



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2005

**Redonner du sens à la fonction
contrôle du cadre de santé, dans le
domaine de la gestion des soins.
Comment le Directeur des Soins
peut-il y contribuer ?**

Isabelle FRASSA

« Celui qui crée du sens dans le quotidien, ... même s'il a l'impression que c'est du « petit sens » éprouve et fait éprouver aux autres que le sens du Tout se situe dans la ligne du petit. Il sait alors qu'il est sur le chemin, même s'il ne sait pas quand se situe l'aboutissement de la quête. »

Pierre CASPAR
(Professeur au CNAM)

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement :

Les professionnels de terrain sans lesquels l'enquête n'aurait pu être réalisée,

Les enseignants de l'École Nationale de la Santé Publique pour leur aide méthodologique,

Danièle et Caroline pour leur aide précieuse dans la mise en forme de ce travail,

Mon époux et mes filles pour leur patience et leur soutien au quotidien,

Le Directeur et le Coordonnateur Général des Soins de l'hôpital général de Gonesse qui nous ont permis d'appréhender la fonction de Directeur des Soins avant la formation à l'École Nationale de la Santé Publique.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
IDENTIFICATION DE LA PROBLÉMATIQUE	3
LA FONCTION CONTRÔLE DU CADRE DE SANTÉ DANS LE DOMAINE DE LA GESTION DES SOINS	5
1 APPROCHE THÉORIQUE ET CONCEPTUELLE.....	5
1.1 De la définition d'une organisation à la complexité de l'organisation hospitalière.....	5
1.1.1 La structure de l'organisation hospitalière	5
1.1.2 Du concept complexité	7
1.1.3 ... à la complexité de l'organisation hospitalière	8
1.2 Du concept système à l'approche systémique de la gestion des soins	8
1.2.1 Du concept système.....	8
1.2.2 ... au système hospitalier.....	8
1.2.3 L'approche systémique de la gestion des soins	9
1.3 De la définition du contrôle à sa place dans la fonction managériale du cadre de santé	10
1.3.1 De la définition du contrôle.....	10
1.3.2 ... à son concept dans la démarche d'amélioration continue de la qualité	11
1.3.3 ... à la place du contrôle dans la fonction managériale du cadre de santé	13
1.4 Le cadre de santé, promoteur de sens.....	14
1.4.1 Une formation pour garantir la qualité de l'encadrement	14
1.4.2 De la motivation au travail	16
1.4.3 ... au besoin de reconnaissance.....	17
1.4.4 Le cadre de santé : un acteur porteur de sens au sein de l'unité de soins.....	18
L'APPROCHE DE LA FONCTION CONTRÔLE AU QUOTIDIEN	19
2 L'ÉTUDE DE TERRAIN.....	19
2.1 La méthodologie de l'enquête	19

2.1.1	Le terrain d'enquête.....	20
2.1.2	Les outils de recueil d'informations	21
2.1.3	Les points forts et les limites de l'enquête.....	21
2.2	Présentation des résultats : vérification des hypothèses.....	22
2.2.1	Hypothèse 1 : La formation dispensée en Institut de Formation des Cadres de Santé prépare mal à la dimension contrôle de la fonction de cadre de santé	22
2.2.2	Hypothèse 2 : le cadre de santé maîtrise insuffisamment la Démarche d'Amélioration Continue de la Qualité et doit encore s'approprier des outils pour assurer la fonction contrôle	23
2.2.3	Hypothèse 3 : les équipes manifestent de l'insécurité en lien avec un manque de contrôle de la part du cadre de santé.....	24
2.2.4	Hypothèse 4 : la fonction contrôle dans le domaine de la gestion des soins est à optimiser par le cadre de santé	25
2.2.5	Hypothèse 5 : les réformes qui touchent l'hôpital ont un impact sur la fonction contrôle du cadre de santé	26
2.3	Analyse des résultats.....	28
2.3.1	Une fonction contrôle difficile à exercer au quotidien	28
2.3.2	Une fonction contrôle qui se renforce au regard de l'évolution de l'hôpital et qui, à l'heure actuelle, met mal à l'aise les Cadres de Santé	30
2.3.3	La nécessité d'un accompagnement des Cadres de Santé est formulée par tous les acteurs de terrain	31
2.3.4	L'approche de la fonction contrôle par deux étudiants cadres de santé	33
	REDONNER DU SENS À LA FONCTION CONTRÔLE.....	36
3	PRÉCONISATIONS ET RÔLE DU DIRECTEUR DES SOINS.....	36
3.1	Une formation des CS à l'évaluation des pratiques professionnelles.....	38
3.2	Une formation des CS au management	41
3.3	Un « coaching » des CS.....	43
	CONCLUSION	47
	BIBLIOGRAPHIE	49
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	:	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation En Santé
ARH	:	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARTT	:	Aménagement de la Réduction du Temps de Travail
CNAM	:	Conservatoire National des Arts et Métiers
CGS	:	Coordonnateur Général des Soins
CS	:	Cadre de Santé
CSS	:	Cadre Supérieur de Santé
CSSE	:	Cadre Supérieur de Santé Expert
DACQ	:	Démarche d'Amélioration Continue de la Qualité
DDASS	:	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
GPEC	:	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
IDE	:	Infirmier Diplômé d'État
IFACI	:	Institut Français des Auditeurs Consultants Internes
ISO	:	International Standardisation Organisation
T2A	:	Tarifcation à l'Activité

INTRODUCTION

Le choix du thème sur la fonction contrôle du cadre de santé dans le domaine de la gestion des soins repose sur notre courte expérience de Directeur des Soins dans un centre hospitalier général de 950 lits.

Nous avons en effet comme collaborateurs directs et interlocuteurs privilégiés les cadres de santé.

Nous avons constaté que certains d'entre eux s'éloignent du terrain et du soin et exercent la fonction contrôle d'une façon imparfaite.

Comment expliquer ce constat ?

Quels sont les facteurs responsables de cette situation ?

Quelle contribution le Directeur des Soins peut-il apporter pour accompagner les cadres de santé dans leur fonction contrôle ?

L'objectif de notre travail de réflexion professionnelle est de faire le point sur ce qui est actuellement interrogations et ressenti de notre part.

Pour mener notre travail, nous allons :

- Tout d'abord, développer la problématique et l'intérêt professionnel porté à ce thème,
- Dans la première partie, décliner l'approche théorique et conceptuelle,
- Dans la seconde partie, chercher au travers de l'enquête réalisée auprès de professionnels de terrain, à identifier les raisons et à comprendre le pourquoi d'un tel constat,
- Enfin, dans la troisième partie, proposer des préconisations pour renforcer et accompagner la fonction contrôle des cadres de santé.

IDENTIFICATION DE LA PROBLÉMATIQUE

Un travail régulier et une écoute attentive auprès des cadres de santé nous permettent de faire plusieurs constats :

- Le cadre de santé, au carrefour de trois logiques administrative, médicale et soignante vit sa position de «marginal sécant »¹ comme parfois contraignante. Son positionnement auprès des différents acteurs et des équipes peut en être mal défini et trouble.
- Le métier de cadre de santé évolue constamment depuis plus de dix ans, au regard de nouvelles exigences réglementaires. Une évolution sociétale marquée par un autre rapport au travail et des valeurs différentes semble interférer dans le management des individus. De plus, la vision souvent négative du contrôle met parfois mal à l'aise le cadre de santé pour exercer sa fonction, surtout si ce dernier n'est pas au clair avec la définition et les valeurs qui lui permettent de qualifier son action de contrôler.
- La politique de qualité et de gestion des risques nécessite de la part du cadre de santé un investissement, des connaissances affinées, une politique d'évaluation et un contrôle renforcé. Force est de constater que les compétences exigées et attendues, les pratiques professionnelles ne sont pas toujours évaluées par l'encadrement. Les cadres de santé experts (dans les domaines de l'hygiène et de la qualité de soins) mobilisés auprès de leurs collègues pour optimiser la gestion et la qualité des soins font souvent ce même constat au regard des résultats d'enquête de prévalence et d'audit.
- Le cadre de santé ne mesure pas encore les conséquences éventuelles de la « judiciarisation » énoncée dans la loi du 4 mars 2002 et la nécessité de renforcer le contrôle dans le domaine de la gestion des soins.
- De nombreuses contraintes budgétaires associées le plus souvent à une pénurie de moyens obligent le cadre de santé à rationaliser les organisations et à demander toujours plus aux personnels présents. Il a pour priorité la gestion prévisionnelle des effectifs avant la gestion des soins.

¹ « Pouvoir » d'un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns et les autres et peut, de ce fait, jouer le rôle d'indispensable, d'intermédiaire, et d'interprète entre des logiques d'action différentes voire contradictoires CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*, 1977.

- Certains cadres de santé, stressés et isolés dans la réalisation de tâches au quotidien, s'engagent dans un management affectif qui ne laisse que très peu de place à la fonction contrôle. Le contexte difficile (pénurie de personnel, charge de travail élevée) renforce ce constat, les cadres de santé sont alors encore moins exigeants.

Devant ce constat, nous pouvons poser le questionnement de départ suivant :

Comment expliquer, malgré le contexte actuel, le désintérêt des cadres de santé pour la fonction contrôle dans le domaine de la gestion des soins ?

Puis formuler plusieurs hypothèses de travail qui seront confirmées ou infirmées à l'issue de l'enquête réalisée auprès de professionnels de terrain.

Le contexte hospitalier mouvant et complexe n'est pas pris en compte dans les hypothèses ; par contre il est intégré comme un élément important et déterminant dans l'analyse des résultats de l'enquête.

Les hypothèses sont au nombre de cinq :

- La formation dispensée en institut de formation des cadres de santé prépare mal à la dimension contrôle de la fonction de cadre de santé,
- Le cadre de santé maîtrise insuffisamment la démarche d'amélioration continue de la qualité et doit encore s'approprier des outils pour assurer la fonction contrôle,
- Les équipes manifestent de l'insécurité en lien avec un manque de contrôle de la part du cadre de santé,
- La fonction contrôle dans le domaine de la gestion des soins est à optimiser par le cadre de santé,
- Les réformes qui touchent l'hôpital ont un impact sur la fonction contrôle du cadre de santé.

Enfin, en tant que Directeur des Soins, cette problématique nous questionne et nous ramène au cadre réglementaire qui régit le statut particulier du corps de Directeur des Soins de la fonction publique hospitalière ; le décret du 19 avril 2002 précise que le Directeur des Soins, Coordonnateur Général des Soins élabore le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques. Il est responsable entre autre de la qualité et de la sécurité des soins. Il doit prévenir certains risques inhérents à la gestion des soins et développer l'évaluation des pratiques

professionnelles. Pour cela, il se doit de valoriser la fonction contrôle auprès des cadres de santé afin d'instaurer une véritable politique de prévention du risque dans les unités de soins et les services médico techniques. Conjointement, le Directeur des Soins constate l'importance de nouveaux textes réglementaires, prend en compte la place réaffirmée des usagers et mesure l'impact de la réforme budgétaire (tarification à l'activité :T2A) sur le concept du « prendre soin toujours mieux ». Il rappelle aux cadres de santé leur responsabilité hiérarchique d'organisation et de contrôle réaffirmée par ce contexte.

La prise en considération de ces nouvelles exigences donne l'opportunité au Directeur des Soins de mobiliser l'ensemble de l'encadrement à l'organisation et au contrôle des soins afin de redonner du sens à sa fonction.

Le Directeur des Soins doit pouvoir s'appuyer sur des cadres de santé correctement positionnés dans la fonction contrôle pour poursuivre la politique d'amélioration continue de la qualité, à l'aube de la création de pôles qui va les resituer au cœur du soin, aux côtés du médecin chef de pôle.

L'enquête auprès des professionnels de terrain permet d'étayer la problématique et d'apporter des préconisations.

LA FONCTION CONTRÔLE DU CADRE DE SANTÉ DANS LE DOMAINE DE LA GESTION DES SOINS

1 APPROCHE THÉORIQUE ET CONCEPTUELLE

1.1 De la définition d'une organisation à la complexité de l'organisation hospitalière

1.1.1 La structure de l'organisation hospitalière

- Une définition

Selon Erhard FRIEDBERG², une organisation ne se réduit nullement à l'organigramme et à la réglementation intérieure qui ne sont que des abstractions. C'est un corps vivant, habité par des individus libres qui jouent leur jeu en fonction de leurs objectifs propres.

² FRIEDBERG E. *L'analyse sociologique des organisations*. Revue Pour, n°28, 1988, Paris

Elle est l'aboutissement d'une suite d'approximations, de marchandages multiples entre des rationalités divergentes mais également légitimes.

L'organisation est dépendante d'un ensemble de contraintes (système technique, fonction sociale, situation économique, structure organisationnelle formelle) qui définit des zones d'incertitude critiques et la position des différents acteurs face à cet ensemble de contraintes.

Il souligne également l'imprévisibilité du comportement des individus ou des groupes au sein des organisations ; en effet ils disposent toujours d'une zone de liberté utilisée dans la poursuite de stratégies d'action. Entre l'organisation et les individus se nouent des relations de pouvoir que l'organisation régule à l'aide de négociations. L'organisation ne peut être appréhendée sans son environnement, chacun ayant un impact sur l'autre et particulièrement l'environnement social.

Myriam HUBINON³ précise que l'organisation est composée d'une structure (charpente du système) et qu'elle possède une fonction qui représente la mission dévolue à la structure. Cette définition de l'organisation nous renvoie à une des missions du cadre de santé qui est celle d'organiser les soins avec une équipe pluridisciplinaire au sein d'un environnement appelé unité de soins. Il doit tenir compte des hommes, de la dynamique d'équipe, de l'environnement institutionnel, économique et social. Il exerce et adapte sa fonction contrôle auprès d'une équipe travaillant selon un modèle d'organisation qui évolue en fonction du contexte et des hommes la composant.

- L'organisation hospitalière

Nous pouvons associer la structure de l'organisation hospitalière à celle de l'organisation décrite par Henry MINZBERG, cinq éléments la décrivent :

Le centre opérationnel

Il est constitué de l'ensemble des unités de soins et des services médico techniques. Il est composé d'acteurs de santé qui concourent à la production de soins et de services dans leur propre environnement.

Le sommet stratégique

Il est représenté par l'équipe de direction (Directeurs et Directeur des Soins). Il pilote en veillant à ce que les missions hospitalières soient suivies et articulées sur une organisation hospitalière qui allie juxtaposition et coordination entre les compétences multiples de chaque Directeur (domaine financier, médical, infirmier, informatique...).

Le sommet stratégique est vigilant quant aux différents pouvoirs de décisions qui s'exercent dans l'institution et remplit un rôle d'interface important avec l'environnement.

³ HUBINON M. *Management des unités de soins*. Éditions De Boeck Université, 1998.

La ligne hiérarchique

Elle facilite la liaison entre le centre opérationnel et le sommet stratégique. Elle est constituée des médecins et de l'ensemble des cadres de santé coresponsables de la gestion des unités de soins et des services médico techniques ainsi que des activités de production de soins et de services. Les cadres de santé s'inscrivent entre autre dans un principe de contrôle de ces activités.

La technostructure

Elle agit sur l'organisation du travail des centres opérationnels. Elle est représentée par les différentes directions (ressources humaines, affaires financières, services économiques, travaux...).

Les fonctions de support logistique

Elles sont le support direct ou indirect à la réalisation de la mission du centre opérationnel (blanchisserie, cuisine, transports...).

1.1.2 Du concept complexité

Dominique GENELOT⁴ propose deux approches de la complexité :

Elle est « l'apparition de problèmes nouveaux, imprévus qui échappent à la compréhension et au contrôle », « une perception toujours incomplète de la réalité et une prévision impossible de l'avenir ».

La complexité s'accroît au regard de l'évolution et provoque souvent incertitude et « ingouvernabilité ». Certaines grandes organisations échappent à tout contrôle. Malgré tout, la complexité demeure une opportunité de progrès et représente un vrai défi pour les managers.

Selon le même auteur, la complexité de l'entreprise s'articule autour de cinq préoccupations:

- L'explosion des modèles de management (inventer de nouvelles formes d'organisation au travail évolutives et différenciées),
- La recherche de nouvelles valeurs,
- L'évolution du rapport au travail (restaurer les valeurs attachées au travail),
- L'incertitude des organisations (ajuster les méthodes à des situations souvent confuses et instables),
- L'amplification des interdépendances (développer les coopérations et les réseaux).

La complexité suscite des démarches de recherche et des questionnements ; elle appelle des réponses innovantes et appropriées concernant les organisations.

⁴ GENELOT D. *Manager dans la complexité – Réflexion à l'usage des dirigeants*. Insep Consulting Editions, 2001.

1.1.3 ... à la complexité de l'organisation hospitalière

La complexité n'échappe pas à l'organisation hospitalière. Elle est liée à l'évolution sociétale, au développement de technologies performantes, à l'application de récents textes réglementaires, à la concurrence et à l'apparition de nouveaux métiers à l'hôpital. De nombreux acteurs (médecins, soignants, administratifs) participent au fonctionnement de l'institution. La coexistence de ces trois types d'acteurs aux cultures différentes et parfois contradictoires renforce la complexité de l'organisation hospitalière.

De plus, dans un système complexe, se remarquent des zones floues appelées zones d'incertitude (décrites par M.CROZIER) où se pratiquent des stratégies personnelles et ce quelque soit le niveau hiérarchique des acteurs.

Le cadre de santé assure la fonction contrôle dans cette complexité. Celle-ci a un impact sur le management ébranlant ses valeurs, ses modèles, son rapport à l'autorité et ses relations entre le manager et l'équipe. Le cadre de santé doit prendre en compte toutes ces données qui rendent parfois difficile l'exercice de sa fonction. En effet, il a intérêt à adapter son mode de pensée à l'environnement, à la nature des enjeux et à se considérer partie prenante de la complexité dans sa façon de manager.

1.2 Du concept système à l'approche systémique de la gestion des soins

1.2.1 Du concept système

Un système est défini par «un ensemble d'éléments et par un ensemble de relations entre ceux-ci, ainsi que par les relations qui les lient à un élément particulier appelé environnement »⁵. Ce sont les acteurs d'une organisation qui créent le système.

1.2.2 ... au système hospitalier

Le système hospitalier s'inscrit dans un environnement externe et un environnement interne. Il permet des interactions entre beaucoup d'acteurs dans chacun des deux et entre les deux environnements.

L'environnement externe de l'hôpital se caractérise par les tutelles (ARH, DDASS⁶), la Haute Autorité en Santé, le cadre réglementaire, le projet hôpital 2007, les autres établissements partenaires ou concurrents et leurs acteurs respectifs.

⁵ HUBINON M. op. cité p.6

⁶ Lire : agence régionale d'Hospitalisation, Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

L'environnement interne de l'hôpital se distingue par le projet d'établissement, les instances, la démarche d'amélioration continue de la qualité, les différentes politiques (gestion des ressources humaines...), les lieux de production de soins et de services, les acteurs avec leurs alliances et leurs enjeux...

Myriam HUBINON⁷ considère aussi l'unité de soins comme un « système » en relation d'échange avec son environnement. Unique, elle fait partie du système hospitalier et n'a aucune indépendance, en interaction permanente avec l'environnement externe et interne souvent complexe.

1.2.3 L'approche systémique de la gestion des soins

Une définition du mot gestion :

« C'est un ensemble de techniques destinées à rationaliser et optimiser le fonctionnement des organisations »⁸.

Cet objectif opératoire contient entre autre des techniques, des procédures, des dispositifs, qui cadrent les activités et définissent des règles de fonctionnement. La gestion recouvre une logique propre et des finalités. Elle appelle des objectifs à court terme et demande prévision, planification, pilotage et contrôle. Il s'agit d'offrir aux patients une organisation et des procédures qui permettent la délivrance de soins de qualité.

« Lorsqu'il se trouve au niveau de la gestion, le cadre reste dans le concret mais évoque des objectifs, des projets, il parle des écarts à la réalisation de statistiques ; il évoque des méthodes et des processus de gestion et de contrôle »⁹.

Selon le modèle de A.DONABEDIAN¹⁰, l'unité de soins peut être considérée comme une unité de « production » de soins et de services.

Ce modèle présente trois domaines pour évaluer la qualité de soins :

Les inputs ou ressources

Ce sont les ressources humaines et non humaines (équipements, matériel, finances...) nécessaires à la production de soins. Ces inputs sont en interaction au profit de la réalisation d'activités de soins grâce au concept de la systémique : l'organisation.

La technologie infirmière

Elle représente le processus selon A. DONABEDIAN et comprend l'ensemble des activités nécessaires pour couvrir les besoins des patients. Les soins directs font donc partie de la technologie infirmière et peuvent se décliner en quatre étapes : l'identification des besoins, la planification, la réalisation et l'évaluation des soins.

⁷ HUBINON M. op. cité p.6

⁸ DE GAULEJAC V. *La société malade de la gestion*. Éditions du Seuil, 2004.

⁹ HART J., MUCCHIELLI A. *Soigner l'hôpital*. Éditions Lamarre, 1994.

¹⁰ HUBINON M. op. cité p.6

Les outputs

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

Enfin, l'environnement

Il recouvre le marché et les conditions. De nombreux facteurs et contraintes influent sur l'environnement tels que le système de santé, le cadre réglementaire, les autres unités de soins et de services, les personnels...

Les conditions liées à l'environnement sont variables et influencent directement la politique de dispensation des soins.

La qualité des soins conditionnée par les ressources et mesurée par les outputs apparaît comme un élément déterminant en faveur d'une politique efficace de la gestion des soins. Le cadre de santé de part ses missions et principalement de son action de contrôle est le garant de cette qualité. Le management de l'unité de soins ou de services, dans un environnement complexe, est un enjeu important pour lui.

1.3 De la définition du contrôle à sa place dans la fonction managériale du cadre de santé

1.3.1 De la définition du contrôle

Le contrôle est une vérification, une inspection attentive de la régularité d'un acte, de la validité d'une pièce, un examen minutieux¹¹. Il facilite la connaissance des dysfonctionnements et leur analyse.

C'est aussi l'action de contrôler, de surveiller quelqu'un, de maîtriser la situation dans un secteur. Contrôler permet de prévenir toute déviance par rapport à des normes et de rester dans la conformité. Le contrôle sous-tend la notion de punitions et de récompenses.

Contrôler, c'est aussi demander aux autres de rendre compte de leurs activités.

En France, ce mot a souvent une connotation négative (surveillance, sanction, empêchement). En Angleterre, en revanche, un sens plus positif lui est donné, il signifie maîtriser.

¹¹ Larousse Hachette 2003

Une autre définition est proposée : **le contrôle social** est « l'ensemble des ressources matérielles et symboliques dont dispose une société pour s'assurer de la conformité du comportement de ses membres à un ensemble de règles et de principes prescrits et sanctionnés »¹².

Le contrôle interne encore peu développé à l'hôpital trouve son origine dans le milieu des experts comptables. La définition retenue par l'IFACI (Institut Français des Auditeurs Consultants Internes) précise : « le contrôle interne est le processus par lequel la direction générale et les différents niveaux de management obtiennent une assurance raisonnable que leurs objectifs sont atteints ».

1.3.2 ... à son concept dans la démarche d'amélioration continue de la qualité

La qualité apparaît avec la révolution industrielle, à la fin du XIX^{ème} siècle. Le contrôle de la conformité des produits est effectué dans les entreprises et il représente une première approche de la qualité. Une anticipation sur les procédés de fabrication affine le contrôle au fil des années. Les États-Unis, dans les années cinquante, créent l'assurance de la qualité dont la définition est selon l'International Standardisation Organisation (ISO) : « la partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites ».

Les démarches qualité gagnent différentes organisations telles que l'enseignement, le secteur social, la santé...

Le concept de qualité est l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences (iso 9000 - 2000). Ces caractéristiques peuvent être physiques, sensorielles, comportementales, temporelles, fonctionnelles et ergonomiques.

La politique qualité permet d'identifier le rôle et la place de la démarche qualité dans la stratégie de l'établissement et de cerner des orientations qui lui donnent tout son sens.

Le concept d'amélioration continue de la qualité correspond à une démarche progressive incluant un management participatif qui concerne des aspects techniques et humains.

Un qualitatif américain W.E DEMING décrit en 1951 le principe d'amélioration continue de la qualité, symbolisé par une roue en perpétuel mouvement ascendant.

Cette roue prévoit qu'après avoir défini l'objectif (phase « plan ») et réalisé une action (phase « do »), on procède au contrôle de celle-ci pour vérifier qu'elle est conforme à l'objectif (phase « check »).

¹² *Dictionnaire de Sociologie* Encyclopaedia Universalis BAUDRILLARD J. - BOURDON R.

Le contrôle de qualité sous-entend prévention et recherche de solutions. Myriam HUBINON¹³ précise « qu'un programme de contrôle traduit des activités de surveillance avec l'idée d'apporter des recommandations si les activités vérifiées ne correspondent pas aux normes de qualité établies ». Il vise aussi la recherche d'anomalies pour agir sur les causes. Le concept de traçabilité étaye le contrôle.

L'indicateur qualité est une donnée objective décrivant une situation d'un point de vue quantitatif.

Des outils d'évaluation mesurent l'amélioration continue de la qualité à partir de référentiels préalablement déterminés (audit clinique, autoévaluation).

Parallèlement, une culture du risque zéro se développe depuis plusieurs années dans les établissements de santé, en lien avec la catastrophe sanitaire du sang contaminé en 1990.

Le risque est l'expression de la probabilité et de l'incidence d'un évènement susceptible d'influencer l'atteinte des objectifs de l'organisation. La gestion des risques est une approche systématique servant à déterminer la direction à prendre en cas d'incertitude en identifiant, évaluant, communiquant les questions liées aux risques et en prenant des mesures à leur égard.

Une politique de gestion des risques met en place la déclaration systématique de tous les évènements indésirables pouvant survenir afin d'apporter correction et surtout prévention.

Le concept de qualité donne une place centrale au patient déjà renforcée par des textes réglementaires :

- Décrets de 1993 et article 714-26 de la loi hospitalière de 1991 : « Il s'agit d'assurer l'accès de tous les malades à des soins dont la qualité et la sécurité doivent être préservées et améliorées ».
- Circulaire n° 95-22 du 6 mai 1995 comporte une charte du patient hospitalisé qui rappelle que ce dernier a droit à des soins de qualité.

Enfin...

- L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 instaure l'accréditation des établissements de santé français.

L'action de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) vise à améliorer la qualité des soins offerts aux usagers par les organisations de santé et par l'ensemble des professionnels de santé.

¹³ op. cité p.6

La qualité a de multiples enjeux dont un très important qui est l'amélioration des organisations et des pratiques professionnelles en visant constamment la sécurité des soins.

Les dimensions de la qualité des soins et des services se mesurent à partir de critères d'évaluation qui sont : la sécurité, l'accessibilité, l'acceptabilité (dignité, intimité, empathie, confort), le caractère approprié (responsabilisation, personnalisation), la continuité, la délivrance au bon moment, l'efficacité, l'efficience.

1.3.3 ... à la place du contrôle dans la fonction managériale du cadre de santé

La responsabilité du cadre de santé est une responsabilité hiérarchique d'organisation et de contrôle. Il peut déléguer certaines tâches d'encadrement et de gestion à ses collaborateurs en sachant que la délégation ne fait pas disparaître la responsabilité de celui qui délègue. La responsabilité d'encadrement des soins n'implique pas la présence constante ou le contrôle permanent des actes accomplis par les infirmiers comme le mentionne le décret du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Le contrôle représente une des quatre étapes du principe d'amélioration continue de la qualité. Le cadre de santé responsable de l'unité de soins, conjointement avec le médecin chef de service, est garant de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients et exerce de ce fait une fonction contrôle.

Le premier manuel d'accréditation des établissements de santé (ANAES/avril 2002) précise la notion de management de la qualité qui selon l'ISO est définie comme un système de management permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité ; le système de management est lui-même défini comme un système permettant d'établir une politique et des objectifs à atteindre. Le cadre de santé, conscient du développement de la démarche qualité, adapte ses pratiques de management au quotidien en les appliquant et en les rendant efficaces ; pour cela :

- Il doit relever tout dysfonctionnement et défaut, en rechercher la cause et apporter des mesures correctives pour prévenir toute récurrence.
- Il est attentif aux processus et aux méthodes de travail et cherche à les améliorer.
- Il tient compte de l'évolution culturelle de l'établissement et de la propre évolution de l'équipe qu'il encadre.
- Il se situe comme moteur de la démarche qualité en mobilisant et dynamisant l'ensemble des acteurs.
- Il promeut une démarche participative permettant d'identifier et de mettre en œuvre les actions d'amélioration pertinentes.
- Il met en place des indicateurs d'activité.

La seconde version de la procédure d'accréditation (septembre 2004) renforce le rôle des dirigeants (entre autre celui du cadre de santé !) et demande à chaque établissement de faire la synthèse des actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité.

Le référentiel qui détaille le métier de cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales dans ***Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière***¹⁴ précise qu'une des activités principales du cadre de santé est de contrôler l'activité, la sécurité des soins et les activités paramédicales : procédures, protocoles, réalisation d'audits, suivi d'indicateurs. Pour ce faire, il doit savoir exploiter les tableaux de bord et les indicateurs de la qualité de la prise en charge des patients. Une des tendances d'évolution du métier est le renforcement des contraintes juridiques et réglementaires qui nécessite une attention accrue sur l'application des protocoles et la traçabilité des activités.

Le contrôle prend de plus en plus de place et de temps dans le quotidien du cadre de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles demandée est certainement un moyen pour rendre le contrôle efficace et efficient et recentrer le cadre de santé sur cette activité principale. Le contrôle va s'attacher aux pratiques mais aussi aux professionnels qui les effectuent. Son objectif est toujours d'optimiser les soins et par delà les organisations de travail.

Le regroupement d'activités par pôles et le fonctionnement interprofessionnel vont susciter de nouvelles formes de management partagé dans lesquelles le cadre de santé devra là aussi trouver sa place et exercer pleinement sa fonction contrôle dans le domaine de la gestion des soins.

1.4 Le cadre de santé, promoteur de sens

1.4.1 Une formation pour garantir la qualité de l'encadrement

Cadre réglementaire de la profession de cadre de santé

Les deux textes de référence sont :

le décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé et l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de Cadre de Santé. Ce dernier mentionne la durée totale de la formation préparatoire (42 semaines). Le programme est identique pour l'ensemble des filières professionnelles et est constitué de six modules capitalisables ; il précise plusieurs points importants :

¹⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Éditions ENSP, 2004.

- La formation contribue à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités et de gestion des équipes et des activités.
- L'adaptation de la formation est une nécessité pour préparer et accompagner l'évolution rapide des établissements de santé et des pratiques professionnelles.
- Elle permet l'acquisition d'une culture et d'un langage communs et prépare à l'exercice des fonctions d'animation et de gestion dévolues aux cadres de santé.
- Des outils techniques et d'évaluation propres à chaque filière sont étudiés.

Dans le respect du programme, la formation est organisée et dispensée en fonction des besoins des étudiants et selon un projet pédagogique faisant appel à des principes de pédagogie d'adulte. La formation comprend un enseignement théorique, un apprentissage pratique (stages) permettant une application concrète et un transfert à leur domaine d'exercice professionnel ainsi qu'un travail personnel de recherche et de documentation.

Concernant la fonction contrôle du cadre de santé, nous nous arrêtons plus particulièrement sur les modules 1, 4, et 6 :

Le module 1 « initiation à l'encadrement » précise l'importance :

- Du rôle et de la place de l'encadrement dans l'environnement en tenant compte des aspects psychologiques, sociologiques, économiques, législatifs et réglementaires,
- Des missions identifiées du cadre de santé,
- Des modes de management utilisés,
- Des modes de communication les plus adaptés et efficaces,
- De la dimension éthique dans la prise de décision.

Le module 4 « fonction d'encadrement » aborde la fonction contrôle à travers différentes missions incombant aux cadres de santé :

- Organiser, animer et coordonner le travail de l'équipe,
- Évaluer la qualité des prestations en relation avec les besoins des usagers,
- Déléguer et contrôler,
- Promouvoir la prévention en terme d'hygiène et de sécurité,
- Organiser, planifier et évaluer les activités professionnelles,
- Développer les outils de gestion et de contrôle dans le cadre de la démarche d'assurance qualité et l'évaluation qualitative et quantitative des prestations professionnelles.

Le module 6 « approfondissement des fonctions d'encadrement... » permet le renforcement de connaissances acquises au cours de la formation et le perfectionnement

des pratiques de la fonction prochainement exercée (exemple : responsabilités et particularités des cadres gestionnaires).

Chaque équipe, en référence du programme mentionné dans l'arrêté, élabore son projet pédagogique à partir d'objectifs de formation centrés essentiellement sur l'exercice de la fonction de cadre. L'approche de la fonction contrôle dans le domaine de la gestion des soins peut donc être appréhendée de façon différente. Elle est principalement abordée dans le module 4. Une notion élargie de la fonction contrôle est apprise et souvent argumentée dans l'évaluation des compétences et des pratiques professionnelles.

1.4.2 De la motivation au travail

La motivation représente un engagement (ce qui pousse à agir). Elle est un processus dynamique qui relie dans une interaction complexe une personne ou une équipe à son environnement. Elle est liée à l'action, et en est son stimulant. C'est pour cela que l'entreprise prend tant en considération la motivation, attendant avant tout de l'implication de la part du salarié.

L'implication est un processus d'identification et un sous-produit de la motivation car, pour qu'il y ait implication, il faut qu'il y ait eu motivation. Elle conduit à mieux comprendre l'organisation dans sa relation avec les individus.

La satisfaction est un indicateur de la motivation, mais n'est pas une cause de motivation. La motivation est essentiellement un phénomène humain et psychologique, mais elle est aussi à la croisée de plusieurs sciences : la philosophie, la psychologie, la psychosociologie, la sociologie des organisations et la psychanalyse.

Deux théories apportent des éclairages complémentaires :

Celle de F. HERZBERG (1966), professeur de psychologie, qui développe une théorie des motivations au travail à partir d'une triple récusation :

- Les méthodes d'incitation indirecte au travail ou facteurs d'ambiance (hausse des salaires, développement des relations humaines, intéressement...) sont insuffisantes.
- Les contraintes d'origine externe (contrôle, surveillance) ne peuvent donner que des résultats médiocres. Il faut découvrir le moteur interne, la motivation de l'homme au travail.
- Les facteurs qui causent l'insatisfaction dans le travail (facteurs d'ambiance) sont différents de ceux qui provoquent de la satisfaction (facteurs valorisants), l'absence d'insatisfaction n'étant pas la satisfaction.

C'est donc le travail, dans sa structure interne, qui motive le travailleur. Les conditions d'environnement (facteurs d'ambiance) lui permettent de supporter la vie de travail, non de l'assumer pleinement et de la développer.

Celle de E. FRIEDBERG (1971), précise la place importante des facteurs affectifs et des motivations psychologiques dans la compréhension du comportement humain au sein d'une organisation. Cette découverte représente une innovation capitale. Elle apporte un enrichissement très conséquent des connaissances et de la compréhension du comportement humain au sein des organisations. L'individu n'a pas que des motivations économiques ; il a aussi des motivations affectives pouvant avoir un impact favorable sur la performance d'ensemble de l'organisation.

La motivation apparaît donc comme un moteur pour l'individu au travail. Elle est liée néanmoins à l'environnement et à la conjugaison de différents facteurs (goût de la réussite, récompense ou sanction, adaptation de l'individu à son poste de travail, ambiance générale...) qui l'améliorent ou la diminuent.

1.4.3 ... au besoin de reconnaissance

La reconnaissance est « l'action de reconnaître comme sien, comme vrai, réel ou légitime »¹⁵. Elle est aussi le sens d'identification. « Elle représente un jugement d'appartenance d'un élément à une classe définie »¹⁶ ou l'action d'admettre qu'on est l'auteur ou le responsable d'un acte. Elle est aussi une appréciation en terme de constat et de gratitude. Elle porte sur le travail accompli ; ce dernier représente un élément fondateur de l'identité de l'individu en perpétuelle construction ; en effet, le travail confronte l'homme à une réalité qui peut s'opposer à lui et l'obliger à la dépasser pour obtenir une reconnaissance de ce dépassement de la part d'autrui. Les règles professionnelles respectées par les individus sont la reconnaissance d'une organisation de travail optimale et favorisent la construction identitaire des professionnels. Les normes régulent également les fonctionnements et sont parfois sous estimées.

Le sentiment de reconnaissance et la motivation sont interdépendants car, l'individu motivé par ce qu'il fait, trouve du sens à son action et tire une double reconnaissance à ses propres yeux et à ceux des autres (et principalement ceux de la lignée hiérarchique).

M. THÉVENET, dans son livre¹⁷, parle de « la véritable valorisation qui se situe dans le quotidien de nombreuses pratiques qui reconnaissent la dimension de la fonction de

¹⁵ *Petit Larousse 2003*

¹⁶ *Dictionnaire de la Psychologie*. Larousse

¹⁷ THEVENET M. *Quand les petits chefs deviendront grands*. Editions d'organisation, 2004.

manager. Elle s'opère aussi dans la discussion et la reconnaissance par l'institution de cette dimension du travail ».

A l'inverse, la reconnaissance peut être la résultante d'un rapport narcissique aux aspects destructeurs tels que l'idéalisation, le sectarisme, la destruction de l'autre.

1.4.4 Le cadre de santé : un acteur porteur de sens au sein de l'unité de soins

Donner du sens est « une démarche de pensée pour progresser dans la recherche du comment et du pourquoi »¹⁸.

Le sens a au moins trois acceptations :

- Le sens comme direction à donner, à prendre, accompagnée de la nécessité de fixer des objectifs pour comprendre la finalité de l'action,
- Le sens comme signification en terme de valeurs et de références à mettre en exergue et à faire vivre,
- Le sens comme expérience que l'on est prêt à partager pour l'accomplissement de soi et des autres. Cette démarche positive (qui renvoie à la motivation) vise à communiquer son expérience pour aider et fédérer.

Le sens peut s'appréhender à trois niveaux :

- Personnel (existentiel, spirituel),
- Managérial en terme de sens que la personne peut trouver dans sa fonction (objectifs, valeurs et expériences) pour l'exercer,
- Au sein de l'entreprise en terme de politique qui comprend les valeurs, les objectifs et les différentes stratégies d'actions proposées aux personnels.

Le cadre de santé, **porteur de sens**, a une vision élargie du sens qu'il octroie à sa fonction. Il part de ses expériences vécues, a envie de les partager. Il transmet des valeurs et des messages forts, écrit des règles, des procédures et tient compte de normes pour produire du sens. Il donne la direction en fixant des objectifs avec différents partenaires et accompagne les équipes dans les actions à mener. Il ne peut aussi assumer le désordre qu'en le recadrant dans du sens dont il devient porteur par sa vision.

Donner du sens, c'est « permettre aux personnes de trouver des raisons d'agir, de dépasser les difficultés, de dénouer les impossibilités, de trouver leur chemin dans l'incertain et le chaotique »¹⁹. Le cadre de santé, responsable et pilote de l'équipe, donne du sens à son action et développe le sens de l'action chez les professionnels en encourageant l'initiative. Il fait appel à la créativité de chacun en optimisant au mieux les moyens alloués pour atteindre les objectifs fixés.

¹⁸ LENHARDT V. *Les responsables porteurs de sens*. INSEP Éditions, 1992.

¹⁹ GENELOT D. op. cité p.7

« Créer le sens, l'exprimer, le faire passer est une vraie responsabilité pour les responsables engagés dans les dédales de la complexité »²⁰. Il y a là une notion d'engagement de la part du cadre de santé qui permet aux membres de son équipe d'appartenir à l'organisation, de se sentir motivés par la direction donnée et de contribuer à renforcer la cohérence par leur adhésion. Il est également un acteur de changement dans la mesure où il donne du sens en précisant la cause (le pourquoi), la finalité (le pour quoi) et la signification. Il partage ce sens en essayant d'obtenir un minimum de consensus et une vision partagée au sein de la communauté soignante. En effet, le collectif est porteur de sens et représente souvent un maillon central pour l'apprentissage des métiers. Le sens du changement et l'adaptabilité sont inséparables du sens de l'action. L'encadrement a aussi un rôle de médiateur et d'animateur à maintenir pour relayer le sens.

Le cadre de santé remplit une fonction contrôle à laquelle il doit donner un sens indispensable pour lui-même, l'équipe qu'il manage, ses collaborateurs et ses supérieurs hiérarchiques à qui il doit rendre compte. Le sens de l'action de contrôler est basé sur une éthique professionnelle, des valeurs, des expériences diverses auxquelles le cadre de santé se réfère. Il fixe des objectifs mesurables et atteignables pour mener à bien des actions. Il s'appuie sur des normes, des règles, des systèmes de référence pour l'aider à produire du sens. Le cadre de santé organise le travail, en contrôle la réalisation à partir d'un sens partagé et d'échéances concertées.

« Dans la difficulté de gérer la complexité hospitalière, le cadre de santé joue un rôle d'intermédiaire actif et intelligent dans la construction de sens »²¹.

L'APPROCHE DE LA FONCTION CONTRÔLE AU QUOTIDIEN

2 L'ÉTUDE DE TERRAIN

2.1 La méthodologie de l'enquête

À partir du questionnement de départ et des hypothèses posées, nous effectuons un travail de recherche et optons pour réaliser une enquête auprès de professionnels de

²⁰ GENELOT D. op. cité p.7

²¹ GENELOT D. op. cité p.7

terrain. Un stage en institut de formation des cadres de santé nous permet d'échanger avec deux étudiants sur leur future fonction contrôle, au cours d'un entretien.

2.1.1 Le terrain d'enquête

Il se situe dans deux centres hospitaliers généraux de la région parisienne.

L'hôpital A est implanté dans une ville moyenne, située en Seine et Marne, dans la banlieue Est de Paris. C'est un établissement de 641 lits et places qui s'est engagé dans une politique de qualité en vue d'améliorer les prestations proposées dans une phase quantitative de la demande de soins. Il a été accrédité en 2004 assorti de recommandations et d'une réserve portant sur la gestion des risques. Une réelle mobilisation permettra sa levée en septembre 2005.

L'hôpital B est situé au Nord-Ouest de l'Île de France, dans le département du Val d'Oise. Il est implanté dans une ville de 100.000 habitants et a une capacité de 996 lits et places. Il a été accrédité en 2002 assorti de recommandations. Engagé dans l'expérimentation de la nouvelle gouvernance, cet établissement se prépare à l'accréditation (version 2) prévue en 2006.

Dans chaque établissement, nous avons interviewé le Coordonnateur Général des Soins et quatre professionnels de terrain dont un cadre supérieur de santé, un cadre supérieur de santé expert, un cadre de santé et une infirmière ; soit un total de dix personnes.

Leurs principales caractéristiques en lien avec des éléments recueillis lors des entretiens sont :

- Chaque Coordonnateur Général des Soins est impliqué dans la qualité, l'un est Directeur de la qualité avec à ses côtés un ingénieur, l'autre demande à chaque cadre supérieur de santé de désigner un indicateur qualité qu'il doit suivre, voulant développer des moyens de prévention, de contrôle et de maîtrise des risques pour les patients, il demande aussi à des auditeurs internes de réaliser des audits.
- Les deux cadres supérieurs de santé experts sont tous les deux investis dans la qualité, l'un dans la gestion des risques liés aux soins, l'autre dans une mission transversale qui est celle de mettre en œuvre le projet de soins.
- Un cadre de santé a une expérience de sept ans, l'autre d'un an.
- Les deux infirmières ont le projet de devenir cadres de santé, une vient de passer le concours d'entrée.

Nous avons rencontré deux étudiants cadres qui tous deux avaient une expérience de mise en situation de faisant fonction de cadre pendant quatre ans. L'un a assuré cette fonction conjointement dans un laboratoire et une chambre mortuaire dans un hôpital de province, l'autre, de nuit dans un établissement de la banlieue Nord de Paris.

Enfin, des échanges fréquents avec les enseignants de l'institut de formation des cadres de santé nous permettent de cerner la finalité du projet pédagogique et la fonction contrôle dans les différents modules de la formation.

2.1.2 Les outils de recueil d'informations

Nous avons élaboré une grille d'entretien à partir de quatre thématiques (annexe I) :

La fonction contrôle dans la gestion des soins, la formation, l'évaluation de la qualité des soins, l'évolution de la fonction contrôle du cadre de santé.

À partir de cette grille d'entretien, nous avons réalisé des entretiens semi directifs auprès de chaque acteur des deux sites.

Chaque entretien est enregistré, puis retranscrit mot à mot.

Une analyse est réalisée à partir d'une analyse verticale et horizontale combinées.

Au cours de l'entretien collectif mené avec les deux étudiants cadres, cinq questions leur sont posées (annexe II). Une analyse des propos tenus est réalisée.

2.1.3 Les points forts et les limites de l'enquête

Les points forts ont fortement facilité l'enquête. Ils concernent principalement les acteurs de terrain qui ont permis la réalisation de cette enquête par :

- Une coopération importante en terme de disponibilité et d'écoute,
- Un intérêt certain pour le sujet de la part de tous les acteurs,
- Des échanges fructueux et très riches,
- Une aide pour la réalisation des interviews (lieu calme et isolé pour le déroulement de chaque entretien, temps nécessaire accordé, enregistrement accepté).

Les limites relèvent de plusieurs constatations :

- L'échantillon de personnes interviewées est peu important, de ce fait, les conclusions de notre travail professionnel méritent d'être vérifiées. Cette enquête reste exploratoire,
- Le choix d'hôpitaux situés tous deux dans la région parisienne enlève peut-être de la pertinence à l'enquête,
- Le fait de ne pas choisir notre lieu d'exercice comme terrain d'enquête est un choix délibéré et réfléchi. En effet, nous voulons vérifier le constat d'une fonction contrôle insuffisamment exercée auprès de professionnels de terrain travaillant dans d'autres établissements de santé,
- La retranscription d'idées exprimées appauvrit celles-ci, cependant, les phrases clés sont relevées dans leur intégralité,
- Le délai imparti est court pour réaliser ce travail d'enquête.

2.2 Présentation des résultats : vérification des hypothèses

2.2.1 Hypothèse 1 : La formation dispensée en Institut de Formation des Cadres de Santé prépare mal à la dimension contrôle de la fonction de cadre de santé

Cette hypothèse est partiellement confirmée ; en effet quatre personnes n'ont pas d'avis dont les Coordonnateurs Généraux des Soins (CGS) ; néanmoins un des deux pense qu'il faut fournir des outils aux cadres de santé (CS) et que c'est peut être un des objectifs de l'enseignement dispensé en Institut de Formation des Cadres de Santé (*« développer des tableaux de bord de qualité des soins avec des critères répondant à : qu'est ce qu'une bonne hospitalisation ? »*). Son collègue pense que l'apprentissage de la fonction contrôle doit être associée à la notion d'objectifs et de critères. Les partisans du non, dont les 2 CS, évoquent une place importante (voire trop prépondérante) de la gestion de projet et du management dans le programme (la fonction contrôle n'est-elle pas un aspect du management ?). Le CS récemment diplômé a plus travaillé sur l'évaluation que sur le contrôle et pense que c'est dommage, la fonction contrôle n'étant pas si aisée à assurer au quotidien. Un cadre supérieur de santé (CSS) pense que certaines écoles ont pour devise de demander aux CS de devenir des gestionnaires et de quitter le soin or *« le CS ne peut pas être extrait du soin, il n'est plus dans le faire mais doit savoir se positionner, être ouvert et accompagner l'équipe car I a des connaissances cliniques »*. Un CSS expert regrette que l'enseignement dispensé ne permette pas d'impulser, aux futurs CS, le fait qu'ils sont moteurs d'évolution pour les équipes et que ce sont des managers des soins en devenir.

Un CGS et un CSS mettent en exergue une perception personnelle de la fonction contrôle. Celle-ci se construit « naturellement » à l'aide d'aptitudes de ressources et de potentiels ou peut poser d'emblée un problème de positionnement au CS.

Il est important de préciser que la loi de 1991²² renforce la prévention des risques (après l'affaire du sang contaminé) ; celle-ci est alors intégrée dans le programme de santé publique (décret et arrêté du 18/08/1995²³). Les démarches qualité et d'accréditation sont aussi introduites dans le programme après la parution de l'ordonnance de 1996²⁴.

²² op. cité p.12

²³ op. cité p.14

²⁴ op. cité p.12

Les 2 CS, diplômés pour l'un en 1998, pour l'autre en 2002, ne rapprochent pas la fonction contrôle à l'enseignement de la démarche qualité et de la prévention des risques et ne l'intègrent pas dans le processus d'amélioration de la qualité. L'évaluation n'est pas non plus mise en lien. Un CSS résume cette distorsion : « *la qualité n'est pas à côté ou en plus, elle doit être complètement intégrée ; c'est une façon de travailler et pas du travail supplémentaire ; il est nécessaire d'inclure la fonction contrôle dans la démarche qualité* ».

En conclusion, nous pouvons dire que les avis des acteurs de terrain qui se sont prononcés sont très partagés et de ce fait poser une question : **est-ce la formation qui prépare mal le CS à la fonction contrôle ou la non appropriation de cette fonction dans le management et dans la prise en compte de la démarche d'amélioration continue de la qualité (DACQ) ?**

2.2.2 Hypothèse 2 : le cadre de santé maîtrise insuffisamment la Démarche d'Amélioration Continue de la Qualité et doit encore s'approprier des outils pour assurer la fonction contrôle

Cette hypothèse est confirmée d'une façon plus prégnante par les professionnels de l'hôpital A.

Les professionnels répondent d'une part, que le processus de la DACQ n'est pas maîtrisé par le CS et d'autre part, qu'il n'est pas plus formé à la gestion des risques et engagé dans leur prévention.

Concernant la DACQ, les acteurs de l'hôpital A pensent que le CS doit s'engager dans cette démarche pour plusieurs raisons : « *besoin de se recentrer sur les soins, de repositionner le CS, de se situer dans une démarche évolutive de la qualité des soins* ». Le CS demande un accompagnement, le CSS expert, une démarche méthodologique et des outils. Au sein de l'hôpital B, la DACQ est plus enclenchée de part la réalisation d'audits en interne et la concrétisation de plans d'actions qualité dans quelques services. Un des CS interviewé réalise en ce moment deux plans d'action, l'un sur la douleur, l'autre sur la réponse aux appels malades, et pense qu'à travers la démarche qualité, il peut fédérer l'équipe autour de projets et leur faire admettre le contrôle. Les CSS pensent que la DACQ n'est pas surmontée (ou d'une façon inégale) et que l'aspect méthodologique n'est pas acquis. Tous deux expriment également l'impact de la culture de l'établissement sur la conception de la fonction d'encadrement et sur la forme de management (dimension affective pour certains CS). Le CGS de l'hôpital B précise que le processus

qualité est présent depuis 1998 mais ne sait pas si le niveau de maîtrise du CS est suffisant pour qu'il lui apporte une aide dans la fonction contrôle.

Concernant la prévention et la gestion des risques, le constat est identique sur les deux sites, bien que le CGS de l'hôpital B précise aussi qu'à son arrivée (en 1998), une formation action est élaborée ainsi que des fiches réflexes regroupées dans un guide pour les soignants.

Le constat porte sur le manque d'une politique de gestion des risques et d'une formation pour l'hôpital A, sur l'absence d'une anticipation du risque en terme de prévention sur les deux hôpitaux (« *le CS et l'infirmier agissent directement sur le problème* »). Un CSS expert tente de valoriser la prévention primaire et secondaire auprès des CS. Des actions ponctuelles de la part des CS préviennent certains risques mais ne sont pas intégrées dans une DACQ ; un CSS renforce ce constat en disant que « *le champ est à faire* ».

Nous pouvons constater que le processus de la DACQ et la prévention des risques n'ont pas un impact très fort car ils ne suscitent pas un renforcement de la fonction contrôle du CS ; même si un CSS précise : « *les CS doivent contrôler, c'est prévenir les risques et utiliser ce qui est mis à leur disposition* ». Les CS semblent réagir après la survenue d'un incident ou d'un dysfonctionnement par un réajustement en aval mais n'exercent pas un contrôle en amont pour prévenir des risques potentiels. Aucun CS ne cite d'outils comme moyens d'aide. Le CSS expert de l'hôpital A le déplore ; le CSS expert de l'autre hôpital constate que « *les grilles d'évaluation ne sont pas investies par les CS* ». Une IDE pense que « *l'inexistence d'outils est une des difficultés rencontrées par le CS au quotidien dans la fonction contrôle* ».

2.2.3 Hypothèse 3 : les équipes manifestent de l'insécurité en lien avec un manque de contrôle de la part du cadre de santé

Cette hypothèse est confirmée par les deux IDE interrogées : l'une se sent en insécurité, le CS n'assurant pas du tout la fonction contrôle ; l'équipe qui l'entoure est dans le même état d'esprit ; il en résulte un très mauvais climat de travail. L'IDE pallie au manque de contrôle de son supérieur, ce qui la met parfois dans des situations très délicates. Elle cite différentes actions de contrôle qu'elle souhaite qu'un CS réalise : « *observer l'équipe, connaître les patients, être sur le terrain pour évaluer et réajuster...* ». L'autre IDE vit positivement le contrôle ; celui-ci la rassure sur l'acquisition de ses connaissances et confirme ses progrès personnels. Elle évoque l'évaluation annuelle des agents qui permet aux CS de mesurer l'atteinte des objectifs et « *ce qui ne va pas* ». Elle pense aussi que

« plus on a de connaissances, mieux on anticipe les actions, moins on a besoin d'être contrôlé ».

Force est de constater que les professionnels de terrain font remarquer qu'une des définitions du contrôle est « l'aide dans le fait de corriger, favoriser une action dynamique de progression, accompagner et rassurer une équipe, reconnaître et valoriser le travail, faire comprendre le sens des actions, avancer soi même ». **Seuls les deux CS ne mentionnent pas le contrôle comme une aide, un accompagnement, une reconnaissance alors que les deux IDE l'expriment ; faut-il penser que les IDE ont des attentes sur l'action de contrôler que les CS n'entendent pas ?**

2.2.4 Hypothèse 4 : la fonction contrôle dans le domaine de la gestion des soins est à optimiser par le cadre de santé

Tout d'abord, nous interrogeons les CS sur la façon d'assurer leur fonction contrôle au quotidien. Un CS précise que son contrôle est vécu comme du « flicage » et que les équipes le traduisent comme un manque de confiance à leur égard ; pourtant, le CS dit prendre en compte chaque situation, l'évaluer et démontrer aux équipes que travailler dans la qualité et l'exigence ne prend pas plus de temps. En effet, il accentue le contrôle au regard de dysfonctionnements graves survenus (par exemple la non application des prescriptions médicales). Il est mis en difficulté mais ne veut pas relâcher les actions de contrôle, ayant de plus le soutien du Chef de Service. Il cherche à responsabiliser les personnels en élaborant avec eux des plans d'actions. Malgré de nombreux dysfonctionnements que le CS s'évertue à régler au quotidien, il amorce une DACQ au sein de son unité de soins, en faisant réfléchir l'équipe sur des actions concrètes d'amélioration.

L'autre CS paraît rencontrer moins de difficultés. Il pense qu'il est important que chaque CS définisse sa pratique au quotidien (« ce que je fais, ce que je contrôle ») ; il met principalement l'accent sur la présence active du CS (observer, écouter, superviser, assister) qui n'est plus alors vécue comme un contrôle. Il ne mentionne aucune démarche d'amélioration en cours, ni l'utilisation d'outils. Tous les deux mesurent l'importance de contrôler la traçabilité pour évaluer la qualité et la sécurité des soins (dossier de soins, planification des soins, vérification du chariot d'urgence...).

Concernant les CGS et les CSS, ces derniers font des réponses dubitatives lorsque nous leur demandons de quelle façon le CS exerce la fonction contrôle : « insuffisamment, c'est un grand flou, je ne peux pas vous dire, c'est une pratique inexistante, je ne les vois jamais faire... ». Un CSS expert espère de l'innovation et plus de positionnement de la part du CS dans la fonction contrôle ; un autre CSS décrit deux types de CS : le premier,

ancien dans le métier, a oublié la fonction contrôle, fait à la place des agents, travaille au coup par coup et ne prend pas de distance ; le second, jeune CS place le contrôle en priorité, et peut provoquer un conflit avec les équipes. Le premier cas de figure rappelle le management affectif (explicité dans le livre de S. HART et A. MUCCHIELLI²⁵) qui entrave le positionnement du CS dans la fonction contrôle.

Les CGS pensent que la fonction contrôle n'est pas assez optimisée et l'argumentent :

- Le signalement d'évènements indésirables ayant trait aux soins est inexistant alors que les CGS sont persuadés de leur survenue dans certaines prises en charge,
- Le manque d'utilisation d'outils (tableaux de bord) est constaté,
- Des mesures correctives adaptées et immédiates ne sont pas toujours mises en place,
- Une « mission » d'alerte et de veille n'est pas assurée par l'encadrement auprès du Directeur et du CGS,
- Un travail sur les organisations et principalement sur l'organisation des soins n'est pas souvent optimisé par un contrôle de la part du CS (prévenir les risques).

L'hypothèse est vérifiée aux dires des acteurs de terrain, elle est plus nuancée de la part des professionnels de l'hôpital B et principalement du CS qui impulse une réflexion et une démarche qualité pour optimiser la gestion des soins.

2.2.5 Hypothèse 5 : les réformes qui touchent l'hôpital ont un impact sur la fonction contrôle du cadre de santé

Les professionnels de terrain et notamment les CS mettent en lien la fonction contrôle avec l'évolution de l'hôpital ; pour cela, ils s'appuient sur plusieurs projets et réformes. Ils mettent en avant la DACQ et le projet de la nouvelle gouvernance.

La DACQ, très souvent citée, apporte, d'après un CSS expert, de la méthodologie pour élaborer des audits, une aide pour fixer des objectifs et exercer la fonction contrôle. Cette dynamique isole moins le CS dans cette fonction. L'autre CSS expert met en valeur l'évaluation des pratiques professionnelles qui passe déjà par l'évaluation des procédures et des processus. Un CGS renforce cette nécessité d'évaluation en demandant à ce que tous les CS pratiquent des audits. La démarche d'accréditation est également mentionnée par un CSS : « *elle représente un contrôle des pratiques* ». Une IDE craint même que la fonction contrôle évolue vers l'affirmation de sanctions dans le cas où le rapport d'accréditation prononce des réserves.

²⁵ op. cité p. 9

Le projet de la nouvelle gouvernance et la création de pôles suscitent un questionnement sur le management partagé entre le cadre administratif et le cadre coordonnateur au sein de chaque pôle. Les deux CGS souhaitent ardemment que le CS se resitue dans la fonction contrôle au plus près du personnel, la gestion administrative et financière étant plus volontiers confiées au cadre administratif.

La mise en place de la T2A nécessite, comme le rappelle un CSS, d'optimiser la production tout en rationalisant les moyens ; la fonction contrôle du CS est ainsi renforcée, comme l'évoque aussi un autre CSS : « *la fonction contrôle permet à l'hôpital d'évoluer dans les prises de conscience, les organisations et les pratiques* ». Un CS donne un exemple révélateur : les IDE lui reprochent d'accepter des transferts de patients, mettant en avant une surcharge de travail ; le CS reprecise l'impact de l'activité sur les ressources allouées et dit donner du sens à la fonction contrôle en se faisant le relais du Directeur de l'établissement auprès des équipes.

La place de plus en plus prépondérante des usagers et le risque important de « *judiciarisation* » sont relatés par une IDE ; ils accroissent la nécessité du contrôle. Un CSS expert pense que « *le phénomène de « judiciarisation » est le côté négatif de l'évaluation des pratiques professionnelles car il rend le contrôle normatif, alors que les leviers de changements sont aussi des tremplins de progression* ».

Les abus constatés, en lien avec l'oubli des devoirs qui incombent aux agents, obligent d'après une IDE à renforcer le contrôle pour maintenir des règles de fonctionnement et une continuité des soins.

Cette dernière hypothèse est donc validée ; en effet, tous les professionnels de terrain reconnaissent une évolution importante de l'hôpital au regard de réformes et de projets qui ont un impact sur la fonction contrôle du CS. Un changement des valeurs liées au travail est mentionné et a aussi une incidence d'après les acteurs de terrain.

Un CSS affirme même que « *les CS ont compris les enjeux par rapport à l'évolution de l'hôpital* ».

Seul, un CS exprime que « *l'évolution de l'hôpital est très complexe compte tenu du projet de la nouvelle gouvernance et que le CS doit garder à l'esprit qu'il doit être auprès des patients* ».

La vérification des hypothèses mérite une analyse plus approfondie des résultats.

2.3 Analyse des résultats

2.3.1 Une fonction contrôle difficile à exercer au quotidien

Les propos des personnes interviewées traduisent une fonction contrôle difficile à exercer même si elle a une place importante au regard des missions du CS ; des propos l'attestent : « *une fonction essentielle car le CS est le seul à l'exercer, est du rôle du CS, est une mission prioritaire car le patient est au centre des préoccupations* ». De plus, chacun apporte une définition élargie du contrôle qui lui donne plus de sens :

- Une vérification, une supervision, veiller à la qualité des soins, exiger de la rigueur, alerter, anticiper, respecter les règles et les protocoles...
- Une mise en lien avec l'évaluation : le contrôle est un moyen pour évaluer, une branche de l'évaluation, c'est associer le contrôle au processus continue d'évaluation, les deux étant nécessaires,
- Une aide, un accompagnement, c'est reconnaître et valoriser le travail d'une équipe, faire comprendre le sens du travail,
- C'est avoir un positionnement d'encadrement et définir sa pratique au quotidien.

La fonction contrôle est spécifiée, pour un CS, dans son profil de poste qu'il a rédigé, pour l'autre, dans la définition de fonction du CS validée par le CGS ; la fonction contrôle est énoncée dans les missions et réintroduite dans la déclinaison des activités (le CS s'assure que...).

La gestion des soins est définie par les acteurs de terrain selon les trois domaines décrits dans le cadre théorique et conceptuel²⁶. Les points importants en lien avec la fonction contrôle sont relevés :

Pour les inputs, il est fondamental de définir les bonnes pratiques et de coordonner les acteurs.

Pour la technologie, centrée sur le patient, il est primordial de déterminer la notion de soin et de s'assurer que les soins sont correctement réalisés.

Pour les outputs, le CS contrôle la qualité et la sécurité des soins assurés par tous les acteurs (glissements de tâche inexistant, application des prescriptions médicales, respect des protocoles de soins...) et évalue les pratiques professionnelles. « *Il s'assure d'un bon rapport entre les ressources et les prestations fournies* ». Un CGS rappelle que la gestion des soins s'intègre dans une politique où sont mis en exergue le sens donné

²⁶ op. cité pp. 9-10.

au travail, les valeurs et l'éthique professionnelle ; le CS au plus près des pratiques doit être porteur de ces valeurs et rappeler le sens.

Les acteurs de terrain soulignent de nombreuses difficultés :

- **Difficultés liées au contexte** : une augmentation de l'activité (T2A) est associée à une diminution du temps de présence des CS (ARTT). Beaucoup de projets éloignent le CS de la fonction contrôle (souligne une IDE). Des circuits bureaucratiques génèrent une perte de temps et d'efficacité dans les systèmes d'information et dans l'établissement de liens entre les différents partenaires (mentionne un CGS). Les CS réalisent couramment des tâches administratives et suppléent au travail des IDE, en cas de pénurie de personnel.
- **Difficultés liées au management** : elles sont en rapport avec des facteurs humains (agents réfractaires au contrôle, phénomènes de groupe), une absence de définition de la fonction contrôle appropriée par l'ensemble de l'encadrement, une absence de règles dans l'organisation des soins ou la non vérification de l'application de celles-ci. Le constat d'une fonction contrôle trop vaste suscite de l'insatisfaction et des difficultés que les CS ne remontent pas toujours auprès des CSS et des CGS. Ils évoquent par contre des difficultés à mener des actions. **La fonction contrôle suscite-t-elle une problématique si ardue que le CS n'ose pas en parler ?**
- **Difficultés liées au matériel** : elles sont objectivées par un manque de temps (soulignent les deux CS), de disponibilité, d'outils, de critères définis pour contrôler la productivité (précise un CGS) et une non mise à jour des protocoles de référence.

L'ensemble des acteurs pensent que ces difficultés exprimées ont un retentissement sur le patient, l'organisation des soins et la relation de confiance entre le CS et l'équipe. Cependant, un CS avance que son manque de disponibilité n'a aucun retentissement.

2.3.2 Une fonction contrôle qui se renforce au regard de l'évolution de l'hôpital et qui, à l'heure actuelle, met mal à l'aise les Cadres de Santé

Malgré le constat d'une fonction contrôle difficile à assurer au quotidien, les hypothèses quatre et cinq mettent en évidence l'ambiguïté suivante : **les CS n'optimisent pas la fonction contrôle alors qu'ils pensent que l'évolution de l'hôpital va demander un élargissement et un renforcement de cette fonction.** Nous pouvons constater que les CS et les autres acteurs donnent plusieurs raisons à la non optimisation de la fonction contrôle. Tout d'abord, ils mettent en avant **une gestion du personnel plus difficile à effectuer** de part de nouvelles exigences exprimées par les équipes et des valeurs relatives au travail moins fortes. Au regard de cette évolution sociétale, le CS a parfois du mal à adapter son management, à se positionner en fixant des priorités et en annonçant clairement ses exigences. Un CSS évoque « *une politique du laisser faire ou une confusion entre rigueur et rigidité pour certains CS* ». Un CS attribue le malaise à « *un climat d'incertitude, à vouloir faire tout de suite, sans réfléchir, ce qui suscite souvent des résultats négatifs* ». Le management affectif, frein important au contrôle est énoncé par une IDE qui met en évidence le difficile équilibre à maintenir entre souplesse et autorité ; un CSS expert pense qu'au regard du contexte actuel (problématique des recrutements et de l'absentéisme), cette forme de management se renforce de la part de certains CS qui ne peuvent plus ou très difficilement assurer leur fonction contrôle.

Une autre raison est **une lente appropriation de la culture qualité de la part de certains CS.** Le manque de maîtrise de la DACQ et l'insuffisance de prise en compte de la prévention des risques est souvent associés. Les CS sont à ce jour conscients de l'importance de la qualité au sein des établissements de santé mais semblent être pris au dépourvu pour la contrôler et l'évaluer. C'est au nombre de dysfonctionnements constatés qu'un CS pense que la fonction contrôle est nécessaire et pas par rapport à la prévention des risques et à une démarche qualité formalisée pour optimiser la qualité et la sécurité des soins.

Les CSS soulignent que **la fonction contrôle, d'après les CS, n'apporte pas de plus-value à la dimension de leur métier** ; d'une part, parce que le contrôle représente une difficulté dans un contexte d'isolement souligné par les CS ; les résultats de l'enquête Presst-Next²⁷ soulignent : « *les CS ont moins de missions transversales que les CSS et*

²⁷ ESTRYN-BEHAR M. *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, 2002.

sont plus impliqués dans les difficultés quotidiennes du service ; ... la nécessité de prendre beaucoup d'initiatives pour faire face à un dysfonctionnement ou à un besoin fort non prévu, est vécue plus difficilement ». D'autre part, parce qu'ils ne font aucun lien avec la DACQ et le contrôle qualité. Un CSS pose « la problématique managériale de la qualité par la qualité et la nécessité de redonner du sens à la fonction contrôle dans le management de la qualité ».

Un autre motif est **la non reconnaissance de la fonction contrôle du CS par le Directeur de l'établissement ressentie par les CSS et non par les CS !** En effet, le CS de l'hôpital A vit cette reconnaissance à travers la contractualisation interne, l'autre CS, à travers un soutien du Directeur et de l'ensemble de son équipe. Les CSS des deux hôpitaux sont beaucoup plus critiques ; le CSS de l'hôpital A pense que « *le Directeur n'est pas dans le contrôle et que cela a un impact fort sur le comportement et le management des CS en terme de non reconnaissance de leur fonction et de leur travail* » ; il dit encore : « *les CS sont incontournables mais pas reconnus* ». Dans l'autre hôpital, « *le Directeur a pris conscience de la fonction cadre dans le domaine de la qualité au moment de l'accréditation et la fonction contrôle est appréhendée d'une façon normative* ». Quant aux deux CGS, celui de l'hôpital A pense que l'implication du Directeur et de son équipe dans la reconnaissance de la fonction contrôle du CS résulte d'une politique générale ; celui de l'hôpital B confirme le ressenti de non reconnaissance des CS de la part du Directeur bien que ce dernier s'appuie beaucoup sur l'encadrement ; il pense que ce constat est lié à la culture de l'hôpital. Ce constat de non reconnaissance est un des facteurs qui semble traduire le malaise des CS et interférer dans leur façon de manager et de contrôler.

2.3.3 La nécessité d'un accompagnement des Cadres de Santé est formulée par tous les acteurs de terrain

Toutes les personnes interrogées, conscientes des problématiques inhérentes à la fonction contrôle (difficulté à l'assurer au quotidien et à l'optimiser au regard de l'évolution de l'hôpital) souhaitent un accompagnement pour les CS autour de deux axes :

1. le management des CS

Les CS demandent de l'aide et des conseils. Ils réclament la présence du Directeur des Soins sur le terrain afin qu'il puisse mieux cerner leurs problématiques. Ils veulent analyser leur vécu professionnel en terme de management et renforcer leurs compétences.

Un CSS préconise que « *le champ de décision soit revu entre le CSS et le CS ainsi que la responsabilité de gestion pour le CS* » car il pense qu'il est important de décentraliser la gestion en terme de budget et de moyens pour responsabiliser le CS dans la fonction contrôle.

Les CSS et les CSS experts souhaitent retravailler sur les valeurs professionnelles, les décliner en actions et de là, redéfinir la fonction contrôle dans le domaine de la gestion des soins.

Un CGS veut « *redéfinir les bases de la fonction de CS et les règles du jeu entre le Directeur des Soins et l'encadrement, afficher la responsabilité du CS et affirmer sa place dans le circuit décisionnel* ».

Les CS n'ont pas de demande vis-à-vis de l'encadrement supérieur alors que ce dernier en a beaucoup à leur égard.

2. le développement de la culture qualité

Les CSS experts souhaitent que les CS intègrent le contrôle comme une des actions incontournables de la DACQ et un levier de changement pour améliorer les compétences des soignants. Le contrôle ne doit pas être vécu comme du travail en plus. Les résultats de l'enquête Presst-Next²⁸ montrent que « *le souci de la qualité des soins est très prégnant dans les préoccupations des CSS ; leur rôle dans la création des référentiels qualité pour l'accréditation leur donne les moyens de constater l'écart entre protocole et réalité. Les CS se positionnent moins sur ce terrain, car ils sont plus dans le « faire » ou le « faire faire* » ». L'apport d'une autre culture de l'erreur et du risque est aussi attendu ainsi que l'utilisation et la maîtrise d'outils. Les CS ont facilement recours à des personnes ressources ; les plus fréquemment citées sont le CS hygiéniste, le CSS expert de la qualité des soins, le qualitatifien et les responsables de secteur (le CS du bloc opératoire, les responsables des services techniques...). Le CGS de l'hôpital B peut être sollicité quand le CS rencontre des difficultés. Les professionnels citent quelques outils d'aide au contrôle tels que des supports (dossier de soins, planification), des réunions, bilans et staffs, des temps d'observation, des démarches d'aide et de formation, des règles de fonctionnement d'équipe, des entretiens avec les patients et leur famille. Au sein de l'hôpital B, d'autres outils commencent à être utilisés tels que des audits, des procédures, des indicateurs qualité, des plans d'amélioration qualité en terme d'actions. Le CSS expert souligne un niveau de maîtrise inégal de la DACQ parmi l'encadrement. À l'hôpital A, l'encadrement n'utilise pas encore ces outils ce que déplore le CSS expert qui souhaite

²⁸ op. cité p. 30

mettre en place des procédures et démarrer l'évaluation du dossier de soins avec des critères définis.

Les CGS sont persuadés que l'évaluation des pratiques professionnelles représente un enjeu capital pour les CS ; elle les aide à redonner du sens à leur fonction contrôle, en les impliquant dans la DACQ et à retrouver une certaine forme de reconnaissance.

Le CS doit avoir une double culture, celle du management qui est largement enseignée dans les Instituts de Formation des Cadres de Santé et qui se forge au cours de la vie professionnelle et celle de la qualité (plus récente) qui demande une ou des expertises. Le CS doit se repositionner sur l'expertise et trouver un équilibre entre son rôle de manager et d'expert. Il est aidé de la Direction des Soins qui a besoin d'experts. L'évaluation des pratiques professionnelles semble donc une réelle opportunité pour que le CS retrouve un intérêt à exercer la fonction contrôle et se sente en accord avec lui-même et les autres acteurs de terrain.

2.3.4 L'approche de la fonction contrôle par deux étudiants cadres de santé

Nous rappelons que ces deux étudiants ont un cursus de quatre mois de formation dispensée en continu. Ils ont exercé en tant que faisant fonction de cadre de santé, pendant quatre ans ; l'un est laborantin, l'autre est infirmière. Leur lieu d'exercice antérieur est respectivement un laboratoire ainsi qu'une chambre mortuaire et l'ensemble des services de soins (encadrement de nuit).

Ils se réfèrent plus sur leur vécu professionnel que sur leurs premiers mois de formation pour nous parler de la fonction contrôle qui pour eux s'appuie sur une politique de soins claire et pertinente.

Ils ont une définition commune du contrôle :

Le contrôle fait partie intégrante de leur fonction de CS.

C'est le respect des règles, des bonnes pratiques par rapport à une fonction (décret de compétences) ; c'est mesurer des résultats en lien avec une qualité de la prestation, s'assurer de l'absence de toute déviance, apporter une équité dans l'équipe. Le contrôle est obligatoire et nécessaire. Il permet un argumentaire lors de l'évaluation annuelle des agents.

Pour eux la fonction contrôle a une connotation positive : c'est observer pour mettre en place des actions correctives, encadrer et accompagner avec une notion de responsabilité très forte de la part du CS qui est garant de la qualité et de la sécurité des soins ; c'est aussi valoriser les compétences de l'agent pour le faire progresser.

D'emblée, ils distinguent l'action de contrôler de celle d'évaluer ; la première a une visée opérationnelle et s'appuie sur des objectifs suivis d'une mise en place immédiate, la

seconde a une visée plus prospective, elle s'appuie sur des critères qualité définis et vise un réajustement éventuel au regard d'objectifs. Ils argumentent qu'il est plus facile d'évaluer au regard de la démarche qualité (autoévaluation des pratiques) que de contrôler, la DACQ représentant une opportunité et un levier de changement. Ils rejoignent le point de vue du CS de l'hôpital B qui a moins de difficultés à évaluer qu'à contrôler. D'après les étudiants cadres, contrôler peut susciter des difficultés comme ébranler la paix sociale, voir apparaître une peur des résultats et du non-dit, un problème de positionnement du CS qui inhibe la fonction contrôle. Un des deux se dit prêt à exercer « *la fonction contrôle jusqu'au bout et demander des sanctions en cas de fautes graves* ». **Ils veulent assurer la fonction contrôle au quotidien** ; ils souhaitent la présenter et la vivre comme une valeur ajoutée ; tout d'abord pour le patient qu'il recentre au cœur de la DACQ et pour les équipes auprès de qui ils souhaitent renforcer le respect des droits et des devoirs. Le contrôle est un facilitateur pour la maîtrise des dépenses, le fonctionnement de l'unité au quotidien et l'optimisation de l'activité ; il permet « *la validation de la qualité* ». Un des étudiants aborde le contrôle d'une délégation après avoir évalué la faisabilité de celle-ci.

Ils se disent tous les deux suffisamment préparés à la fonction contrôle et mettent en exergue leur mise en situation professionnelle ; deux arguments étayent ce constat :

- « *Un exercice de la fonction de nuit oblige souvent le renforcement de la fonction contrôle au regard de certaines dérives plus fréquentes nécessitant la mise en place de mesures correctives* »,
- « *Le contrôle est une activité courante et intégrée dans les laboratoires ; de ce fait, assurer la fonction contrôle n'a pas été une difficulté dans le management des équipes* ».

L'étudiante cadre fait un seul lien avec l'enseignement dispensé et dit : « *le contrôle, c'est du bon sens et l'école nous apprend à utiliser ce bon sens* ».

S'ils sont peu loquaces sur l'apprentissage théorique, ils le sont plus sur le stage réalisé en entreprise qui a pour finalité de déterminer la place et les caractéristiques de la fonction d'encadrement dans le monde du travail.

Les deux étudiants interviewés tirent plusieurs enseignements de ce stage et analysent la culture qualité en entreprise :

Le contrôle fait partie de la culture de l'entreprise et émane d'une politique claire, connue de tous. Chaque cadre sait ce qu'il a à faire et est contrôlé par rapport à l'atteinte d'objectifs. Le contrôle est quotidien et réalisé par les dirigeants.

Comment les cadres vivent-ils le contrôle en entreprise ?

Ils sont à l'aise avec le contrôle exercé par leur dirigeant et l'exercent à leur tour au quotidien auprès de leurs collaborateurs. Ils se situent comme des animateurs. Ils ont une vision positive du contrôle qui émane d'une culture d'entreprise qui est celle de la qualité. Ils fixent des objectifs concis à atteindre en moins de cinq ans. Ils sont très réactifs et posent des actions correctives immédiates.

La qualité en entreprise s'oriente autour de deux axes, d'une part la qualité du produit ; des outils permettent de l'évaluer (normes iso, procédures, enquêtes de satisfaction) ; d'autre part, la qualité du service ; celle-ci se mesure par d'éventuels écarts et l'adéquation entre la demande du client et l'offre de l'entreprise. Une des principales activités du cadre d'entreprise est de maîtriser la qualité ; pour cela, il évalue, planifie, organise, contrôle, communique et accompagne. Les étudiants remarquent une compétitivité dans le management directif qui résulte d'un développement du contrôle permanent pour une qualité optimale du service rendu. Ils prennent conscience de la nécessité de contrôler l'efficacité des mesures correctives ou le non renouvellement du problème.

Ils concluent leur analyse en affirmant la prégnance très forte de la culture qualité en entreprise et le positionnement très marqué et reconnu du cadre dans la fonction contrôle. Les étudiants se projettent dans leur future fonction et proposent des stratégies d'action à mettre en place. Ils veulent réfléchir sur leur savoir faire et leur savoir être (*« soigner la forme de leurs propos pour transmettre au mieux des messages »*). Etablir des profils de poste stipulant les compétences requises et recenser les besoins en formation au regard de compétences attendues sont indispensables pour les deux étudiants. Ils souhaitent contrôler les différents outils relatifs à la gestion des soins (dossier de soins, planification, diagramme de soins) et instaurer d'autres outils de traçabilité en impliquant les agents à leur utilisation. Ils désirent faire évoluer leur équipe vers un auto contrôle *« en leur faisant mesurer l'importance du contrôle et le principe de l'auto évaluation, c'est une culture à changer ! »*. Ils rejoignent le point de vue d'une IDE interrogée qui parle de l'auto contrôle inter équipe comme un facteur de maintien d'un bon niveau d'exigence et de compétences. Il s'agit alors de délimiter l'autonomie des équipes pour qu'elles ne soient pas réfractaires au contrôle qui incombe néanmoins au CS dans de nombreux domaines d'activités.

En conclusion, nous pouvons avancer que ces étudiants sont marqués par leur mise en situation professionnelle et l'image du cadre en entreprise. Ils se réfèrent très peu à l'enseignement dispensé en formation comme les deux CS déjà en poste. Ils abordent la qualité en parlant des bonnes pratiques, de leur évaluation avec des critères qualitatifs et des outils fiables, en dernier lieu de la mise en place de mesures correctives. À travers ces actions, ils semblent donner du sens à la fonction contrôle qui est concrète de part le

respect des règles, l'accompagnement des agents et la valorisation de leurs compétences. Ils n'évoquent pas le malaise ressenti par les CS et les difficultés liées à la gestion de la fonction contrôle au quotidien.

Des échanges avec une enseignante nous informent et nous rassurent sur le dispositif de formation. Ce dernier doit prendre en compte le projet professionnel du formé. Pour ce faire, il s'agit d'articuler la pédagogie aux situations de travail, c'est une logique de l'action qui repose sur le postulat suivant :

Une compétence ne correspond pas à une somme, une accumulation de savoirs mais plutôt comme le souligne G. MALGLAIVE²⁹, aux savoirs mobilisés dans l'action :

Une compétence est la somme de quatre savoirs : savoir théorique, savoir procédural, savoir pratique et savoir faire. Il s'agit alors de les identifier en analysant précisément chaque activité qui doit être étudiée de façon rigoureuse à partir des situations réelles de travail.

Les objectifs de la formation visent à développer des compétences attendues dans la fonction sur le terrain. Ils nécessitent donc l'élaboration d'un profil d'activités à partir de la réalité du terrain et des évolutions possibles.

Contrôler le travail d'une équipe dans le cadre de la gestion des soins d'un service trouve à notre avis tout son sens dans cette démarche utilisée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé.

REDONNER DU SENS À LA FONCTION CONTRÔLE

3 PRÉCONISATIONS ET RÔLE DU DIRECTEUR DES SOINS

Au regard des résultats de cette enquête exploratoire et de l'analyse qui en est faite, il s'avère important d'aider les CS à redonner du sens à la fonction contrôle.

Nous avons fait le choix de ne pas réaliser d'entretiens auprès de médecins mais sommes persuadés qu'ils souhaitent des CS correctement positionnés dans la fonction contrôle pour qu'ils puissent gérer ensemble la DACQ au sein de l'unité de soins et bientôt au niveau du pôle d'activité.

²⁹ Pédagogue Français

La place du patient plus ancrée au cœur du dispositif de soins, des enjeux forts et des leviers de changement liés au contexte nécessitent une fonction contrôle plus prégnante et incontournable.

L'histoire et la culture de l'établissement sont aussi à prendre en compte dans le choix des préconisations fait par le Directeur des Soins.

Le rôle du Directeur des Soins est de coordonner l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques; il en assure l'animation et l'encadrement (comme le stipule le décret du 19 avril 2002). Le Directeur des Soins se doit donc d'impulser une dynamique pour conduire le changement à travers la mise en œuvre d'une politique d'amélioration de la qualité et rassurer l'encadrement de proximité. Il est garant des valeurs et du sens donné à l'action.

Pour cela, nous pouvons nous appuyer sur le développement des processus de changement (déclinés en actions) décrit par M. THÉVENET³⁰ pour réfléchir sur les préconisations à mettre en œuvre :

- La première est une action sur les références, c'est-à-dire la stratégie, les valeurs, les chartes permettant de partager un diagnostic ou d'envisager des directions d'évolution,
- La seconde catégorie d'actions concerne les systèmes : on agit sur les organisations et on met en place des outils, des règles, des procédures ou des dispositifs nouveaux,
- La troisième catégorie d'actions touche le fonctionnement des managers avec leurs collaborateurs directs, c'est-à-dire la dimension relationnelle de leur fonction de management.

Nous développons trois préconisations :

- Une formation des CS à l'évaluation des pratiques professionnelles,
- Une formation des CS au management,
- Un « coaching » des CS.

Ces préconisations n'ont qu'un objectif, celui d'aider et d'accompagner les CS à assurer la fonction contrôle et l'évaluation des pratiques professionnelles. Elles suscitent un travail de réflexion à un niveau personnel pour chaque CS et au sein du groupe des CS, de la

³⁰ op. cité p.17

motivation et l'envie de mener à bien l'évaluation des pratiques professionnelles en concertation avec l'encadrement supérieur et les personnes ressources. Elles peuvent aussi faciliter le positionnement du CS auprès des équipes, le replaçant au cœur du soin et des préoccupations des soignants.

Seuls, les grands axes des formations proposées sont décrits et argumentés. Ils sont en adéquation avec les besoins des CS. Ils permettront ultérieurement d'écrire les cahiers des charges avec les différents partenaires concernés.

Au regard de l'échéance prochaine de la seconde procédure d'accréditation, il semble opportun de monter rapidement la formation à l'évaluation des pratiques professionnelles tout en travaillant sur les deux autres préconisations.

3.1 Une formation des CS à l'évaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles est pour le Directeur des Soins un véritable enjeu pour recentrer le CS sur la fonction contrôle. Cette démarche d'évaluation prend toute sa dimension dans la seconde procédure d'accréditation et nécessite que tous les acteurs la connaissent et s'y préparent.

Les résultats de l'enquête réalisée auprès de professionnels de terrain montrent que les CS souhaitent faire cette évaluation mais se disent peu armés pour la réaliser et de ce fait assurer leur fonction contrôle. Le rôle du Directeur des Soins est d'apporter des connaissances (culture de l'évaluation, méthodologie) et de permettre le développement de méthodes et d'outils pour optimiser le contrôle qualité et engager une DACQ. Il s'entoure de personnes ressources (Directeur de la qualité, qualificateur, CSS expert détaché...) à qui il demande une réelle implication et un partenariat efficace.

Nous tenons à préciser plusieurs préalables importants :

- L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée désigne la place que doit prendre l'encadrement au centre du dispositif,
- Le chapitre quatre³¹ portant sur les évaluations et les dynamiques d'amélioration mentionne «l'évaluation du service médical rendu au malade et précise que le

³¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Paris : Direction de l'Accréditation et de l'Évaluation des pratiques, 2004.

terme médical s'entend au sens large du terme et comprend toute activité de soins, qu'elle soit réalisée par des médecins ou d'autres personnels soignants »,

- La formalisation des pratiques soignantes, élaborée à partir de textes réglementaires³², est incontournable ; elle les rend lisibles, claires, évaluables et évolutives,
- Des protocoles de soins confirment donc les pratiques professionnelles « infirmières ». Il faut donc réaliser un bilan des protocoles rédigés et réajustés. Un protocole est un enchaînement de gestes précis à accomplir pour effectuer une tâche spécifique. Les thèmes les plus souvent pris en compte parmi les protocoles concernant les pratiques infirmières sont : la pose et la surveillance des cathéters courts, le lavage des mains, la pose de sonde urinaire, la prévention d'escarres...

La formation a pour objectif de développer la culture de l'évaluation et par là même du contrôle ; pour cela, plusieurs sujets sont à développer dans le programme de formation ; nous nous proposons de les décliner en les expliquant :

- *Les principes de l'évaluation* s'inscrivent dans « un procédé qui consiste à mesurer l'écart existant entre une pratique observée et une pratique préalablement définie à un niveau optimal »³³.

- *La gestion de projet* se doit d'être rappelée aux CS pour qu'ils puissent maîtriser la conduite d'un projet qualité. Elle est appliquée à l'ensemble de la démarche qui comprend entre autre la déclinaison des objectifs à partir de la stratégie, la planification avec un suivi régulier de l'avancement, un bilan des actions conduites et des résultats obtenus.

- *La préparation de la démarche* demande un engagement de chacun pour participer aux démarches d'évaluation et à leur recensement afin de permettre le développement de la culture de l'évaluation sur l'établissement. Elle oblige à nommer des personnes ressources qui se répartissent, selon leurs champs de compétences et leur disponibilité, les domaines d'activité importants qui sont le secrétariat (centraliser et enregistrer les évaluations prévisionnelles, réalisées et les demandes d'aide ; gérer les différents outils ; assurer le lien entre toutes les personnes concernées), l'aide méthodologique et l'accompagnement d'audits.

³² Décret n° 93-221 du 16 février 1993 définissant les règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 définissant les actes professionnels de la profession d'infirmier.

³³ Direction des Hôpitaux, Guide du service infirmier, terminologie des soins infirmiers.

- *Les méthodes, référentiels et outils d'évaluation* sont à détailler et à expliciter. Les méthodes représentent un ensemble plus ou moins structuré de principes (audit clinique, résolution de problème, benchmarking...) ; nous pouvons mettre en exergue le « quick audit » ; en effet, c'est un outil facile à utiliser par le fait qu'il nécessite l'utilisation d'une grille d'évaluation de processus porteuse d'un nombre restreint de critères permettant de mesurer un aspect du soin (par exemple l'organisation ou l'hygiène). Il peut faciliter l'adhésion de l'encadrement à l'utilisation d'un outil simple et le lancement rapide d'une procédure d'évaluation.

Le référentiel est un ensemble d'exigences qualité écrites, utilisées dans le cadre d'une démarche d'évaluation. Il est établi à partir de textes réglementaires, de recommandations de bonnes pratiques³⁴.

Les différents outils d'évaluation comme les normes, les indicateurs, le diagramme de Pareto, les grilles d'observation et de recueil de données munies de critères sont également expliqués et testés le cas échéant.

- *La mise en œuvre et le suivi du projet* supposent la formation d'auditeurs parmi le personnel, un maillage efficace des correspondants qualité et l'accompagnement des professionnels pour des évaluations sur le terrain. La mise en œuvre demande un travail préalable avec la communauté médicale permettant une information large et approfondie sur la seconde procédure d'accréditation, un consensus sur des thèmes d'évaluation à prioriser et une réflexion sur comment évaluer la pertinence des pratiques en sachant qu'on ne peut s'engager dans une telle démarche qu'à condition d'analyser les causes et de mettre en place des actions pour corriger des dysfonctionnements éventuels. La méthodologie du plan d'action(s) a à tout son intérêt ; elle demande un descriptif de l'action ou des actions corrective(s) à mettre en place et l'établissement de moyens et de ressources nécessaires à leur concrétisation ; des dates de réévaluation sont planifiées. Le plan d'action est piloté par le CS qui recherche un consensus d'équipe pour atteindre les objectifs d'amélioration de la qualité.

Les CS sont aussi formés à l'évaluation du risque lié aux soins (analyse des événements indésirables) et sensibilisés à la prévention de la survenue de risques évitables en réunissant les conditions de sécurité adaptées.

Il faut également démontrer aux CS que l'évaluation des pratiques professionnelles est à considérer comme un levier de changement et un moyen d'incitation et de motivation pour le personnel. Pour eux, responsables de la qualité et de la sécurité des soins, l'évaluation

³⁴ op. cité p. 38

des pratiques professionnelles représente un enjeu pour redonner du sens à la fonction contrôle dans la mise en place de la DACQ dans un système hospitalier certes très évolutif mais complexe.

3.2 Une formation des CS au management

Beaucoup de formations ont trait au management des CS. Il nous semble cependant opportun de proposer deux grands axes de réflexion pour pouvoir monter un cahier des charges concernant une formation/action interactive.

Les axes proposés au regard des difficultés que rencontrent les CS à se positionner dans la fonction contrôle sont :

- Le rôle et la place du manager dans l'hôpital d'aujourd'hui : est-ce un nouveau métier ?
- Le CS face à de nouveaux modes de management partagé (médical, soignant, administratif) : est-ce un nouveau défi ?

Concernant le premier axe, il nous semble important de définir tout d'abord les valeurs présentes dans l'hôpital d'aujourd'hui : celles qui sont encore très prégnantes de celles qui perdent de leur sens au vue de l'évolution sociétale ; de comprendre les raisons de ces changements, leurs caractéristiques et leurs implications. Il est aussi fondamental de faire repérer, aux CS, les manifestations concrètes de ces changements dans le travail quotidien, auprès des équipes et leurs nouvelles attentes. Cette formation permet donc aux CS de réfléchir sur les évolutions sociologique, économique et culturelle ainsi qu'aux nouvelles aspirations des agents vis-à-vis de leur métier dans le contexte actuel.

Devant l'hypothèse d'un nouveau métier à exercer, chaque CS évalue son profil de manager en s'interrogeant sur les facteurs qui influencent son style de management (l'histoire et la culture de l'établissement, son évolution, la politique de santé, l'impact des différentes réformes, le changement sociétal) ; il mesure les forces et les faiblesses de son management. Cette analyse personnelle est à mettre en lien avec le niveau de compétence managériale (en terme de « ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut savoir faire, ce qu'il faut savoir être ») qui s'étend dès lors à d'autres champs comme la qualité, le contrôle de gestion, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)...

Le niveau de compétence est un des quatre paramètres qui situe le niveau de performance du CS ; ce dernier se complète par sa capacité à maîtriser les zones d'incertitude, son degré d'autonomie, son pouvoir d'influence sur les trois logiques hospitalières ; il semble important de décliner ces trois autres paramètres :

- *Les zones d'incertitude* se définissent par un ensemble de contraintes propre à l'organisation (situation économique, relations sociales, structure organisationnelle formelle). Le CS doit les appréhender pour mieux mesurer la position des différents acteurs et leur capacité stratégique à poursuivre et réaliser leurs objectifs.
- « *L'autonomie* est un processus complexe, ambigu et toujours en devenir » comme le souligne V. LENHARDT³⁵ ; il symbolise le savoir faire, le vouloir faire, le pouvoir faire ; ce processus de développement de l'autonomie demande au CS d'être au clair avec la problématique de la délégation ; il mesure son autonomie qui conditionne le type de management et de contrôle qu'il exerce. En effet, « déléguer ne veut pas dire que l'on se décharge de ses responsabilités ; la responsabilité reste celle du manager et le devoir de contrôle périodique des résultats est indissociable de la notion de délégation »³⁶. L'autonomie facilite l'innovation qui permet un processus permanent d'amélioration de l'existant et prévient un risque de perte de sens et d'identité.
- *Le pouvoir d'influence* sur les trois logiques hospitalières représente une force et une marge de manœuvre pour le CS ; il donne de la crédibilité à la fonction contrôle exercée. « L'autorité 'positive' du cadre de service est induite par son implication dans la réalisation du projet de service où convergent les logiques administrative, médicale et soignante. Les cadres de santé se situent au centre de l'activité hospitalière. Le service de soins est un lieu stratégique. Ce sont les cadres les mieux placés pour initier les changements dans la perspective des réorganisations »³⁷.

Ces différentes réflexions vont aider chaque CS à se positionner ou à se repositionner dans son métier de manager d'équipe et de là, à redonner du sens à la fonction contrôle. Il ne peut assurer correctement cette fonction que s'il est clairement positionné dans sa fonction de manager.

Concernant le second axe, il nous semble primordial de faire réfléchir le CS sur sa place future au sein du pôle d'activité après l'avoir repositionné dans sa fonction d'encadrement. En effet, la nouvelle gouvernance représente un changement majeur de l'organisation hospitalière (circulaire du 13 février 2004) qui se traduit entre autre par la création de pôles d'activité avec délégation de gestion. Le CS est un des acteurs clé auprès du médecin chef de pôle et du CSS missionné auprès de ce dernier.

³⁵ op. cité p. 18

³⁶ NÉRÉ JJ. Devenir manager. *Soins Cadres*, août 2003, n° 47, pp. 41-45.

³⁷ DOMMANGE CHARRIER A. La marge de pouvoir du Cadre de Santé et l'autonomie d'exercice. *Soins Cadres*, août 2003, n° 47, p. 37.

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière³⁸ prend en compte cette réforme et mentionne les tendances d'évolution du métier de CS qui est d'apprendre à travailler avec un cadre administratif ou un directeur délégué et d'élargir des compétences économiques et financières. Le CS va devoir s'initier au contrôle de gestion en lien avec l'attribution d'allocations de ressources partagées.

Cette nouvelle réforme représente d'après les CGS interrogés un levier de changement pour les CS ; en effet, elle les oblige à se recentrer également sur la fonction contrôle ; d'une part, parce que le cadre administratif reprend certaines tâches réalisées avant par les CS (il est nécessaire pour cela d'écrire les profils de poste de chacun) ; d'autre part, parce que cette réforme centrée sur des intérêts communs demande aux CS de se positionner sur des enjeux importants tels que la responsabilisation de tous les acteurs, le décloisonnement de l'organisation, la mutualisation et l'utilisation rationnelle des ressources, une meilleure gestion des compétences, des coûts et des dépenses. La finalité demeure l'amélioration de la prise en charge des patients.

La nouvelle gouvernance est un défi pour les CS ; le Directeur des Soins se doit de les préparer et de les accompagner par le biais d'une formation. Il prévoit aussi un suivi personnalisé organisé et régulier.

3.3 Un « coaching » des CS

Le « coaching » se traduit par un accompagnement. Ce terme vient du milieu sportif. Il a pour objectif d'aider un collaborateur à mobiliser ses ressources, à développer ses potentiels, à prendre du recul, à exprimer ses craintes et ses interrogations. Le « coaching » optimise souvent l'estime de soi.

Selon V. LENHARDT³⁹, le « coaching » est une philosophie, une attitude.

- Une philosophie

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

³⁸ op. cité p. 14

³⁹ op. cité p. 18

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

- Une attitude

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

Cette théorie marque la nécessité d'accompagner les CS principalement dans la DACQ à l'aide d'un plan de progression individualisé qui permet de les évaluer.

Le plan de progression

Le plan de progression est un outil objectif d'évolution qui s'avère indispensable. Il prend en compte les objectifs institutionnels, le projet de soins, si possible le projet de service et certainement bientôt le projet de pôle. Le plan de progression renforce la prise en compte des trois logiques (médicale, soignante, administrative) et facilite les échanges avec la communauté médicale. Il est rédigé avec l'aide des CSS qu'il nous semble primordial d'impliquer au regard de l'analyse des résultats de l'enquête. En effet, les CSS et les CS doivent plus se fédérer autour des projets (DACQ...) pour que les CS mesurent davantage l'aide concrète et l'accompagnement régulier apportés par les CSS. Le plan de progression permet à chaque CS de cerner ses priorités (par exemple, maîtriser et utiliser la démarche d'audit...) et de discuter des stratégies avec le CGS. De plus, le CS a des interlocuteurs référents et ressources (CGS, CSS, CS). Le CGS prend alors sa place de coach surtout s'il se déplace pour aller rencontrer le CS (ce que les CS interviewés demandent). Accompagner signifie aussi des temps de suivi réguliers et planifiés (trimestriellement par exemple) pour mesurer la compétence et les progrès du CS. Le plan de progression sert de cadre de référence et permet au CGS de repérer les domaines d'expertise développés par les CS.

A notre sens, les CS tirent des bénéfices non négligeables du « coaching » :

- Les CS sont sécurisés, sachant ce que la Direction des Soins attend d'eux,
- La fonction de CS trouve sa légitimité, et de là, la fonction contrôle est plus aisée car elle retrouve du sens,
- Des relations de confiance s'établissent entre les CS et le CGS,
- Un partenariat est plus fort entre les CSS et les CS,
- Les CS retrouvent l'estime d'eux-mêmes et se sentent reconnus.

Enfin, le plan de progression facilite la professionnalisation des CS (qui n'est jamais achevée !) et leur intégration « pleine et entière » dans la DACQ.

Toutes ces préconisations supposent la validation du Directeur de l'établissement.

Elles nécessitent un travail en complémentarité avec plusieurs acteurs incontournables :

- Le Directeur des Ressources Humaines avec qui nous collaborons pour définir la politique de formation, établir les cahiers des charges des formations, recevoir les responsables des organismes de formation et faire un ultime choix,
- Le Directeur de la qualité et ses collaborateurs avec qui nous organisons la formation sur l'évaluation des pratiques professionnelles et son suivi. Nous sommes partie prenante de la préparation de la seconde visite d'accréditation avec le service de la qualité,
- Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement défend, auprès de ses pairs, l'évaluation des pratiques professionnelles et le caractère multi-professionnel de la prise en charge de la pathologie auquel semble tenir la Haute Autorité en Santé. Il prend en compte l'implication indispensable de tous les acteurs de terrain pour réaliser cette évaluation,
- Les CSS et les CS experts forment et encadrent leurs collègues dans la réalisation d'audits et les accompagnent dans la démarche méthodologique ; ils les rassurent également quant aux résultats des audits souvent appréhendés,
- Les CSS de chaque secteur ou pôle d'activité sont les relais du Directeur des Soins et ont un rôle déterminant. Comme le montre l'analyse, les CSS ont des attentes quant à la fonction contrôle des CS de proximité ; pour ce faire, ils impulsent le changement, soutiennent l'encadrement, et contrôlent le retour sur investissement des formations effectuées par les CS. Ils peuvent proposer au Directeur des Soins d'évaluer le contrôle de la qualité avec des indicateurs simples portant sur le management des CS. Cette démarche présente l'intérêt d'évaluer à distance le dispositif de formation. Elle permet l'implication des CSS dans le soutien apporté aux CS.

Le Directeur des Soins indique la « direction » à suivre, s'assure de la réalisation optimale des soins dans l'établissement. Il vérifie que l'amélioration de la qualité est constante et garantit la gestion/prévention des risques. Pour ce faire, il exige des CS de veiller à la qualité et à la sécurité des soins en adoptant un management adapté et en assurant un contrôle pérenne et formateur pour les équipes.

Il nous semble primordial de mener ces préconisations d'une façon concomitante au regard du contexte actuel largement évoqué et des contraintes prégnantes et présentes dans chaque établissement.

Une autre raison est le renforcement du rôle et de la dimension politique du manager dans la seconde procédure d'accréditation ; cette dernière met aussi en évidence la notion de responsabilité accrue dans le domaine de l'évaluation des soins donnés et la nécessité de rendre compte aux usagers et aux tutelles.

Pour toutes ces raisons, le Directeur des Soins, personne ressource pour l'apprentissage, est d'autant plus soucieux de donner des repères à l'encadrement, de formaliser des exigences, des profils de poste et de faciliter la construction d'outils. Aidé des CSS, le Directeur des Soins se recentre sur le management des cadres de proximité et la garantie de la qualité. Il demande aux CS de participer à des processus de contrôle et à des prises de décision présentant le contrôle comme une valeur ajoutée de la fonction de CS.

A l'aube de la mise en place des pôles, le Directeur des Soins a une place stratégique dans l'évaluation des pratiques professionnelles. Il est un des précurseurs de la qualité en ayant le souci d'accompagner les projets médicaux et de coordonner les différents acteurs pour que chacun trouve dans sa fonction satisfaction et reconnaissance.

CONCLUSION

La multiplicité des acteurs hospitaliers et l'interdépendance des logiques médicale, administrative et soignante démontrent bien la complexité du système hospitalier. L'unité de soins, au cœur de cette complexité, est managée par un CS, promoteur de la gestion des soins et garant d'un contrôle de la qualité et de la sécurité des soins.

Si la fonction contrôle fait partie intégrante des missions du CS et occupe une place prépondérante pour l'ensemble des acteurs hospitaliers, une enquête auprès de professionnels de terrain met en évidence le constat suivant :

Une évolution sociétale modifiant la motivation et les valeurs au travail, une lente appropriation de la culture qualité et un manque d'outils sont les principales difficultés rencontrées par les CS dans leur management et principalement dans leurs actions de contrôle au quotidien.

La fonction contrôle engendre un sentiment de malaise chez la plupart des CS. En effet, ces derniers assurent difficilement cette fonction et peinent à l'optimiser. Ce constat a un retentissement sur la qualité des soins dispensés aux patients et le travail des équipes soignantes.

Aujourd'hui, différentes réformes représentent des leviers de changement et appellent les CS à assurer leur fonction contrôle d'une façon plus optimale ; ils doivent se repositionner en s'impliquant davantage dans le management. Un enjeu important est l'évaluation des pratiques professionnelles qui leur permet aussi de recentrer les équipes sur le patient et les « savoir faire ». Cet enjeu est une opportunité pour les CS qui retrouvent une légitimité et une reconnaissance de leur fonction.

Pour cela, le Directeur des Soins, aidé des CSS, impulse une dynamique, accompagne l'encadrement de proximité et lui donne les moyens de redonner du sens à la fonction contrôle. Des préconisations sont formulées en terme de formations et de « coaching ».

C'est pourquoi le rôle du Directeur des Soins est essentiel pour permettre aux CS d'évoluer dans leurs pratiques managériales et d'améliorer leur performance liée au contrôle.

Bibliographie

Texte de loi

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE, 1995. – Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. *Journal officiel de la République Française*, le 20 août 1995, 12469-12470-12471-12472-12474-12475.

Ouvrages

ARNAUD J.O., BARSACQ G. *La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital*. Paris : les Éditions ESF – Entreprise moderne d'édition, 1989, 130 p.

BALLÉ M., CHAMPION-DAVILLER MN. *Organiser les services de soins : le management par la qualité*. Paris : Masson, 2000, 196 p.

DE GAULEJAC V. *La société malade de la gestion*. Paris : Éditions du Seuil, 2004, 275 p.

DE KERVASDOUE J. *L'hôpital*. Paris : Que sais-je, PUF.

FRIEDBERG E. *L'analyse sociologique des organisations*. Revue Pour, Paris : Éditions L'Harmattan, 1988, 126 p.

GENELOT D. *Manager dans la complexité – Réflexions à l'usage des dirigeants*. Paris : Insep Consulting Editions, 2001, 357 p.

HART J., MUCCHIELLI A. *Soigner l'hôpital*. Paris : Éditions Lamarre, 1994, 189 p.

HUBINON M. *Management des unités de soins*. Bruxelles : Les Éditions De Boeck Université, 1998, 395 p.

LENHARDT V. *Les responsables porteurs de sens*. Paris : INSEP Éditions, 1992, 302 p.

MOREL C. *Les décisions absurdes*. Paris : Éditions Gallimard, 2002, 371 p.

PATURET JB., MIRAMON JM., COUET D. *Le métier de Directeur, techniques et fictions*. Rennes : Éditions ENSP, 2001, 272 p.

THEVENET M. *Quand les petits chefs deviendront grands*. Paris : Éditions d'organisation, 2004, 179 p.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité*. Paris : ANAES, 2002, 77 p.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Paris : Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, 2004, 131 p.

Assistance Publique, Hôpitaux de Paris. *Les dossiers de l'AP-HP. La maîtrise des activités à l'hôpital par le contrôle interne*. Paris : Éditions Lamarre, 2003, 425 p.

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*. Rennes : Éditions ENSP, 2004, 435 p.

Articles

DE BORT C., FOURSANS S. Le malaise des cadres hospitaliers. *Revue hospitalière de France*, janvier/février 2003, n°490, pp. 53-56.

DOMMANGE CHARRIER A. La marge de pouvoir du cadre de santé et l'autonomie d'exercice. *Soins Cadres*, août 2003, n°47, p. 37.

DREVET G. Cadres de proximité, une mission de management, des compétences à optimiser. *Soins Cadres*, février 2002, n°41, pp. 54-59.

NÉRÉ JJ. Devenir Manager. *Soins Cadres*, août 2003, n°47, pp. 41-45.

Enquête

ESTRYN-BEHAR M. Résultats de l'enquête Presst-Next. *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, novembre 2002.

Mémoires

BEAUCHAMPS B. *Du malaise identitaire à la reconnaissance contribution du Directeur des Soins à la construction de l'identité professionnelle des cadres de santé*. Mémoire Directeur des Soins : ENSP Rennes, 2002. 70 p.

LE BONNIEC B. *Le cadre de proximité : un acteur au cœur de la complexité du système hospitalier*. Mémoire Directeur des Soins : ENSP Rennes, 2000. 74 p.

PICHON C. *Impulser, accompagner et donner du sens à la nécessaire évolution du métier de cadre de santé*. Mémoire Directeur des Soins : ENSP Rennes, 2000. 68 p.

ROUSSEL E. *Les référentiels professionnels cadre de santé. Quels usages pour gérer les compétences dans un système complexe ?*. Directeur des Soins : ENSP Rennes. 2004. 63 p.

Liste des annexes

Annexe I : Grille d'entretien destinée aux professionnels de terrain

Annexe II : Grille d'entretien destinée aux Étudiants Cadres de Santé

Annexe I : Grille d'entretien destinée aux professionnels de terrain

Thème I : Fonction contrôle dans la gestion des soins

Questions	Destinées à
1) Que veut-dire gestion des soins ?	CGS, CSS, CSSE, CS, IDE
2) Que représente la fonction contrôle ?	CGS, CSS, CSSE, CS, IDE
3) Avez-vous à votre disposition une définition de fonction ?	CS
4) Quelle place faites-vous à la fonction contrôle au regard des missions du cadre de santé ?	CGS, CSS, CSSE, CS, IDE
5) De quelle façon le Cadre de Santé exerce-t-il la fonction contrôle dans le domaine de la gestion des soins ?	CGS, CSS, CSSE, CS, IDE
6) Quelle place faites-vous à la fonction contrôle au regard de l'évolution de l'hôpital ?	CGS, CSS, CSSE, CS, IDE

Thème II : Formation

Questions	Destinées à
1) La formation en école des Cadres de Santé prépare-t-elle à la fonction contrôle dans le domaine de la gestion des soins ?	CGS, CSS, CSSE, CS
2) Pour exercer la fonction contrôle, quel parcours avez-vous suivi après votre nomination ?	CSS, CSSE, CS
3) Quelles modalités la direction des soins a-t-elle fixées pour optimiser l'évolution de la fonction contrôle au regard du contexte actuel ?	CGS, CSS, CSSE, CS

Thème III : Évaluation de la qualité des soins

Questions	Destinées à
1) Le processus de démarche continue de la qualité est-il maîtrisé par le Cadre de Santé pour être un moteur ?	CGS, CSS, CSSE, CS
2) A quels types d'aides la Cadre de Santé peut-il avoir recours pour assurer la fonction contrôle ?	CGS, CSS, CSSE, CS
3) Le Cadre de Santé est-il formé à la gestion des risques et engagé dans leur prévention ?	CGS, CSS, CSSE, CS
4) Quelles difficultés rencontre le Cadre de Santé dans la fonction contrôle au quotidien ?	CGS, CSS, CSSE, CS, IDE
5) Les difficultés rencontrées ont-elles un retentissement sur l'organisation des soins ?	CGS, CSS, CSSE, CS, IDE
6) Qu'attendez-vous du contrôle exercé par le Cadre de Santé dans le domaine de la gestion des soins ?	CGS, CSS, CSSE, IDE

Thème IV : Evolution de la fonction contrôle du Cadre de Santé

Questions	Destinées à
1) Comment la dimension du métier de Cadre de Santé semble-t-elle évoluer au travers de la fonction contrôle ?	CGS, CSS, CSSE, CS, IDE
2) Que pensent les équipes soignantes du positionnement du Cadre de Santé dans la fonction contrôle ?	IDE
3) Quelles stratégies de changement peut mettre en place la direction des soins pour redonner du sens à la fonction contrôle du Cadre de Santé ?	CGS, CSS, CSSE, CS
4) Pensez-vous à des actions concrètes ?	CGS, CSS, CSSE, CS
5) Le Directeur et son équipe peuvent-ils être impliqués dans la reconnaissance de la fonction contrôle du Cadre de Santé ?	CGS, CSS, CSSE, CS

Annexe II : Grille d'entretien destinée aux étudiants Cadres de Santé

- 1) Que représente pour vous la fonction contrôle dans le domaine de la gestion des soins ?

- 2) Comment vous projetez-vous dans cette future fonction ?

- 3) Pensez-vous être suffisamment préparé à cette fonction ?

- 4) Quelles stratégies d'actions allez-vous mettre en place pour assurer la fonction contrôle ?

- 5) Que vous a apporté le stage en entreprise en lien avec votre future fonction contrôle ?