien soignés, que je sois là pour apporter une qualité de soins et que je fasse appliquer ce que nos supérieurs hiérarchiques nous demandent, pour moi c'est comme ça que je le conçois et que je le pense ».

« Je pense, déjà par le profil de poste, mais ce que je pense c'est que je sois l'interface entre le terrain et mes supérieurs ».

Pour chaque réponse nous entendons « je pense, je conçois », il n'y a pas d'affirmation ni de confirmation de la connaissance des attentes institutionnelles et de leur hiérarchie, en particulier de la direction des soins.

Si nous nous référons à la définition du métier de cadre de santé du répertoire des métiers⁴⁴, nous voyons que le rôle du cadre se situe au niveau de :

- Élaboration, réalisation et communication du projet paramédical du service ou de l'unité en liaison avec l'équipe médicale
- Gestion directe des personnels paramédicaux du service ou de l'unité
- Programmation hebdomadaire et journalière des activités du service ou de l'unité
- Répartition et gestion des ressources et des moyens dans l'unité
- Suivi et bilan des activités du service ou de l'unité
- Contrôle de la qualité, de la sécurité des soins et des activités paramédicales : procédures, protocoles, réalisation d'audits, suivi d'indicateurs

⁴⁴ Ibid 13. P 78-79

- Coordination et suivi des prestations de maintenance et de logistique
- Gestion de l'information relative aux soins et aux activités paramédicales
- Identification des besoins en formation du personnel, suivi et évaluation des résultats
- Accueil et organisation de l'encadrement des nouveaux personnels et des étudiants
- Conseil, information, éducation ou formation clinique ou technique, auprès des familles, des patients et du personnel
- Veille professionnelle sur l'évolution de la santé, des professions, des techniques et du matériel.

Arrivé à ce stade de l'analyse des entretiens nous voyons d'ores et déjà que les attentes institutionnelles sont claires dans les propos des DRH et des DS, et en cohérence avec les documents officiels, mais elles ne sont pas identifiées chez les cadres et les cadres supérieurs de santé.

Ce qui nous amène à faire le lien avec la question de la communication et éventuellement la formalisation des attentes.

Nous pourrions supposer du fait des attentes clairement énoncées par les DRH et DS que si celles-ci ne sont pas connues de l'encadrement cela est dû à un déficit de communication et de formalisation de ces attentes, qui traduisent la politique institutionnelle, et de la direction des soins. Nous avons posé la question suivante aux DRH et DS :

« Leur avez-vous communiqué vos attentes, sous quelle forme, existe-t-il une formalisation et une évaluation ? ».

Nous obtenons une seule réponse positive, celle-ci concerne le CHU, ce qui semble logique puisque cet établissement est organisé en pôles depuis 2002. Cette organisation a donné lieu à l'élaboration d'un règlement du pôle qui permet de définir les missions des cadres supérieurs de santé, les directeurs, et les médecins, positionnés en trinôme responsables des pôles.

De même cet établissement a construit le projet de soins de telle façon que les attentes vis à vis de l'encadrement donc les missions de l'encadrement sont formalisées et donnent un guide à ces professionnels. Ceci n'empêche pas que certains cadres supérieurs soient en difficulté, mais ces difficultés relèvent d'un problème d'affirmation de soi notamment vis à vis des médecins, d'une absence de savoirs faire en matière de conduite de projet, et de négociation,

Un centre hospitalier organise pour les cadres qui sortent de l'école 3 journées d'accueil, où la direction générale le DRH, le DS présentent leurs attentes et les projets en cours sur l'institution. Ensuite chaque direction fonctionnelle vient présenter son rôle et leurs modes de fonctionnement entre les cadres et eux.

Mais nous voyons qu'il n'existe pas de formalisation écrite.

Sur le deuxième centre hospitalier le DRH parle de réunions avec l'encadrement 2 à 3 fois par an où il a l'occasion à travers les projets institutionnels de parler des attentes, le directeur des soins qui réunit les cadres avec une fréquence d'environ toutes les 2 semaines, parle également des projets institutionnels et notamment du projet de soins (traduction du projet d'établissement), comme étant le contrat sur lequel les cadres trouvent la définition de leurs missions et donc les attentes.

De même les attentes vis-à-vis des cadres trouvent naturellement leur place dans l'élaboration de profils de postes, mais seul le CHU a défini les profils de postes pour l'encadrement.

Le répertoire des métiers n'est jamais cité comme pouvant servir de base à la définition des attentes.

Hormis le CHU, les centres hospitaliers n'ont pas de formalisation spécifique concernant les attentes et la politique managériale de la direction.

- Lorsque nous posons la question aux cadres de santé si cette absence de formalisation des attentes et d'une politique managériale de la direction leur manque nous obtenons les réponses suivantes :

« La formalisation je ne la porte pas à l'excès mais elle permettrait de limiter l'inflation. Si les attentes étaient formalisées de façon précise pour un an par exemple peut être que ça irait mieux »

« Question très pertinente parce que nous avons en tant que cadre la possibilité de faire une formation d'analyse de pratique mais c'est à un niveau individuel. Il y avait un travail qui avait été commencé pour l'ensemble des cadres au niveau institutionnel et c'était une demande des cadres mais le projet s'est arrêté avec le départ du directeur de l'hôpital, le nouveau n'a pas suivi et ça nous manque mais il paraît que ça va recommencer ».

« il y a des fois où on est dans le flou, cela me simplifierait la vie si je savais ce qu'on attend de moi, il y a tellement de choses à faire, de personnes à qui répondre, de procédures ».

Globalement, les réponses sont unanimes sur les 3 lieux d'enquête. Les cadres et cadres supérieurs de santé nous disent qu'il existe une politique de la DRH et une politique de la Directions des Soins et qu'à proprement parlé il n'y a pas de politique institutionnelle de management.

Pourtant nous pouvons affirmer que la lisibilité de la politique managériale est un enjeu fort dans l'avenir pour les établissements de santé, puisque le management est au centre du changement d'organisation avec la nouvelle gouvernance, mais aussi avec la version 2 de la procédure d'accréditation.

Ainsi l'HAS annonce⁴⁵ : « *paradoxalement le management des établissements de santé et la qualité managériale des responsables (toute personne ayant une fonction d'encadrement) semblent peu ou pas générer de démarches d'évaluation. Or leur impact, sur le fonctionnement des secteurs d'activité et la capacité des établissements à remplir leurs missions auprès des patients, est non négligeable* ».

Le guide précise également que cette évaluation concerne : « *il s'agit d'apprécier la manière dont les différents responsables de l'établissement, qu'ils soient gestionnaires, médecins, soignants, remplissent à leur niveau la composante managériale de leur mission* ».

Pour le sujet qui nous intéresse ici, ces propos traduisent que du chef d'établissement aux cadres de santé en passant par le directeur des soins, nous devons travailler sur une politique managériale lisible par tous les acteurs, mettant en place des procédures évaluables.

D'ailleurs un directeur des soins nous dit : « *Il y a nécessité de se donner les moyens de faire comprendre aux gens ce que l'on veut et puis les associer dans tous les travaux qui peuvent être conduits par ailleurs et qui concernent peu ou prou la prise en charge des patients, il faut toujours se recentrer sur cette démarche là* ».

En fait nous constatons que la formalisation des attentes et de la politique managériale, est exprimée par les cadres de santé comme balise dans le dédale de toutes leurs activités.

Mais pour autant, les cadres et cadres supérieurs de santé ne font pas le lien entre les difficultés de management et le manque de lisibilité de la politique institutionnelle et de la direction des soins, par contre ils expriment le flou dans lequel ils fonctionnent. Nous allons voir maintenant l'identification de difficultés managériales des cadres de santé et comment elles se manifestent.

4.4 Difficultés de management des cadres de santé

- Pour aborder ce thème nous avons posé la question suivante aux cadres de santé: « *Quelles sont les activités avec lesquelles vous êtes le moins à l'aise ?* »

Nous obtenons les réponses suivantes :

« *On a le sentiment qu'on attend de plus en plus de choses de nous, et que tout est prioritaire, tout doit être fait avant aujourd'hui, je ne suis pas sûre que ce soit bien raisonnable d'attendre autant de choses d'un métier comme c'est le cas aujourd'hui, c'est*

⁴⁵ Ibid 36. P8

une source de difficulté pour les cadres aujourd'hui ne de plus savoir ce qui est prioritaire et ce qu'ils doivent réellement»

« Il y a le travail obligatoire qui est le moins passionnant du planning, être obligé de gérer à long terme et au jour le jour, c'est pas le plus facile parce qu'on va à l'encontre de ce que les agents veulent »

« Ce avec quoi je suis le moins à l'aise c'est l'évaluation des personnels, c'est quelque chose avec lequel j'ai des difficultés à faire surtout avec les plus anciens, parce que j'ai un problème d'affirmation avec les agents avec qui j'ai travaillé et qui sont parfois plus anciennes que moi »

« Ce sont les situations conflictuelles avec les familles ou les agents où je ne suis pas forcément à l'aise »

« Il y a beaucoup de choses qui ne concernent pas le rôle du cadre comme par exemple répondre au téléphone, mais bon, et puis il y a les plannings avec une équipe de 43 personnes c'est lourd à gérer. En plus j'ai l'impression que les agents se rendent de moins en moins disponibles pour leur travail, ils mettent en avant leur vie personnelle, alors je dois leur rappeler leurs droits mais aussi leurs devoirs. L'évaluation des personnels c'est difficile à cause du nombre, si on veut le faire bien..., en fait c'est tout ce qui tourne autour de la gestion du personnel » Ce même cadre hors enregistrement ajoute « ce que je trouve le plus difficile c'est de devoir discuter avec les équipes, en fait j'ai une équipe difficile, contestataire, avant je dirais que j'étais à 80% participative et 20% directive aujourd'hui c'est 50/50 ».

Dans une enquête réalisée auprès des cadres à 1 an après leur sortie de l'IFCS⁴⁶, il apparaît que les difficultés exprimées relèvent de l'isolement et la non reconnaissance., de même ils expriment l'écartement et l'impuissance, une sorte de dispersion vécue dans la complexité des actions qu'il a à mener.

Nous pourrions penser que les exigences les éloignent du soin et des patients, mais en même temps M.A.COUDRAY nous dit que : *« l'attitude soignante du cadre de santé est un facteur de motivation des personnels »*. C'est sa connaissance du soin et sa proximité qui vont permettre de mettre en cohérence les activités de soins, de motiver le personnel et de répondre aux impératifs institutionnels.

Les contraintes de qualité des soins et des pratiques managériales obligent les cadres à être plus centrés sur les équipes et les compétences de celles-ci.

C'est pourquoi les réformes actuelles impactent les missions des cadres, et notamment celle du management, les changements sont importants car les repères changent et c'est

⁴⁶ Ibid 38. P135.

aux cadres de santé au plus près de la production des soins qu'il revient de s'approprier les changements, et les conduire auprès des équipes.

Si nous reprenons les propos de F-X SCHWEYER⁴⁷, celui-ci nous dit que les 3 dimensions à investir par les cadres sont :

- le sens de l'action, les normes et les valeurs
- la communication et l'attention portée à ce qui est fait
- l'innovation c'est-à-dire l'appropriation des nouveaux projets, aujourd'hui les modifications organisationnelles.

Mais pour que ces dimensions soient investies cela nécessite que les cadres doivent être informés, et accompagnés.

- Pour identifier s'il s'agit bien de difficulté nous leur avons demandé s'ils ont eu besoin d'aide à un moment donné et quelles étaient leurs personnes ressources.

« Les conflits d'équipe, les dérapages, ça ne manque pas, ça serait bien qu'au sein de l'institution il y ait des ressources managériales, pour nous permettre de nous appuyer dessus, un appui méthodologique »

« Pour moi c'est les conflits et la première personne à qui je me réfère c'est mon cadre supérieur. Avec lui j'essaie de prendre du recul »

« C'est toute l'organisation des soins, avec les nouvelles procédures et les problèmes d'absentéisme. Comme je suis ancienne je connais bien l'hôpital et les personnes que je peux appeler en direct suivant si c'est un problème de personnel ou technique ».

Lorsque l'établissement n'a pas de cadres supérieurs de santé, les cadres donnent les réponses suivantes :

« Je me suis trouvée catapultée dans un service où je n'ai vu le cadre qu'un jour, autant dire rien, j'ai tâtonné et mes collègues cadres m'ont un peu aidée, mais ils étaient débordés, le DS m'a apporté son soutien mais j'aurais aimé qu'il vienne me voir sur le terrain, et puis il ne m'a jamais fait aucun retour, ça j'aurais aimé savoir si je faisais bien ou non et si c'était ce qu'on attendait de moi »

Nous notons ici que le changement de service peut être source de difficulté qui demande un accompagnement.

⁴⁷ F-X.SCHWEYER. *Sociologie des organisations*. ENSP. Cours du 21 décembre 2004.

- Nous avons donc posé la question des cadres en difficulté aux DRH, DS et CSS.

Les réponses des DRH et DS

« Il y a 2 raisons pour lesquelles les cadres sont en difficulté, des raisons liées à la personnalité des cadres, l'autre liée au contexte de travail. J'ai 3 ou 4 situations où les cadres n'ont pas pu tenir leur poste, on a trouvé des solutions ».

« les situations sont assez variables d'un individu à l'autre, ce peut être le changement de service et l'entrée dans une autre discipline médicale, ce peut être du à l'approche de la retraite où les gens ne peuvent plus suivre, et le plus grave c'est quand on s'aperçoit que les gens se sont trompés de métier, on voit qu'ils ne savent pas faire souvent ça se traduit par des problèmes récurrents de plannings et d'absentéisme très très importants dans le service et là pour trouver des solutions c'est difficile »

« Cela dépend des lieux et des contextes, il faut être à l'écoute, par exemple un problème de gestion de planning ça peut cacher un problème de management, de positionnement, il faut savoir décoder, et être là »

Les réponses des cadres supérieurs de santé

« les difficultés peuvent être ponctuelles, par exemple il y a un cadre qui vient d'arriver dans un service où le cadre en titre était souvent absent pour maladie, et bien l'équipe s'est un peu autogérée tant bien que mal et elle a occupé la place vacante, et bien le cadre qui arrive à un peu de mal parce qu'il faut qu'elle reprenne la place de cadre, qu'elle fasse preuve d'autorité, et à ça l'équipe réagit, ça entraîne des difficultés pour le cadre mais là je l'aide, je suis en soutien pour lui, et parfois même je viens rencontrer l'équipe surtout pour des décisions institutionnelles difficiles à faire passer, comme ça cela soulage un peu le cadre, qui n'est pas toujours exposé »

« Les difficultés de management peuvent tout bloquer jusqu'à toucher et bloquer l'activité médicale alors là on ne peut laisser continuer, il faut intervenir directement auprès des cadres »

« Actuellement j'ai un cadre qui est à 5 ans de la retraite, et son problème c'est qu'il n'est pas très rigoureux, il oublie des choses, il est très convivial, même paternaliste, et les plannings c'est pas ça, par ailleurs son équipe va bien, mais bon je passe le voir toutes les semaines ».

A travers les réponses nous constatons que les difficultés sont identifiées et quelles se manifestent différemment selon les contextes. Mais ce qui revient essentiellement en matière de difficulté managériale se concentre sur la gestion ressources humaines et peu sur la conduite de projet ou le changement pour les équipes.

Ceci n'a rien d'étonnant si le planning est utilisé comme un outil de management et pas seulement comme la planification du temps de travail.

A partir du planning, le management s'exprime en matière d'organisation du travail, mais c'est aussi en lien avec les orientations institutionnelles, le projet de service et/ou de pôle, c'est aussi rappeler les devoirs c'est à dire ce pourquoi nous sommes là, au service de qui.

Utiliser le planning pour manager c'est travailler sur le sens du soin, les évolutions à venir, la cohérence mais aussi l'équité entre agents. C'est aussi permettre à chacun de suivre des actions de formation, répartir les tâches et les responsabilités c'est maintenir la motivation.

Au vu des éléments recueillis nous pouvons noter une approche différente entre le management tel qu'il est vécu dans les établissements, les plannings, et l'apprentissage du management en formation cadre.

Les cadres formateurs interrogés nous disent : *«le management est étudié à différents moments de la formation du début à la fin. Les séquences sont découpées selon la définition suivante prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer.*

Il y a des cours théoriques comme la sociologie pour analyser les situations, la communication, l'argumentation, et des travaux dirigés au retour de stages pour identifier et analyser les modes de management rencontrés en stage ».

« Nous ne sommes pas là pour former les cadres à "gestor" ou autre, ici nous travaillons plus le positionnement, l'analyse et la réflexion, pour que les cadres puissent faire face à l'incertitude et au changement ».

Il est intéressant de noter que les formateurs parlent d'incertitude. Une nouvelle piste de réflexion s'ouvre : est ce qu'aujourd'hui le management des équipes et des activités de soin est devenu le management de l'incertitude ? Ce qui serait une autre source de difficultés de management.

Nous notons ici, que des difficultés de management existent, mais elles ne sont pas identifiées en lien avec l'absence de lisibilité de la politique managériale.

Nous allons voir maintenant quels dispositifs existent pour réduire ces difficultés.

4.5 L'accompagnement des cadres de santé

Nous avons vu que les difficultés managériales des cadres de santé étaient identifiées par les différents acteurs de la hiérarchie. Celles-ci peuvent être ponctuelles ou plus durables, liées aux contextes de travail ou à la personnalité même des acteurs.

Nous allons voir maintenant si l'accompagnement de l'encadrement par la direction des soins est une réponse aux difficultés de management et la nature de celui-ci.

- Nous avons posé la question de l'existence d'un dispositif d'accompagnement des cadres de santé aux DS.

Leurs réponses sont :

« Non il n'existe pas de dispositif spécifique, on traite au cas par cas. On voudrait bien que l'IFCS devienne la maison mère, le refuge pour ces cadres, que ça devienne un lieu de paroles »

« On peut offrir des formations d'adaptation pour ceux qui perdent pieds, ça pourrait être de l'analyse de pratiques »

« Dans le projet social il y a un volet sur le malaise des cadres mais de là à parler de dispositif d'accompagnement et de politique managériale... »

« Le problème du DRH ce serait d'uniformiser le management, parce que le management n'appartient pas qu'au DRH, il faudrait qu'il y ait une fonction de Gestion des Ressources Humaines qui appartient à tout le monde, même s'il existe le projet social je ne suis pas sûre qu'il soit connu de tout le monde »

« Moi-même je n'avais jamais pensé à mettre en place un outil d'aide aux cadres en difficulté mais c'est une question à se poser, en tout cas il existe un dispositif de formation adressé à l'encadrement et pas seulement pour ceux en difficulté, avec un organisme extérieur qui propose aux cadres un bilan de comment ils managent leurs équipes, voir leurs forces leurs faiblesses et ce qu'ils devraient faire pour améliorer son management. Et il y a à 6 mois une évaluation pour voir les progrès. Mais ce dispositif fonctionne sur la base du volontariat »

« L'accompagnement c'est pas un beau document, c'est des attitudes, des comportements, des actions ciblées sur tel ou tel service. Mais ça peut être que les cadres se rencontrent pour parler entre eux de leurs difficultés et s'entre aider »

« Pour moi l'accompagnement c'est la valorisation du travail de cadre, de repositionnement du cadre, en tant que DS c'est ce sur quoi je travaille.

L'accompagnement des cadres en difficulté c'est beaucoup du sur mesure, parce que vous avez de l'hétérogénéité dans les cadres, et puis il y a les nouvelles générations, avec tout un tas de cas de figure, et il faut mettre de la cohérence dans tout ça, parce que c'est ça la légitimité du cadre et la valorisation, ça passe par un certain nombre d'explicitations »

« En fait face aux cadres en difficulté il faut travailler à la fois sur de l'accompagnement individuel et collectif. Parce que pour certains il a fallu trouver d'autres contextes de travail et un autre positionnement sans équipe à gérer. Et quand les gens viennent vous trouver et vous disent que ça a failli les tuer et qu'aujourd'hui ils revivent alors c'est qu'on a gagné »

« Etre un bon manager, c'est pas d'aller vers les cadres qui vont bien, je dis pas qu'il faut les laisser tomber, mais c'est s'occuper des autres. En fait il n'y a pas de dispositif précis

sauf en matière de formation qu'on peut leur faire faire, sinon il y a la mobilité interne parce que le problème c'est l'endroit et pas les capacités des cadres, et pour certains c'est la retraite ».

Les CSS expriment ceci :

« Je me sers beaucoup des réunions avec les cadres, et je suis très à l'écoute de ce qu'ils disent et si je sens un cadre en difficulté alors là je vais le voir, après ça dépend des contextes et des problèmes, mais en tout cas c'est de l'individuel »

« je vois très souvent les cadres et donc avec un climat de confiance, ils n'hésitent pas à venir me parler, et là je travaille avec eux »

« Je passe les voir toutes les semaines et on mange ensemble tous les mardis comme ça, ça permet de voir ceux qui ne vont pas bien, et là je fais du coaching individuel »

Nous notons qu'il n'existe pas à proprement parler d'une politique managériale qui afficherait les attentes institutionnelles et instaure un accompagnement des cadres en difficulté.

Par contre nous notons que l'accompagnement existe par les acteurs de la hiérarchie soignante.

Celui-ci est souvent informel, spontané et repose sur les savoirs faire empiriques, mais tous s'accordent sur la nécessité de prendre en compte les difficultés managériales des cadres de santé.

La question ici n'est pas temps de savoir si l'accompagnement doit être formalisé ou non, mais plutôt une traduction d'une politique managériale, encore faut il que celle-ci existe et soit lisible.

M.PAUL nous dit au sujet de l'accompagnement que⁴⁸ : *« accompagner implique pour le professionnel d'instaurer une relation interpersonnelle qui est nécessairement imbriquée et définie par l'organisation institutionnelle dans laquelle elle s'inscrit ».*

M-A.COUDRAY nous dit : *« Que ce soit en matière d'analyse de situation, de prise de décision ou d'interprétation des événements, le cadre ne sait pas toujours vers qui faire appel pour obtenir un conseil, sans que ce soit pour lui faire la preuve de son incapacité. Or les cadres sont tous dans des schémas d'idéal parfait, et dans une conjoncture d'évaluation des pratiques et de résultats, ils peuvent se sentir soumis aux jugements de leur hiérarchie et retarder le moment où ils oseront demander de l'aide ».*

La hiérarchie est un mot lourd de sens dans nos institutions, ainsi il est difficile de demander de l'aide à une personne qui nous évaluera ultérieurement.

⁴⁸ Ibid 30. P 97.

D'où la question de l'accompagnement managérial des cadres de santé par la direction des soins.

Il semble évident dans le discours des directeurs des soins que cette mission est légitime et à aucun moment l'encadrement n'a exprimé que le rapport hiérarchique pouvait gêner à l'accompagnement.

De même, les directeurs des soins expriment que les changements liés à la gouvernance, modifient leur positionnement. Ils expliquent qu'ils sont de moins en moins sur un niveau hiérarchique et de plus en plus sur un niveau d'expertise, de conseil.

En cela la direction des soins serait d'autant plus légitime pour l'accompagnement, qu'elle serait décentrée du positionnement hiérarchique.

Mais cela nécessite une politique managériale de l'institution clairement définie.

A ce sujet les DRH et DS expriment que lorsque les chefs d'établissement changent, souvent les orientations en matière de management changent, ce qui occasionne des frustrations à tous les niveaux. Ils parlent même de démarches cadre qui avaient débutées et qui se sont brusquement interrompues, parce que ce n'est plus une priorité du nouveau Directeur Général.

D'où l'intérêt d'une formalisation de la politique managériale, intégrée au projet d'établissement.

Nous espérons que la version 2 de la procédure d'accréditation apportera cette formalisation, qui permettra à tout un chacun de se référer, dans son rôle et ses responsabilités.

Au-delà des difficultés managériales, et en se basant sur la définition du management de énoncée par l'HAS, prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer, l'accompagnement managérial des cadres de santé par la direction des soins peut se traduire par l'accompagnement au changement.

Mêmes si les entretiens auprès des cadres de santé ne sont pas explicites en matière de changement, celui-ci est exprimé par les cadres supérieurs de santé référents au niveau des pôles et, des directeurs des soins, dont une partie de leurs missions, la gestion des effectifs est transférée, ou le sera au niveau de l'encadrement référent de pôle.

Les cadres de santé expriment le changement plutôt :

- en termes de rapidité : « tout va trop vite, on n'a pas le temps de comprendre ce qu'il faut faire qu'il y a de nouvelles procédures qui arrivent »
- en termes de quantité : « trop de choses à mettre en place, tout en même temps, on a l'impression que tout repose sur nous »
- en terme de qualité : « tout est prioritaire, on ne sait plus ».

Ils n'expriment pas véritablement de besoin en la matière, mais l'encadrement étant la pierre angulaire sur laquelle la réussite des projets repose, c'est à ce niveau là que l'accompagnement au changement des cadres de santé par la direction des soins trouve toute sa place.

Un directeur des soins nous dit : « *quand j'entends les autres directeurs dire les cadres par ci, les cadres par là, je leur dit arrêter de mettre la pression sur les cadres, mettez la sur moi, et après on verra comment faire redescendre sur les cadres* ».

4.6 synthèse de l'analyse et vérification des hypothèses

4.6.1 L'analyse

L'analyse nous a permis de mettre en évidence les points suivants :

- il existe un décalage entre représentation du métier et réalité d'exercice mais ce n'est pas les raisons mise en évidence pour expliquer les difficultés managériales des cadres de santé.
- les difficultés managériales des cadres de santé sont identifiées par les différents acteurs de la hiérarchie. Celles-ci peuvent être ponctuelles ou plus durables, liées aux contextes de travail ou à la personnalité même des acteurs.
- Le manque de formalisation et de communication en matière d'attentes est évoqué par les cadres de santé, mais il n'est pas mis en relation directe avec d'éventuelles difficultés managériales.
- Par contre l'absence ou la multiplicité des politiques managériales semble poser des problèmes à l'encadrement, qui regrette qu'une politique institutionnelle et en cohérence n'existe pas.
- Il existe un décalage entre la formation et la réalité d'exercice, mais il n'est pas identifié comme source de difficultés managériales, au contraire

Parallèlement les DRH et DS des 3 sites enquêtés expriment travailler ensemble, sans aucun problème.

Des réunions de gestion des ressources humaines existent pour prendre des décisions en commun.

Même si parfois les champs d'intervention semblent se «marcher sur les pieds », ils n'hésitent pas à en parler pour décider qui fait quoi dans ce cas là.

Cette collaboration est importante et les rôles et responsabilités de chacune de ces 2 directions semblent définis, les DRH parlent de la gestion des personnels en termes de légalité (recrutement, nomination, concours sur titre, déroulement de carrière), et les DS en termes de besoin de personnels en nombre, en qualifications, en répartition (en lien avec les activités de soins).

4.6.2 Les hypothèses

Les hypothèses proposées en début d'enquête sont :

- **Il existe un décalage entre la représentation du métier et la réalité d'exercice, source de difficultés pour les cadres de santé**
- **Un manque de lisibilité de la politique de la direction des soins est source de difficulté pour les cadres de santé.**
- **Il existe un décalage entre la formation cadre et la réalité d'exercice, source de difficultés pour les cadres de santé.**

L'analyse des résultats nous permet de dire que la première hypothèse n'est que partiellement vérifiée, car si le décalage existe, l'enquête n'a pas mis en évidence une relation de cause à effet avec les difficultés managériales des cadres de santé.

La seconde hypothèse est vérifiée, car la question des attentes non formalisées plus ou moins communiquée, et l'absence d'une politique managériale montre que les cadres interprètent ce qu'on attend d'eux. De même ils demandent la définition d'une politique de management qui leur permettrait de se situer et surtout qui leur servirait d'appui.

La dernière hypothèse n'est que partiellement vérifiée, car un décalage existe, mais globalement les cadres se servent de ce qu'ils ont appris, notamment la mise à distance et le recul pour un autre positionnement. Ce qui rejoint les attentes institutionnelles.

La mise en évidence d'une relation de cause à effet entre ce décalage et les difficultés de management n'est pas réalisée.

Il est important de noter qu'il existe une attente en terme d'accompagnement pour les cadres de santé, qui expriment avoir besoin de soutien méthodologique, de conseil et d'appui, à certains moments de leur exercice.

Les personnes récemment nommées cadres, parlent d'accompagnement par un suivi de leurs actions et un retour de la part du directeur des soins sur les méthodes qu'ils utilisent.

Globalement la gestion des ressources humaines est un point qui tient énormément de place dans l'activité des cadres et les propos recueillis montrent un besoin d'être managés, c'est-à-dire soutenu, évalués, et accompagnés.

De même, la Direction des Soins doit trouver une place différente dans les institutions hospitalières, qui passent d'une position verticale hiérarchique à une position transversale d'expert, une position politique, et d'accompagnement au changement.

5 REFLEXIONS ET PROPOSITIONS

Pour répondre à la question de départ, quel rôle pour le directeur des soins dans l'accompagnement des cadres de santé en difficulté de management, nous proposons comme réponses les pistes suivantes. En tenant compte des résultats de l'enquête par rapport aux hypothèses nous savons d'ores et déjà que :

- Le décalage entre les représentations du métier et la réalité d'exercice et le décalage entre la formation et la réalité d'exercice ne sont que partiellement vérifiées. Ces décalages n'expliquent à eux seuls les difficultés des cadres de santé.
- Par contre l'hypothèse du manque de lisibilité de la politique de la direction des soins est source de difficulté pour les cadres de santé.

5.1 Le projet de soins

Notre première proposition est en lien avec cette hypothèse. En effet, le sens de notre activité c'est le soin. Répondre aux besoins de santé, en qualité et en sécurité.

Pour nous c'est le projet de soin qui traduit le mieux la politique de la direction des soins. Ce projet, partie intégrante du projet d'établissement s'inscrit dans la dimension de politique institutionnelle et traduit les attentes vis-à-vis des cadres de santé.

Mais comme nous l'avons souligné, ce qui importe ce n'est pas tant le projet de soins, que son élaboration, sa formalisation et la communication qui l'entoure.

En effet, il nous semble important de travailler ce projet avec les cadres et si possible avec les médecins, notamment les responsables de pôles.

Associer les cadres à la formalisation du projet de soins c'est :

- Partir des besoins de santé et l'évolution des activités, et les cadres sont les mieux placés pour évaluer ces données,
- Permettre aux cadres de développer une vision prospective,
- Se projeter et accompagner le changement,
- S'approprier la démarche et le sens de la politique de la direction des soins.

Définir avec eux le projet de soins qu'ils auront à conduire auprès des professionnels, c'est définir ce que nous attendons d'eux.

D'autres démarches existent en complément du projet de soins.

5.2 Le projet managérial

En tant que cadre de santé dans un autre établissement, nous avons eu l'occasion de participer à la création de ce projet managérial ; il a été élaboré à l'aide d'un consultant et s'est déroulé sur une période de deux ans. Chaque strate de hiérarchie soignante paramédicale a été sollicitée pour ce travail. Le projet managérial traduit l'ensemble des attentes de la hiérarchie institutionnelle et soignante. Les missions du directeur des soins ont été proposées par le directeur général de l'établissement et discutées avec le directeur des soins ; Les missions des cadres supérieurs de santé ont été élaborées par le directeur des soins et discutées avec les cadres supérieurs de santé ; et ainsi de suite jusqu'au cadre de santé.

Ces missions sont la traduction des attentes institutionnelles et de la direction des soins, inscrites dans un document qui est devenu un outil de travail de référence. Ce travail nous a permis de nous questionner sur nos activités, et nous nous sommes très vite rendus compte qu'un certain nombre d'entre elles ne relevaient pas des missions des cadres de santé, mais pouvaient être prises en charge par d'autres professionnels. Ce questionnement réflexif a abouti à un changement de pratiques qui a été accompagné par un formateur.

Ce qui nous amène à la troisième proposition : la formation.

5.3 La formation

Dans notre contexte de l'évolution de nos pratiques à l'hôpital, il est toujours difficile de laisser ce que nous savons faire pour aborder un avenir dont nous ne savons pas ce qu'il va être. Il semble donc utile en partant des attentes de recentrer le rôle du cadre sur ses missions afin de préparer le changement. C'est pour cela que l'analyse de pratiques comme thème de formation mis en place en interne est une forme d'accompagnement pour les cadres de santé.

La modalité de formation interne à l'établissement est privilégiée pour

- permettre aux cadres de santé de travailler ensemble, favorisant ainsi la collaboration l'entraide et le décroisement
- permettre de construire un groupe cadre favorisant une reconnaissance identitaire,
- et surtout construire une cohérence de travail au niveau de l'encadrement

Ceci dit certains cadres peuvent bénéficier, en complément, de formations individuelles en externe. Nous pensons notamment à certains cadres nommés à l'ancienneté qui pourraient avoir besoin d'apports théoriques et/ou méthodologiques.

5.4 L'évaluation régulation

Pour nous l'évaluation annuelle est un outil de management du directeur des soins. Il s'agit d'aller au-delà de cette évaluation formelle et administrative pour en faire un moment de régulation.

Selon J.J. BONNIOL⁴⁹ : « L'évaluation régulation répond à la règle des 3.R. Revalorisation, Repérage des erreurs, Réajustement ». Cela signifie d'envisager avec les cadres de santé quels sont ses points forts et ses points faibles dans l'exercice de son métier. Amener le cadre de santé à définir pour lui-même un ou deux objectifs professionnels à investir dans les mois à venir, c'est reconnaître ses capacités d'apprentissage et de réussite. C'est la philosophie même de l'évaluation régulation.

Bien évidemment cette évaluation régulation peut se mettre en place en dehors de l'évaluation annuelle à la demande d'un cadre de santé ou du directeur des soins. Cette évaluation régulation est un moyen technique d'accompagnement des cadres de santé par le directeur des soins.

D'autres outils d'accompagnement interne sont également à la disposition du directeur des soins.

5.5 La commission de reclassement

Les difficultés managériales des cadres de santé peuvent être de nature médicale conduisant au changement d'activité pour ces derniers. Il existe dans certaines institutions une commission appelée commission de reclassement, ou se réunissent médecin du travail, D.R.H., directeur des soins et représentants du personnel. Cette commission permet d'explorer ensemble les possibilités pour un cadre de santé d'être positionné soit sur un autre poste de cadre, soit d'exercer un autre métier. Dans ce dernier cas ce peut être un positionnement transversal pour des missions spécifiques dans l'institution, où le cadre de santé n'aurait plus de service à organiser ni d'équipe à manager.

En revanche se posent d'autres questions lorsque les difficultés managériales des cadres de santé sont liées à une insuffisance professionnelle.

A ce sujet un directeur des soins interviewé nous dit : « là où c'est le plus grave c'est quand les gens disent qu'ils se sont trompés de métier, ou quand ils ne disent rien et que malgré toutes les formations réalisées rien ne change, alors là Souvent c'est la retraite qui règle la situation ».

⁴⁹ BONNIOL J.J. *L'évaluation*. Cours à l' I.F.C.S. d'Aix en Provence. Année 95/96.

Aujourd'hui les enjeux d'évolution et d'adaptation de l'hôpital sont trop importants pour laisser les équipes et des services en perdition du fait des difficultés des cadres. Les ressources humaines et professionnelles sont trop précieuses, et la politique d'évaluation trop prégnante pour nous permettre d'attendre la retraite. Il nous faudra être créatifs pour que chaque professionnel en fonction de ses capacités trouve sa place et participe aux changements dans nos institutions.

5.6 Le répertoire des métiers

Le répertoire des métiers est un véritable outil de management. A partir des descriptions réalisées, nous pouvons élaborer les référentiels métiers, les profils de postes et référentiels de compétences adaptés aux caractéristiques de l'institution et de la politique institutionnelle.

Référentiel métier : concerne la définition des missions et des activités de ce métier spécifiques à l'institution d'exercice. Par exemple les missions et activités des cadres de santé sont-elles les mêmes entre un établissement de rééducation, un hôpital local et un CHU ?

Profil de poste : il concerne les missions et activités du métier en lien avec le service dans lequel ce métier s'exerce. Par exemple les activités et missions d'un cadre de santé sont elles les mêmes entre un service de radiologie, un laboratoire, un bloc opératoire, une maternité ?

Bien évidemment certaines missions et activités seront identiques, comme la gestion des équipes, l'organisation des activités, la gestion du matériel, et autres, mais nous aurons aussi des missions et activités spécifiques comme les relations avec les usagers

Référentiel de compétence : il concerne la définition des compétences nécessaires à l'accomplissement des missions et des activités attendues

En effet, chaque établissement a des attentes spécifiques, selon son environnement, ses moyens, la population qu'il soigne, et définir avec l'encadrement les référentiels métiers, les profils de poste et les référentiels de compétences, c'est travailler avec eux le changement. C'est-à-dire ce vers quoi nous évoluons et ce que nous attendons d'eux.

D'ailleurs cela sous entend que les attentes pour le directeur des soins doivent être également clairement définies afin d'assurer une cohérence institutionnelle.

Ces outils sont à développer également pour tous les acteurs du soin, des paramédicaux aux ASHQ.

Elaborer ces référentiels et profils c'est aussi travailler à la politique managériale, et anticiper la version 2 de l'accréditation.

C'est aussi utiliser ces outils dans l'évaluation des personnels et aider à la définition des besoins en formation.

CONCLUSION

Lié à notre expérience professionnelle, nous avons choisi comme thème de travail les cadres de santé en difficultés de management. De là nous avons posé la problématique suivante :

Quel rôle pour le directeur des soins dans l'accompagnement des cadres de santé en difficulté de management ?

De cette problématique nous avons proposé les trois hypothèses suivantes :

- Il existe un décalage entre la représentation du métier et la réalité d'exercice.
- Un manque de lisibilité de la politique de la direction des soins est source de difficulté pour les cadres de santé.
- Il existe un décalage entre la formation cadre et la réalité d'exercice.
- Pour vérifier ces hypothèses nous avons tout d'abord posé le cadre du contexte politique actuel de l'hôpital, et déterminé le cadre conceptuel de notre problématique.

Nous avons ensuite analysé les résultats de l'enquête afin de répondre aux hypothèses, et proposé enfin des pistes de réflexion pour répondre à la problématique de départ.

L'enquête a permis de vérifier l'hypothèse du manque de lisibilité de la politique de la direction des soins, les deux autres hypothèses n'ont été que partiellement vérifiées.

L'analyse des entretiens nous montre qu'il existe un décalage entre représentation du métier et la réalité d'exercice, et entre la formation et l'exercice du métier de cadre. De même il existe un besoin d'accompagnement au changement et de développement de nouvelles compétences pour l'encadrement.

Cela passe par un affichage des attentes de la part de la direction des soins ce qui réduit les incertitudes et les difficultés.

Les difficultés de management existent chez certains cadres, et celles-ci ponctuelles ou permanentes, ne sont pas dues exclusivement au manque de compétences.

D'ailleurs, le changement et l'absence de positionnement sont constatés le plus souvent par les personnes interviewées.

Bien évidemment nous n'avons pas la prétention d'être exhaustifs pour ce qui concerne nos propositions et la collaboration entre Directeur Général, D.R.H. et directeur des soins peut enrichir la réflexion.

En revanche, il est important de préciser que l'accompagnement n'est pas une thérapie ; dans le cas de problème médical, psychologique ou personnel, le cadre de santé sera orienté vers le médecin du travail apte à évaluer la situation.

Les cadres de santé sont au cœur des lieux de dispensation des soins, ils sont les interlocuteurs privilégiés des médecins et des patients. Pour nous ils sont la pierre angulaire de la stabilité mais aussi de la conduite du changement dans nos établissements.

Pour cela ils méritent toute notre attention, de la sélection des futurs cadres à leur accompagnement, tout au long de leur exercice professionnel. C'est pour ces raisons qu'en tant que futur Directeur des soins, il nous semble important d'accompagner les cadres en difficultés de management. Et pour nous, accompagner les cadres c'est participer au développement de leurs compétences.

A partir de nos rencontres lors de l'enquête, nous nous apercevons que l'organisation en pôle, nécessite un repositionnement de la direction des soins. Les directeurs des soins expriment qu'ils sont à la fois sur une position verticale (hiérarchique) et transversale (expert pour ce qui concerne les soins)

L'accompagnement au changement, ainsi que la politique en matière de qualité des soins sont des missions qui vont demander un grand investissement.

Pour terminer nous dirons que d'autres pistes de réflexion sont apparues lors de ce travail, qui nécessiterait d'autres travaux de recherche :

- Le transfert des instituts de formation de cadre de santé à la région, quelle collaboration, quel sera le nouveau profil des cadres, quels liens avec les employeurs et les attentes des institutions hospitalières,
- Quel positionnement et quelle identité professionnelle à l'avenir pour l'encadrement ?
- Un changement d'identité professionnelle et des missions des directeurs des soins?

Bibliographie

OUVRAGES

ANAES. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Septembre 2004. Disponible sur Internet : <<http://www.anaes.fr>>.

ABRIC J - C., *pratiques sociales, représentations*. Paris : PUF, 1994. 251 p.

CARRICABURU D, MENOIRET M., *sociologie de la santé, institutions, professions et maladies*. Paris : A. Colin, 2004. 220 p.

COUDRAY M-A., *Le cadre soignant en éveil*. Paris : Editions Sali Arslan, 2004. 170 p.

DUBAR C., *la socialisation*. Paris : Armand Colin ,1991. 276 p.

DUBAR C. et Tripier P., *sociologie des professions*. Paris : A. Colin, 1998. 256 p.

HAUTE AUTORITE EN SANTE. *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*. Janvier 2005.

MINISTERE DE LA SANTE. *Répertoire des métiers*. Paris : Ed ENSP, 2004.

MINTZBERG H., *Le management*. Paris : Editions des organisations, 1998 (2^e édition). 570 p

PAUL M., *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : l'Harmattan, 2004. 352 p.

REYRE G., *du courage d'être manager*, Paris : Ed liaisons, 2004. 271 p.

SAINSAULIEU I., *le malaise des soignants le travail sous pression*. Paris : L'Harmattan, logiques sociales, 2003. 220 p.

STRAUSS A., *la trame de la négociation*. Paris : L'Harmattan, logiques sociales, 1992. 319 p.

TEXTES LEGISLATIFS

ARRETE du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, annexe 1. Paru au JO du 20 août 1995, p12469. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.fr>>.

BUDGET 2005 du Ministère de la santé et de la Protection Sociale, 22 septembre 2004. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>.

DECRET 2001-1375 du 31 décembre 2001. Paru au JO du 1 janvier 2002. PP 38-41. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.fr>>.

DECRET N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Paru au JO du 23 avril 2002. PP 7187-7191. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.fr>>.

ORDONNANCES N°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>.

ORDONNANCES N° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>.

RAPPORTS

RAPPORT AU PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, relatif à l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JO du 25 avril 1996. Pp 6320-6324. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.fr>>.

RAPPORT D'ETUDE, la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics. Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville. Janvier 2004. 34 p.

MEAH. *Temps de travail et organisation des services de soins dans les hôpitaux et les cliniques*. Ministère de la santé et de la solidarité. Mai 2005. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>

ARTICLES

HEMERY P. Le management hospitalier. *Hospimédia, la lettre des ressources humaines*. 7 Avril 2005. Disponible sur Internet : <<http://www.hospimedia.fr>>

DOSSIER : les mondes professionnels. *Sciences humaines*, juin 2003, n° 139. Pp 26-39.

DOSSIER : les nouvelles formes de domination au travail. *Sciences humaines*, mars 2005, n° 158. Pp 30-47.

COURS - CONFERENCES

LUCAS S., *le management*. ENSP. Cours du 7 février 2005.

SCHWEYER F-X., *Sociologie des organisations*. Eléments de cours. ENSP ; Janvier 2005

VANDERLIEB C., *L'accompagnement au changement*. Conférence du 22 Mars 2005. Dijon.

BONNIOL J.J. *L'évaluation*. Cours à l' I.F.C.S. d'Aix en Provence. Année 95/96.

MEMOIRES

DREVET G., *la gestion des compétences comme levier stratégique de performance économique et social : un enjeu pour le Directeur des soins*. ENSP. 2004.

LANG S., *l'évaluation des compétences : un levier à l'approche systémique de la gestion des ressources humaines*. ENSP. 2004.

VINCENT-GUILLER N., *la gestion des compétences des cadres de santé : une politique à renforcer par le directeur des soins au sein de la DRH*.

Liste des annexes

ANNEXE 1

Décret no 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

ANNEXE 2

Décret no 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

ANNEXE 3

GRILLE D'ENTRETIEN ET D'ANALYSE

ANNEXE 1

Décret no 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

NOR : MESH0124158D

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu la loi no 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;
Vu la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, notamment son article 5 ;
Vu le décret no 65-773 du 9 septembre 1965 modifié relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, et notamment son article 16 ter ;
Vu le décret no 88-1077 du 30 novembre 1988 modifié portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière ;
Vu le décret no 89-609 du 1er septembre 1989 modifié portant statuts particuliers des personnels de rééducation de la fonction publique hospitalière ;
Vu le décret no 89-613 du 1er septembre 1989 modifié portant statuts particuliers des personnels médico-techniques de la fonction publique hospitalière ;
Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 20 septembre 2001 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,
Décrète :

TITRE Ier

DISPOSITIONS GENERALES

Art. 1er. - Le présent décret s'applique aux cadres de santé en fonctions dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée qui constituent un corps classé en catégorie A.

Le corps de cadres de santé comprend selon leur formation :

1o Dans la filière infirmière :

- des infirmiers cadres de santé ;
- des infirmiers de bloc opératoire cadres de santé ;
- des infirmiers anesthésistes cadres de santé ;
- des puéricultrices cadres de santé ;

2o Dans la filière de rééducation :

- des pédicures podologues cadres de santé ;
- des masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé ;
- des ergothérapeutes cadres de santé ;
- des psychomotriciens cadres de santé ;
- des orthophonistes cadres de santé ;
- des orthoptistes cadres de santé ;
- des diététiciens cadres de santé ;

3o Dans la filière médico technique :

- des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé ;
- des techniciens de laboratoire cadres de santé ;
- des manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé.

Art. 2. - Les cadres de santé sont recrutés, à la suite d'un concours sur titres ouvert dans chaque établissement :

1o Concours sur titres interne ouvert aux candidat titulaires du diplôme de cadre de santé ou certificat équivalent, relevant des corps régis par les décrets du 30 novembre 1988, no 89-609 du 1er septembre 1989 et no 89-613 du 1er septembre 1989 susvisés, comptant, au 1er janvier de l'année du concours, au moins cinq ans de services effectifs dans un ou plusieurs des corps précités, pour 90 % des postes ouverts ;

2o Concours sur titres externe ouvert aux candidats titulaires des diplômes ou titres requis pour être recrutés dans les corps régis par les décrets du 30 novembre 1988, no 89-609 du 1er septembre 1989 et no 89-613 du 1er septembre 1989 susvisés et du diplôme de cadre de santé ou certificat équivalent au sens de l'article 2 du décret no 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, ayant exercé dans les corps concernés ou équivalents du secteur privé pendant au moins cinq ans à temps plein ou une durée de cinq ans d'équivalent temps plein, pour 10 % des postes ouverts.

Les postes offerts à chacun de ces deux concours qui n'auraient pas été pourvus par la nomination des candidats au concours correspondant peuvent être attribués aux candidats à l'autre concours. Ce report ne peut avoir pour conséquence que le nombre de postes offerts au concours interne puisse être inférieur aux deux tiers du nombre total des postes offerts aux deux concours.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la composition du jury et les modalités d'organisation des concours.

Art. 3. - Le corps des cadres de santé comprend le grade de cadre de santé comptant 8 échelons et le grade de cadre supérieur de santé comptant 6 échelons.

Art. 4. - Les agents du grade de cadre de santé exercent :

1o Des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements ;

2o Des missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet au sein de l'établissement ;

3o Des fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification dans les instituts de formation et écoles relevant d'établissements publics de santé qui préparent aux différentes branches des professions infirmières, de rééducation et médico-techniques. Dans ce cas, ils prennent part en qualité de formateur à l'enseignement théorique et pratique et à la formation des élèves et étudiants. Ils prennent part, le cas échéant, aux jurys constitués dans le cadre du fonctionnement des instituts ou écoles.

Art. 5. - Les agents du grade de cadre supérieur de santé exercent :

1o Des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des cadres d'unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements, à exercer l'encadrement de services, départements ou fédérations, compte tenu de l'activité, des techniques ou des effectifs des personnels de ces structures ;

2o Des missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet au sein de l'établissement ;

3o Des fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification, dans les instituts de formation et écoles relevant d'établissements publics de santé qui préparent aux différentes branches des professions infirmières, de rééducation et médico-techniques ou au diplôme de cadre de santé lorsque les instituts de formation des cadres de santé sont agréés pour leur qualification d'origine. Dans ce cas, ils prennent part en qualité de formateur à l'enseignement théorique et pratique et à la formation des élèves et étudiants. Ils prennent part, le cas échéant, aux jurys constitués dans le cadre du fonctionnement des instituts ou écoles.

Art. 6. - La durée du stage prévu à l'article 37 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée est fixée à douze mois. Elle peut être prolongée, à titre exceptionnel, d'une durée qui ne peut être supérieure à douze mois, par l'autorité investie du pouvoir de nomination. La titularisation est prononcée par la même autorité.

L'agent qui ne peut être titularisé est soit réintégré dans son corps d'origine s'il était fonctionnaire hospitalier, soit remis à la disposition de son administration s'il était fonctionnaire de l'Etat ou fonctionnaire territorial, soit licencié.

La période effectuée en qualité de stagiaire n'est prise en compte dans l'ancienneté que dans la limite d'une année.

Art. 7. - Pendant la durée du stage, les agents sont nommés et classés au 1er échelon du grade de cadre de santé ou dans ce grade à l'échelon comportant un indice égal ou immédiatement supérieur à celui qu'ils détenaient dans leur corps, cadre d'emplois ou emploi d'origine. Lorsque ce mode de classement ne leur procure pas une augmentation de traitement égale ou supérieure à celle qu'ils auraient obtenue par un avancement d'échelon dans leur précédente situation, ils conservent l'ancienneté d'échelon acquise dans leur précédent grade dans la limite de la durée de l'ancienneté moyenne exigée pour un avancement d'échelon dans leur nouveau grade. Les agents nommés, alors qu'ils ont atteint l'échelon terminal de leur précédent grade, conservent leur ancienneté d'échelon dans les mêmes conditions et limites, lorsque l'augmentation de traitement consécutive à leur nomination est inférieure à celle résultant du dernier avancement d'échelon dans le grade d'origine.

Art. 8. - Les cadres de santé qui, antérieurement à leur recrutement, ont été employés et rémunérés, dans des fonctions correspondant à celles du grade dans lequel ils sont titularisés, en qualité de fonctionnaire ou d'agent public dans un établissement de soins public ou dans un établissement social ou médico-social public ou en qualité de salarié dans un établissement de soins privé ou dans un établissement social ou médico-social privé ou dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale ou un cabinet de radiologie, bénéficient d'une reprise d'ancienneté égale à la totalité des services effectués. Ils doivent justifier, d'une part, des diplômes et titres exigés pour l'exercice desdites fonctions et, d'autre part, de la durée des services à prendre en compte qui est appréciée en équivalent temps plein. La demande de reprise d'ancienneté, accompagnée de toutes les pièces justificatives, doit être présentée dans un délai de six mois, à compter de la date de la nomination.

TITRE II AVANCEMENT

Art. 9. - Dans le grade de cadre de santé, l'ancienneté moyenne donnant accès à l'échelon supérieur est d'un an dans le 1er échelon, de deux ans dans les 2e et 3e échelons, de trois ans dans les 4e et 5e échelons et de quatre ans dans les 6e et 7e échelons.

Art. 10. - Le grade de cadre supérieur de santé est accessible par concours professionnel dans les conditions prévues à l'article 69 (3o) de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, ouvert, dans chaque établissement, aux cadres de santé comptant au moins trois ans de services effectifs dans le grade de cadre de santé ou dans le grade de surveillant. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la composition du jury et les modalités d'organisation des concours.

Art. 11. - La durée maximale et la durée minimale du temps passé dans chaque échelon sont respectivement égales à l'ancienneté moyenne majorée ou réduite d'un quart.

Art. 12. - Dans le grade de cadre supérieur de santé, l'ancienneté moyenne donnant accès à l'échelon supérieur est de deux ans dans le 1er échelon et de trois ans dans les 2e, 3e, 4e et 5e échelons.

Art. 13. - Pour l'application de l'article 10 ci-dessus, ne sont pas considérés comme services effectifs dans le corps de cadres de santé les services pris en compte au titre de la bonification d'ancienneté mentionnée à l'article 8 du présent décret.

TITRE III DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 14. - Les concours prévus à l'article 2 (2o) ci-dessus sont ouverts aux candidats âgés de quarante-cinq ans au plus au 1er janvier de l'année du concours. Cette limite d'âge est reculée ou supprimée dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Art. 15. - Les avis d'ouverture des concours prévus à l'article 2 sont publiés par affichage dans les locaux de l'établissement dans lequel existent le ou les emplois à pourvoir et dans ceux des préfectures et sous-préfectures de la région dans laquelle est situé l'établissement, ainsi que par insertion aux recueils des actes administratifs des préfectures des départements de la région. Un délai de deux mois est imparti aux intéressés à compter de la date de publication de l'avis pour faire acte de candidature auprès de l'autorité qui a ouvert le concours.

Art. 16. - Les avis d'ouverture des concours prévus à l'article 10 pour le recrutement de cadres supérieurs de santé sont publiés au Journal officiel de la République française par le ministre chargé de la santé. Un délai de deux mois est imparti aux intéressés à compter de la date de publication de l'avis pour faire acte de candidature auprès de l'autorité qui a ouvert le concours.

Art. 17. - Peuvent être détachés dans le corps et le grade de cadre de santé, à indice égal ou immédiatement supérieur, les fonctionnaires appartenant à un cadre d'emplois, corps ou emploi classé dans la même catégorie, exerçant des fonctions équivalentes, justifiant des diplômes et titres exigés pour être recruté dans le corps des cadres de santé, titulaires d'un grade ou emploi dont l'indice brut terminal est au moins égal à 780.
Les fonctionnaires détachés conservent, dans la limite de la durée de l'ancienneté moyenne exigée pour un avancement d'échelon dans leur nouveau grade, l'ancienneté d'échelon acquise dans leur précédent grade, lorsque le détachement ne leur procure pas un avantage supérieur à celui qui aurait résulté d'un avancement d'échelon dans leur cadre d'emplois, corps ou emploi d'origine.
Les fonctionnaires détachés concourent pour l'avancement d'échelon et de grade avec les fonctionnaires du corps. Ceux-ci peuvent, après deux ans, être intégrés, sur leur demande, dans le corps de cadres de santé après avis de la commission administrative paritaire. L'intégration est prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination, dans l'échelon atteint dans le grade de cadre de santé avec conservation de l'ancienneté acquise dans l'échelon.

Art. 18. - Les agents appartenant au corps des cadres de santé peuvent être, avec leur accord, mis à la disposition d'une administration de l'Etat.

TITRE IV DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 19. - I. - A titre provisoire, à compter du 1er janvier 2002 jusqu'au 31 décembre 2003, le grade :

- d'infirmier surveillant des services médicaux, d'infirmier de bloc opératoire surveillant des services médicaux, d'infirmier anesthésiste surveillant des services médicaux et de puéricultrice surveillante des services médicaux ;
- de pédicure podologue surveillant des services médicaux, de masseur-kinésithérapeute surveillant des services médicaux, d'ergothérapeute surveillant des services médicaux, de psychomotricien surveillant des services médicaux, d'orthophoniste surveillant des services médicaux, d'orthoptiste surveillant des services médicaux et de diététicien surveillant des services médicaux ;
- de préparateur en pharmacie hospitalière surveillant, de technicien de laboratoire surveillant et de manipulateur d'électroradiologie médicale surveillant, constitue un grade provisoire comportant sept échelons.

II. - L'ancienneté moyenne pour accéder à l'échelon supérieur du grade provisoire de surveillant est fixée ainsi qu'il suit :

*Vous pouvez consulter le tableau dans le JO
n° 1 du 01/01/2002 page 38 à 41*

III. - A compter du 1er janvier 2002, les surveillants définis ci-dessus sont reclassés dans le grade provisoire de surveillant à identité d'échelon en conservant l'ancienneté d'échelon.

Art. 20. - I. - A compter du 1er janvier 2002, les agents titulaires et stagiaires des grades :
- d'infirmier surveillant chef des services médicaux, d'infirmier de bloc opératoire surveillant chef des services médicaux, d'infirmier anesthésiste surveillant chef des services médicaux et de puéricultrice surveillante chef des services médicaux ;
- de pédicure podologue surveillant chef des services médicaux, de masseur-kinésithérapeute surveillant chef des services médicaux, d'ergothérapeute surveillant chef des services médicaux, de psychomotricien surveillant chef des services médicaux, d'orthophoniste surveillant chef des services médicaux, d'orthoptiste surveillant chef des services médicaux et de diététicien surveillant chef des services médicaux ;
- de technicien de laboratoire surveillant chef et de manipulateur d'électroradiologie médicale surveillant chef,
sont reclassés dans le grade de cadre supérieur de santé, selon le tableau de correspondance précisé ci-après :

*Vous pouvez consulter le tableau dans le JO
n° 1 du 01/01/2002 page 38 à 41*

Art. 21. - Les titulaires du grade provisoire de surveillant régis par les dispositions de l'article 19 ci-dessus sont reclassés dans le grade de cadre de santé, selon le tableau de correspondance et le calendrier précisés ci-après :

*Vous pouvez consulter le tableau dans le JO
n° 1 du 01/01/2002 page 38 à 41*

Le reclassement s'effectue, par liste d'aptitude :

- à compter du 1er janvier 2002 jusqu'au 31 décembre 2003, au 1er janvier de chaque année, dans la limite du tiers de l'effectif du grade provisoire de surveillant ;
- à compter du 1er janvier 2004, pour la totalité de l'effectif du grade provisoire de surveillant.

Art. 22. - Par dérogation à l'article 2, les agents ayant réussi l'examen professionnel prévu au 2o de l'article 29 du décret du 30 novembre 1988 susvisé, au 2o de l'article 44 du décret no 89-609 du 1er septembre 1989 susvisé et au 2o de l'article 30 du décret no 89-613 du 1er septembre 1989 susvisé au plus tard au 31 décembre 2001, sont dispensés de la détention du diplôme de cadre de santé pour se présenter au concours sur titres prévu au 1o de l'article 2.

Art. 23. - Pour l'application de l'article 16 ter du décret du 9 septembre 1965 susvisé et pour les surveillants chefs, les assimilations prévues pour fixer les nouveaux indices de traitement mentionnés à l'article 15 dudit décret sont effectuées conformément au tableau suivant :

*Vous pouvez consulter le tableau dans le JO
n° 1 du 01/01/2002 page 38 à 41*

Les pensions des fonctionnaires retraités avant l'intervention des dispositions qui précèdent ainsi que celles de leurs ayants cause sont révisées, à compter du 1er janvier 2002, dans les conditions fixées ci-dessus.

Art. 24. - Pour l'application de l'article 16 ter du décret du 9 septembre 1965 susvisé et pour les

surveillants du grade provisoire, les assimilations prévues pour fixer les nouveaux indices de traitement mentionnés à l'article 15 dudit décret sont effectuées conformément au tableau suivant :

*Vous pouvez consulter le tableau dans le JO
n° 1 du 01/01/2002 page 38 à 41*

Les pensions des fonctionnaires retraités avant l'intervention des dispositions qui précèdent ainsi que celles de leurs ayants cause sont révisées dans les conditions fixées ci-dessus à la fin des opérations de reclassement des personnels actifs, soit à compter du 1er janvier 2004.

Art. 25. - Les décrets no 91-1269, no 91-1271 et no 91-1273 du 18 décembre 1991 portant respectivement statut particulier des personnels de rééducation, des personnels infirmiers et des personnels médico-techniques surveillants chefs sont abrogés.

Art. 26. - Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre délégué à la santé et la secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 31 décembre 2001.

ANNEXE 2

Décret no 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

NOR : MESH0220702D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 6143-7 et L. 6146-9 ;

Vu la loi no 68-690 du 31 juillet 1968 modifiée portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, notamment son article 24 ;

Vu la loi no 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret no 65-773 du 9 septembre 1965 modifié relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, et notamment son article 16 ter ;

Vu le décret no 97-58 du 21 janvier 1997 modifié relatif à l'application de l'article 24 de la loi no 68-690 du 31 juillet 1968 modifiée portant diverses dispositions d'ordre économique et financier ;

Vu le décret no 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 18 décembre 2001 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

TITRE Ier

DISPOSITIONS GENERALES

Art. 1er. - Il est créé un corps de directeur des soins classé en catégorie A de la fonction publique hospitalière.

Ce corps comprend deux grades : le grade de directeur des soins de 2e classe qui compte huit échelons et le grade de directeur des soins de 1re classe qui compte sept échelons et un échelon fonctionnel.

Les directeurs des soins exercent leurs fonctions dans les établissements mentionnés à l'article 2 (1o, 2o, 3o) de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, dont l'emploi de chef d'établissement est occupé par un directeur d'hôpital ou dans le cadre d'une direction commune occupée par un directeur d'hôpital.

Art. 2. - Le corps de directeur des soins est constitué, selon la formation d'origine, des cadres issus :

1o De la filière infirmière, infirmiers généraux au sens de l'article L. 6146-9 du code de la santé publique ;

2o De la filière de rééducation ;

3o De la filière médico-technique.

Art. 3. - Les directeurs des soins peuvent être chargés :

1o De la coordination générale des activités de soins ou de la direction du service de soins infirmiers ou de la direction des activités de rééducation ou de la direction des activités médico-techniques ou de la direction des activités de rééducation et de la direction des activités médico-techniques ;

2o De la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales ou de la direction d'un institut de formation de cadres de santé ;
3o Par détachement ou mise à disposition, auprès de l'Etat ou de l'Ecole nationale de la santé publique, des fonctions de conseiller technique ou de conseiller pédagogique à l'échelon régional ou national.

Les directeurs des soins peuvent également être chargés de missions et études ou de la coordination d'études.

Art. 4. - Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.

A ce titre :

1o Il coordonne l'organisation et la mise en oeuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ;

2o Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en oeuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité ;

3o Il participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins ;

4o Il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation ;

5o Il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de l'établissement. Le cas échéant, il est membre de droit des conseils techniques des écoles ou instituts de formation des professionnels de soins de l'établissement ;

6o Il favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques ;

7o Il remet au directeur un rapport annuel d'activité des services de soins, qui est intégré au rapport annuel d'activité de l'établissement présenté aux différentes instances.

A l'administration générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille, le nombre des emplois de coordonnateur général des soins est fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 5. - Le directeur des soins, directeur d'institut de formation préparant aux professions paramédicales ou d'institut de formation de cadres de santé, est nommé par le chef d'établissement. Il est responsable sous l'autorité de ce dernier :

1. De la conception du projet pédagogique ;

2. De l'organisation de la formation initiale et continue dispensée dans l'institut ;

3. De l'organisation de l'enseignement théorique et pratique ;

4. De l'animation et de l'encadrement de l'équipe de formateurs ;

5. Du contrôle des études ;

6. Du fonctionnement général de l'institut ;

7. De la recherche en soins et en pédagogie conduite par l'équipe enseignante de l'institut.

Le cas échéant, il peut, en outre, être chargé de la coordination de plusieurs instituts.

Il participe aux jurys constitués en vue de l'admission dans les instituts de formation préparant aux professions paramédicales ou les instituts de formation de cadres de santé et de la délivrance des diplômes ou certificats sanctionnant la formation dispensée dans ces instituts.

Il participe à la gestion administrative et financière de l'institut et à sa gestion des ressources humaines.

Art. 6. - Des directeurs des soins peuvent assister ou suppléer le coordonnateur général des soins et exercent dans ce cadre les missions définies à l'article 4 du présent décret dans les domaines d'activités qui leur sont confiés, le service de soins infirmiers dans les conditions définies à l'article L. 6146-9 susvisé, les activités de rééducation, les activités médico-techniques ou, le cas échéant, l'ensemble des activités de rééducation et médico-techniques.

Un directeur des soins peut assister ou suppléer le directeur des soins, directeur d'institut de formation préparant aux professions paramédicales ou d'institut de formation de cadres de santé.

Dans ce cadre, il exerce les missions définies à l'article 5 ci-dessus.

Art. 7. - Au niveau régional, la fonction de conseiller technique s'exerce auprès de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, en relation avec l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaire et social, dans les domaines ci-après :

1o Dans le domaine de la santé publique, le conseiller technique participe à l'élaboration et à la mise en place de la politique régionale de santé, notamment en matière d'organisation et de sécurité sanitaire et de conduite de programmes de santé correspondants ;

2o Dans le domaine de l'animation et de l'information des professionnels de santé, il organise des groupes de travail relatifs aux activités sanitaires et notamment aux soins infirmiers et il facilite la diffusion des travaux et études relatifs aux activités sanitaires et notamment aux soins infirmiers auprès des professionnels de santé.

Au niveau national, la fonction de conseiller technique s'exerce auprès de l'administration centrale du ministère chargé de la santé dans le champ de compétence.

Les fonctions prévues au présent article ne sont accessibles qu'aux directeurs des soins de 1re classe.

Art. 8. - La fonction de conseiller pédagogique s'exerce, pour une ou plusieurs régions, auprès d'une direction régionale des affaires sanitaires et sociales, dans le champ de la formation initiale des professions paramédicales.

Le conseiller pédagogique intervient dans le domaine de l'organisation de la formation des professions paramédicales, en participant à l'élaboration et à la mise en oeuvre du schéma régional des formations, y compris l'agrément, la détermination des quotas et des capacités d'accueil des instituts et écoles publics et privés, et en apportant son concours aux jurys, conseils techniques, commissions spécialisées correspondants.

Il intervient également dans le domaine de l'évaluation de la formation des professions paramédicales. A ce titre, il participe à la mise au point d'indicateurs sur le contenu et le déroulement des programmes de formation. Il participe à l'évaluation des parcours des professionnels de santé à l'issue de leur formation, à la réflexion sur l'adéquation des enseignements aux besoins des établissements et structures de santé.

La fonction de conseiller pédagogique s'exerce, au niveau national, auprès de l'administration centrale du ministère chargé de la santé dans le même champ de compétence.

Les fonctions prévues au présent article ne sont accessibles qu'aux directeurs des soins de 1re classe.

TITRE II

RECRUTEMENT, FORMATION, NOMINATION,

TITULARISATION

Art. 9. - Les directeurs des soins de 2e classe sont recrutés par concours organisés au niveau national par arrêté du ministre chargé de la santé :

1o Un concours externe sur épreuves ouvert dans chaque filière : filière infirmière, filière de rééducation, filière médico-technique. Il est ouvert aux candidats du secteur privé titulaires du diplôme de cadre de santé appartenant à la filière infirmière, de rééducation ou médico-technique, ayant exercé l'une des professions appartenant à ces filières pendant au moins dix ans, dont cinq ans d'équivalent temps plein en qualité de cadre ;

2o Un concours interne sur épreuves ouvert dans chaque filière : filière infirmière, filière de rééducation, filière médico-technique. Il est ouvert aux cadres supérieurs de santé des filières infirmière, de rééducation et médico-technique et aux cadres de santé ou aux surveillants des mêmes filières comptant, au 1er janvier de l'année du concours, au moins cinq ans de services effectifs dans ce grade.

Peuvent également se présenter à ces concours selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne ou des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen.

Les candidats doivent être âgés de cinquante ans au plus. Cette limite d'âge est reculée ou supprimée dans les conditions prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur. Le jury est commun aux deux concours. Le programme, la nature des épreuves et les modalités d'organisation des concours ainsi que la composition du jury sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 10. - Le nombre de places offertes aux concours externe et interne est fixé chaque année par

arrêté du ministre chargé de la santé. En aucun cas, le nombre de places offertes au concours externe ne peut excéder 10 % du nombre total des places offertes aux deux concours.

Art. 11. - Les places offertes à chacun de ces deux concours qui n'auraient pas été pourvues par la nomination des candidats au concours correspondant peuvent être attribuées aux candidats à l'autre concours dans chaque filière. Ce report ne peut avoir pour conséquence que le nombre de places offertes au concours interne soit inférieur aux deux tiers du nombre total de places offertes aux deux concours.

Art. 12. - Les avis annonçant les concours mentionnés à l'article 9 ci-dessus sont publiés au Journal officiel de la République française à l'initiative du ministre chargé de la santé.

Art. 13. - Avant de se présenter au concours mentionné au 2o de l'article 9 ci-dessus, les fonctionnaires et agents des établissements énumérés à l'article 2 (1o, 2o, 3o) de la loi du 9 janvier 1986 susvisée peuvent être admis à un cycle préparatoire organisé par l'Ecole nationale de la santé publique selon des modalités fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé. Les candidats au concours d'accès au cycle préparatoire doivent réunir, au 1er janvier de l'année où prendra fin le cycle pour lequel ils postulent, les conditions requises par le 2o de l'article 9 ci-dessus pour se présenter au concours interne.

Art. 14. - Les candidats admis aux concours externe et interne sont classés par ordre de mérite. A l'issue du concours, ils choisissent leur affectation, dans l'ordre du classement, sur les listes des postes offerts arrêtées par le ministre chargé de la santé.

Les candidats à un poste de direction d'un institut de formation aux professions paramédicales doivent être titulaires du diplôme d'Etat correspondant à la formation dispensée dans cet institut. Ils sont nommés directeurs des soins stagiaires par le chef d'établissement d'affectation pour une durée d'un an. Au cours de leur stage, ils doivent suivre une formation d'une durée totale de douze mois.

Ce stage comporte :

- a) Un cycle de formation d'une durée de neuf mois, effectué à l'Ecole nationale de la santé publique, dont le contenu et l'organisation sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- b) Un stage pratique d'une durée de trois mois dans l'établissement d'affectation.

Art. 15. - Les directeurs des soins stagiaires sont rémunérés par l'Ecole nationale de la santé publique durant le cycle de formation prévu au a de l'article précédent et ensuite par l'établissement d'affectation.

Les directeurs des soins stagiaires issus du concours externe sont rémunérés sur la base de l'indice afférent au 1er échelon du premier grade de directeur des soins.

Les directeurs des soins stagiaires issus du concours interne, ayant antérieurement la qualité de fonctionnaire, sont placés en position de détachement pendant la durée du stage et conservent, s'ils y ont avantage, le bénéfice de leur indice de traitement.

Art. 16. - La titularisation est prononcée par le chef de l'établissement d'affectation. Elle ne peut intervenir qu'après validation du cycle de formation par le directeur de l'Ecole nationale de la santé publique.

Le chef de l'établissement peut toutefois décider, à titre exceptionnel, de prolonger le stage pratique d'une durée au plus égale à trois mois et, sur avis du directeur de l'école, de faire suivre un nouveau cycle de formation. Si le stage complémentaire a été jugé satisfaisant, le stagiaire est titularisé et classé dans les conditions fixées ci-dessous. Toutefois, la période effectuée en qualité de stagiaire n'est prise en compte dans l'ancienneté que dans la limite d'une année.

Lorsque la titularisation n'est pas prononcée, le stagiaire est soit licencié, s'il n'avait pas auparavant la qualité de fonctionnaire, soit réintégré dans son corps ou cadre d'emplois d'origine.

Art. 17. - Les agents titularisés sont classés au 2e échelon de la 2e classe de directeur des soins s'ils n'avaient pas la qualité de fonctionnaire. S'ils avaient cette qualité, ils sont classés à l'échelon de la 2e classe de directeur des soins comportant un indice égal ou, à défaut, immédiatement supérieur à celui dont ils bénéficiaient dans leur corps ou cadre d'emplois d'origine.

Lorsque ce mode de classement ne leur procure pas une augmentation de traitement égale ou supérieure à celle qu'ils auraient obtenue par un avancement d'échelon dans leur précédente situation, ils conservent l'ancienneté d'échelon acquise dans leur précédent grade dans la limite de la durée de l'ancienneté moyenne exigée pour un avancement d'échelon dans leur nouveau grade. Les agents titularisés et nommés alors qu'ils ont atteint l'échelon terminal de leur précédent grade dans leur corps d'origine conservent leur ancienneté d'échelon dans les mêmes conditions et limites que celles énoncées à l'article 13 ci-dessus, lorsque l'augmentation de traitement consécutive à leur nomination est inférieure à celle résultant du dernier avancement d'échelon dans le grade du corps d'origine.

TITRE III AVANCEMENT

Art. 18. - Pour les directeurs des soins de 2e classe, l'ancienneté moyenne donnant accès à l'échelon supérieur est d'un an dans le 1er échelon, de deux ans dans les 2e et 3e échelons, et de trois ans dans les 4e, 5e, 6e et 7e échelons.

Art. 19. - La 1re classe de directeur des soins est accessible par tableau d'avancement dans les conditions prévues à l'article 69 (1o) de la loi du 9 janvier 1986 susvisée aux directeurs des soins ayant atteint le 4e échelon de la 2e classe et comptant au moins cinq ans de services effectifs dans ce grade.

Ils doivent, en outre, avoir effectué, depuis leur nomination dans le corps de directeur des soins ou dans celui de cadre de santé ou dans les grades de surveillant et surveillant-chef, au moins une mobilité, soit géographique entre les établissements visés aux 1o, 2o et 3o de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, soit fonctionnelle. Au sein du corps de cadre de santé, la mobilité fonctionnelle soit s'accomplir entre les fonctions visées au 1o et au 3o des articles 4 et 5 du décret du 31 décembre 2001 susvisé.

Art. 20. - Pour les directeurs des soins de 1re classe, l'ancienneté moyenne donnant accès à l'échelon supérieur est d'un an dans le 1er échelon, de deux ans dans les 2e, 3e et 4e échelons, et de trois ans dans les 5e, 6e et 7e échelons.

L'échelon fonctionnel est accessible aux directeurs des soins exerçant les fonctions de coordonnateur général des soins, définies à l'article 4 ci-dessus, de conseiller technique, définies à l'article 7 ci-dessus, ou de conseiller pédagogique, définies à l'article 8 ci-dessus ou de directeur d'institut de formation chargé en outre de la coordination de plusieurs instituts, conformément au troisième alinéa de l'article 5 ci-dessus.

Art. 21. - La durée maximale et la durée minimale du temps passé dans chaque échelon sont respectivement égales à l'ancienneté moyenne majorée ou réduite d'un quart.

TITRE IV MUTATION, DE TACHEMENT, MISE A DISPOSITION

Art. 22. - Les emplois vacants sont pourvus soit par mutation, soit par nomination prononcée en application de l'article 14 ci-dessus, soit par détachement en application de l'article 23 ci-dessous. La liste des emplois vacants ou susceptibles de l'être et ceux dont les titulaires envisagent un changement d'affectation est publiée au Journal officiel de la République française.

La publication indique pour chaque emploi la ou les classes et filières auxquelles les intéressés doivent appartenir, la nature des fonctions et s'il est accessible par mutation ou par détachement.

Art. 23. - Peuvent être détachés dans le corps de directeur des soins, à indice égal ou immédiatement supérieur, les fonctionnaires appartenant à un corps ou cadre d'emplois classé dans la même catégorie, exerçant des fonctions équivalentes, justifiant des diplômes et titres exigés pour être recruté dans le corps de directeur des soins, titulaires d'un grade ou emploi dont l'indice brut terminal est au moins égal à 966.

Les fonctionnaires détachés conservent, dans la limite de la durée d'ancienneté moyenne exigée pour un avancement d'échelon dans leur nouveau grade, l'ancienneté d'échelon acquise dans leur précédent grade, lorsque le détachement ne leur procure pas un avantage supérieur à celui qui

aurait résulté d'un avancement d'échelon dans leur corps ou cadre d'emplois d'origine. Les fonctionnaires détachés concourent pour l'avancement d'échelon et de grade avec les fonctionnaires du corps s'ils justifient d'une durée de service au moins équivalente à celle exigée des directeurs des soins. Ceux-ci peuvent, après deux ans, être intégrés, sur leur demande, dans le corps de directeur des soins après avis de la commission administrative paritaire. L'intégration est prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination, dans l'échelon atteint dans le grade concerné du corps de directeur des soins avec conservation de l'ancienneté acquise dans l'échelon.

Art. 24. - Les directeurs des soins peuvent, avec leur accord, être mis à la disposition d'une administration de l'Etat pour l'exercice des missions définies à l'article 3 ci-dessus.

TITRE V

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 25. - Les infirmiers généraux sont reclassés dans le corps de directeur des soins selon le tableau de correspondance et les modalités précisés ci-après à compter du 1er janvier 2002 :

*Vous pouvez consulter le tableau dans le JO
n° 95 du 23/04/2002 page 7187 à 7191*

Art. 26. - Les directeurs des écoles ou centres préparant aux professions paramédicales et les directeurs des écoles de cadres paramédicaux sont reclassés dans le corps de directeur des soins selon le tableau de correspondance et les modalités précisés ci-après à compter du 1er janvier 2002 :

*Vous pouvez consulter le tableau dans le JO
n° 95 du 23/04/2002 page 7187 à 7191*

Art. 27. - Pour l'application de l'article 16 ter du décret du 9 septembre 1965 susvisé aux infirmiers généraux, les assimilations prévues pour fixer les nouveaux indices de traitement mentionnés à l'article 15 dudit décret sont effectuées conformément au tableau suivant :

*Vous pouvez consulter le tableau dans le JO
n° 95 du 23/04/2002 page 7187 à 7191*

Les pensions des fonctionnaires retraités avant l'intervention des dispositions qui précèdent ainsi que celles de leurs ayants cause sont révisées, à compter du 1er janvier 2002, dans les conditions fixées ci-dessus.

Art. 28. - Pour l'application de l'article 16 ter du décret du 9 septembre 1965 susvisé aux directeurs des écoles paramédicales, les assimilations prévues pour fixer les nouveaux indices de traitement mentionnés à l'article 15 dudit décret sont effectuées conformément au tableau suivant :

*Vous pouvez consulter le tableau dans le JO
n° 95 du 23/04/2002 page 7187 à 7191*

Les pensions des fonctionnaires retraités avant l'intervention des dispositions qui précèdent ainsi que celles de leurs ayants cause sont révisées, à compter du 1er janvier 2002, dans les conditions fixées ci-dessus.

Art. 29. - L'ancienneté de service et la clause de mobilité figurant respectivement aux premier et deuxième alinéas de l'article 19 du présent décret ne s'appliquent ni aux infirmiers généraux titulaires, ni aux directeurs des écoles ou centres préparant aux professions paramédicales ni aux directeurs des écoles de cadres paramédicaux titulaires, reclassés dans le corps de directeur des soins selon les dispositions prévues aux articles 25 et 26 ci-dessus.

Art. 30. - Sont abrogés :

1o Le décret no 89-758 du 18 octobre 1989 modifié portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière ;

2o Le décret no 89-756 du 18 octobre 1989 modifié portant statut particulier des directeurs des écoles paramédicales relevant des établissements d'hospitalisation publics.

Art. 31. - Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre délégué à la santé et la secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

ANNEXE 3

GRILLE D'ENTRETIEN ET D'ANALYSE

1- Les cadres et les cadres supérieurs de santé

- **Pouvez vous m'expliquer ce qui vous a amené à être cadre ou cadre supérieur ?**

Cette question permet d'entrer en relation avec l'interlocuteur, sans être trop intime, elle permet également de voir les motivations et la représentation de leur métier.

- **Parlez moi de votre travail au quotidien**

Relances possibles :

- **y a t'il un décalage entre ce que vous imaginiez et la réalité ?**
- **si oui à quel niveau, en quoi ?**
- **qu'est ce qui vous manque ?**

C'est à ce niveau que les représentations s'expriment le plus permettant de vérifier la première hypothèse.

- **Quelles sont les activités avec lesquelles vous vous sentez le plus à l'aise ?
Pourquoi ?**
- **Quelles sont les activités avec lesquelles vous vous sentez le moins à l'aise ?
Pourquoi ?
Qu'est ce qui vous manque ?**

Relance possible :

Avez-vous des personnes ressources pour vous aider, qui, comment ?

Ces 2 questions permettent de voir si il existe un décalage entre les représentations et la réalité d'exercice. De même les réponses donnent des indications en matière de difficultés éventuelles.

Les réponses à « les personnes ressources permettent de voir si le directeur des soins est identifié comme tel, par rapport à un éventuel accompagnement.

- **Savez vous ce que l'institution et la direction des soins attend de vous ?
Si oui : quels sont les objectifs, comment vous ont-ils été communiqués (quels moyens), qui assure le suivi, comment ?
Si non : que vous manque t'il, que souhaitez vous ?**

Questions spécifiques aux cadres supérieurs de santé.

- **Qu'attendez-vous des cadres de santé ?**
- **Leur avez-vous communiqué vos attentes et/ou celles de l'institution ?**
Si oui sous quelle forme ?

Ces questions permettent de répondre à la question de la lisibilité de la politique institutionnelle et de la direction des soins.

- **Certains cadres de santé sont en difficultés de management, existe t'il à cette occasion un dispositif d'accompagnement ?**
 - **si non est-il prévu de travailler sur la question ?**
 - **si oui, comment se présente t'elle, en quoi consiste t'elle ?**
 - **Avec quels interlocuteurs ?**

Relance :

- **Peut-on parler de politique de management ?**
- **Est-elle écrite ?**
- **est-elle travaillée avec le DS et autres partenaires ?**

Ces questions permettent de voir l'identification des difficultés rencontrées par les cadres.

L'utilité d'un accompagnement

Les enjeux de l'institution.

La préoccupation des individus

2-Les DRH

- **En tant que DRH, avez-vous l'occasion de rencontrer l'encadrement soignant?**
 - **Sous quelle forme, quelle fréquence ?**
- **En avez-vous discuté avec le DS,**
 - **quand**
 - **comment**
 - **quelles sont vos attentes vis-à-vis du DS**

Réponses attendues : Les DRH interviennent elles dans le management, quels sont les liens avec la DS, existe-t-il une délégation totale ou non à la DS.

- **Qu'attendez-vous de l'encadrement soignant ?**
 - **Leur avez-vous communiqué, sous quelle forme**

Existe-t-il une définition des attentes institutionnelles, en lien avec les projets en cours.

- **Certains cadres de santé sont en difficultés de management, existe t'il à cette occasion un dispositif d'accompagnement ?**
 - si non est-il prévu de travailler sur la question ?
 - si oui, comment se présente t'elle, en quoi consiste t'elle ?
 - Avec quels interlocuteurs ?

Relance :

- **Peut-on parler de politique de management ?**
- **Est-elle écrite ?**
- **est-elle travaillée avec le DS et autres partenaires ?**

Ces questions permettent de voir l'identification des difficultés rencontrées par les cadres.

L'utilité d'un accompagnement

Les enjeux de l'institution.

La préoccupation des individus

3- Les directeurs des soins

- **En tant que DS, qu'attendez-vous de l'encadrement soignant ?**
 - **existe t'il un document écrit reprenant ces attentes ?**
 - **si oui comment a t'il été formalisé**
 - **par qui, avec qui**

- **A t'il été communiqué ?**
 - **si oui comment, par qui**
 - **si non cela est-il prévu ?**

- **Certains cadres de santé sont en difficultés managériales, selon vous pour quelles raisons ?**

Ces questions permettent de voir l'identification de difficultés éventuelles chez l'encadrement, est ce une préoccupation des directeurs des soins, le lien avec la lisibilité de la politique de la direction des soins

- **Avez-vous un dispositif d'accompagnement ?**
 - **si non cela est-il prévu, comment quand avec qui**
 - **si oui : en quoi consiste cet accompagnement**
 - Comment a t'il été formalisé, par qui, avec qui**
 - A t'il été communiqué, quand, comment, par qui**
 - **existe t'il une évaluation : a t'elle déjà été réalisée, quels sont les résultats ?**

L'accompagnement est il une réponse aux difficultés et une nécessité

- **Avez-vous travaillé avec la DRH votre politique de management de l'encadrement soignant ?**
- oui ou non pourquoi ?

Existe-t-il une collaboration ou une délégation totale

Qu'en est-il des attentes institutionnelles

4- Les cadres supérieurs formateurs en IFCS

- **en tant que formateurs quelle est votre conception du métier de cadre de santé ?**

Il s'agit de repérer les représentations du métier de cadre de santé dont les formateurs sont porteurs

- **au-delà des outils quel sont les ou le dispositif mis en place dans le cadre de socialisation professionnelle (acquisition d'une nouvelle identité) ?**

Il s'agit d'identifier les outils mis à la disposition des étudiants pour l'exercice de leur futur métier

- **au-delà des outils quel sont les ou le dispositif mis en place pour l'acquisition des bases en matière de management ?**

Quels sont les moyens pédagogiques mis à la disposition des étudiants pour l'acquisition de méthodes et/ou posture managériales

- **quels liens avec les directions d'hôpitaux ?**

Les formateurs travaillent ils sur les attentes des directions, les changements annoncés par la nouvelle gouvernance

Rencontrent ils leurs partenaires de travail (directeurs des soins, DRH, directeurs d'établissements, participation aux réunions de cadres des établissements,....

- **certains cadres de santé se trouvent en difficultés de management actuellement, a votre avis quelles peuvent en être les raisons ?**

Quels regards portent ils sur les conditions d'exercice des cadres de santé et quels liens avec leurs dispositifs de formation.

5- Les étudiants cadres de santé

- **Qu'est ce qui vous a amené à vouloir devenir cadre de santé ?**

- **Comment envisagez-vous votre travail de cadres ?**

Relance possible

Savez vous en quoi va consister votre travail

Ces questions permettent de voir les motivations et les représentations du métier de cadre, existe t'il un décalage.

- **Que vous apporte la formation cadre par rapport au futur exercice de votre métier ?**

Les réponses attendues concernent le décalage ou non entre le contenu de la formation et la réalité d'exercice.

- **Savez-vous ce que votre institution, attend de vous en tant que cadre de santé ?**

Les futurs cadres connaissent-ils les attentes institutionnelles et de leur hiérarchie.

L'absence de lisibilité de la politique de la direction des soins est-elle un problème

- **Qu'attendez vous de votre hiérarchie ?**

Permet de voir si l'accompagnement est envisagé par les futurs cadres.