



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2005

**LE MANAGEMENT DES CADRES SUPÉRIEURS
ET LE SERVICE INFIRMIER**

L'engagement du directeur des soins

Isabelle CIPICIANI

Remerciements

Nous tenons à remercier vivement toutes les personnes qui nous ont aidés dans la réalisation de ce mémoire.

À

tous les directeurs des soins, les cadres et cadres supérieurs de santé qui ont accepté de participer anonymement aux entretiens.

À

Marie-Ange pour son aide appréciable

et tout particulièrement

À

Guy pour sa patience, son aide précieuse et son soutien.

Liste des sigles utilisés

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

CGS : Coordonnateur général des soins

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

DH : Direction des hôpitaux

ENSP : École Nationale de la Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 PREMIÈRE PARTIE : LE CADRE DU QUESTIONNEMENT.....	5
1.1 L'HÔPITAL DANS UN CONTEXTE DE RÉFORMES SUCCESSIVES.....	5
1.2 LA CONTRACTUALISATION, UNE OPPORTUNITÉ DE CHANGEMENT.....	5
1.3 LA FONCTION DE CADRE SUPÉRIEUR	6
1.3.1 Le cadre législatif et son évolution.....	6
1.3.2 Les missions du cadre supérieur	7
1.4 LE DIRECTEUR DES SOINS ET LE SERVICE INFIRMIER : QUEL MANAGEMENT ?.....	9
1.4.1 Une finalité commune	9
1.4.2 Un enjeu de performance.....	9
1.4.3 Des compétences nouvelles.....	10
2 DEUXIÈME PARTIE : LE CADRE THÉORIQUE, LES CONCEPTS.....	12
2.1 L'HÔPITAL : L'APPROCHE D'UNE ORGANISATION	12
2.1.1 Les caractéristiques.....	12
2.1.2 Les spécificités.....	12
2.1.3 La dynamique de fonctionnement.....	13
2.2 LE SERVICE INFIRMIER	16
2.2.1 Un ensemble d'acteurs.....	16
2.2.2 Des modes d'organisation.....	18
2.3 LE MANAGEMENT.....	20
2.3.1 Des notions de base.....	20
2.3.2 Une évolution nécessaire.....	21
3 TROISIÈME PARTIE : ÉTUDE, RÉSULTATS ET SYNTHÈSE.....	24
3.1 LA MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE.....	24
3.1.1 Le terrain de l'enquête.....	24
3.1.2 Le recueil d'informations.....	25
3.1.3 Les limites et points forts de l'enquête.....	25
3.2 RÉSULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS.....	26
3.2.1 La fonction de cadre supérieur	26
3.2.2 La formation des cadres supérieurs : une plus value ?.....	31
3.2.3 Fonctionnement au sein de l'institution	34
3.3 SYNTHÈSE ET VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES.....	38
4 PROPOSITIONS D'ACTIONS.....	41
4.1 MANAGER DES HOMMES.....	42
4.1.1 Le directeur des soins : un exemple, des valeurs.....	42
4.1.2 Le directeur des soins : un manager de terrain.....	43
4.1.3 L'instauration d'un climat de confiance.....	44

4.2 CLARIFIER LE RÔLE DES CADRES SUPÉRIEURS.....	45
4.2.1 Un référentiel métier.....	45
4.2.2 La délégation.....	46
4.3 DYNAMISER LE SERVICE INFIRMIER.....	47
4.3.1 Le projet de soins.....	47
4.3.2 La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.....	47
4.3.3 L'animation des équipes.....	48
4.4 PROMOUVOIR LE PROFESSIONNALISME.....	49
4.4.1 Développer les compétences des cadres supérieurs.....	49
4.4.2 Professionnaliser le recrutement.....	51
4.5 IMPULSER UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION.....	52
4.5.1 L'évaluation des cadres supérieurs.....	52
4.5.2 L'évaluation des pratiques professionnelles.....	53
CONCLUSION.....	54
BIBLIOGRAPHIE.....	57
LISTE DES ANNEXES.....	I

INTRODUCTION

Ce mémoire de fin d'études porte sur le management des cadres supérieurs de santé au sein des établissements de santé et le retentissement de leurs pratiques managériales sur le fonctionnement du service infirmier.

Notre réflexion est issue d'observations personnelles au travers d'expériences professionnelles en tant que cadre de santé, vécues dans différents services et au sein d'établissements de santé distincts. Elle prend sa source également dans les nombreux échanges qu'il nous a été possible d'établir avec des cadres supérieurs et des cadres de santé de proximité.

Si nous devons admettre que notre conception de la fonction de cadre supérieur a suivi notre propre évolution en tant que cadre de santé, il en ressort toutefois des questionnements relatifs à la pratique de cette fonction qui semble présenter des diversités dans son exercice quotidien.

Au cours des années, cette fonction a connu plusieurs évolutions de son cadre réglementaire qui ont ainsi contribué à la clarifier et à apporter des précisions quant à son champ d'intervention, notamment au regard de la fonction de cadre de proximité. Cependant, son mode d'exercice reste étroitement lié à la personnalité du professionnel. De plus, il est aujourd'hui soumis aux multiples transformations et mutations hospitalières. A peine son positionnement au sein de la hiérarchie infirmière tend-il à s'affirmer, que l'on voit poindre de nouvelles inquiétudes dans le cadre de la nouvelle réforme hospitalière. En effet, la réorganisation des services de soins en pôles d'activités, un des axes forts de la réforme du Plan Hôpital 2007 de JF. MATTEI, n'est pas sans interroger ces professionnels sur leur place dans cette nouvelle organisation hospitalière.

Nous sommes tentés de penser que ces bouleversements et les exigences toujours plus grandes vis à vis de la fonction, risquent d'amplifier les écarts constatés dans leurs pratiques et d'engendrer des dysfonctionnements au sein du service infirmier.

Ces questionnements s'imposent à nous avec d'autant plus d'acuité que nous sommes à l'aube de la nouvelle démarche d'accréditation qui prévoit, aujourd'hui, l'évaluation de la qualité du management des directions et des responsables au sein des établissements de santé. La dimension managériale apparaît être un élément essentiel dans la réussite de leurs missions. Du reste, le Guide pour l'auto-diagnostic de la qualité du management en établissement de santé, publié en janvier 2004 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et repris par la Haute Autorité de Santé (HAS), énonce clairement que l'impact du management sur le fonctionnement des secteurs d'activité et la capacité des établissements à remplir leurs missions auprès des patients est non négligeable.

Les responsables étant les personnels de l'encadrement, c'est dans ce même esprit que nous pensons qu'une réflexion sur les pratiques managériales est aujourd'hui indispensable afin de faire face aux nouveaux défis que rencontre le service infirmier.

Durant notre parcours professionnel de cadre de santé, nous avons été sous la responsabilité hiérarchique de plusieurs cadres supérieurs. Les observations de l'exercice de cette fonction, au quotidien, nous permettent de faire un certain nombre de constats :

- Sur un plan institutionnel, nous notons :
 - ✓ un positionnement de cadres supérieurs sur des missions transversales avec des responsabilités sur des postes-clés, favorisant une proximité avec la direction des soins ;
 - ✓ une inégalité dans la répartition des secteurs de responsabilités ;
 - ✓ la possibilité pour certains cadres supérieurs de remplacer le directeur des soins en cas d'absence, voire des remplacements de plus longue durée (départ à la retraite) ;
 - ✓ un positionnement unique sur des missions transversales ;
 - ✓ une politique institutionnelle de réduction du nombre de cadres supérieurs ;
 - ✓ un positionnement à la direction d'un pôle d'activité.
- Sur un plan organisationnel, les cadres supérieurs ont un fonctionnement qui leur est propre et nous notons :
 - ✓ une présence plus ou moins soutenue dans leurs secteurs respectifs, un accompagnement ou pas des cadres de santé ;
 - ✓ un management participatif ou directif ;
 - ✓ une politique de soins et une déclinaison d'objectifs plus ou moins définies ;
 - ✓ des « exigences » et des attentes variables envers les cadres de proximité en terme d'objectifs à atteindre, de travaux à réaliser, de formations à suivre ;
 - ✓ une politique de communication envers les cadres très variable, tendant à renforcer le cloisonnement des services de soins ;
 - ✓ une propre dynamique variable, favorisant ou non le développement et l'évolution de certaines unités de soins, avec l'émergence de services dits « pilotes » .
- Sur un plan personnel :

Les propos des cadres supérieurs évoquent :

 - ✓ un malaise en partie lié à leur positionnement qui, s'il n'est plus vraiment sur le terrain, n'en est pas toujours pour autant bien ancré au sein de la direction des soins ;
 - ✓ un sentiment d'absence de reconnaissance, de valorisation par la Direction mais avant tout par le directeur des soins ;

- ✓ une absence de cohésion au sein de l'équipe de cadres supérieurs favorisant les tensions plutôt qu'un soutien mutuel et une collaboration efficace.

Les propos des cadres de santé mettent en évidence :

- ✓ un niveau d'information par le cadre supérieur très variable d'un service à l'autre, pouvant leur donner l'illusion d'être « marginalisés » ;
- ✓ des zones d'autonomie entre eux et les cadres supérieurs pas toujours clairement identifiées ;
- ✓ une insuffisance de suivi des projets et des objectifs ;
- ✓ le sentiment de ne pas être soutenu par la hiérarchie.

A ce sujet, il est assez banal, aujourd'hui, d'évoquer le malaise existant au sein de la profession des cadres soignants. Il y a quelques années déjà, A. MUCCHIELLI¹ évoquait, en 1997, « *les défaillances permanentes en management des cadres infirmiers* ». Selon lui, les problèmes que rencontrent les cadres de proximité ne sont pas liés à des paramètres personnels mais sont plutôt le reflet d'un problème collectif de la hiérarchie infirmière. Il n'hésite pas du reste, à interpréter le refus des cadres supérieurs de répondre à la demande d'aide formulée par leurs cadres, comme l'évitement de leurs responsabilités managériales.

Pour notre part, ces constats, réalisés sur une période de quinze années d'exercice, nous amènent, aujourd'hui à considérer avec acuité les relations existantes entre le mode de management des cadres supérieurs de santé et leur impact sur le service infirmier.

Les cadres supérieurs sont un maillon essentiel et un relais privilégié du directeur des soins dans la mise en oeuvre et le suivi de la politique de soins, visant à l'amélioration de la qualité du service rendu. Pour ce faire, ils ont besoin d'être pilotés et accompagnés dans leur management afin que leurs actions convergent vers des projets communs et partagés. A leur tour, il s'agira de créer les conditions nécessaires à l'encadrement de proximité afin que les projets stratégiques prennent un sens et deviennent opérationnels.

Notre réflexion sur les pratiques managériales des cadres supérieurs, leurs effets sur l'encadrement de proximité et leur impact sur le service infirmier ne prend tout son sens que dans un questionnement beaucoup plus large qui est celui de notre propre management en tant que directeur des soins.

En effet, dans la perspective de notre future fonction de directeur des soins, il apparaît fondamental de considérer ces enjeux à la fois institutionnels, professionnels mais aussi humains pour envisager une stratégie de management pertinente.

Au cours de ce travail, nous nous attacherons à la compréhension de l'exercice de la

1 MUCCHIELLI A. « Nouveau point de vue sur les »défaillances » permanentes en management des cadres infirmiers », *Gestions hospitalières*, Juin-Juillet 1997, p 439.

fonction de cadre supérieur et notre réflexion sera centrée sur la question suivante :

« En quoi les modes de management des cadres supérieurs permettent-ils la mobilisation² des cadres de santé et l'évolution des services de soins ? » .

HYPOTHESES

Pour répondre à ce questionnement, nous formulons les hypothèses suivantes qui guideront notre travail de recherche :

☞ 1ère hypothèse :

On peut penser que les conceptions de management des cadres supérieurs et leurs pratiques managériales influent sur la cohérence³ du fonctionnement du service infirmier.

☞ 2ème hypothèse :

Dans le contexte actuel d'évolution hospitalière, les exigences en termes de management sont croissantes. On peut faire l'hypothèse que les formations au management favoriseraient le positionnement des cadres supérieurs.

☞ 3ème hypothèse :

L'engagement du directeur des soins et l'accompagnement de l'équipe de cadres supérieurs contribuent à une collaboration efficace et à l'émergence d'une compétence collective.

Ce sujet sera abordé en quatre étapes :

Dans une première partie, nous nous attacherons à faire le point sur la fonction de cadre supérieur, aborder les éléments contextuels dans lesquels celle-ci évolue et à en dégager les principales problématiques.

Nous étudierons, dans une seconde partie, un certain nombre de concepts issus de la littérature, susceptibles d'éclairer notre recherche et qui constitueront le cadre théorique de ce travail.

La troisième partie traitera de l'enquête conduite sur le terrain auprès des professionnels, en utilisant la méthode des entretiens directifs afin de vérifier nos hypothèses.

Enfin, la quatrième partie présentera les principes fondamentaux dont le directeur des soins doit tenir compte pour développer une stratégie managériale adaptée au terrain.

2 « *Processus externe collectif, de soutien et de dynamisation de l'action...* » . X MONTSERRAT
Comment motiver. Ed d'Organisation. Paris, 2004.

3 Selon le dictionnaire LE ROBERT, 1989 : Liaison et harmonisation des parties entre elles.

1 PREMIÈRE PARTIE : LE CADRE DU QUESTIONNEMENT

1.1 L'HÔPITAL DANS UN CONTEXTE DE RÉFORMES SUCCESSIVES

Au cours de ces dernières années, les différentes réformes hospitalières ont engendré des modifications importantes dans l'organisation hospitalière.

La **loi hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière a eu des répercussions sur les modes d'exercice de l'encadrement. Le cadre est devenu davantage partenaire du chef de service dans l'organisation et l'animation du service ainsi que dans l'évaluation des activités qui relèvent de ses compétences.

La création d'un service de soins infirmiers, dont la direction est confiée à une infirmière générale, confère au corps infirmier et à sa hiérarchie une place et des missions spécifiques.

L'**ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a généré des approches innovantes dans le fonctionnement hospitalier. Elle a introduit les notions de coordination et de partenariat entre les professionnels de santé, de contractualisation interne et externe, de codirection et de cogestion des centres de responsabilités. Elle a fait naître une nouvelle logique, celle de l'accréditation, dont les responsables d'établissements, ainsi que des services de soins, ne peuvent se départir.

Aujourd'hui, la **réforme Plan hôpital 2007**, annoncée par J.F Mattéi en novembre 2002 et suivie de l'**ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005** simplifiant le régime juridique des établissements de santé, renforce cette volonté de moderniser la logique de fonctionnement des établissements hospitaliers, et de la centrer sur la responsabilisation des professionnels. Par ailleurs, dans ce dispositif, la notion de gouvernance à l'hôpital suggère un mode de fonctionnement organisé sur la base d'une coopération, d'un partenariat, ou d'un contrat entre une pluralité d'acteurs, aussi bien publics que privés. La gouvernance s'inscrit dans une ambition, qui est celle de l'efficacité de l'action publique.

1.2 LA CONTRACTUALISATION, UNE OPPORTUNITÉ DE CHANGEMENT

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ont engagé les hôpitaux dans la mise en oeuvre du management de subsidiarité par la contractualisation et la mise en oeuvre des centres de responsabilité.

Aujourd'hui, cette idée apparaît à nouveau avec force dans la réforme du plan hôpital 2007 lancé fin 2002, dans le cadre de l'organisation en pôles d'activité. Le principe de subsidiarité, selon lequel les décisions doivent être prises au niveau le plus proche possible des personnes qu'elles concernent, doit permettre une plus grande participation

des équipes hospitalières aux décisions et développer une logique de responsabilisation. Le contrat devient un outil de management de l'organisation hospitalière qui, à un mode hiérarchique et pyramidal, lui préfère une approche plus déconcentrée et transversale.

Ces réformes hospitalières qui s'inscrivent dans une même continuité, celle de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers, tentent par ailleurs d'alléger l'organisation verticale par le décloisonnement des unités de soins et la coordination transversale. Ces changements de logiques modifient, de fait, les modes de fonctionnement de l'encadrement et, notamment, des cadres supérieurs dans le cadre de la gestion par centre de responsabilité.

Afin de mieux cerner la place qu'occupent les cadres supérieurs au sein de l'établissement et leurs rôles dans la dynamique du service infirmier, il nous est apparu nécessaire d'étudier la fonction dans son cadre réglementaire.

1.3 LA FONCTION DE CADRE SUPÉRIEUR

La reconnaissance d'une fonction se fait par rapport à un statut qui constitue la base juridique de son exercice.

1.3.1 Le cadre législatif et son évolution

Le terme de « surveillante chef » apparaît pour la première fois dans **l'article 13 du règlement-modèle du 5 juin 1938** relatif à l'organisation de la psychiatrie.

Le **décret n°891 du 27 avril 1943** stipule : « *les surveillants et surveillantes dirigent les infirmiers (ères) et le personnel de service sous l'autorité du directeur (...) pour les questions administratives et sous l'autorité du médecin-chef de service pour les soins à donner aux malades...* ». Ce texte permet de voir apparaître une position de la fonction de cadre supérieur sous une double autorité, à la fois administrative et médicale. Cette double appartenance dans l'histoire reste-t-elle vécue aujourd'hui comme un frein à l'exercice de cette fonction ou au contraire les cadres supérieurs doivent-ils y voir une opportunité d'être à une place charnière entre deux logiques, parfois différentes, mais néanmoins complémentaires ?

Ensuite, les **décrets n°62-132 du 2 février 1962** et n° 69-281 du 24 mars **1969** instituent la fonction de surveillant-chef. Ils officialisent une fonction réclamée par les hôpitaux, existant déjà dans les faits. Cette fonction est perçue comme indispensable pour améliorer l'encadrement de l'activité du service infirmier qui tend de plus en plus à se diversifier et à se spécialiser. Ces décrets fixent, par ailleurs, les conditions de recrutement, d'avancement et de rémunération des surveillant(e)s chefs, appelé(e)s dès lors « surveillant(e)chef des services médicaux » .

Le **décret n°88-1077 du 30 novembre 1988** relatif aux statuts particuliers des

personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière supprime le grade de surveillant chef et instaure une « reconnaissance fonctionnelle » qui sera délaissée au profit du rétablissement par le grade par l'**arrêté n°89-538 du 3 août 1989** et réaffirmée par le **décret n°91-1271 du 18 décembre 1991** qui modifiera la procédure de nomination par l'établissement par :

- un concours sur titres ;
- le stage d'un an précédant la titularisation dans le grade ;
- l'accession à la catégorie A.

Il est à noter que le recrutement des cadres infirmiers supérieurs est réalisé par concours interne sur titres sans précision particulière sur la nature ou la qualité de ces titres. Ce concours est organisé sur l'initiative du directeur d'établissement et doit faire l'objet d'une publication au journal officiel. Peuvent faire acte de candidature, les surveillants des services médicaux ayant trois années d'ancienneté dans le grade. A noter que le certificat cadre infirmier n'est pas exigé.

Par ailleurs, la sélection des candidats peut être variable d'un établissement à un autre. Certains établissements ont organisé une épreuve orale devant un jury, composé de directeurs, de médecins et de directeurs des soins. Cette procédure reste, à ce jour, non réglementaire. Il en est de même pour la formation à cet emploi. Aucun cycle de formation d'adaptation à l'emploi n'est instauré. Cependant, aujourd'hui, de nombreuses directions ont le souci de former l'encadrement supérieur et le contenu de la formation est laissé au libre choix de l'établissement. L'absence de validation officielle de ces formations entraîne de grandes disparités dans les établissements.

1.3.2 Les missions du cadre supérieur

Elles sont définies dans une **lettre circulaire n°30 du 20 février 1990**. Ce texte, sans valeur réglementaire, reste le document de référence de nombreux établissements pour décliner les profils de poste et, notamment, pour clarifier les champs d'actions des cadres supérieurs et des cadres. Cette circulaire a été rédigée en concertation au sein d'un groupe de représentants professionnels. Cette lettre, à l'initiative de G. Vincent, Directeur des hôpitaux, relate : *« l'importance mais aussi les difficultés de leur position, ainsi que la nécessité de clarifier leur mission et leur rôle et de faire en sorte qu'ils soient, d'une manière générale, mieux reconnus dans leur fonction d'encadrement »* .

Dans le texte, la description des activités du cadre supérieur se fait selon 4 axes :

- La Technicité décomposée en 4 domaines d'activité :
 - ✓ Soins,
 - ✓ Gestion,
 - ✓ Formation des stagiaires,
 - ✓ Recherche.

- Information ;
- Relation/communication ;
- Contribution économique.

Par ailleurs, dans la **nomenclature des emplois types**, la fonction de cadre supérieur est positionné dans la famille professionnelle des soignants et dans la sous-famille de l'encadrement soignant. Sa mission et ses fonctions sont définies ainsi : *«Dans le cadre du projet d'établissement, le surveillant chef participe en collaboration avec le ou les chefs de service, l'infirmier général et l'encadrement dont il est responsable, à l'élaboration des objectifs de son secteur. Il est responsable de l'harmonisation, de la coordination et de l'organisation des moyens de plusieurs unités.[...] Il peut être chargé plus particulièrement de l'amélioration de la qualité des prestations offertes par l'ensemble de l'établissement dans l'un des domaines de sa technicité (soins, organisation, hygiène...)»* .⁴

Ce texte situe le cadre supérieur dans l'organigramme hiérarchique infirmier, entre l'infirmier général et le surveillant d'unité, toujours en lien avec le corps médical. De plus, il introduit une notion de transversalité et confère au surveillant chef une expertise.

En dernier lieu, le **guide du service infirmier n°3** est un document qui donne, du cadre supérieur infirmier, la définition suivante : *«cadre infirmier responsable de l'organisation et du fonctionnement d'un service (ensemble d'unités de soins) ou d'un groupe de services de soins, de l'encadrement de ces services et du contrôle des soins. Il est chargé de mettre en oeuvre la politique de soins définie par le service infirmier sous la responsabilité de l'infirmier général qui peut lui confier des fonctions de coordination, de conseil, de formation, de recherche dans un domaine spécifique»* .

Ce texte fait référence à une politique de soins et à la responsabilité du cadre supérieur dans sa mise en oeuvre. Une fois de plus, il est évoqué l'idée de missions transversales dans certains domaines.

Plus récemment, la dimension de transversalité est à nouveau réaffirmée dans le **répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière**⁵ élaboré en 2004. Ce document définit le champ d'action du cadre supérieur comme le niveau d'encadrement intermédiaire, entre le niveau stratégique et le niveau de proximité. A cette position, les activités de management consistent entre autres à la gestion, la coordination et l'animation d'activités ou de projets transversaux, en relation avec d'autres services.

Des précisions ont été apportées au cours de ces dernières années afin de clarifier la fonction de cadre supérieur. Il reste, qu'aujourd'hui, ces textes réglementaires ne

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

5 Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Éditions ENSP, 2004.

permettent pas d'identifier pleinement les modalités d'exercice de cette fonction et ne prévoient nullement, par ailleurs, les perspectives d'évolution de cette fonction.

1.4 LE DIRECTEUR DES SOINS ET LE SERVICE INFIRMIER : QUEL MANAGEMENT ?

1.4.1 Une finalité commune

Les interrogations des directeurs des soins (auparavant les infirmiers généraux) sur le management des cadres supérieurs ne sont pas nouvelles. Elles font l'objet de nombreuses publications, notamment dans le cadre de l'élaboration des mémoires durant leur cycle de formation à l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP).

Certes, ce niveau d'encadrement, qu'on appelle intermédiaire par opposition à celui de proximité, requiert une attention toute particulière compte tenu des spécificités que nous avons abordées ci-dessus. Cela n'exclut pas, pour autant, la nécessité de se questionner sur l'ensemble de l'encadrement, prenant en compte les cadres de proximité. En effet, ceux-ci sont un des maillons du management hospitalier. Ils sont au coeur des systèmes de travail, en contact avec tous les partenaires et donc en position de dégager les paramètres de la réussite. Ils assurent la mise en oeuvre des projets institutionnels.

Nous voyons là, tout l'intérêt pour le directeur des soins, d'une approche globale du management des cadres. Certes, le management des cadres supérieurs est déterminant dans la conduite des projets mais encore faut-il que la dynamique impulsée se décline au niveau de l'encadrement de proximité et retentisse sur le service infirmier.

Car, à nos yeux, le management ne prend toute sa signification et tout son intérêt que dans une philosophie et une finalité partagées avec les équipes, avec la conviction de la place et de la responsabilité de chacun des professionnels, pour un service infirmier qui oeuvre au service de l'utilisateur. Cette approche devra rester le fil conducteur de toutes les stratégies d'actions du directeur des soins et pour ce faire, l'amener à concevoir des liens constants entre le niveau opérationnel et le niveau décisionnel.

1.4.2 Un enjeu de performance

Aujourd'hui, nous l'avons vu, les réformes hospitalières nous amènent à nous interroger sur les pratiques managériales dans un souci d'optimisation des organisations.

L'accréditation des établissements de santé induit une notion inédite, celle de la concurrence. Du reste, les pouvoirs publics mais aussi les usagers ne sont pas insensibles aux publications dont elle fait l'objet. Elles génèrent des comparaisons entre les établissements de santé, publics et privés mais aussi entre établissements publics. L'accréditation amène de ce fait, à intégrer une notion nouvelle pour le service public, celle de la performance. Selon G. BARSACQ, « *la performance hospitalière peut se*

décliner à partir d'un système de valeurs dont on pense qu'il peut fonder l'hôpital moderne :

- la sécurité avec la notion de continuité des soins
- l'évolutivité
- la compétitivité
- le dynamisme
- la qualité⁶ »

Il convient de s'interroger comment, en tant que directeur des soins, accroître la part de ces valeurs dans notre politique managériale et ainsi optimiser la performance collective. Cette performance collective revêt ici un sens bien spécifique car, conformément au **décret n°2002-550 du 19 avril 2002**, portant statut particulier des corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, le directeur des soins peut être nommé par le chef d'établissement, coordonnateur général des soins. A ce titre, il coordonne les activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Comment dans le cadre de cette fonction, pouvons-nous amener chacun de ces métiers, tout en respectant leur spécificité, à prendre conscience de la logique des autres et faire en sorte que, progressivement, les représentations individuelles se transforment en représentations collectives ?

1.4.3 Des compétences nouvelles

Depuis quelques années déjà, la culture des résultats se développe dans nos organisations. Il nous appartient de réfléchir à la manière optimale de mettre les compétences de l'encadrement, plus particulièrement celles des cadres supérieurs, de par leur dimension stratégique, au service de l'institution.

L'accès des cadres supérieurs à cette fonction, nous l'avons vu, ne requiert aucune formation d'adaptation à l'emploi obligatoire et nous pouvons rencontrer une certaine hétérogénéité dans les modalités d'exercice. Les compétences acquises tout au long de l'expérience professionnelle sont plus ou moins développées selon les professionnels et les postes occupés. La modélisation de la fonction repose, parfois, uniquement sur la reproduction d'un schéma observé durant l'exercice de cadre, fortement empreinte de considérations affectives plus que professionnelles.

Aujourd'hui, l'organisation de la gestion en pôles soulèvent d'autres interrogations au directeur des soins. Le cadre de santé chargé d'exercer en collaboration avec le chef de pôle n'est pas clairement identifié. Qu'il soit cadre de proximité ou cadre supérieur, se pose la question de la compétence en management des ces professionnels. La contractualisation accompagnant cette nouvelle configuration va accroître les responsabilités du cadre et exiger parallèlement une clarification des fonctions

6 G. BARSACQ. La dynamisation des ressources humaines. Les Éditions ESP. Paris, 1989.

d'encadrement ainsi que celle des compétences requises.

Ainsi, selon S. LUCAS, cette réorganisation hospitalière, à travers la création des pôles, oblige les décideurs à accompagner ces schémas organisationnels d'une formalisation des fonctions émergentes. Des expériences menées dans certains établissements de santé et, en particulier au CHU de Nantes, révèlent que les fonctionnements en pôles modifient le travail du quotidien des cadres. « *La démarche a nécessité le repositionnement de la direction et des cadres. Les cadres supérieurs entrevoient leur métier comme un nouveau métier* ⁷ ». Pour ces derniers, la modification essentielle porte sur le fait que l'ensemble des projets et des décisions doit être pensé en fonction des objectifs et des enveloppes budgétaires du pôle. Une dimension financière dans la gestion des cadres apparaît de plus en plus prégnante.

Au terme de cette première partie, nous entrevoyons la fonction de cadre supérieur à un niveau stratégique au sein de l'institution et au coeur de multiples enjeux. Pour autant, il nous semble, compte tenu des difficultés de leur exercice aujourd'hui, que ces professionnels soient peu ou prou préparés aux évolutions dont ils doivent être les accompagnateurs.

Ce cadre de questionnement nous amène à aborder cette fonction dans une approche conceptuelle de l'acteur dans l'organisation, le service infirmier et le management.

7 BOURRET. P. Gestion de proximité et organisation en pôles d'activité au Chu de Nantes, 2003.

2 DEUXIÈME PARTIE : LE CADRE THÉORIQUE, LES CONCEPTS

2.1 L'HÔPITAL : L'APPROCHE D'UNE ORGANISATION

2.1.1 Les caractéristiques

Dans son ouvrage, Structures et dynamique des organisations, H Mintzberg décrit de manière fidèle les caractéristiques de l'organisation des hôpitaux français dans le chapitre consacré à la « bureaucratie professionnelle ». La représentation synthétique qu'il fait de l'organisation sous forme de « configuration structurelle » permet d'appréhender les traits caractéristiques de l'organisation hospitalière. Elle se définit ainsi :

- un sommet stratégique représenté à l'hôpital par l'équipe de direction.
- un centre opérationnel qui regroupe les responsables de l'exécution des missions fondamentales de l'organisation (les unités de soins, les médecins et les soignants).
- une ligne hiérarchique, intermédiaire entre le sommet et la base. On y retrouve l'encadrement.
- une technostucture ou directions fonctionnelles, se consacrant essentiellement à la dimension économique de l'organisation.
- une logistique à savoir la cuisine, la buanderie, le transport. Ces fonctions soulagent le centre opérationnel des tâches considérées comme accessoires au regard de la mission fondamentale de l'institution, lui permettant de mieux se concentrer sur celle-ci.

2.1.2 Les spécificités

L'approche de l'organisation hospitalière met en évidence les particularités suivantes :

- une place importante du centre opérationnel, autrement dit des unités de soins qui demeurent relativement indépendantes les unes des autres. Bien que le développement des technologies de diagnostic et de soins complexes aient eu comme conséquence de créer des interdépendances entre services de soins et services d'aide aux diagnostics par exemple, l'hôpital demeure une organisation où le degré de spécialisation est très marqué.
- la position du Directeur qui cristallise toutes les ambiguïtés de l'organisation. En effet, celui-ci nommé par le Ministre de la santé, est responsable de sa gestion devant un conseil d'administration local. Il trouve, par ailleurs, sa légitimité et son pouvoir dans sa capacité constante à préserver le centre opérationnel des perturbations susceptibles d'être engendrées par les changements de politique et les contradictions des pouvoirs de tutelle.
- une ligne hiérarchique interrompue entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Le directeur n'a ni les possibilités, ni les compétences pour diriger les chefs de services médicaux. Par contre, il existe une ligne direction-logistique ainsi

qu'une ligne direction-soignants. De même, qu'il existe une hiérarchie fonctionnelle entre les médecins chefs de service et les personnels.

- une logistique très développée sous le contrôle des membres de la technostructure. Dans ce domaine, l'appartenance du médical et du logistique à deux univers différents induits d'importantes insuffisances de coordination qui influent considérablement sur la qualité du service rendu.
- peu de mécanismes formels de coordination. Selon M Cremadez⁸, la primauté est donnée à deux autres mécanismes de coordination qui sont l'ajustement mutuel entre individus et la standardisation des qualifications. Ces concepts, avec leurs limites, permettent de comprendre la dynamique de l'organisation de l'hôpital.
 - ✓ l'ajustement mutuel, basé sur la qualité des relations entre responsables, permet une coordination par une simple communication informelle, et reste donc étroitement liée à la personnalité des interlocuteurs.
 - ✓ la standardisation des qualifications autorise une coordination spontanée grâce à une homogénéisation des comportements individuels. Elle est obtenue par la formation et la socialisation et permet aux personnels d'une même équipe de savoir ce qu'ils peuvent attendre les uns des autres. La limite peut en être une tendance au corporatisme.

2.1.3 La dynamique de fonctionnement

La vision un peu statique du fonctionnement de l'hôpital, décrite ci-dessus, mérite d'être complétée par une vision plus dynamique.

A) La différenciation

Les organisations sont des systèmes ouverts qui doivent se maintenir en équilibre dynamique avec leur environnement. La configuration de l'hôpital, en un certain nombre d'unités, découpe l'environnement en autant de sous environnements distincts. Chaque service de l'hôpital entretient des relations privilégiées avec une fraction de l'environnement. Lawrence P-R et Lorsch J-W⁹ qualifient ce phénomène de différenciation. Cette approche contribue, pour le service, à déterminer les modes d'organisation du travail, les comportements individuels et les formes de relations interpersonnelles qui le distinguent des autres services. Ce phénomène, qui intervient à plusieurs niveaux de l'organisation, s'inscrit dans une dynamique. Il permet l'adéquation des caractéristiques organisationnelles aux spécificités du sous-environnement propre.

Par ailleurs, la différenciation est source d'efficacité et chaque organisation doit respecter un degré de différenciation de ces structures. En effet, il ne faut pas vouloir, par souci d'homogénéité, vouloir réduire les différences mais plutôt tendre à les valoriser. La

8 M. CREMADEZ. Le management hospitalier. InterÉditions Masson. Paris, 1997.

9 ibid

différenciation dans les hôpitaux français se retrouve sous plusieurs formes dont les principales sont les suivantes :

- *la différenciation administration/médical* : deux univers antagonistes
Elle oppose le monde professionnel, celui des services qui poursuivent des objectifs essentiellement qualitatifs, composé de personnels et de patients, à un monde administratif à dominance juridico-administrative, aux objectifs de nature quantitative et économique avec des préoccupations centrées sur les relations avec l'administration au sens large, telles que la tutelle.
- *la différenciation logistique/centre opérationnel*
Les services logistiques appartiennent à l'univers administratif et poursuivent des objectifs de rentabilité ou de moindre coût. Le centre opérationnel, composé de médecins, poursuit quant à lui des objectifs qualitatifs et la maîtrise des coûts n'est pas leur préoccupation dominante.
- *la différenciation au sein du centre opérationnel*
La différenciation entre le corps médical et non médical n'est pas négligeable. Si celle-ci est moins marquée au sein de chaque service compte tenu des nécessités d'interaction, entre médecins et paramédicaux, liés aux besoins des patients, aux pathologies et aux traitements, elle est plus marquée dans le cadre de l'élaboration de la politique générale de l'hôpital. En cas de difficultés ou d'incertitudes, des luttes de pouvoir et des batailles idéologiques peuvent surgir. A l'inverse du corps médical, le corps infirmier est géré de manière centralisée et hiérarchisée.

La différenciation renforce les barrières naturelles à la communication. Plus une organisation sera différenciée, plus il sera difficile de faire collaborer les services entre eux. En effet, chaque service aura tendance à ne voir le problème posé qu'en fonction de sa perception des contraintes de l'environnement. Alors, la nécessité apparaît de mettre en place des mécanismes de révélation et de résolution de conflits.

B) L'intégration

L'intégration, qualifiée ainsi par Lawrence P-R et Lorsch J-W, consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs. La force de l'intégration requise dépend de l'intensité de la différenciation.

Le mécanisme fondamental est la hiérarchie. Lorsque la différenciation est faible, la hiérarchie, associée à des systèmes formels tels que les procédures, les systèmes de planification et de contrôle, suffit à obtenir le degré d'intégration nécessaire exigé pour être performant. Elle peut se révéler insuffisante quand la différenciation s'accroît. Il faut concevoir des modes d'intégration complémentaires afin de rendre la coordination flexible et plus adaptable par une multiplication des modes de collaboration entre individus.

L'intégration dans les hôpitaux français peut se réaliser de plusieurs manières :

➤ *l'intégration par la voie hiérarchique*

Elle s'exprime de manière limitée puisque, nous l'avons vu plus haut, elle est interrompue entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Cependant, elle concerne les relations des services logistiques et de la technostructure avec le sommet stratégique.

➤ *l'intégration par les procédures et les standards*

Elle est relativement développée dans les domaines de prédilection de la technostructure administrative, même si elle tend, compte tenu des progrès de l'ingénierie médicale, à s'appliquer au domaine médical. Elle reste, cependant, de nature centralisatrice et consiste davantage à faire appliquer le règlement que de mettre en oeuvre des formes de travail communes aux différents services.

➤ *l'intégration par ajustements mutuels*

Mode de coordination basé essentiellement sur le mode relationnel.

➤ *l'intégration par les comités ou commissions*

Elle s'exprime par les comités de direction réunissant le directeur et les chefs de service administratifs mais, aussi entre le médical et l'administration, avec la commission médicale d'établissement. Elle se développe principalement pour instruire des thèmes essentiels (les choix d'équipements sophistiqués ou lourds).

La complexité hospitalière entraîne des exigences différenciées. La nécessité que les unités possèdent des caractéristiques organisationnelles différentes exige parallèlement une coordination facilitant l'intégration des unités les unes aux autres et, pour ce faire, de mettre en place des procédures d'intégration.

2.2 LE SERVICE INFIRMIER

« Dans chaque établissement public de santé, le service de soins infirmiers regroupe l'ensemble des personnels qui participent à la mise en oeuvre des soins infirmiers »¹⁰.

Pour préciser ce concept, nous retiendrons une des définitions proposées dans le Guide du service infirmier¹¹ (B.O n°86-21 bis, *Terminologie des soins infirmiers*, page 42) :
« Structure d'hospitalisation organisée pour la prestation de soins infirmiers, dirigée par une infirmière générale et qui regroupe les infirmières générales adjointes, les surveillantes-chefs, les surveillantes, les infirmières spécialisées, les infirmières de soins généraux et de secteur psychiatrique, les élèves infirmières en stage, les aides-soignantes et auxiliaires de puériculture, les élèves aides-soignantes, les agents de service hospitalier » .

10 D. MATHIS. Le service de soins dans les établissements publics de santé, Les Études Hospitalières, Editions Bordeaux, 2002.

11 Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, Direction des Hôpitaux, Guide du service infirmier, B.O, N°88-10 bis

Cependant, aujourd'hui ce concept donne une approche restrictive de la composition actuelle de l'ensemble des professionnels participant aux soins. Nous devons, bien sûr, y associer l'ensemble des personnels médico-techniques ainsi que les personnels de rééducation. C'est, du reste, l'idée qui sous tend la notion de coordination générale des soins, fonction à laquelle un directeur des soins peut être nommé par le chef d'établissement.

2.2.1 Un ensemble d'acteurs

A) Des acteurs et des rôles

Dans chaque organisation, chaque membre se voit attribuer une tâche plus ou moins bien définie. Selon P BERNOUX, « *le fait d'ajouter qu'il s'agit d'un rôle signifie que chaque agent peut accomplir cette tâche d'une manière particulière* »¹². En effet, une fonction n'est jamais remplie de la même façon car les agents jugent différemment l'importance des diverses tâches contenues dans la définition de sa fonction. Du reste, dans la pratique professionnelle, chaque agent exerce sa fonction d'une manière qui lui est propre, tout en se calquant au plus près des fiches de poste qui sont à sa disposition. C'est, en ce sens, que tout membre d'une organisation se comporte comme un acteur.

Par ailleurs, P. BERNOUX qualifie l'acteur comme relativement libre. Cette pensée rejoint celle de M. CROZIER¹³ qui définit la conduite humaine comme « *l'expression et la mise en oeuvre d'une liberté* ». Il évoque ainsi la complexité des comportements humains au sein d'une organisation, liée en partie au fait que l'homme garde toujours un minimum de liberté qu'il peut utiliser contre le système.

B) Le pouvoir des acteurs

Au sein des organisations, le pouvoir est un élément non négligeable au coeur des relations humaines. M. CROZIER aborde la relation de pouvoir du point de vue des acteurs. Selon lui, le pouvoir implique toujours la possibilité, pour certains individus ou groupes, d'agir sur d'autres individus ou groupes. Il insiste sur le caractère relationnel du pouvoir et affirme : « *le pouvoir est donc une relation, et non pas un attribut des acteurs* ». Il ne peut se manifester, et donc devenir contraignant, que par sa mise en oeuvre dans une relation d'acteurs dépendants dans l'accomplissement d'un objectif commun, conditionnant leurs objectifs personnels. Il ne se développe qu'à travers l'échange entre les acteurs engagés dans une relation donnée. De ce fait, le pouvoir est inséparablement lié à la négociation.

Pour compléter cette approche, l'auteur évoque les contraintes structurelles qui caractérisent une situation de négociation donnée. Ce sont celles qui délimitent le champ

12 P. BERNOUX, La sociologie des organisations, Éditions du Seuil, Paris, 1985.

13 M. CROZIER, E. FRIEDBERG. L'acteur et le système, Éditions du Seuil, Paris, 1977.

d'exercice des relations de pouvoir entre les membres d'une organisation, et définissent les conditions auxquelles ceux-ci peuvent négocier entre eux. Le pouvoir et l'organisation sont donc indissolublement liés l'un à l'autre. D'une part, les acteurs ne peuvent atteindre leurs objectifs propres que grâce à l'exercice de relations de pouvoir, d'autre part, ils ne peuvent disposer de pouvoir les uns sur les autres qu'à travers la poursuite d'objectifs collectifs dont les contraintes propres conditionnent directement leurs négociations.

Toujours au sein de l'organisation, l'organigramme et la réglementation intérieure sont aussi des éléments qui contraignent la liberté d'action des individus et conditionnent profondément l'orientation et le contenu de leurs stratégies.

Cette approche nous permet de faire référence à la structure hospitalière et plus particulièrement au pouvoir des cadres hospitaliers au sein de leurs organisations. A ce propos, H. MINTZBERG, dans son ouvrage¹⁴, aborde le pouvoir et les moyens d'influence des cadres. Il définit le pouvoir comme « *la capacité à produire ou modifier les résultats ou effets organisationnels* ». Selon lui, le cadre à l'intérieur de son unité « *est comme un mini président directeur général avec tous les types de pouvoir sur l'organisation entière* ». C'est un cadre de la ligne « hiérarchique » à qui le directeur a délégué des pouvoirs formels, possédant l'autorité légitime sur son unité. Par ce biais, il peut exercer sa liberté d'action et par son pouvoir officiel, contrecarrer les initiatives, retarder ou refuser certaines décisions. De même, par ses relations officieuses avec ses collègues, il est en mesure de développer un pouvoir officieux grâce à ses sources d'information.

Les relations de pouvoir au sein d'une organisation, les rôles et les influences qui s'y jouent sont intimement liés à la vie de cette organisation. Aujourd'hui, l'évolution des structures hospitalières et les contraintes qu'elles imposent à leurs professionnels sont autant de facteurs susceptibles de bouleverser et de modifier les stratégies des acteurs. Un des challenges du management est de gérer la complexité des relations de pouvoir que les acteurs tissent entre eux et d'en faire un atout plus qu'une contrainte.

C) *La motivation*

La dynamique d'une organisation est fortement liée aux motivations de ses acteurs. Or, la motivation ne peut se décréter ni ne s'imposer. Par contre, tout dirigeant peut simplement rendre la situation de travail motivante, mettre en place les conditions nécessaires pour que chacun y trouve un intérêt et, même mieux, du plaisir.

Le concept de motivation est abordé par nombre d'auteurs qui traitent du management. Dans son ouvrage, D TISSIER définit la motivation comme « *une énergie individuelle qui se déclenche lorsqu'une personne trouve dans son environnement de travail, des raisons de « s'investir » dans des activités qui répondent à ses attentes et à ses désirs* »¹⁵. Selon

14 H. MINTZBERG, Le pouvoir dans les organisations, Editions d'Organisation, 1986.

15 D. TISSIER, Management situationnel, les voies de l'autonomie et de la délégation, INSEP, 1997.

l'auteur, le manager ne peut rien faire pour motiver, mais il lui faut tout faire pour connaître ses collaborateurs et identifier les ressorts intérieurs sur lesquels s'appuient leurs motivations. Parfois, il faudra simplement attendre, en plaçant une personne dans un climat de confiance, que la motivation se manifeste d'elle-même.

M. LE SAGET,¹⁶ quant à elle, relate l'évolution de la motivation de l'homme au travail au cours des siècles, à travers trois générations. La première fait référence inévitablement à l'ère du taylorisme. Selon l'auteur, la motivation de l'individu au travail se limite à l'exécution très précise de ce qu'on lui demande.

Puis, de nombreux travaux de recherche, menés au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, entrevoyent une approche davantage centrée sur l'homme au travail que l'auteur appelle la motivation de deuxième génération. F. HERZBERG sera le premier théoricien de la motivation à souligner la différence entre les facteurs de satisfaction au travail et les facteurs d'insatisfaction. Nous apporterons un certain intérêt surtout à ce qu'il décrit comme facteurs d'insatisfaction qui sont les procédures et le management interne, la supervision hiérarchique, les conditions de travail, le mauvais salaire et les relations de travail difficiles.

Enfin, la motivation de troisième génération met en exergue la différenciation et la singularité de chacun comme facteurs déterminants. Il s'agit donc, aujourd'hui, de trouver une solution personnalisée par un travail sur mesure.

2.2.2 Des modes d'organisation

A) L'action collective

Au sein de l'organisation hospitalière, parler d'action collective revient à considérer les conditions qui la rendent possible et les contraintes qu'elle impose. Comme le souligne Michel CROZIER, « *l'acteur n'existe pas en dehors du système qui définit la liberté qui est la sienne et la rationalité qu'il peut utiliser dans son action. Mais le système n'existe que par l'acteur qui seul peut le porter et lui donner vie, et qui seul peut le changer. C'est de la juxtaposition de ces logiques que naissent les contraintes de l'action organisée* »¹⁷.

L'action collective n'est pas un phénomène naturel, d'où la difficulté de sa mise en oeuvre. L'auteur la définit comme un « *construit social* ». Pour lui, les modes d'organisation sont, avant tout, « *des solutions toujours spécifiques, que des acteurs relativement autonomes, ont instituées pour résoudre les problèmes posés par l'action collective, et notamment, le plus fondamental de ceux-ci, celui de leur coopération en vue de l'accomplissement d'objectifs communs, malgré leurs orientations divergentes* » .

Il met en avant la complexité des comportements humains qui échappent au modèle simpliste d'une coordination mécanique. Pour M. CROZIER, un des problèmes majeurs de l'action collective demeure avant tout la coopération.

16 M. LE SAGET, *Le manager intuitif*, Ed Dunod, Paris, 1992.

17 M. CROZIER, E. FRIEDBERG. *L'acteur et le système*. Éditions du seuil. Paris, 1992.

Dans le même ordre d'idée, Pierre MORIN considère que « *l'efficacité des organisations dépend de plus en plus des conditions de coopération qu'elles arrivent à mettre en place entre les individus qui la composent* ».¹⁸ Or cette coopération, nous l'avons vu, n'est pas innée. Elle génère des processus difficiles dans lesquels les acteurs ne s'engagent que moyennant protections, car ils sont menaçants pour eux. En effet, ils impliquent toujours la reconnaissance de relations de pouvoir et de dépendance, et des contraintes qui en découlent. Ces processus sont appelés par M. CROZIER des « *construits d'action collective* » et ont pour but d'organiser des modes d'intégration qui permettent aux acteurs de coopérer sans supprimer leurs libertés.

Ainsi toute structure d'action collective se constitue comme système de pouvoir et toute analyse de l'action collective devra mettre nécessairement le pouvoir au centre de ses réflexions.

B) *La contingence*

L'école de la contingence cherche à rendre compte de la manière dont se structurent les organisations, à travers l'influence des variables de contexte (les technologies mais également le système institutionnel au sens large), sur les caractéristiques de ces organisations. Dans son ouvrage¹⁹, P. BERNOUX rappelle que la théorie de la contingence montre comment une organisation dépend de l'institution, des objectifs de ses dirigeants et des types de configurations organisationnelles qu'elle génère. Ce type d'approche a été vulgarisée dans les travaux d'Henry MINTZBERG (1982, 1990) qui insiste, par ailleurs, sur le concept d'ajustement pour expliquer le rapport des organisations avec leur environnement. Il défend la thèse que, pour qu'une organisation soit efficace, il faut se référer en partie à la situation de l'environnement.

De même, P. MORIN et E. DELAVALLÉE considèrent que, dans toute organisation poursuivant nécessairement un ensemble d'objectifs, les objectifs organisationnels sont étroitement liés aux caractéristiques des environnements de l'organisation. Selon eux, l'efficacité d'un système repose sur un *principe de contingence*, et décrètent qu' « *il n'y a pas de bonne ou mauvaise organisation dans l'absolu. Il y a des organisations plus ou moins adaptées aux exigences de l'environnement* ».²⁰

C) *La cohérence*

Selon Pierre MORIN, le deuxième principe d'efficacité réside dans la cohérence. Pour lui, l'efficacité de toute organisation tient plus de la cohérence entre ses parties que de la qualité de chacune d'elle prise séparément. La cohérence organisationnelle implique la

18 P. BERNOUX, H. AMBLARD, Les nouvelles approches sociologiques des organisations, Éditions du seuil. Paris, 1996.

19 ibid

20 P. MORIN, E. DELAVALLÉE. Le manager à l'écoute du sociologue. Ed d'Organisations. Paris, 2002

clarification et l'explication des objectifs organisationnels. Nous retiendrons également que si cette cohérence est souhaitable, elle est quasiment exceptionnelle et que l'incohérence est davantage la règle. Pour autant, toute organisation refuse un degré trop élevé d'incohérence entre chacun de ses sous systèmes.

Par ailleurs, H. MINTZBERG, s'il met en avant la nécessité de prendre en compte l'environnement dans les organisations, insiste tout autant sur le concept de cohérence pour expliquer le fonctionnement interne des organisations. Sa thèse énonce que l'efficacité d'une organisation réside dans la cohérence interne entre les paramètres de conception. H. MINTZBERG décrit plusieurs configurations d'organisation qui, bien que différenciées, se structurent toutes autour de deux variables ; l'environnement extérieur et ses possibilités de fluctuations, et la cohérence interne du système liée à la dynamique des acteurs. Il fait de la recherche des liens de cohérence un lieu central de compréhension de son fonctionnement. Sa réflexion nous paraît intéressante et tente d'éclairer, entre autres, les rapports entre les conceptions des différents postes de travail, l'organisation des équipes et la définition de la taille des unités. La cohérence apparaît alors comme un élément essentiel de renforcement ou d'affaiblissement de la performance de l'organisation.

Les structures hospitalières et leurs organisations sont d'une grande complexité au regard des acteurs qui y travaillent. Différentes logiques demeurent au centre des services et l'encadrement, plus particulièrement les cadres supérieurs, est parfois confronté à des logiques d'actions contradictoires entre le niveau politique et le niveau opérationnel. Ainsi, la recherche de la cohérence devra être au coeur du management afin que les actions menées aient un sens et que les organisations soient efficaces.

2.3 LE MANAGEMENT

Le management des organisations fait l'objet d'une abondante littérature. Si les définitions évoluent et diffèrent selon les auteurs, nous pouvons cependant considérer que le management d'une organisation renvoie à l'obligation, pour les détenteurs du pouvoir de décision, de réaliser les objectifs définis pour permettre à la structure d'exercer son activité ou sa mission à destination de ses bénéficiaires.

2.3.1 Des notions de base

Le management trouve ses fondements dans des approches conceptuelles différentes, mais complémentaires. La définition du management, évoquée dans les travaux de H. FAYOL au début du siècle dernier, regroupe cinq **fonctions** : la planification, l'organisation, le commandement, la coordination et le contrôle.

H. MINZBERG, en 1973, confère trois sortes de **rôles** à la fonction managériale :

- un rôle **interpersonnel**, avec d'autres personnes et groupes qui ont une incidence sur la position et l'autorité du manager.

- un rôle **informatif**, car il reçoit et transmet l'information. Il doit la partager et sélectionner les personnes qui en bénéficieront le plus directement.
- un rôle **décisionnel** qui peut être très varié avec des incidences profondes.

Pour KATZ (1955), la description du management est avant tout basée sur des **capacités**, que les managers doivent avoir pour réussir. Selon lui, les capacités sont des aptitudes qui peuvent être développées et se manifestent concrètement dans les résultats. Elles ne sont pas nécessairement innées. La personne qui les possède les utilise pour atteindre ses objectifs. Le management exige trois sortes de capacités :

- des capacités **techniques** impliquant des connaissances spécifiques. Elles supposent des aptitudes à l'analyse.
- des capacités **humaines**, afin de pouvoir travailler au sein d'un groupe, participer à un effort conjoint visant à réaliser, avec la plus grande efficacité, des buts communs.
- des capacités **conceptuelles**, permettant d'avoir une vision globale, de percevoir les imbrications entre les différentes composantes d'une organisation et l'incidence que les changements dans l'une auront sur les autres.

Cependant, l'importance relative de ces capacités varie en fonction de la position dans l'institution. En effet, si dans les services, les cadres de proximité font appel souvent à des capacités techniques, ces mêmes capacités serviront plus rarement au sommet de la hiérarchie. A ce niveau, les cadres supérieurs devront certes, continuer à faire la preuve de leurs capacités humaines, mais avant tout faire appel davantage à leurs capacités conceptuelles.

2.3.2 Une évolution nécessaire

A) *Une adaptation au contexte*

Dans son ouvrage, D. TISSIER²¹ souligne la difficulté croissante aujourd'hui de maîtriser le devenir des grandes organisations en raison de l'accroissement de leur complexité et de la diversité des attentes de ceux qui les composent. Notre époque appelle, selon lui, des réponses pragmatiques et innovantes accompagnées d'une transformation régulière et progressive des comportements et des mœurs. Le management **situationnel** s'inscrit dans cet axe. Il consiste en un ensemble de méthodes de management orienté autour d'un système de valeurs. Il a pour fonction d'aider à l'évolution des mœurs dans une organisation, en diffusant une nouvelle manière d'exercer l'autorité et la responsabilité.

Cette approche du management et l'efficacité du manager reposent sur quatre principes :

- le développement des personnes dont il a la responsabilité, assurant à terme la réussite collective.

²¹ D. TISSIER, Le management situationnel, les voies de l'autonomie et de la délégation, INSEP Éditions. Paris, 1997.

- l'utilisation à un instant donné, du style qui commande la situation : le management sera adapté, en utilisant l'autonomie des individus et des groupes comme indicateurs de base.
- l'évaluation permanente de l'autonomie des personnes et des groupes, définie comme la somme de la motivation, de la compétence et du choix du style de management adapté au niveau d'autonomie identifié.
- la création des conditions propices au développement de cette autonomie.

Du reste, cette approche du management qui vise à développer autonomie et responsabilité au sein des hôpitaux se formalise plus récemment au travers du rapport COUANAU sur l'organisation interne des hôpitaux, réalisé en mars 2003, ainsi que la mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale, tous deux étant les fondements du projet « Hôpital 2007 » .

B) Des exigences croissantes

Dans son ouvrage, I. ORGOZOZO, considère que les innovations managériales consistent à passer de la conception de l'organisation, vécue comme un espace de rapports de forces entre dirigeants et dirigés, à une conception nouvelle, définissant l'organisation comme un ensemble d'éléments en interactions orienté vers un but : la satisfaction du client. L'auteur définit le management comme « *une activité consistant à réguler des interactions entre des personnes qui exercent des fonctions ou des métiers différents, dans un même système orienté vers des buts communs* »²².

Aujourd'hui, les nouvelles modalités d'organisation hospitalières comportent pour les équipes de direction, comme pour les acteurs de terrain, une prise de risque et l'acceptation d'une remise en cause des structures hiérarchiques traditionnelles. Selon S. LUCAS, il est nécessaire de percevoir que le management de l'hôpital va évoluer par l'implantation des pôles et les nouvelles fonctions qui vont émerger.

Plus que jamais, les compétences vont être au coeur des pratiques managériales. Le management doit s'appuyer sur les compétences des professionnels, à la fois individuelles mais surtout collectives. Une des fonctions du management est de favoriser l'émergence d'un travail en équipe permettant d'accroître les connaissances, les savoir-faire partagés, faire évoluer les comportements et ainsi tendre vers la performance.

F. HARTE²³, décrit le management de la performance comme « *un processus ou un ensemble de processus visant à établir une compréhension partagée des objectifs et à motiver les individus, dans la perspective d'augmenter les chances de réalisation de ces objectifs. Ce processus englobe à la fois les objectifs de l'organisation et ceux des individus, afin d'améliorer les performances individuelles et collectives* ». Cette

²² I. ORGOZOZO, Les paradoxes du management, Éditions d'Organisation. Paris, 1991.

²³ A. MITRANI, A BERNARD. Des compétences et des hommes. Éditions d'Organisation. Paris 1992

adéquation est au coeur du management global de la performance. Il constitue le « ciment » qui rassemble et intègre toutes les initiatives concernant les ressources humaines.

Dans cette deuxième partie, l'étude des concepts nous permet de replacer l'exercice de la fonction de cadre supérieur dans son environnement et les différents éléments qui le composent, et d'en analyser la complexité pour mieux l'appréhender.

L'enquête effectuée sur le terrain va nous permettre de compléter cette étude théorique par une réflexion et une analyse des pratiques professionnelles.

3 TROISIÈME PARTIE : ÉTUDE, RÉSULTATS ET SYNTHÈSE

Pour la réalisation de ce mémoire, un premier temps de réflexion est basé sur notre expérience personnelle et sur le vécu de certaines situations rencontrées ainsi que sur des lectures et des apports théoriques qui ont apporté un éclairage dans la compréhension des événements. Un second temps a été consacré à une enquête sur le terrain auprès de professionnels et, ce, afin d'approfondir notre analyse et peut être d'appréhender le sujet sous un autre regard.

Nous avons réalisé des entretiens dans deux centres hospitaliers et un centre hospitalier universitaire, auprès de cadres de santé et cadres de santé supérieurs de filière infirmière et de directeurs des soins.

3.1 LA MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Nous présenterons successivement le terrain de l'enquête, le recueil d'informations et, pour finir, les limites et les points forts.

3.1.1 Le terrain de l'enquête

Notre étude s'est déroulée dans trois établissements publics de santé, au cours des stages effectués pendant la formation de directeur des soins à l'ENSP.

- Le centre hospitalier n°1 (CH1) a une capacité d'accueil de 862 lits et places. Il propose une offre de soins pluridisciplinaires où toutes les activités sont représentées et le projet actuel intègre la réorganisation des services autour de 6 pôles médicaux et 1 pôle médico-technique. Le service infirmier est sous l'autorité d'un directeur des soins, coordonnateur général des soins. L'encadrement est composé de 7 cadres supérieurs et de 28 cadres de santé.
- Le centre hospitalier n°2 (CH2) développe un panel diversifié d'activités et de disciplines médicales et chirurgicales (532 lits et places). La direction des soins est assurée par un coordonnateur général des soins. Il a sous son autorité 6 cadres de santé supérieurs et 31 cadres de santé, infirmiers, rééducateurs et médico-techniques. Les cadres supérieurs ont chacun des missions transversales .
- Le centre hospitalier n°3 (CH3) est un centre hospitalier universitaire (CHU) dont la capacité d'accueil est de 2047 lits et places. Implanté sur 5 sites, le CHU est engagé dans une phase de restructuration qui vise à recomposer et moderniser l'établissement autour d'activités regroupées en pôles. La direction des soins est sous la responsabilité d'un coordonnateur général des soins, assistée de 7 cadres supérieurs chargés de missions transversales. Par ailleurs, l'encadrement est composé de 34 cadres supérieurs et 146 cadres de proximité.

3.1.2 Le recueil d'informations

Notre enquête a été réalisée à l'aide d'un entretien directif²⁴. Au total, nous avons mené :

- 6 entretiens avec des cadres de santé supérieurs ;
- 9 entretiens avec des cadres de santé ;
- 4 entretiens avec des directeurs des soins.

A) Le choix des personnes

Afin de recueillir des éléments exploitables en terme d'impact de management, nous avons souhaité enquêter auprès de professionnels exerçant leur fonction depuis au moins un an sur leur lieu d'exercice. De même, à chaque fois, nous avons choisi les cadres de santé supérieurs et leurs cadres de santé respectifs. Pour alléger nos propos, nous avons choisi d'utiliser la terminologie de cadre supérieur et de cadre de proximité.

B) Les outils

Les entretiens ont fait l'objet d'une prise de rendez-vous et ont duré environ quarante cinq minutes. Il ont été effectués à l'aide d'une grille présentant à la fois des questions communes et des questions plus ciblées au professionnel. Pour en faciliter l'écoute et le traitement, nous avons enregistré les entretiens, tout en garantissant l'anonymat.

Dans le cadre de notre étude qui porte sur le management, c'est volontairement que ce terme n'apparaît pas dans la phrase introductrice²⁵, afin de ne pas orienter les réponses.

C) Le traitement des entretiens

L'ensemble des réponses a été traité à l'aide d'une grille d'analyse sur le principe d'un classement par thèmes. Les propos des professionnels ont été analysés par catégorie de professionnel en regard des questions sous-jacentes au thème. De plus, nous avons tenté de croiser les propos recueillis par les professionnels au sein du même établissement.

3.1.3 Les limites et points forts de l'enquête

A) Les limites.

Notre enquête, réalisée sur trois établissements et à partir de 19 entretiens, ne prétend pas être une recherche exhaustive et scientifique. L'échantillon restreint d'entretiens ne permet pas de généraliser l'interprétation des résultats que nous en faisons.

Le choix de sélectionner des cadres et leurs cadres supérieurs respectifs a été une difficulté supplémentaire dans la réalisation de nos entretiens. Par ailleurs, certaines questions étaient peu explicites et nous avons dû recentrer les réponses.

²⁴ Cf annexes 1,2 et 3. Grilles d'entretien.

²⁵ Cf annexes 1, 2 et 3. Grilles d'entretien

B) *Les points forts*

L'objectif, dans le choix des personnes sélectionnées, était d'appréhender les articulations possibles entre les cadres supérieurs et les cadres de proximité, les cadres supérieurs et le directeur des soins, et de repérer les attentes des uns et des autres. La richesse des propos nous a permis de prendre conscience de la complexité du management des cadres supérieurs et de ses enjeux et de réfléchir à notre engagement dans l'accompagnement de l'exercice de cette fonction.

3.2 RÉSULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS

Nous avons exploité les entretiens à partir de trois grands thèmes :

- la fonction de cadre supérieur
- la formation des cadres supérieurs : une plus value ?
- le fonctionnement de chacun dans l'institution

Nous présenterons les résultats par grade et par question pour les deux premiers thèmes. Une analyse sera proposée en regard de chaque question. Pour le troisième thème dont les questions ont été adaptées au professionnel interviewé, nous ne retiendrons que les propos susceptibles d'apporter un éclairage supplémentaire.

3.2.1 La fonction de cadre supérieur

A) *La perception de la fonction*

Les **cadres supérieurs** voient surtout leur rôle comme une aide pour les cadres, un soutien, un référent qui intervient en cas de difficulté. Ils se positionnent également en conseillers dans le domaine de l'organisation et sur un plan méthodologique. Ils attachent de l'importance à renforcer la confiance du cadre : *« afin qu'il sache manager des professionnels, il doit savoir qu'il est soutenu, qu'il n'est pas tout seul à décider »* . Il encourage pour faire évoluer professionnellement.

Les cadres supérieurs se situent en fédérateurs de projets avec le souci de faire évoluer les services. Ils évoquent leur rôle dans le suivi et la politique de soins, la mise en application des projets de soins avec une approche stratégique en termes de priorisation et de planification des actions. Ils ont un rôle d'impulsion auprès des cadres afin de dynamiser les services. Un rôle est reconnu dans le cadre de l'évaluation des personnels et des travaux effectués par les services.

Le rôle du cadre supérieur comme courroie d'information ascendante et descendante n'est évoqué qu'une seule fois. Un seul cadre supérieur évoque le terme de « manager »(CH1).

La représentation des **directeurs des soins** du rôle du cadre supérieur est en premier lieu celui d'un coordonnateur des activités des services dont il a la charge. Ensuite, est

évoqué son rôle dans les domaines de la gestion, l'organisation, la mise en place et la conduite des projets. « *C'est un noyau stratégique de la direction des soins, pas sur un niveau opérationnel mais quelqu'un de terrain cependant* ». Un rôle important dans le domaine de la gestion des ressources humaines, notamment dans l'évaluation, la formation, les évolutions de carrière lui est conféré. Ils soulignent son rôle d'aide et d'accompagnement des cadres. Un seul directeur utilise le mot manager (CH1).

Les **cadres de proximité** définissent avant tout le rôle du cadre supérieur comme le lien entre la direction des soins et eux-mêmes, parfois avec la direction des ressources humaines. Pour eux, le cadre supérieur est surtout une ressource qui apporte un autre éclairage des situations, une écoute et un soutien. Il a un rôle transversal dans les organisations de soins, qui favorise le lien et l'articulation entre ses cadres de santé, un rôle de coordination et un rôle d'information. Pour la moitié d'entre eux, il a une place importante dans la dynamique des différents projets, dont le projet de soins.

ANALYSE

Nous constatons que les cadres supérieurs et les cadres de proximité conçoivent en tout premier lieu, le rôle du cadre supérieur dans sa dimension humaine ; un rôle de soutien, d'écoute, de référent et d'accompagnement. Ensuite seulement, est évoquée une représentation davantage en lien avec l'organisation des soins, et le rôle qu'il occupe dans la politique de soins et l'impulsion auprès des cadres dans la mise en place et la dynamique des projets.

C'est dans une approche inverse que les directeurs des soins se représentent ce rôle. Ils le définissent d'abord comme un coordonnateur des activités de soins, avec un rôle dans la gestion, notamment des ressources humaines, dans l'évaluation et la conduite de projets. C'est sans doute la position à distance des directeurs des soins qui leur permet d'avoir une représentation davantage axée sur le professionnalisme.

La proximité des cadres supérieurs avec leurs cadres fait ressentir avec plus d'acuité l'importance des relations humaines dans leur mode de fonctionnement. Nous avons été surpris, du reste, que le terme de manager soit aussi peu utilisé. Ceci est peut être en lien avec cette perception particulièrement empreinte d'affectivité.

B) Déclinaison de la fonction

Pour deux tiers des **cadres supérieurs**, les visites dans les services, les échanges avec les cadres font partie de leur activité quotidienne. Des réunions sont organisées à des rythmes variables, mais régulières. Elles regroupent ou non tous les cadres d'un même secteur et ont essentiellement pour objet de diffuser des informations. L'importance et la diversité de leurs secteurs de responsabilité conditionnent la faisabilité de ces réunions. Un cadre supérieur qui a la responsabilité du bloc opératoire, des services de chirurgie et

de médecine décrète : « *il est impossible de réunir tous les cadres en même temps, les problématiques des services ne sont pas les mêmes et on perd du temps* ». Certains cadres supérieurs organisent des réunions autour de projets, de thèmes de travail. « *Dans le cadre de ces réunions, je travaille en amont avec les cadres pour faire émerger les objectifs et je laisse toute autonomie pour définir les moyens, la stratégie pour en assurer le suivi* »(1 cadre supérieur du CH1). Dans le même établissement, un autre cadre supérieur avoue être débordé et avoir peu de temps à y consacrer.

« *Pour moi, les cadres supérieurs sont des professionnels disponibles, au bon endroit, quand il faut* »(CH1). Les **directeurs des soins** conçoivent l'exercice des cadres supérieurs sur le terrain à travers deux aspects : d'une part, des visites quotidiennes dans les services et d'autre part l'organisation de réunions avec l'encadrement qui font souvent suite aux réunions qui ont eu lieu avec le directeur des soins. Trois d'entre eux (CH2 et CH3) évoquent le lien important avec les chefs de service, notamment autour des projets et des organisations à mettre en place.

Pour deux tiers **cadres de proximité**, la visite du cadre supérieur dans leur service est quotidienne, pour échanger ou bien régler des problèmes ponctuels (absentéisme par exemple). Un affirme : « *c'est un gros point fort du cadre supérieur. Elle est très présente, sait de quoi elle parle, elle voit, entend et observe* ». (CH1)

Ils évoquent tous des réunions régulièrement organisées avec les autres cadres. Elles ont pour objet en priorité la diffusion d'informations et peu celui de suivre les objectifs de service ou faire le point sur les projets. Dans le CH2, les cadres, cependant, disent en être demandeurs : « *les cadres de proximité sont submergés par les problèmes sociaux des agents, le soutien aux équipes. Ils sont usés et ont besoin d'être stimulés* » .

ANALYSE

Nous devons admettre que cette question a dû être souvent explicitée, car sans doute trop généraliste.

Nous retrouvons la notion de proximité entre les cadres supérieurs et leurs cadres évoquée plus haut. Une grande autonomie laissée aux cadres de proximité semble être la pratique habituelle. Le suivi des objectifs, la conduite des projets de service ou institutionnels, qu'ils reconnaissent pourtant être de leur rôle, restent peu effectifs pour certains cadres supérieurs et variables au sein d'un même établissement. C'est également la représentation qu'en ont les cadres de proximité qui, tout en appréciant la présence quotidienne de leur cadre supérieur, souhaiteraient un management impulsant davantage une dynamique autour des projets (CH2).

Les directeurs des soins, pour leur part, mettent en avant la collaboration importante avec les chefs de service autour des projets et des organisations à mettre en place, approche que nous ne retrouvons pas dans les propos des cadres supérieurs. En effet,

nous constatons, ici que le management est appréhendé par les cadres supérieurs presque exclusivement dans son rapport aux équipes soignantes.

Les autres modalités d'exercice de la fonction et les missions ne sont pas abordées.

C) Différences entre les champs d'exercice

Les **cadres supérieurs** différencient clairement leur champ d'exercice de celui des cadres. Ils s'accordent tous à dire que le cadre de santé a une place fondamentale sur le terrain. « *Le cadre doit être autonome dans sa gestion, j'ai le souci de respecter l'unité comme appartenant au cadre, il ne peut y avoir 2 têtes !* » (CH2). Selon eux, le cadre de santé gère son équipe, le quotidien du patient et en organise les moyens, même si un avis au cadre supérieur peut être demandé. « *Je propose des solutions mais je ne les impose pas, c'est le cadre qui conduit l'action et qui doit être convaincu* » (CH2).

Les cadres supérieurs situent leur fonction à autre niveau, qui leur permet une distance nécessaire pour aider avec plus d'objectivité. Ils jouent un rôle de tiers dans le cadre de problèmes avec les chefs de service. L'organisation est davantage centrée sur des fonctionnalités qui ne sont pas quotidiennes : « *je gère la fermeture des lits, les travaux, la plan de formation* » .

Alors qu'une personne se situe plus proche de la direction des soins (CH1), dans la construction des projets, la participation à la définition des grandes orientations et l'élaboration de projets, une autre insiste sur l'importance de la diffusion de l'information institutionnelle aux cadres pour éviter le cloisonnement et favoriser l'ouverture d'esprit. « *je veille à éviter qu'ils aient la tête dans le guidon* » (CH1).

Le champ d'exercice du cadre de proximité est défini par les **directeurs des soins** comme étant celui du terrain, de l'unité et de son environnement au quotidien, en relation directe avec la clientèle, le corps médical et le cadre supérieur. Cette opérationnalité se traduit à travers l'organisation des soins et des différentes interventions qui s'articulent autour des patients et la gestion des équipes. Sa position lui confère une place importante dans la gestion ascendante de l'information.

La vision globale des activités est ce qui caractérise le champ d'exercice des cadres supérieurs. Leur position à distance leur permet une supervision. Pour un directeur des soins, « *le cadre supérieur est un professionnel qui maîtrise plusieurs logiques (financière, administrative, soignante, de la clientèle et de l'accréditation), qui doit les faire vivre* » . C'est un relais du directeur des soins.

Pour les **cadres de proximité**, les rôles de chacun sont bien différents et clairement définis. Ils reconnaissent leur champ d'exercice dans le quotidien et l'opérationnalité, au plus près des patients et des équipes. Un cadre évoque : « *on a le nez dans le guidon, on gère les problèmes de terrain, coup par coup, on n'a pas le temps pour les projets, cela me manque !...* » . Le cadre supérieur, lui, apparaît comme dégagé du quotidien,

pouvant impulser une réflexion sur les organisations. Un autre considère le cadre supérieur proche de l'équipe de direction et plus dans un rôle politique notamment avec les chefs de service. Le champ d'exercice du cadre supérieur est en « différencié », en deuxième intention, quand cela dépasse les compétences et possibilités du cadre de proximité. « *Il a une vision plus globale, plus distante et plus dépassionnée* » .

ANALYSE

A travers nos entretiens, nous avons noté que les champs d'exercice de ces fonctions sont clairs pour chacun. Le cadre de proximité et le cadre supérieur les identifient très bien. Celui du cadre de proximité est identifié comme opérationnel. Quant au cadre supérieur, il est situé davantage à un niveau stratégique, et avec un rôle de supervision. Nous notons cependant qu'un seul cadre supérieur (CH1), se positionne comme un relais du directeur des soins. Ce propos est retrouvé également chez le directeur des soins de cet établissement, ce qui nous laisse penser que le positionnement du cadre supérieur est favorisé par la représentation propre qu'en a le directeur des soins.

D) Les cadres supérieurs et les pôles

Les **cadres supérieurs** ont en général peu de connaissance du sujet et beaucoup d'interrogations. Dans l'ensemble, ils ne sont pas inquiets de travailler avec une direction administrative, ni avec un coordonnateur de pôle. Un cadre supérieur aborde le problème des métiers et dénonce comme un danger de voir disparaître les cadres soignants : « *on ne peut pas contrôler un métier que l'on ne connaît pas...., d'autant plus délicat qu'aujourd'hui, les équipes ne sont pas toujours bien formées et maîtrisent mal les techniques*» (CH2). Un cadre supérieur fait allusion à la gestion contractualisée avec la nécessité de compétences en gestion et en élaboration de tableaux de bord.

Pour les **directeurs des soins**, l'organisation en pôle représente une opportunité avec des atouts considérables pour les cadres supérieurs. L'accent est mis sur la délégation de gestion avec l'accroissement des responsabilités et la nécessité de rendre compte des résultats. Cela permet que les décisions se fassent au plus près du terrain et donc dans une plus grande adéquation avec les besoins. Il met cependant en avant les évolutions inévitables de la fonction de directeur des soins « *Ce sont d'autres modes de relations avec le directeur des soins. Cela suppose que celui-ci lâche du pouvoir et fasse le deuil de beaucoup de choses*» (CH1). Le pôle est aussi perçu comme la possibilité de rationaliser les moyens et de développer des compétences communes.

Un troisième pense que le fonctionnement du cadre supérieur sera lié à l'importance de la structure du pôle, à savoir que, si le pôle prend la dimension d'un hôpital, son rôle sera très proche de celui du directeur des soins. Sa crainte réside dans l'équilibre qu'il y aura à maintenir entre l'activité de gestion qui se voudra grandissante et la disponibilité

nécessaire pour accompagner et soutenir l'encadrement dans ses évolutions.

Le quatrième évoque l'accroissement de la responsabilité du cadre supérieur sur le volet budgétaire et la nécessité d'anticiper par l'élaboration d'une cartographie des compétences dans le cadre des pôles. Il se questionne par rapport aux champs d'actions des acteurs qui, aujourd'hui, ne sont pas définis.

Dans l'ensemble, les **cadres de proximité** entendent peu parler des pôles. La perspective leur paraît intéressante sous réserve que le cadre supérieur soit formé à la gestion. Elles ont bien perçu que sa responsabilité allait être accrue, qu'il faudra prendre en compte une notion de rentabilité avec un plus grand souci d'optimisation des ressources humaines. Ils y voient l'opportunité d'une meilleure reconnaissance : « *il sera en haut de la pyramide, à condition de pouvoir et de savoir se positionner auprès du médecin* ». Les questionnements portent aussi sur la place du directeur des soins dans cette organisation : « *j'ai entendu dire qu'en fonction de la structure, il n'existerait plus* » .

ANALYSE

Nous constatons que l'organisation des services en pôles suscite des réflexions plus ou moins élaborées selon le niveau d'encadrement. Tous s'accordent à dire que le cadre supérieur aura une responsabilité accrue dans la gestion financière dans le cadre de la délégation. Les cadres de proximité y voient surtout une reconnaissance de la fonction du cadre supérieur, sous réserve d'un positionnement. Les directeurs des soins et les cadres supérieurs, eux, sont dans une approche plus réflexive sur l'évolution de cette fonction. Ils évoquent la nécessité d'anticiper par la définition d'une cartographie des compétences et des formations associées. Ils en mesurent davantage les enjeux sur un plan stratégique.

Il nous semble cependant que la question des pôles, bien que soulevant des inquiétudes ou tout au moins des interrogations, ne fait pas, aujourd'hui, l'objet de communications et d'échanges bien structurés entre les acteurs concernés au sein des établissements.

3.2.2 La formation des cadres supérieurs : une plus value ?

A) Les difficultés d'exercice des cadres supérieurs

Les difficultés évoquées par les **cadres supérieurs** sont très variables : difficulté de faire sa place auprès des médecins, insuffisance de temps obligeant à prendre des décisions en urgence et ne permettant pas le travail en groupes, turn over des équipes perçu comme un frein important dans la conduite des projets.

Un cadre supérieur (CH2) considère que le service infirmier n'est pas positionné, qu'il n'y a pas de reconnaissance de la direction. Elle affirme : « *la direction des soins est inexistante, même si cela est confortable parfois* » .

Les **directeurs des soins** considèrent que les difficultés des cadres supérieurs sont personnes dépendantes, et souvent de l'ordre du ressenti. Les raisons sont essentiellement liées à un problème de positionnement vis à vis du corps médical avec la difficulté de faire face aux intérêts individuels qui priment sur les intérêts collectifs, ou un secteur de responsabilité trop important.

Hormis deux **cadres de proximité** (CH1), sous la responsabilité du même cadre supérieur et qui ne lui connaissent pas de difficultés particulières de fonctionnement, les autres cadres considèrent dans l'ensemble que le secteur de responsabilité des cadres supérieurs est trop « lourd ». Dans le CH2, les cadres exposent un manque d'écoute des cadres supérieurs par la direction pour obtenir des moyens. Un problème de cloisonnement entre les secteurs ne permet pas, par ailleurs, l'entraide possible : *« il y a un esprit de chapelle, chacun défend son terrain, ses idées »* . *Ce qui ne nous permet pas de faire cohésion et d'avoir un pouvoir et une crédibilité face à la direction»* . *Il y a une absence totale de politique commune de fonctionnement »* . Un cadre souligne l'absence de formalisation des projets par le directeur des soins qui ne permet pas au cadre supérieur de le décliner dans les secteurs. Au niveau du CH3, le cadre relève le caractère encore très bureaucratique de l'hôpital, les cadres supérieurs subissant les contraintes de l'absence de coordination entre les directions.

ANALYSE

Le positionnement auprès du corps médical peut être, dans certains cas, une difficulté pour les cadres supérieurs, ce que reconnaissent également les directeurs de soins tout en précisant qu'elle est très personne dépendante. Par ailleurs, il nous paraît intéressant de relever dans les réponses à cette question, les liens entre les propos évoqués par les cadres supérieurs et les cadres de proximité du CH2 . Ici, nous constatons que, l'absence de positionnement de la direction des soins donne un sentiment d'absence de reconnaissance de l'encadrement, et de manque de crédibilité au sein de l'institution. Il renforce un cloisonnement important qui ne favorise pas l'entraide entre les services.

B) Les compétences

Lorsque l'on interroge les **cadres supérieurs** sur les compétences nécessaires à cette fonction, nous retrouvons avec récurrence les éléments suivants : avoir une culture et une expertise professionnelle, savoir se positionner et garder une ligne de conduite, savoir argumenter, savoir organiser, être un médiateur et savoir gérer les conflits. La notion de climat de confiance ainsi que la capacité d'être à l'écoute sont évoquées. Puis viennent les compétences en gestion (élaboration de tableaux de bord...), et les capacités telles que savoir convaincre, communiquer, s'informer, décider, négocier et être le lien entre la direction, les médecins et les cadres.

La déclinaison est semblable pour les **directeurs de soins** sauf qu'ils privilégient les compétences en gestion, en conduites de projets et en management, notamment dans l'accompagnement des équipes.

Les **cadres de proximité** énumèrent les compétences qu'ils leur paraissent nécessaires à la fonction de cadre supérieur, en premier lieu : négocier, savoir décider et imposer, avoir une bonne connaissance du terrain et des métiers, avoir une connaissance en sociologie des organisations. Des qualités humaines sont évoquées avec insistance, notamment la capacité d'écoute, la diplomatie et l'équité. Les compétences en management viennent ensuite avec la gestion et la conduite des projets, puis l'accompagnement des cadres dans leurs évolutions. Deux cadres mettent en avant la nécessité de savoir déléguer : « *un cadre supérieur n'est pas une maman !* » .

👉 ANALYSE

Pour l'ensemble des professionnels, les capacités à se positionner, argumenter, négocier, décider sont parmi les compétences essentielles que doit développer le cadre supérieur. Les compétences en gestion (finances, tableaux de bord...) sont également requises. A l'inverse des cadres supérieurs, les cadres de proximité et les directeurs des soins évoquent des compétences en management avec la gestion et la conduite des projets, ce qui est cohérent avec la représentation et leurs attentes de la fonction décrite par eux ci-dessus. La place des qualités humaines (compréhension, écoute, disponibilité) demeure fondamentale. Du reste, certaines personnes nous ont répondu plus facilement en terme de qualités ou d'aptitudes. Les compétences apparaissent bien alors comme une combinaison de savoir faire et de savoir être.

C) *Besoins de formation*

Seul un **cadre supérieur** a suivi une formation au management : « *Cela m'a donné des outils mais, dans le domaine du management, les aptitudes et qualités personnelles sont tout aussi importantes* » . Les autres cadres supérieurs n'en ont pas eu et n'en ont pas éprouvé le besoin. Cependant, ils s'accordent à penser que la formation est bénéfique par les échanges professionnels qu'elle procure, la mise à niveau des connaissances, la mise à distance personnelle et la réflexion sur soi. Ils considèrent qu'aujourd'hui elle est souhaitable : « *je pense que c'est bénéfique et indispensable d'avoir des diplômes, des licences pour accroître ses compétences dans le cadre de la nouvelle réforme. La fonction d'encadrement est en train de changer...* » . Une personne préfère à la formation au management, des formations centrées sur des thèmes, comme la nouvelle gouvernance.

Le thème de la formation au management est appréhendé de façon variable par les **directeurs des soins** : «*Peut être un plus mais pas indispensable*» . Un directeur des

soins a envisagé une formation au sein de l'institution sur les évolutions hospitalières, les nouveaux managements mais reste peu favorable à la formation universitaire : « *je ne vois pas de traduction sur le terrain, pas de différence entre ceux qui l'ont suivi ou pas. Une bonne expérience est parfois mieux* » . Quant aux deux autres, dont un qui a une maîtrise des sciences de l'éducation, la formation au management est indispensable pour appréhender les métiers d'encadrement de demain, les compétences nécessaires, une réflexion sur les pratiques managériales. « *Cela dimensionne les choses..., les cadres supérieurs doivent avoir les pieds sur terre mais aussi la tête dans les étoiles, sinon qu'en est-il de leur créativité ?* » .

Un **cadre de proximité** estime que les personnes compétentes ne sont pas forcément celles qui sont le plus diplômées et que l'expérience est tout aussi importante. Par contre, tous les autres sont favorables à une formation mais les avis divergent par rapport à leur contenu. L'intérêt d'une formation en gestion prime sur la formation en management. « *on est censé être déjà formé au management...* » Pour les cadres, le souhait de formation répond plus à un besoin de réactualiser les connaissances sur les évolutions hospitalières, permettant d'argumenter et d'aider à se positionner, de repenser son management, de prendre de la distance par rapport à la fonction de cadre. Des formations en sociologie des organisations, en ingénierie de formation peuvent être bénéfiques. « *C'est le rôle du directeur des soins de mettre en place des programmes spécifiques de formation pour les postulants à la fonction de cadre supérieur* » (CH2).

ANALYSE

La question de la formation en management des cadres supérieurs reste très discutée. Le seul cadre supérieur qui en ait bénéficié, reconnaît l'intérêt des outils mais aussi ses limites. Ici encore, est évoqué l'importance des aptitudes et qualités personnelles, souvent innées. Tous les directeurs des soins sont favorables à une formation mais ce sont les opinions sur son contenu qui diffèrent ; certains privilégiant la formation universitaire, d'autres la formation organisée au sein de l'établissement sur des thèmes d'actualité. Pour les cadres, c'est la formation à la gestion qui leur semble fondamentale ainsi que la formation universitaire (sociologie, psychologie du travail). Nous voyons bien que l'approche de la question est variable selon que la personne est déjà ou non dans un fonctionnement de cadre supérieur et également fonction de son cursus personnel.

3.2.3 Fonctionnement au sein de l'institution

A) Les missions

Dans l'ensemble, les **cadres supérieurs** n'ont pas de profil de poste bien défini. Certains ont des missions transversales : recherche en soins avec la réalisation de protocoles de soins, l'hygiène, le recrutement. Un effectue les remplacements du directeur des soins.

A l'inverse des autres centres hospitaliers, dans le CH2, les **cadres de proximité** parlent de leurs missions mais n'ont pas connaissance de fiches de postes : « *je me suis fais ma propre fiche de poste* ». Au sein de leur unité, ils ont organisé des groupes de travail sur des thèmes spécifiques ou institutionnel. Pour deux d'entre eux, le rôle social du cadre de proximité est très prégnant, qu'il concerne les patients ou les agents : « *Je suis très accaparée par la fonction sociale ; faire les liens avec les patients, les familles et l'assistance sociale occupe 30 à 40 % de mon temps* » .

B) Contribution à la politique de soins

La contribution des **cadres supérieurs** à la politique de soins passe par le souci d'être un acteur dans la réflexion et de faire adhérer les autres professionnels, dans le cadre du projet de soins, dans l'aide à la réalisation d'outils, dans un travail sur l'encadrement infirmier et aide-soignant dans les secteurs. Le souci du respect et de l'amélioration de la qualité des soins est avancé le plus souvent. Le remplacement par un cadre supérieur du cadre de proximité quand celui-ci est en congés annuels, l'implique obligatoirement dans l'organisation du service, auprès des malades et des familles.

Dans le CH1, les **cadres de proximité** disent être impliqués dans le cadre de travaux sur le dossier de soins, la sécurité transfusionnelle... Pour autant, deux d'entre eux disent s'impliquer mais ne pas se laisser impliquer : « *je choisis, car le besoin doit venir du terrain et non pas d'une commande d'en haut. L'expérience a montré, notamment lors d'une étude de l'absentéisme, qu'une fois les résultats fournis, aucun retour n'était fait aux équipes. « Je ne suis pas partante pour produire du travail qui n'est pas pris en compte.* » . Dans le CH2, la réponse d'un des cadres est la suivante : « *absolument pas, la politique de soins est absente. Aucune impulsion n'est donnée et chacun travaille dans son coin...* » . Les autres prennent part à la démarche d'accréditation : « *Grâce à l'accréditation, il y a une dynamique* » . Dans le CH3, les cadres sont impliqués étroitement dans la politique de soins et dans le projet de soins par une participation active à un disposition d'évaluation et de régulation des pratiques professionnelles.

C) Relations avec les collègues

En dehors des réunions formalisées avec le directeur des soins, les **cadres supérieurs** n'ont pas de réunions programmées collectivement autour de thèmes de travail, de projets. Certains échanges ont lieu selon les affinités et peuvent être à l'origine de conseils. Mais si les relations sont considérées comme satisfaisantes pour la plupart des personnes, car basées sur le respect et la reconnaissance des compétences professionnelles, les cadres supérieurs ont peu d'espace de mise en commun et un cloisonnement certain est évoqué.

Dans l'ensemble, les **cadres de proximité** entretiennent des relations cordiales avec

leurs collègues, favorisées par la proximité et les liens de fonctionnalité, ou la présence à des instances techniques comme le comité de lutte contre la douleur, par exemple.

Le self est un point de rencontre important pour les cadres du CH2. Il n'existe pas d'organisation de groupes de travail de cadres, et les travaux en commun sur un thème partent d'une initiative personnelle.

ANALYSE

Les cadres supérieurs peuvent avoir des délégations des directeurs des soins à travers des missions transversales. Les profils de poste de cette fonction ne sont pas systématiques. Un tiers des cadres de proximité définissent clairement leurs missions mais ne possèdent pas de fiches de poste et peuvent en ressentir le besoin. L'exercice de la fonction semble alors reposer sur des activités générales, appréhendées globalement sans prendre en compte les spécificités du service.

Le sentiment de contribuer à la politique de soins est variable selon le niveau d'encadrement. Il nous semble intéressant de souligner ici la situation des cadres de proximité du CH2 qui dénoncent une absence de politique de soins et l'absence de travail collectif. C'est dans ce même établissement que nous avons noté l'absence de positionnement du directeur des soins.

Quand nous interrogeons sur les relations établies avec les collègues, il en ressort une absence de relations de travail formalisées au sein d'un même niveau d'encadrement. Même si les relations sont généralement cordiales, les personnes décrivent un certain cloisonnement et le sentiment de travailler « *seul dans son coin* » .

Il est intéressant de noter, qu'en l'absence d'organisation officiellement instaurée par leur direction, les cadres ont le souci de se rencontrer, prennent des initiatives et mettent en place des groupes de travail. Nous pouvons nous demander quelle est la pérennité à terme de ces démarches si elles ne sont pas reprises institutionnellement.

D) Mode de fonctionnement et relations avec le directeur des soins

De leur point de vue, les **directeurs des soins** sont avant tout des coordonnateurs, des stratèges, en position d'impulser les projets et de dynamiser les équipes, des promoteurs de la santé. Ils sont, par ailleurs, unanimes pour qualifier leur rôle de conseil, d'accompagnement des cadres mais aussi des agents, d'aide à la progression et un rôle d'écoute. Un souci de disponibilité et d'accessibilité est constant : « *ma porte est ouverte, le cadre supérieur n'a pas besoin de rendez-vous...* » . Une personne se dit « *de terrain* », c'est à dire capable de s'y rendre si besoin.

Tous organisent des réunions hebdomadaires ou tous les quinze jours avec leurs cadres supérieurs pour diffuser des informations institutionnelles et faire part des grandes orientations de l'établissement. Leur mode de fonctionnement avec les cadres supérieurs

privilégie une grande autonomie dans la gestion de leur temps, les moyens utilisés pour atteindre les objectifs et évaluent sur les résultats obtenus, tout en accordant beaucoup d'importance à ce qu'on leur rende compte. La communication est généralement organisée et adaptée au type d'information à donner : messagerie électronique, courriers, ou le contact direct.

A part un directeur des soins (CH2) qui ne s'inscrit que très peu dans le pilotage des projets, les trois autres font du pilotage du projet de soins une priorité, décliné en objectifs spécifiques aux secteurs, par un accompagnement méthodologique, une évaluation et une valorisation des actions réalisées.

Pour tous les directeurs des soins, une des façons de favoriser le décloisonnement passe par les réunions organisées avec les cadres supérieurs. Pour une personne, l'ouverture de la commission de soins infirmiers aux autres personnels paramédicaux est une opportunité. Pour une autre (CH2), le décloisonnement est nécessaire mais difficile et passe par les cadres supérieurs, dans le cadre de leurs missions transversales.

Au delà de l'objectif de communiquer des informations, elles peuvent être un temps fort pour valoriser les travaux réalisés par chacun des secteurs, les porter à la connaissance des autres et organiser des présentations à l'encadrement. Le directeur des soins a un rôle important dans le repérage des compétences.

Dans l'ensemble, les relations des **cadres supérieurs** avec les directeurs des soins sont bonnes et de confiance. Les contacts peuvent être multiquotidiens et les directeurs de soins apparaissent comme des personnes disponibles et accessibles facilement. Les contacts se font très souvent autour des problèmes d'effectifs. Pour deux d'entre eux (CH1 et CH3), le directeur des soins laisse beaucoup d'autonomie dans les projets mais accorde de l'importance à ce qu'on lui rende compte.

Dans le CH2, deux aspects ressortent dans les attentes envers le directeur des soins. Un est en relation avec les projets et la place fondamentale du directeur des soins dans la dynamique à impulser. Par ailleurs, ils en attendent un positionnement clair, notamment vis à vis de la direction des ressources humaines, et une politique de gestion bien définie. A coté de cela, ils en attendent une fonction de soutien, de conseil et d'éclairage.

Les relations avec le directeur des soins sont qualifiées par l'ensemble des **cadres de proximité** comme bonnes. Dans le CH1, le directeur des soins est quelqu'un qui est à l'écoute, connaît les besoins et est connu des équipes. Les échanges en direct sont faciles. Il se rend quelquefois dans les services. Dans cet établissement, bien que reconnaissant la disponibilité du directeur des soins, un cadre affirme : *« je n'ai pratiquement pas de relations, cela ne se justifie pas car j'ai un très bon cadre supérieur et donc le lien fonctionnel intermédiaire est très efficace. »* . Dans le CH2, les relations sont cordiales, et les cadres apprécient ses qualités d'écoute et son équité. Les cadres du CH3 décrivent des relations excellentes, une grande disponibilité, une compréhension,

une aide et un appui.

ANALYSE

Les directeurs des soins se définissent avant tout comme des coordonnateurs, des stratèges, qui ont organisé des délégations et laissent beaucoup d'autonomie à leur encadrement. Ils sont unanimes pour décrire leur rôle comme celui d'écoute et de soutien, de conseil et d'accompagnement des cadres, offrant une grande disponibilité. Nous noterons ici encore les propos du directeur des soins du CH2 sur l'absence de pilotage des projets par manque de temps. Nous mesurons facilement l'impact de cette position dans la question qui traite des relations avec les cadres. En effet, nous notons, dans ce même établissement, que les cadres supérieurs ont des attentes fortes vis à vis de leur directeur des soins en terme de positionnement et dans le pilotage des projets. Pour autant, les relations sont appréciées, comme dans les autres établissements, et basées sur l'écoute, la compréhension et la disponibilité.

Nous constatons que, hormis le directeur du CH2 qui s'appuie essentiellement sur les cadres supérieurs pour favoriser le décloisonnement, les autres directeurs des soins considèrent que c'est de leur propre rôle, ainsi que de repérer et développer les compétences collectives.

3.3 SYNTHÈSE ET VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

Au terme de cette analyse, nous pouvons dire que les rôles conférés aux cadres supérieurs sont principalement celui de la coordination des organisations de soins et le pilotage des projets. Par ailleurs, la dimension relationnelle est une composante indissociable de l'exercice de cette fonction, notamment dans les rapports avec les cadres de proximité. Leurs pratiques managériales sont décrites essentiellement au travers d'une présence quotidienne dans leur secteur auprès des cadres, et par le biais de réunions, notamment, d'information. Les modalités d'exercice de la fonction ne sont pas autrement exprimées. La place des cadres supérieurs dans la conduite des projets est variable selon les individus et souvent en lien avec les attentes du directeur des soins. Du reste, l'exercice de cette fonction ne s'impose pas vraiment comme celle d'un manager et la position dans la direction des soins n'apparaît pas comme une évidence.

Dans le cadre de la nouvelle réforme, l'organisation des services en pôles tend à réaffirmer la fonction de cadre supérieur dans sa dimension de gestionnaire et de le positionner dans un champ de responsabilité à un niveau davantage stratégique.

Dans cette étude, nous constatons que très peu de cadres supérieurs ont bénéficié de formation au management pour l'accès à cette fonction et durant leur exercice. Ceci pourrait peut être expliquer que les professionnels n'aient pas intégré cette dimension managériale. La formation leur paraît cependant aujourd'hui, compte tenu des enjeux

hospitaliers, être un apport nécessaire pour développer leurs compétences managériales, même si toutefois celles-ci tiennent aussi aux aptitudes et qualités personnelles. Elle peut être un accompagnement d'une fonction d'encadrement en pleine évolution.

Nous constatons que le positionnement du cadre supérieur vis à vis du corps médical peut être, aujourd'hui encore, une difficulté. Mais nous retiendrons particulièrement les difficultés rencontrées par les cadres supérieurs et les cadres de proximité en présence d'un directeur des soins qui ne semble pas suffisamment positionné au sein de l'institution, et dont la politique de soins et le projet de soins n'apparaissent pas clairement. Pour autant, les cadres de proximité restent des acteurs souvent très mobilisés au sein de leurs unités et soucieux d'améliorer la qualité des soins, mais ce, dans un cloisonnement ne favorisant pas l'émergence d'une compétence collective.

Dans leur fonctionnement, les cadres supérieurs sont très souvent chargés de missions transversales et semblent avoir une grande autonomie. Les relations des cadres supérieurs entre eux et avec les directeurs des soins sont dans l'ensemble satisfaisantes. Mais ce sont des relations d'ordre individuel qui sont évoquées et non professionnelles, à savoir qu'il n'existe pas vraiment de mise en commun des compétences des cadres supérieurs du fait d'un cloisonnement certain.

L'exploitation des entretiens et leur analyse nous permet de confronter les résultats à nos hypothèses que nous rappelons :

 **1ère hypothèse :**

On peut penser que les conceptions de management des cadres supérieurs et leurs pratiques managériales influent sur la cohérence du fonctionnement du service infirmier.

A partir de notre étude, nous pensons pouvoir dire que cette hypothèse est confirmée. Nous avons constaté, par exemple, que dans leurs pratiques managériales, les cadres supérieurs accordaient plus ou moins de place à l'impulsion et à la conduite des projets, soit par manque de temps ou de politique de soins clairement définie. Il apparaît que cette implication plus ou moins forte du cadre supérieur dans les projets engendre une dynamique plus ou moins engagée des cadres de proximité de leur secteur, donc influe sur le fonctionnement du service infirmier.

De ce fait, le risque d'incohérence apparaît dès lors que les cadres supérieurs d'un même établissement (CH1) n'accordent pas, dans leur management, la même importance à la conduite de projets. Du reste, en l'absence d'objectifs institutionnels, nous avons perçu le risque de voir émerger, dans les services, des projets individuels qui ne s'inscrivent pas dans une politique institutionnelle et en cohérence avec le projet de soins.

De plus, les modalités d'exercice des cadres supérieurs ne sont pas clairement précisées et amènent à penser que leur management reste très lié à la personnalité, ne favorisant pas une certaine homogénéité des pratiques.

2ème hypothèse :

Dans le contexte actuel d'évolution hospitalière, les exigences en termes de management sont croissantes. On peut faire l'hypothèse que les formations au management favoriseraient le positionnement des cadres supérieurs.

En ce qui concerne cette deuxième hypothèse, nous pensons qu'elle se vérifie en partie. Il reste très difficile de démontrer qu'une personne ayant bénéficié d'une formation spécifique au management sache mieux se positionner que ses collègues. D'autres paramètres interfèrent comme les aptitudes et qualités personnelles – l'autorité naturelle – ainsi que l'expérience. Cependant, au vu des entretiens, nous sommes tentés de penser que, par le biais d'une formation de ce type, les acquis en terme d'actualisation de connaissances, d'outils et de méthodologie, peuvent contribuer au développement des compétences managériales, telles que l'argumentation, la négociation, la prise de décision et, ainsi, favoriser un positionnement de manager.

3ème hypothèse :

L'engagement du directeur des soins et l'accompagnement de l'équipe de cadres supérieurs contribuent à une collaboration efficace et à l'émergence d'une compétence collective.

Selon nous, cette hypothèse ne peut être qu'en partie validée. Dans nos propos, les directeurs des soins sont majoritairement positionnés dans le pilotage des projets et entretiennent des relations de guidance avec leurs cadres supérieurs. Ils sont par ailleurs à l'écoute et très disponibles. Cela favorise une collaboration efficace de leur part mais ne contribue pas pour autant à l'obtention d'une synergie des compétences individuelles. En effet, un cloisonnement semble exister dans le fonctionnement des cadres supérieurs. L'engagement du directeur des soins ne suffit pas, pour autant, à l'émergence d'une compétence collective. Celle-ci doit faire l'objet d'une véritable stratégie du directeur des soins dans ce domaine.

L'étude sur le terrain nous a permis d'appréhender les difficultés d'exercice de la fonction de cadre supérieur. Le décalage que nous pouvons, parfois, repérer entre la représentation forte et les attentes de cette fonction et son exercice dans la réalité, nous font entrevoir les axes d'amélioration à développer pour amener les cadres supérieurs à davantage de professionnalisme.

La place du cadre supérieur dans le service infirmier et plus particulièrement dans la direction des soins est fondamentale et nos propositions de management de ces professionnels n'ont qu'une finalité : leur donner les moyens d'occuper pleinement la place stratégique qu'il leur est dévolue au sein de l'institution.

Nos propositions d'actions font l'objet de la quatrième partie.

4 PROPOSITIONS D'ACTIONS

Notre intérêt pour l'exercice de la fonction de cadre supérieur tient très certainement, en partie, au fait que nous n'avons jamais exercé cette fonction. Ce travail nous a permis de mieux la connaître et d'en appréhender la complexité. Nous avons vu, dans cette étude, que les cadres supérieurs occupaient une place particulière dans la direction des soins, à ses côtés, mais également en lien étroit avec les cadres de proximité. C'est à travers eux que la politique de soins du directeur des soins est déclinée.

Si les cadres de proximité ont de nombreuses attentes vis à vis de leurs cadres supérieurs, le propre fonctionnement de ces derniers est très souvent conditionné par le management du directeur des soins. Dans notre nouvelle fonction, il nous semble indispensable de prendre en compte les attentes des cadres aux différents échelons afin d'adapter un management fédérateur de l'ensemble de l'équipe d'encadrement. Mais c'est le management des cadres supérieurs, parce que nos plus proches collaborateurs, qui reste notre préoccupation première.

Aujourd'hui, l'exercice de la fonction de cadre supérieur se confronte à une multitude de contraintes, de logiques et d'intérêts. Par ailleurs, les évolutions hospitalières sont sources d'inquiétudes. Or, nous savons que la sécurité au travail est un paramètre non négligeable dans la performance des organisations et des hommes. C'est dans ce contexte de mouvance, d'interrogations et de craintes, osons le dire, que le directeur des soins se doit d'accompagner ses collaborateurs et les aider à traverser cette période de transition. Les organisations hospitalières doivent pouvoir s'appuyer sur leurs dirigeants et leurs capacités à conduire ces changements. Le management du directeur des soins prend ici tout son sens, à la fois dans sa dimension politique et stratégique. Les cadres, à des échelons divers, sont des maillons essentiels qui affirmeront et conduiront la politique de soins au sein du service infirmier.

Nous avons conscience et, nous avons tenté de le démontrer, que le rôle du directeur des soins est fondamental dans le management des cadres supérieurs. Nous ne prétendons pas définir un mode de management idéal mais plutôt proposer une approche s'appuyant sur quelques grands principes repérés au cours de notre étude et auxquels nous souhaitons nous référer, demain, dans notre propre exercice.

Notre réflexion va s'articuler autour de cinq axes :

- Manager des hommes
- Clarifier le rôle des cadres supérieurs
- Dynamiser le service infirmier
- Promouvoir le professionnalisme
- Impulser une démarche d'évaluation

4.1 MANAGER DES HOMMES

Avant que de manager des cadres, nous manageons des hommes. Cela peut paraître plus qu'une évidence mais il convient de le rappeler dans un contexte où les notions d'économie, de résultats et de compétitivité s'inscrivent dans tous les projets, et à l'heure où la technologie remplace les humains sans qu'ils n'aient trop eu le temps d'y être préparés.

4.1.1 Le directeur des soins : un exemple, des valeurs.

Le directeur des soins occupe une place qui exige, à nos yeux, l'exemplarité. Nous restons très attachés à cette notion car sans doute, est-elle aujourd'hui en partie le fondement de ce que nous sommes, à partir de nos expériences personnelles et des modèles de management qui nous ont permis de nous construire progressivement.

Il s'agira avant tout de savoir se positionner dans notre future fonction. En effet, la place que nous allons occuper au sein de l'équipe de direction et la reconnaissance de cette place confortera, par ailleurs, celle des cadres supérieurs au sein de l'institution et, indirectement, celle de l'ensemble du service infirmier. Toute aussi déterminante, notre proche collaboration avec l'ensemble du corps médical, notamment dans le cadre des réformes hospitalières, incitera nos collaborateurs à emboîter le pas plus aisément dans cette démarche de partenariat, aujourd'hui plus que nécessaire.

Notre comportement et nos attitudes devront être dignes d'exemple, au quotidien comme dans les situations difficiles.

« La vérité la plus délicate à annoncer à un responsable hiérarchique est que le moral des agents sous sa responsabilité est souvent le reflet de son propre comportement. Un oeil extérieur ne cesse de s'étonner de voir à quel point le personnel reproduit les comportements et les attitudes de ses supérieurs hiérarchiques ²⁶ » .

L'exemplarité repose bien évidemment sur des valeurs personnelles, mais plus importantes encore sont les valeurs professionnelles. Cependant, celles-ci n'ont de sens que si elles sont partagées avec l'équipe de cadres supérieurs.

Pour ce faire, les valeurs professionnelles doivent être travaillées et débattues en équipe, et le directeur des soins et les cadres supérieurs doivent s'accorder sur le sens à leur donner. Du reste, elles n'ont d'intérêt que si elles s'appliquent et qu'elles sont déclinées en actions. Le sens de l'équité, l'éthique ou encore le sens des responsabilités par exemple, doivent trouver leur traduction dans les pratiques managériales. Le respect, notamment, nous semble particulièrement fondamental dans une organisation où les barrières instaurées par la hiérarchie tendent à s'estomper pour laisser la place à un mode de management participatif, basé sur la contractualisation entre les acteurs.

26 M BOLLÉ. Organiser les services de soins : le management par la qualité. Ed Masson. Paris 2004

Afficher des valeurs est un véritable acte d'engagement, cela constitue le ciment d'une équipe dont chaque membre est garant.

Nous pensons que l'élaboration d'une « charte » de l'encadrement par l'équipe de cadres supérieurs, sous l'animation du directeur des soins, pourrait être un outil formalisant des principes de management, dans lequel seraient définies les bonnes pratiques. Cette approche nous paraît opportune dans un contexte de mise en place des pôles, qui, si nous n'y prenons pas garde, risque de générer des fonctionnements individualistes de la part des responsables.

4.1.2 Le directeur des soins : un manager de terrain

Notre intention n'est nullement, ici, de nous substituer aux cadres supérieurs ou aux cadres de proximité. Pour autant, il nous paraît important qu'un directeur des soins garde un lien étroit avec le terrain. Cela est plus ou moins facile et, en partie, conditionné par la taille de la structure. Mais il est peu concevable de se situer uniquement à un niveau de stratégies et de décisions sans jamais en mesurer l'impact au niveau opérationnel. Les cadres supérieurs sont les maillons incontournables sur lesquels nous devons pouvoir nous appuyer afin de maintenir ce lien avec le terrain. Il nous faudra clarifier et formaliser nos attentes dans ce domaine ainsi que nos interventions dans les services afin que celles-ci ne soient pas interprétées comme de l'ingérence de notre part.

Parce qu'il manage des hommes, le directeur des soins doit connaître les équipes et se faire connaître d'elles. Sa priorité va évidemment à l'ensemble des cadres de santé, et plus particulièrement les cadres supérieurs. Il nous semble important que le directeur des soins, à sa prise de fonction, organise des temps de rencontre et d'échanges avec, en premier lieu, les cadres supérieurs et, très rapidement, les cadres de proximité. Ils doivent permettre de créer, à la fois, des relations individuelles et collectives avec les cadres.

La visite des services par le directeur des soins, à son arrivée, est une phase importante qui lui permet de rencontrer les personnels, de se familiariser avec les lieux et les organisations. Les premiers contacts établis peuvent parfois être déterminants dans l'image que nous allons donner de la fonction. Il peut paraître opportun, en dehors de toute nécessité, de privilégier en première intention, la visite de services qui ne sont pas ce que l'on appelle les services phares d'un hôpital, notamment le secteur des personnes âgées, qui se disent souvent être les « laissés pour compte » de l'institution.

Par la suite, le directeur des soins organisera des rencontres régulières avec les équipes. La participation ponctuelle à des moments de transmissions entre équipes soignantes par exemple, peut être riche d'enseignements pour le directeur des soins et pour l'équipe.

4.1.3 L'instauration d'un climat de confiance

Nous l'avons évoqué, le sentiment d'insécurité n'est pas propice à la motivation et, de ce fait, à la performance des acteurs. Un minimum de confiance est nécessaire pour surmonter les crises et s'engager dans des processus de changement. Or la confiance ne se décrète pas, et ni le statut, ni le pouvoir ne peuvent l'imposer. Elle est le résultat d'un processus long dans lequel les acteurs vont mutuellement observer si les actes sont cohérents avec les discours énoncés. Au sein du service infirmier, la confiance entre le directeur des soins et les cadres supérieurs constitue le socle nécessaire à une collaboration efficace. Pour ce faire, le directeur des soins doit adopter une ligne de conduite qui favorise, d'une part l'écoute et la disponibilité et, la circulation de l'information et la communication, d'autre part.

A) *La disponibilité et l'écoute*

Il s'agit là d'une écoute active qui permet les échanges fructueux et accepte une différence d'opinions et d'approches sans jugement. Elle suppose, pour le directeur des soins, d'autoriser l'autre à s'exprimer librement et d'accepter des feed-backs négatifs. Écouter l'autre dans ces conditions, c'est prendre des risques, accepter la remise en question mais aussi une opportunité d'enrichir ses réflexions pour mieux agir.

Écouter ses collaborateurs, c'est déjà les considérer et les reconnaître comme acteurs responsables dans une organisation et dans les décisions à prendre. Du reste, cela permet au directeur des soins de prendre en compte la réalité du terrain lors de l'élaboration de projets et d'éviter les déconvenues.

Nous l'avons vu dans notre étude, la disponibilité de directeur des soins est très appréciée par les cadres supérieurs. Son accessibilité sans rendez-vous systématique, en cas de besoin, montre l'intérêt et le respect que porte le directeur des soins à ces sollicitations. Les attentes sont nombreuses et il sera nécessaire de bien gérer ce temps, car le directeur des soins doit pouvoir se rendre disponible pour l'ensemble des acteurs du service infirmier. Être disponible ne signifie pas être à disposition.

B) *Informé, communiquer*

La gestion de l'information est un domaine complexe. Nous l'avons constaté, elle est une préoccupation quotidienne dans les hôpitaux et joue un rôle prépondérant dans les organisations. Pour être efficace, l'information doit être structurée et avoir du sens.

Les cadres supérieurs sont un maillon essentiel dans la circulation de l'information ascendante et descendante, ayant chacune la même importance. C'est une réflexion que doit mener le directeur des soins avec son équipe sur les modalités de communication des informations sous ses deux aspects. La messagerie électronique est un outil performant mais qui a des limites, il nécessite d'être bien utilisé. Il n'en demeure pas moins que le contact direct avec les personnes, parce que plus personnalisé peut

s'avérer parfois plus efficace. Il nous appartiendra de définir ces modalités de diffusion afin de garantir à tous les acteurs le même niveau d'information.

4.2 CLARIFIER LE RÔLE DES CADRES SUPÉRIEURS

Le management des cadres supérieurs doit prendre en compte le fait qu'il concerne des agents eux mêmes en situation de manager, comme le confère cette récente définition : « *Coordonner et optimiser les prestations de soins et d'activités paramédicales d'un ensemble d'unités ou de services dans une optique de qualité en manageant une équipe de cadres*²⁷ ». Les modalités sont nécessairement différentes de celles appliquées aux agents d'exécution.

Par ailleurs, dans sa démarche retenue pour les métiers du management, le répertoire des métiers positionne le cadre supérieur dans l'organisation à un niveau intermédiaire de l'encadrement, avec un impact de ses décisions sur un terme de six mois à un an. C'est dire la place qu'il occupe au sein de l'institution, et le rôle déterminant qu'il aura, notamment dans la mise en oeuvre sur le terrain, du projet d'établissement.

Cependant, notre étude ainsi que notre expérience ont montré la diversité de l'exercice de la fonction de cadre supérieur. La personnalité de chacun tient une place importante dans leurs pratiques managériales. Si ce paramètre nous paraît inévitable et même parfois souhaitable, il nous semble cependant indispensable d'afficher plus de cohérence dans les pratiques. La mise à disposition, pour les cadres supérieurs, d'outils de référence, mais aussi de modalités claires de fonctionnement doit permettre de tendre vers plus d'homogénéité.

4.2.1 Un référentiel métier

Le rôle et les missions des cadres supérieurs doivent faire l'objet d'un document rédigé et élaboré sous la responsabilité du directeur des soins, validé par le directeur général de l'établissement. Présenté en équipe de direction et aux instances réglementaires, il obtiendra une légitimité institutionnelle.

Ce référentiel se veut un outil indispensable qui permet de clarifier la fonction, faciliter le recrutement, évaluer et orienter les formations afin de développer les compétences. La participation de cadres supérieurs à l'élaboration de ce document en facilitera son appropriation. C'est un temps d'échanges qui permet au directeur des soins d'insister sur ses attentes par rapport à cette fonction au sein de la direction des soins.

Ce référentiel doit comporter deux volets :

✓ Un profil de fonction

Celui-ci doit décliner la fonction d'une manière généraliste, applicable à tous les cadres

²⁷ Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Éditions ENSP, 2004.

supérieurs de l'établissement, et conformément aux obligations réglementaires. Il décrit les missions, les rôles et les compétences des cadres supérieurs. Il positionne, par ailleurs, le cadre supérieur dans l'organigramme de direction et la direction des soins.

✓ **Un profil de poste**

Ce volet précise davantage les missions dans un poste particulier ainsi que les attributions spécifiques de la personne sur le lieu d'exercice. Il nous paraît important que cet outil soit appréhendé comme un document évolutif qui doit être réactualisé en fonction des évolutions des organisations. Pour sa réalisation, le directeur des soins peut s'appuyer sur le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, qui nous semble une base de réflexion intéressante dans son approche prospective.

Aujourd'hui, la mise en place des pôles pose un certain nombre d'interrogations sur le devenir de la fonction de cadre supérieur. Dans cette réflexion sur leur profil de poste, il nous semble indispensable de prendre en compte un avis autre, celui du corps médical. La collaboration étroite entre le coordonnateur de pôle et le cadre supérieur qui lui y est associé mérite qu'il soit sollicité pour énoncer les attentes qu'il a de cette fonction. Il s'agira également d'en préciser clairement ses zones d'autonomie.

4.2.2 La délégation

La délégation est un acte de management non négligeable dans la fonction du directeur des soins. En effet, les missions transversales confiées aux cadres supérieurs doivent être clairement définies. La délégation, pour être efficace, repose sur un certain nombre de principes et exige de mettre à disposition du délégataire les moyens nécessaires.

Pour garantir une certaine cohérence au sein de l'équipe de cadres supérieurs, le directeur des soins doit veiller à ce que les missions confiées à ces collaborateurs soient partagées de façon la plus équitable possible. Pour ce faire, il doit repérer les compétences de chacun et s'appuyer sur leur expertise. Ayant conscience que certains domaines de responsabilité peuvent paraître plus valorisants que d'autres, il doit s'attacher à clarifier ses choix.

Par ailleurs, l'élaboration de cahiers de charge relatifs à chaque mission doit permettre de définir un contenu précis et parfaitement limité en ce qui concerne l'autonomie laissée au délégataire dans l'exécution de sa mission. Il doit en préciser la durée éventuellement, les objectifs, la planification, les moyens proposés et les résultats attendus. Les missions ainsi définies seront portées à la connaissance de la direction générale.

La délégation instaurée ainsi doit prévoir des temps de régulation et une évaluation par le directeur des soins permettant de mesurer qualitativement et quantitativement la délégation. Outre l'effet principal de responsabilisation au travers d'une mission à exécuter, la délégation permet la valorisation de nos collaborateurs.

4.3 DYNAMISER LE SERVICE INFIRMIER

La politique de soins d'un directeur des soins n'a de sens que si elle est partagée par l'ensemble des acteurs qui ont pour mission de l'appliquer au sein des services de soins. C'est par eux que cette politique va se concrétiser au travers d'actions multiples, à condition que les équipes soignantes y trouvent un sens. Ainsi, le directeur des soins, relayé par l'équipe de cadres supérieurs doit, pour susciter l'adhésion et l'engagement de tous les acteurs, impulser une véritable dynamique et s'appuyer sur :

4.3.1 Le projet de soins

Le projet fait partie intégrante de la vie hospitalière. Alors que nous l'avons vu, les cadres supérieurs sont parfois insuffisamment impliqués dans la conduite de projets, le projet de soins se présente comme un véritable outil managérial pour le directeur des soins qu'il doit faire vivre. En voie de devenir, peut être demain, le projet du patient, il est aujourd'hui élaboré en lien avec le projet médical et doit être l'objet d'une réflexion et d'un travail collectif dans lequel les cadres supérieurs seront particulièrement sollicités.

Ce projet doit afficher les valeurs de la direction des soins, être ambitieux mais réaliste. La communication du projet de soins à l'ensemble des cadres est une étape essentielle et l'adhésion des cadres supérieurs doit être assez forte pour être communicative. Ils ont un rôle important dans la diffusion et l'appropriation de ce projet par tous les agents.

Ce projet de soins, pour se concrétiser, doit être démultiplié par l'encadrement de proximité. Pour assurer le suivi de ce projet et maintenir une dynamique, une méthodologie peut être proposée :

- une déclinaison de chaque axe en objectifs pour chacun des services. Le cadre supérieur est chargé de les regrouper par secteur et de les communiquer au directeur des soins pour validation ;
- des plans d'actions et un calendrier de travail selon une grille élaborée par la direction des soins ;
- un suivi régulier programmé de l'état d'avancement des travaux réalisé par le directeur des soins et les cadres supérieurs ;
- des bilans d'étape régulièrement établis et communiqués ;
- une proposition d'accompagnement des cadres.

4.3.2 La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

L'évolution de la commission du service de soins infirmiers nous concerne au premier chef puisque dans notre future fonction, nous allons être nommés coordonnateur général des soins. Par l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, cette instance est nouvellement dimensionnée et structurée pour servir au mieux dans un esprit de collégialité, l'intérêt commun institutionnel.

En plus de ses prérogatives actuelles, deux nouvelles attributions la concernent aujourd'hui : l'évaluation des pratiques professionnelles et l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques devient une instance professionnelle importante, ayant à émettre des avis sur la politique de l'établissement. En cela, elle devient incontournable et stratégique.

Le rôle du directeur des soins sera de mettre à profit la richesse des différents métiers représentés et de faciliter l'appropriation, par les membres, de cette nouvelle représentativité. L'élargissement de la Commission des Soins à d'autres composantes professionnelles est un facteur de lien entre les acteurs soignants paramédicaux, permettant de renforcer l'efficacité des soins et des pratiques professionnelles partagées. Nous avons conscience que c'est un tournant à ne pas manquer. Ainsi, il est opportun que cette nouvelle instance envisage quelques pré-requis organisationnels. Nous ferons nôtres certaines des propositions de P. DELAMARE²⁸:

- ✓ la Commission des Soins doit faire l'objet d'un plan de communication et d'information auprès de l'ensemble des acteurs hospitaliers et des usagers du système de santé.
- ✓ formation des personnels souhaitant appartenir à la Commission des Soins sur le fonctionnement interne de l'hôpital, le rôle des instances, la prise de parole en public, le travail en équipe.
- ✓ l'élaboration d'un règlement intérieur ou d'une charte de fonctionnement avec pour but de définir le rôle de la commission dans l'établissement, les missions de ses membres et de ses représentants au sein des autres instances telles que le Conseil d'Administration, la Commission Médicale d'Établissement, la fréquence des réunions, les modalités de communication de l'instance.

4.3.3 L'animation des équipes

L'animation d'équipe passe nécessairement par la mise en place de réunions. Elles concernent en premier lieu :

➤ **les cadres supérieurs**

- des *réunions hebdomadaires*, fixées à jours et heures fixes et n'excédant pas deux heures. Elles ont pour objet principalement la gestion de l'information ascendante et descendante et de faire le point sur les problèmes ponctuels (gestion des personnels, difficultés de fonctionnement, etc...). Elles feront l'objet d'un compte-rendu synthétique, réalisé par les cadres supérieurs, à tour de rôle, sur un support formalisé.

La direction ainsi que les chefs de service en seront informés. Ces réunions ont pour objet de faire circuler l'information, de décloisonner les services en faisant

28 DELAMARE P. Les défis de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. *Objectifs soins*, Juin-Juillet 2005, n°137, p 9.

appel à l'entraide en matière de personnels ou matériels, de rechercher des solutions en commun et ainsi de créer un esprit d'équipe.

- des *réunions mensuelles*, organisées selon les mêmes modalités mais thématiques cette fois. Elles feront l'objet d'une convocation précisant l'ordre du jour. Elles peuvent concerner l'élaboration de projets, l'initiation d'études, de travaux dans le cadre des organisations des services, des modalités d'encadrement, les bilans d'étape de la réalisation du projet de soins, etc...

Le directeur des soins est le régulateur et le facilitateur de ces réunions. Il favorise l'émergence des idées et garantit la progression commune du travail. Une synthèse trimestrielle des compte-rendus de ces réunions sera transmise à la direction générale.

Dans le cadre de ces deux types de réunions, le directeur des soins ne doit pas hésiter, en fonction des thèmes abordés, à solliciter l'intervention de membres des autres directions. La confrontation de logiques différentes est riche d'enseignement et contribue à une compréhension mutuelle.

➤ **les cadres de proximité**

Le rôle d'animation du directeur des soins a également sa place auprès de l'encadrement de terrain. Ainsi, il peut être organisé, en présence des cadres supérieurs, *des réunions par secteur*, au sein des services. Prévues au nombre de trois par an (en début d'année, avant les vacances d'été et en fin d'année), elles ont pour objet, dans un premier temps, la diffusion d'informations relatives à la vie de l'établissement. Un second temps sera réservé aux échanges avec les cadres.

Ces réunions permet au directeur des soins de faire le point sur l'état d'avancement des objectifs de service, d'en repérer les difficultés et, surtout de valoriser les travaux réalisés. Il intervient en tant que conseiller et donne du sens aux actions menées. La présence à ses côtés du cadre supérieur et la cohérence dans leurs discours respectifs est sécurisant pour l'équipe de cadres et favorise la cohésion du groupe.

4.4 PROMOUVOIR LE PROFESSIONNALISME

L'émergence de la notion de professionnalisme dans le milieu hospitalier n'est pas le fruit du hasard. Elle s'entend dans un contexte de recherche de compétitivité accrue. Pour G. LE BOTERF²⁹, « *Si la compétence est une combinaison de ressources (savoirs, savoir faire, aptitudes, expériences...), le professionnalisme se reconnaît à une combinaison singulière de compétences* » .

4.4.1 Développer les compétences des cadres supérieurs

Les évolutions hospitalières actuelles exigent de leurs managers des compétences à anticiper et à conduire les changements. Le directeur des soins a un rôle essentiel dans

29 G.LE BOTERF. Ingénierie et évaluation des compétences, Éditions d'Organisation, 2002.

la gestion des compétences ; optimiser celles qui existent, les développer ou en acquérir de nouvelles. De nos jours, à l'hôpital, la maîtrise des situations professionnelles passe nécessairement par une adaptation permanente des compétences des hommes et plus encore pour les personnels d'encadrement.

Comme nous l'avons précédemment évoqué, les cadres supérieurs sont les professionnels particulièrement concernés par les organisations en pôles. Les compétences d'hier ne sont plus suffisantes pour les exigences de demain. La gestion des pôles requiert inévitablement des compétences en gestion que ne possèdent pas systématiquement tous les cadres aujourd'hui.

A) La formation continue

La formation représente un investissement à la fois personnel et institutionnel. En cela, elle doit s'inscrire dans une véritable politique de formation continue, en lien avec la direction des ressources humaines, où les besoins individuels répondent également aux attentes de l'institution. Les modalités en sont multiples et exigent une analyse pertinente des besoins par le directeur des soins. En effet, il est garant de la cohérence de la politique de formation au sein des services de soins.

Les formations, type formation-action, adaptées au groupe des cadres supérieurs, dispensées par un organisme de formation, offrent une approche commune et partagée par l'ensemble des acteurs qui nous semble intéressante.

Du reste, dans le cadre de la mise en place des pôles, une formation organisée communément pour le corps médical et l'encadrement supérieur, les préparant à la délégation, nous semble une opportunité de créer les conditions d'une collaboration et d'une compréhension de logiques différentes.

Nous restons favorables à des formations de type universitaire qui confèrent au cadre une expertise, pour autant que celles-ci apportent une plus value dans son management.

La formation continue est un levier de changement mais il est nécessaire d'organiser les modalités pour en évaluer les bénéfices et les communiquer aux autres professionnels.

B) L'émergence d'une compétence collective

« *L'organisation qualifiante est capable d'intégrer de façon cohérente et complémentaire les savoir-faire individuels de ses membres* ³⁰ ». J. ABBAD précise que « *la compétence collective n'est pas la somme des compétences individuelles mais l'expression d'une solidarité* ³¹ » .

Dans notre étude, le cloisonnement est une caractéristique qui ressort très fréquemment dans le fonctionnement des cadres supérieurs. C'est, du reste, une des raisons peut être

30 X.MONTSERRAT, Comment motiver Ed d'organisations, Paris 2004.

31 J. ABBAD. Organisation et management hospitalier. Ed Berger-Levrant, Paris, 2001.

qui fait que le cadre supérieur semble très « ancré » sur le terrain.

Le directeur des soins doit construire « son » équipe de cadres supérieurs dans laquelle chacun se sente agir à titre individuel mais également dans une dimension plus collective. Le travail de groupe doit leur permettre de s'extraire du quotidien, laissant aux cadres de proximité leur autonomie dans le plein exercice de leur fonction en évitant le chevauchement des rôles. Il favorise également :

- la connaissance mutuelle ;
- les échanges et les réflexions communes ;
- l'aide par l'expertise des membres.

La présence, à ces réunions, des cadres supérieurs des secteurs médico-techniques et de rééducation enrichissent ces échanges. Ils apportent leurs connaissances et leurs expériences de ces structures, permettant ainsi à l'ensemble de l'équipe de cadres supérieurs de mieux appréhender la prise en charge des patients et les organisations nécessaires dans toutes ses interfaces.

Le directeur des soins doit favoriser ces travaux de groupe. En dehors des réunions mensuelles qu'il prévoit, il doit laisser la liberté aux cadres supérieurs d'organiser des groupes de travail sur des thèmes spécifiques et y encourager autant que faire se peut la présence des cadres de proximité. C'est ainsi l'occasion, pour les cadres supérieurs, d'exercer pleinement leur fonction de leadership.

Le directeur des soins ne doit pas manquer de valoriser les travaux réalisés, individuellement et collectivement et de les communiquer institutionnellement.

Parce que l'hôpital est aujourd'hui tourné vers l'extérieur, que la prise en charge du patient dépasse le simple cadre hospitalier, le directeur des soins doit faciliter les échanges avec les structures externes, les instituts de formation et développer le partenariat avec les réseaux.

4.4.2 Professionnaliser le recrutement

Comme nous l'avons constaté, l'accès à la fonction de cadre supérieur résulte d'un concours sur titres sans obligation de formation particulière. De plus, il se réalise souvent en interne. Aussi, il nécessite de définir très clairement les modalités de cette sélection afin d'être le plus objectif possible. L'accès à cette fonction ne doit pas être la suite logique d'une longue carrière au risque de mettre le professionnel en difficulté.

Il doit reposer sur une évaluation des compétences et des aptitudes du candidat à exercer la fonction et sur des critères pré-définis par la direction des soins :

- une mobilité interne ;
- la participation à des projets institutionnels ;
- la participation à des instances ;
- la conduite de projets ;

- les formations suivies...

Dans le cadre du concours, il nous semble important d'organiser un jury pour une épreuve orale. Les aptitudes à communiquer, argumenter, et à convaincre sont des qualités importantes dans la fonction de cadre supérieur et il nous paraît opportun de se donner les moyens d'apprécier celles du postulant.

Durant la première année d'exercice dans cette fonction, le directeur des soins prévoira des évaluations régulières pour accompagner le professionnel.

C'est dans le cadre d'une véritable politique de gestion prévisionnelle des compétences des cadres que le directeur des soins pourra anticiper au mieux les besoins, repérer les potentiels et leur permettre de développer leurs aptitudes de façon significative.

4.5 IMPULSER UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION

La démarche d'évaluation est au centre de toute action globale d'une gestion des ressources humaines centrée sur une recherche de qualité.

Comme le précise J. ABBAD, « *l'évaluation procède d'une démarche constante et obligatoire au regard des objectifs de l'institution et des exigences de compétences qu'elle requiert*³² » .

Nous aborderons l'évaluation à travers deux volets :

4.5.1 L'évaluation des cadres supérieurs

Bien que nous accordions un place fondamentale à l'évaluation de tous les personnels, nous nous attacherons, ici, à évoquer plus particulièrement celle des cadres supérieurs. Pour un directeur des soins, cette rencontre est un temps fort dans l'accompagnement de ses collaborateurs.

Selon J. ABBAD, « *la performance peut être définie comme une action réussie dans un milieu professionnel donné* » . À l'heure où l'hôpital a la volonté d'obtenir l'excellence en qualité, l'évaluation des performances apparaît comme un outil de management indispensable. Elle permet au directeur des soins d'apprécier chaque professionnel en fonction de ses résultats.

Dans le cadre réglementaire institutionnel, l'évaluation des cadres supérieurs compte les mêmes critères de notation que tout autre cadre, ne tenant pas compte des compétences spécifiques et des potentiels des cadres supérieurs. Pour poser l'évaluation sur des bases solides, le directeur des soins doit s'appuyer sur les profils de fonction et de poste élaborés au préalable. L'entretien d'évaluation peut aborder les points suivants :

- ✓ reconnaître les points et féliciter le cadre supérieur (sur des faits) ;
- ✓ examiner les points faibles et susciter les propositions du cadre ;
- ✓ rechercher ensemble les moyens (plan de formation...) ;

32 J. ABBAD. Organisation et management hospitalier. Ed Berger-Levrant, Paris, 2001.

- ✓ aborder les perspectives d'avenir ou de progression ;
- ✓ négocier et fixer de nouveaux objectifs (engagement des deux parties).

L'évaluation des cadres supérieurs doit être un processus dynamique, qui vise à la progression de l'agent. Il va permettre de maintenir et de renforcer leur motivation.

Il est essentiel que les cadres supérieurs adhèrent à cette démarche afin qu'ils la reproduisent avec leurs cadres de proximité sur les mêmes modalités.

4.5.2 L'évaluation des pratiques professionnelles

Dans le cadre de ses missions, le directeur des soins est chargé de déterminer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles. Nous l'avons vu, cette mission est réaffirmée dans le cadre de la Commission des Soins et répond aux recommandations de la Haute Autorité en Santé. « *Tout responsable se doit d'évaluer la réalisation de sa mission en terme de résultats obtenus en fonction des objectifs fixés et de contrôler la mise en oeuvre des organisations mises en place*³³ » .

Le directeur des soins doit inscrire cette volonté dans le projet de soins et s'appuyer sur l'ensemble des cadres pour la faire vivre au sein des unités. Pour ce faire, il peut mettre en place un dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles³⁴, construit à partir de thèmes définis (l'accueil, la prise en charge de la douleur...) et permettant d'évaluer un plan d'actions. Le support sera constitué de grilles d'évaluation informatisées renseignées par les cadres, avec l'équipe soignante.

Trois temps d'évaluation sont prévus au cours de l'année : un bilan initial, un état d'avancement et de régulation et un bilan de fin d'année.

Ce dispositif d'évaluation constitue :

- ✓ un support permettant à l'équipe de mesurer et d'améliorer son niveau de prestation ;
- ✓ un outil de management mis à disposition du cadre pour faire vivre le projet de soins ;
- ✓ une base pour la rédaction du rapport d'activité.

En effet, les tableaux de bord obtenus permettent :

- au cadre de proximité de déterminer les actions correctrices ou plans d'actions ;
- au cadre supérieur, de faire une synthèse par secteur et de réguler les plans d'actions avec les cadres de proximité ;
- au directeur des soins, de centraliser l'ensemble des données, faire une analyse par critère et par service et de définir les orientations politiques.

³³ Haute Autorité de Santé. Guide pour l'auto-diagnostic des pratiques de management, jan 2005.

³⁴ Guide d'utilisation d'évaluation des pratiques professionnelles, M. MAZARD, CGS. CHU Nice, mars 2005.

CONCLUSION

Les hôpitaux connaissent d'importantes évolutions répondant à la mise en place de la tarification à l'activité, la nouvelle gouvernance et à l'organisation des services en pôles. Ce sont des réformes de grande ampleur dans lesquelles tous les professionnels se doivent d'être au rendez-vous. De grands bouleversements dans les organisations hospitalières, découle une responsabilisation accrue.

Les cadres supérieurs ont un rôle essentiel dans l'accompagnement et la réussite de ces changements. Ils doivent y voir une véritable opportunité de faire valoir leurs compétences et leurs capacités d'innovation ainsi que d'affirmer leur volonté d'améliorer la qualité du service rendu.

Or, l'étude que nous avons menée, a mis en évidence la difficulté, pour les cadres supérieurs, à définir précisément les modalités d'exercice de leur fonction. La représentation un peu restrictive qu'ils en ont, parfois, ne leur permet pas toujours de se positionner comme un manager, porteur de projets, au sein de la direction des soins. Il ressort également que le rôle d'initiateur du directeur des soins est déterminant dans la conduite de projets et, qu'un déficit dans ce domaine, peut être perçu comme un frein à leur plein exercice.

Par ailleurs, un cloisonnement important au sein du service infirmier est vécu comme une frustration.

Il s'agit donc, pour le directeur des soins, d'accompagner au mieux ces professionnels dans l'évolution du système hospitalier afin qu'ils puissent exercer pleinement leur rôle de manager. Dans ce contexte, Il doit être garant de la cohérence et du sens donné aux actions.

Dans ce travail, nous n'avons pas la prétention d'émettre des propositions innovantes en terme de management. Elles sont issues de réflexions mûries tout au long de notre cursus de formation, grâce à nos lectures et les observations réalisées en stage auprès de professionnels. Elles représentent les bases à partir desquelles nous pourrions conduire nos actions, ayant bien conscience que nous aurons à nous adapter et à faire évoluer et enrichir ces propositions au fur et à mesure de notre connaissance de l'établissement et des équipes. Voici nos propositions :

Tout d'abord, les relations de confiance sont, à nos yeux, la base fondamentale de notre mode de management. Notre disponibilité et nos qualités d'écoute envers les cadres supérieurs doivent instaurer un climat propice aux échanges et à l'obtention et au partage d'informations fiables. Il crée les conditions d'une collaboration efficace et permet la nécessaire prise de risque inhérente à tout responsable.

Affirmer la place des cadres supérieurs au sein de l'institution nous paraît une

étape incontournable dans la reconnaissance de cette fonction. D'une part, l'élaboration d'un référentiel métier apporte une clarification de leur rôle et de leur mission. D'autre part, nous comptons sur une responsabilisation accrue au travers de délégations clairement définies.

Par leur position stratégique au sein du service infirmier, les cadres supérieurs doivent être porteurs des projets de l'institution. Aussi, nous devons nous attacher à ce que leur participation à la conception et à l'accompagnement des projets de l'établissement, notamment le projet de soins, soit totale et soutenue afin de contribuer à une véritable dynamique de l'ensemble du service infirmier.

Nous insisterons, également, sur l'intérêt d'un véritable travail d'équipe des cadres supérieurs. Nous souhaitons favoriser ainsi la mise en commun des savoir faire, la mobilisation des compétences individuelles et faire émerger une compétence collective, contribuant au décloisonnement des services et à une plus grande coopération entre les groupes professionnels.

Car le soin demeure au coeur des métiers de l'hôpital et, si le service infirmier a un rôle fondamental dans cette mission, celle-ci ne peut s'exercer véritablement et avec efficacité que dans une complémentarité et une coopération avec l'ensemble des acteurs hospitaliers.

Promouvoir le professionnalisme de cette fonction doit rester un objectif constant du directeur des soins. Il débute par un recrutement rigoureux, se poursuit par l'accompagnement des projets professionnels assorti de formations adaptées, la mise en place de processus d'évaluation des performances et se perpétue par un développement continu des compétences managériales des professionnels.

Nous souhaitons, par notre engagement dans l'accompagnement de nos collaborateurs, leur offrir les conditions optimales pour exercer leur fonction. Ainsi, ils seront mieux à même de manager leurs équipes de cadres et, ainsi, de susciter la mobilisation de l'ensemble du service infirmier pour une même finalité, rappelons le : *la satisfaction de l'usager, par la qualité du service rendu.*

Bibliographie

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

Décret n°891 du 27 avril 1943 relatif aux missions et rôle des personnels d'encadrement en psychiatrie.

Décret n°62-132 du 2 février 1962 relatif au recrutement et à l'avancement de certains agents des services médicaux des établissements de soins ou de cure publics.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1969 - Décret n°69-281 du 24 mars 1969 relatif au recrutement et à l'avancement de certains agents des services médicaux des établissements de soins ou de cure publics. *Journal officiel de la République Française*, 30 mars 1969.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1988 - Décret n°88-1077 du 30 novembre 1988 portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 1er décembre 1988.

Arrêté du n°89-758 du 3 août 1989 relatif à l'échelonnement indiciaire des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière, modifiant le Décret n°88-1077 du 30 novembre 1988.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1989 - Décret n°89-758 du 18 octobre 1989 modifié par le décret n°94-904 du 18 octobre 1994 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 20 octobre 1994, p 14904.

Circulaire DH n°30 du 20 février 1990 portant mission et rôle des personnels infirmiers surveillants et surveillants chefs de la fonction publique hospitalière.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1991 - Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 2 août 1991.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1991 - Décret n°91-1271 du 18 décembre 1991 portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants chefs de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 20 décembre 1991.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1996. - Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal officiel de la République Française*, n° 98 du 25 avril 1996, page 6324.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002. - Décret n°2001-551 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, n° 95 du 23 avril 2002, page 7187.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI - Direction des hôpitaux
Guide du service de soins infirmiers N°3, Terminologie des soins infirmiers, série soins infirmiers, année 1986.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI - Direction des hôpitaux
Nomenclature des emplois-types de l'hôpital, Éditions ENSP, Rennes, 1990.

OUVRAGES

ABBAD J. *Organisation et management hospitalier*. Édition Berger-Levrault. Paris, mai 2001, 417 p.

AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G. *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Éditions du Seuil. Paris, 1996 et 2005 pour le chapitre V, 292 p.

ARNAUD J.O., BARSACQ G. *La dynamisation des ressources humaines*. Les Éditions ESF. Paris, 1989. 130 p.

BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. Editions du Seuil. Paris, 1985. 382 p.

CREMADEZ M. *Le management stratégique hospitalier*. InterÉditions Masson. Paris, 1997. 448 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Éditions du Seuil. Paris, 1992. 500 p.

CROZIER M. *La crise de l'intelligence. Essai sur l'impuissance des élites à se transformer*. InterÉditions. Paris, 1995. 200 p.

DUNCAN W.Jack. *Les grandes idées du management. Des classiques aux modernes*. AFNOR. Paris, 1990. 242 p.

GRAWITZ M. *Méthodes des sciences sociales*. Éditions Dalloz. Paris, 2001. 1019 p.

LE BOTERF G. *Comment investir en formation*. Éditions d'organisation. Paris, 1989. 214 p.

HART J., LUCAS S. *Management hospitalier. Stratégies nouvelles des cadres*. Editions Lamarre. Paris, 2002. 180 p.

LE SAGET M. *Le manager intuitif*. Dunod. Paris, 1992. 328 p.

LEVY-LEBOYER C. *La gestion des compétences*. Éd d'organisation. Paris, 1996. 165 p.

MATHIS D. *Le service de soins infirmiers dans les établissements de santé*. Les Études Hospitalières. Éditions Bordeaux, 2002. 303 p.

MARTIN B., LENHART V., JARROSSON B. *Oser la confiance. Propos sur l'engagement des dirigeants*. INSEP Éditions. Paris, 1996. 165 p.

MINTZBERG H. *Le pouvoir dans les organisations*. Éditions d'organisation. Condé-sur-Noireau, 1996. 679 p.

MITRANI A., BERNARD A., DALZIEL M. *Des compétences et des hommes. Le management des ressources humaines en Europe*. Éditions d'Organisation. Paris, 1992. 139 p.

MONTSERAT X. *Comment motiver*. Éditions d'Organisation. Paris, 2004. 238 p.

MORIN P., DELAVALLEE E. *Le manager à l'écoute du sociologue*, Éditions d'organisation. Paris, 2002. 271 p.

NIZET J., PICHAULT F. *Comprendre les organisations. Mintzberg à l'épreuve des faits*. Gaëtan Morin Éditeur. Paris, 1995. 315 p.

ORGOZOZO I. *Les paradoxes du changement*. Éditions d'Organisation. Paris, 1991. 1664 p.

ROPERT G., HASPEL R. *Construire des organisations qualifiantes*. Éditions d'organisation, 1995. 267 p.

TISSIER D. *Management situationnel, les voies de l'autonomie et de la délégation*. INSEP Éditions. Paris, 1997. 141 p.

MÉMOIRES

GLOAGUEN E. *L'évolution du management des cadres infirmiers supérieurs : un enjeu pour le service de soins infirmiers*. Mémoire Infirmière Générale : École Nationale de la Santé Publique Rennes, 2001. 73 p.

LANG S. « *L'évaluation des compétences : un levier à l'approche systémique de la gestion des ressources humaines* ». Mémoire Directeur des soins : École Nationale de la Santé Publique Rennes, 2004. 61 p.

PASTOL N. *Faire évoluer la culture managériale au sein du service infirmier : un défi pour l'infirmière générale*. Mémoire Infirmière Générale : École Nationale de la Santé Publique Rennes, 1997. 194 p.

ROMERO S. *Infirmier général - cadres infirmiers supérieurs : manager des managers*. Mémoire Infirmier Général : École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1998. 86 p.

TURBIAUX D. *L'infirmier général et les cadres supérieurs infirmiers : une compétence collective au service du patient*. Mémoire Infirmier Général : École Nationale de la Santé Publique Rennes, 2001. 85 p.

ARTICLES

BOURRET C. Gestion de proximité et organisation en pôles d'activités au Chu de Nantes. *Soins cadres*, Août 2003, n° 47, pp 27-30.

CADET D. La place du cadre supérieur de santé au sein du service de soins. *Objectif soins, le cahier du management*, Mars 2005, n°134, pp III-VII.

DELAMARE P. Les défis de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. *Objectifs soins*, Juin-Juillet 2005, n°137, p 9.

FAUGIER-SEURET C. Le management en arrière-plan. *Objectif soins, le cahier du management*, Février 1997, n°50, pp VII-XI.

MUCCHIELLI A. Nouveau point de vue sur les « défaillances » permanentes en management des cadres infirmiers. *Gestions Hospitalières*, Juin/juillet 1997, n° 367, pp 439-442.

PELJAK D. Le management de subsidiarité au service des hôpitaux. *Gestions Hospitalières*, Juin/Jullet 1997, n°367, pp 441-425.

THIRION R. Évaluer et apprécier les performances des surveillantes-chefs . *Objectif soins. Le cahier du management*, Juillet/août, 1998, n° 66, pp XI-XIV.

AUTRES PUBLICATIONS

Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales. Mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital. Rapport R. COUANAU déposé le 19 mars 2003.

ANAES. Direction de l'accréditation. Guide pour l'auto-diagnostic de la qualité du management en établissement de santé. Janvier 2004.

Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales. Mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital. Rapport R. COUANAU déposé le 19 mars 2003.

Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Éditions ENSP, oct 2004, 435 p.

HAS. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé. Janvier 2005.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Grille d'entretien des cadres de santé

ANNEXE 2 : Grille d'entretien des cadres supérieurs de santé

ANNEXE 3 : Grille d'entretien des directeurs de soins

Guide d'entretien des cadres de santé

ANNEXE 1

Bonjour, je m'appelle Isabelle Cipiciani et je suis directeur des soins actuellement en formation à l'ENSP. L'objet de mon travail, dans le cadre d'un mémoire professionnel, porte sur l'étude des fonctions de cadre de santé de proximité, de cadre supérieur, de directeur des soins ainsi que sur l'articulation et les relations existantes entre ces différents niveaux de la hiérarchie.

Cet entretien est réalisé dans l'anonymat et le respect de la confidentialité.

Perception de la fonction :

Comment percevez le rôle de votre cadre supérieur de santé ?

Comment cela se décline t-il en pratique au niveau de votre unité de soins ?

Quelles différences faites vous entre le champ d'exercice du cadre supérieur et celui du cadre de proximité ?

Quelles sont vos attentes par rapport au cadre supérieur ?

Quelle perception avez-vous de la fonction de cadre supérieur dans le cadre de la nouvelle réforme hospitalière ?

Formation :

De votre point de vue, quelles sont les principales difficultés que rencontrent aujourd'hui les cadres supérieurs ?

Selon vous, quelles compétences est il nécessaire de développer dans le cadre de la fonction de cadre supérieur ?

Pensez-vous qu'une formation complémentaire au management soit souhaitable dans le cadre d'une nomination à la fonction de cadre supérieur ?

Fonctionnement au sein de l'institution :

Avez vous des missions définies au sein de votre service ? Lesquelles ?

Quelles sont vos relations avec les cadres des autres services ?

Vous sentez-vous impliquée dans la politique de soins ? De quelle manière ?

Quelles relations avez vous avec le directeur des soins ?

Quels sont vos motifs d'insatisfaction ?

Quels sont vos motifs de satisfaction ?

Je vous remercie de m'avoir accordé cet entretien

Guide d'entretien des cadres supérieurs de santé

ANNEXE 2

Bonjour, je m'appelle Isabelle Cipiciani et je suis directeur des soins actuellement en formation à l'ENSP. L'objet de mon travail, dans le cadre d'un mémoire professionnel, porte sur l'étude des fonctions de cadre de proximité, de cadre supérieur, de directeur des soins ainsi que sur l'articulation et les relations existantes entre ces différents niveaux de la hiérarchie.

Cet entretien est réalisé dans l'anonymat et le respect de la confidentialité.

Perception de la fonction :

Comment définiriez vous votre rôle de cadre supérieur de santé ?

Comment cela se décline t-il au niveau de votre secteur de responsabilité ?

Quelles différences faites vous entre le champ d'exercice du cadre supérieur et celui du cadre de proximité ?

Quelle perception avez-vous de la fonction de cadre supérieur dans le cadre de la nouvelle réforme hospitalière ?

Formation :

Quelles difficultés principales rencontrez-vous aujourd'hui dans votre exercice ?

Selon vous, quelles compétences est il nécessaire de développer dans le cadre de cette fonction ?

Avez-vous suivi une formation complémentaire au management ? Si oui, quelle plus value ? Si non pourquoi ?

En quoi la formation peut -elle être bénéfique ?

Fonctionnement au sein de l'institution :

Avez vous des missions définies et de quelle manière ?

Comment définiriez-vous votre contribution à la politique de soins ?

Quelles sont vos relations avec les autres cadres supérieurs ?

Quel mode de fonctionnement avez vous avec le directeur des soins ?

Quelles sont vos attentes vis à vis du directeur des soins ?

Quels sont vos motifs d'insatisfaction ?

Quels sont vos motifs de satisfaction ?

Je vous remercie de m'avoir accordé cet entretien.

Guide d'entretien des directeurs des soins

ANNEXE 3

Bonjour, je m'appelle Isabelle Cipiciani et je suis directeur des soins actuellement en formation à l'ENSP. L'objet de mon travail, dans le cadre d'un mémoire professionnel, porte sur l'étude des fonctions de cadre de santé de proximité, de cadre supérieur, de directeur des soins ainsi que sur l'articulation et les relations existantes entre ces différents niveaux de la hiérarchie.

Cet entretien est réalisé dans l'anonymat et le respect de la confidentialité.

Perception de la fonction :

Comment définiriez vous le rôle des cadres supérieurs de santé au sein de l'établissement ?

Comment cela se décline t-il au niveau de leur secteur respectif ?

Quelles différences faites vous entre le champ d'exercice du cadre supérieur et celui du cadre de proximité ?

Quelle perception avez-vous de la fonction de cadre supérieur dans le cadre de la nouvelle réforme hospitalière ?

Formation :

A votre avis, quelles sont les principales difficultés que rencontrent aujourd'hui les cadres supérieurs dans leur exercice ?

Selon vous, quelles compétences est il nécessaire de développer dans le cadre de cette fonction ?

Existe t-il une politique de formation au management des cadres supérieurs et quel est votre avis à ce sujet ?

En quoi la formation peut -elle être bénéfique ?

Fonctionnement au sein de l'institution :

Comment qualifieriez-vous votre rôle auprès des cadres supérieurs ?

Quel mode de fonctionnement avez vous établi avec vos cadres supérieurs ?

Clarification des missions

Délégation avec missions transversales

Quelle communication ?

Quel pilotage des projets ?

Quelle mise en commun des compétences - évaluation ?

Pensez vous pouvoir favoriser le décloisonnement des secteurs de soins ? Et de quelle manière ?

Je vous remercie de m'avoir accordé cet entretien.