



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Mémoire de fin d'étude
INFIRMIER GÉNÉRAL

Date du Jury : 25 - 26 octobre 2001

L'INFIRMIER GENERAL
ET
LES CADRES SUPERIEURS INFIRMIERS :

UNE COMPETENCE COLLECTIVE AU SERVICE DU PATIENT

Daniel TURBIAUX

A

Gonzalo ALVESTEGUI, chargé d'études à l'ENSP,
pour son aide précieuse

Marcelle LE HELLEY,
responsable de filière,
pour la qualité de son accompagnement, et son souci permanent de nous
assurer une formation de qualité

Françoise ROCHER,
pour sa disponibilité et son efficacité

Tous les cadres supérieurs infirmiers et les infirmiers généraux qui ont accepté
de participer à nos entretiens

Véronique DUPAS,
pour sa compétence

Patricia,
pour sa patience et son aide appréciable

« Et si l'on trouve bien difficile de trouver
un sens et une cohérence à chacun de nos actes,
rappelons-nous que l'important dans le voyage
n'est pas tant de voir l'étoile
mais d'abord de trouver la direction de l'étoile.

Car celui qui crée du sens dans le quotidien,
dans la société dans laquelle il vit,
même s'il a l'impression que c'est du « petit sens »,
éprouve et fait éprouver aux autres
que le sens du Tout se situe dans la ligne du petit.

Il sait alors qu'il est sur le chemin,
même s'il ne sait pas quand se situe
l'aboutissement de la quête. »

Pierre CASPAR¹
Professeur au CNAM

¹ CASPAR P. préface du livre de LENHARDT V. – *Les responsables porteurs de sens* –
Paris - Editions INSEP – collection "Pratiques en questions" - 1992

Daniel TURBIAUX – Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>1 PREMIERE PARTIE Identification du problème</u>	4
1.1 <u>Une préoccupation pour l'IG, le management des CSI</u>	5
1.2 <u>L'évolution de l'hôpital</u>	7
1.3 <u>Base juridique du statut de CSI</u>	8
1.4 <u>L'enquête exploratoire</u>	12
<u>HYPOTHESE</u>	15
<u>2 DEUXIEME PARTIE Les concepts</u>	17
2.1 <u>Le changement influe sur le management</u>	18
2.1.1 <u>Les cadres supérieurs infirmiers en recherche identitaire</u>	18
2.1.2 <u>La démarche qualité, une opportunité pour le management</u>	20
2.2 <u>Le métier comme composante de l'identité professionnelle</u>	23
2.3 <u>La place du professionnalisme dans l'organisation</u>	28
<u>3 TROISIEME PARTIE L'observation du terrain</u>	30
3.1 <u>Le cadre méthodologique</u>	31
3.1.1 <u>Les entretiens</u>	31
3.1.2 <u>Les sites observés</u>	32
3.2 <u>L'analyse des entretiens des cadres supérieurs infirmiers</u>	34
3.2.1 <u>Caractéristiques générales de la population :</u>	34
3.2.2 <u>Perception de la fonction</u>	42
3.2.3 <u>Perception du changement</u>	51
3.2.4 <u>Modalités d'exercice</u>	54
3.3 <u>L'analyse des entretiens des infirmiers généraux</u>	60
3.3.1 <u>Perception de la fonction</u>	60

<u>3.3.2</u> <u>Perception du changement</u>	63
<u>3.3.3</u> <u>Modalités d'exercice</u>	65
<u>4</u> <u>QUATRIEME PARTIE</u> <u>Manager une compétence collective : Les</u> <u>cadres supérieurs infirmiers</u>	70
<u>4.1</u> <u>Quelques principes fondamentaux de notre management</u>	72
<u>4.2</u> <u>Un management au service du collectif</u>	74
<u>4.2.1</u> <u>Développer le potentiel individuel par la confiance</u>	74
<u>4.2.2</u> <u>La mobilisation de nos ressources</u>	75
<u>4.2.3</u> <u>L'organisation d'une compétence collective</u>	77
<u>CONCLUSION</u>	82
<u>ANNEXES</u>	85
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	90

INTRODUCTION

L'objet de ce mémoire porte sur le management des Cadres Supérieurs Infirmiers². Cette préoccupation vient du fait qu'en tant que CSI durant sept ans nous avons pu observer le fonctionnement cloisonné de chaque secteur de l'hôpital. En effet chaque CSI défendait son service, en présentant le projet du service, pour obtenir soit des moyens en personnel soit un renouvellement du matériel d'une unité de soins. De notre point de vue, ces demandes individuelles n'étaient pas resituées dans une cohérence institutionnelle globale.

D'après notre expérience et dans la perspective de l'exercice de la fonction d'infirmier général³, nous souhaitons, dans cette recherche, présenter d'une part la fonction de CSI pour mieux la comprendre et d'autre part la vision que les autres acteurs de l'hôpital peuvent en avoir. Il semblerait en effet que ces acteurs ne connaissent pas toujours le travail du CSI. Cette méconnaissance entraîne des réactions conflictuelles dues ainsi à un professionnalisme non reconnu.

Par ailleurs, nous pensons que les changements d'organisation au sein de l'hôpital peuvent entraîner une crise identitaire en lien avec cette non-reconnaissance statutaire, ce qui conduit le CSI à redéfinir sa place et son rôle avec l'IG.

Au travers d'entretiens exploratoires et à partir de notre expérience nous avons fait le constat que certains CSI, à titre individuel, trouvent des moyens d'adaptation aux changements dans l'hôpital. Pour autant, la complexité dans leur position charnière entre l'IG et le chef de service, à l'interface des équipes soignantes, donc du soin, des services administratifs et généraux de l'ensemble de l'hôpital, en fait pour l'IG des collaborateurs particulièrement importants. L'IG, en tant que responsable du service infirmier, doit être un soutien des CSI face à cette complexité. Il est en même temps porteur de sens de l'action des CSI et les accompagne dans leur vie professionnelle.

² Terme employé pour surveillant(e) chef et qui sera abrégé CSI

³ Infirmier Général qui sera abrégé IG

D'où notre intérêt pour cette fonction et pour ce qui semble être un changement des rôles et du statut en lien avec la crise identitaire du CSI.

Pour cela notre réflexion sera centrée au cours de ce travail sur la question suivante :

la mutation de l'hôpital provoque des changements dans l'identité professionnelle des cadres supérieurs infirmiers ; l'infirmier général peut-il s'appuyer sur cette recomposition identitaire afin de mener à bien l'évolution dans le management du service infirmier ?

Dans une première partie nous tenterons d'identifier le problème en nous appuyant sur trois points :

- une préoccupation pour l'IG, le management des CSI,
- l'évolution de l'hôpital,
- la base juridique du statut de CSI.

Cet examen de la situation nous permettra de formuler notre hypothèse.

L'étude d'un certain nombre de concepts nous servira à éclairer notre travail et à constituer la partie théorique.

Enfin la présentation de nos entretiens avec les acteurs directement concernés nous permettra de vérifier notre hypothèse et de présenter un certain nombre de principes fondamentaux dont l'IG doit, selon nous, tenir compte pour effectuer un management des CSI qui soit adapté à la réalité du terrain.

1 PREMIERE PARTIE
Identification du problème

1.1 Une préoccupation pour l'IG, le management des CSI.

Au sein de la direction du service des soins infirmiers, les CSI tiennent une place prépondérante pour coordonner et organiser, avec l'IG, la mise en œuvre des soins infirmiers en cohérence avec la politique de l'établissement. Cette politique d'établissement s'est orientée, ces dernières années, vers une amélioration de la qualité des soins. Tous les acteurs de l'hôpital ont vécu cette orientation comme un profond changement dans leurs organisations.

Les CSI, en plus de leurs responsabilités de secteurs, assurent des missions transversales. Ils sont les représentants de la direction des soins infirmiers.

A partir de notre expérience et des entretiens exploratoires, tout porte à croire que les CSI expriment un malaise lié à la complexité de leur position dans l'hôpital. En effet, ils ont été longtemps sous la seule autorité hiérarchique du médecin chef, les soignants de leurs équipes étant leurs seuls partenaires.

Actuellement, le CSI peut se sentir partagé entre deux politiques, celle de l'IG dans le projet de soins infirmiers et celle du médecin chef dans le projet de service. Elles devraient être complémentaires mais sont parfois contradictoires, et un travail régulier d'adaptation est rarement effectué. Cela entraîne souvent un sentiment de malaise, de frustration. Cela pousse le CSI au cloisonnement, à travailler seul dans son secteur sans pouvoir s'inscrire dans une cohérence de politique d'établissement.

La multiplication et la diversité des tâches demandées, l'éclatement des missions, l'évolution des techniques, les demandes d'études diverses (charge de travail, réalisation de projets, comptes rendus d'activités...), font que la nature du travail se diversifie en même temps que sa charge augmente considérablement. D'autre part l'hôpital bouge, change en permanence, s'inscrit dans une dynamique de projets mais reste dans le même temps très cloisonné. Comme nous l'avons vu, la place du CSI est à l'interface des équipes soignantes, donc du soin, des services administratifs et généraux de l'ensemble de l'hôpital.

Son rôle nous semble donc particulièrement sensible aux effets du changement dans l'hôpital du fait de cette position multidirectionnelle. Il est un des acteurs sur lequel pèsent le plus les interactions du système. En même temps, les missions transversales qui lui sont confiées devraient lui conférer une plus grande légitimité. Qu'en est-il ?

Comment se positionne alors le CSI face à l'augmentation de ses responsabilités ?

Pourquoi cette responsabilisation accrue, du CSI, semble s'accompagner d'une telle fragilisation et d'un tel malaise ?

Est-ce une difficulté des CSI à prendre conscience de l'évolution organisationnelle des établissements hospitaliers ?

Quelle représentation des CSI ont les autres acteurs de l'hôpital ?

Les acteurs du monde hospitalier sont-ils à l'origine de ces changements ou ces derniers sont-ils induits par des objectifs politico-économiques ?

Depuis plusieurs années les IG en formation abordent régulièrement ces sujets. Cela traduit probablement bien leur préoccupation d'adapter leur management au rôle des CSI.

Une approche historique des textes révèle l'évolution de cette fonction. Cela permet sans doute d'expliquer comment, au fil du temps, les CSI sont devenus les représentants de la direction des soins infirmiers dans chaque secteur d'activités et comment d'autres missions leur ont été confiées conjointement.

1.2 L'évolution de l'hôpital

Marianne Binst⁴ a étudié l'évolution des hôpitaux, à partir de 1975, en confrontant deux types d'organisations. Au fil du temps, nous sommes passés d'une organisation bureaucratique, taylorisée, qui parcellise l'action des différents acteurs, à une logique intégratrice qui permet, à une catégorie d'acteurs, d'imprimer sa propre logique sur l'ensemble du système en lui conférant son unité.

De ce fait, il est important de prendre en compte le fonctionnement systémique de l'hôpital. Cela permet de l'appréhender globalement au regard de la politique de santé, en termes de projet d'établissement, de projet médical, de projet de soins... et d'agir localement par une amélioration de la qualité. Cela devrait permettre une confrontation des pratiques, et l'élaboration de protocoles et d'outils communs.

L'action de l'hôpital se caractérise par une finalité unique : « un soin de qualité ». Pour concrétiser cette mission, il faut une capacité institutionnelle à mobiliser les acteurs autour de projets communs et à prendre en compte l'incertitude et les difficultés à la prise de décision face à certaines situations. En tant que responsable du service infirmier, l'IG est au cœur de ce dispositif. Cette démarche implique des changements effectifs, qui peuvent permettre aux CSI d'être positionnés dans la dynamique hospitalière, avec une reconnaissance identitaire différente.

⁴ BINST M., - *Du mandarin au manager hospitalier* – Paris - Editions l'Harmattan, - collection "logiques sociales", 1990

1.3 Base juridique du statut de CSI

Les bases juridiques de l'exercice dans la fonction publique sont fixées par un statut.

Le décret n°891 du 27 avril 1943 précise que :

« 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 d'effectuer un premier constat quant à la double autorité administrative et médicale sous laquelle se trouve le surveillant chef quand il exerce sa fonction d'encadrement. Reste-t-il aujourd'hui inscrit dans les pratiques du surveillant chef une partie de cette histoire dont ce texte est le reflet, ou sommes-nous dans une évolution, le positionnant plus dans une fonction administrative ?

Les décrets n°62-132 du 2 février 1962 et n°69-281 du 24 mars 1969 instituent la fonction de surveillant chef. Il s'agit alors d'officialiser une fonction réclamée par les hôpitaux, et qui existait déjà dans les faits, sous le statut particulier des supérieures de communautés de religieuses soignantes du XVIII^{ème} siècle.

Ces textes ont fixé les conditions de recrutement, d'avancement et de rémunération des surveillants(es) chefs.

Depuis 1962 les sages femmes peuvent accéder à ce grade après dix années de service effectif.

Le décret n°88-1077 du 30 novembre 1988 relatif aux statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière précise à propos des surveillants chefs, d'une part que *« Les surveillants des services médicaux ayant dans le grade trois années d'ancienneté peuvent être chargés après avis de la commission administrative paritaire des fonctions de surveillant chef par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination »* et, d'autre part, que

« les surveillants chefs exercent leurs fonctions d'encadrement soit dans les services de soins dont l'activité est particulièrement importante compte tenu de leur technicité ou de l'effectif des personnels, soit dans les écoles de cadres infirmiers »

Il est intéressant de constater que la fonction de surveillant chef est explicitement énoncée et reconnue par une procédure de nomination, mais pas le grade.

L'arrêté n°89-538 du 3 août 1989 rétablira le grade de surveillant chef, puis le décret n°91-1271 du 18 décembre 1991 modifiera la procédure de nomination par l'établissement :

- d'un concours sur titre pour l'accès au grade,
- de l'accession à la catégorie A.

Le recrutement des surveillants chefs se fait par concours interne sur titre en référence à la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui précise au 1° de l'article 29 : *« Des concours ouverts aux candidats justifiant de certains diplômes ou ayant accompli certaines études. Ces concours ont lieu sur épreuves. Toutefois, les statuts particuliers peuvent prévoir la possibilité d'organiser des concours sur titres pour l'accès à des corps et emplois qui nécessitent une expérience ou une formation préalable »*

Ces concours sur titres sont organisés sur l'initiative du directeur de l'établissement et font l'objet d'une publication au *journal officiel*. Les surveillants des services médicaux ayant, dans le grade, trois années d'ancienneté peuvent faire acte de candidature.

Le certificat cadre infirmier n'est pas exigé.

Aucun cycle de formation d'adaptation à l'emploi n'est instauré. Les CSI sont nommés par décision du Directeur de l'établissement. A ce jour plusieurs directions d'établissements hospitaliers ont pris l'option de former l'encadrement supérieur infirmier. Le contenu est laissé au libre choix de l'établissement, il n'y a aucune obligation officielle.

Une lettre circulaire n°30 du 20 février 1990 sur les missions et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s chefs hospitaliers, rédigée en concertation avec les différentes organisations syndicales, par Gérard Vincent, alors Directeur des Hôpitaux précise : *« 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 document, la fonction est présentée selon quatre grands axes :

- Technicité déclinée en quatre domaines d'activités :
 - Soin
 - Gestion
 - Formation des stagiaires
 - Recherche
- Information
- Relation/communication
- Contribution économique

La fonction de surveillant chef apparaît comme un métier distinct dans la fiche emploi type. Il est présenté dans *la famille professionnelle des soignants et dans la sous-famille encadrement soignant*. Sa mission et ses fonctions sont :

« 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...)⁵ »

⁵ Nomenclature des emplois types de l'hôpital - Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi - Direction des Hôpitaux - Rennes - Editions ENSP – 1990

Ce texte place le surveillant chef dans une position hiérarchique au-dessus du surveillant d'unité et sous la responsabilité de l'IG. La référence à la qualité, d'une part, induit déjà son implication dans la démarche qualité et, d'autre part, fait apparaître de façon implicite une notion de transversalité.

Au regard de ces textes nous pouvons constater qu'aucune formation n'est exigée, que la circulaire du 20 février 1990 sert de guide pour l'élaboration du profil de poste des surveillants chefs mais n'en constitue pas une référence réglementaire claire.

L'appellation officielle demeure « infirmier surveillant chef », le titre de cadre supérieur infirmier apparaît en 1995 dans le « *dictionnaire des soins infirmiers* »⁶.

⁶ *Dictionnaire des soins infirmiers* - sous l'égide du Ministère des affaires sociales – Lyon – AMIEC - 1995.

1.4 L'enquête exploratoire

Afin de vérifier nos impressions premières, nous avons réalisé une enquête exploratoire durant notre premier stage en février 2001. Nous avons utilisé la technique des entretiens semi-directifs. Nous avons élaboré une série de questions-guides, relativement ouvertes. Nous n'avons pas posé les questions dans l'ordre prédéfinie afin de laisser la personne parler spontanément avec ses mots. Par contre nous n'hésitions pas à recentrer l'entretien sur les objectifs quand cela était nécessaire.

Notre échantillon était composé de :

- 4 CSI
- 1 IG
- 1 DRH⁷

Ces entretiens concernaient des professionnels d'un centre hospitalier. Ils nous ont permis de dégager les principales difficultés rencontrées par les CSI dans l'exercice de leur fonction.

a) Les CSI participent à l'élaboration de leur profil de poste mais ne s'y retrouvent pas au niveau identitaire.

Ils regrettent que dans leur fonction, n'apparaissent pas :

- une zone d'autonomie, par rapport à l'IG et au chef de service,
- l'attribution des missions transversales, alors que cela représente déjà une charge de travail importante,
- la notion de capacités, estimant que le descriptif du profil de poste est trop centré sur le « faire » plutôt que sur « l'être ».

⁷ DRH : abréviation qui signifie Directeur des Ressources Humaines

- b) Les CSI ne se sentent pas reconnus dans leur travail comme des collaborateurs. Ils déplorent que :
- les projets sont "parachutés" et qu'ils ne se sentent pas responsables et autonomes, « *on s'embrigade dans des théories* »
 - ils ne participent pas à l'évaluation des cadres de proximité
 - lors des réunions CSI/IG ils ne soient pas partie prenante de l'élaboration des solutions, « *on va nous écouter pour savoir, mais on ne va pas nous entendre pour répondre.* »
- c) Les CSI sont partagés sur l'existence d'une équipe de CSI. Il apparaît une divergence d'opinion selon que les propos soient centrés sur le travail ou sur des considérations affectives. Toutefois les CSI expriment la nécessité de travailler ensemble pour « *faire force, pour se sentir un corps* ». Les CSI pensent que la dynamique d'équipe est dépendante :
- des relations IG/DRH,
 - de la capacité de l'IG à communiquer :
 - les CSI se sentent utilisés plutôt que partenaires,
 - les CSI regrettent un manque de sentiment de confiance et de convivialité,
 - les CSI estiment que l'IG est garant de leur bonne santé : « *on ne prend pas soin de nous* »,
 - d'une organisation du travail par objectifs « *en ayant les tenants et les aboutissants pour travailler intelligemment* ».
- d) Les CSI souhaitent bénéficier de formation en lien avec leur fonction.
- quatre ont suivi une formation personnelle :
 - 2 en maîtrise de management,
 - 1 en formation sur la communication,
 - 1 en préparation du concours IG,
 - l'ensemble des CSI regrettent de ne pas bénéficier d'une formation qui leur apporte des outils de management et surtout leur permette un échange avec des CSI d'horizons multiples.

e) Les CSI trouvent leur travail paupérisé par rapport à la fonction cadre de proximité. Ils dénoncent :

- une trop grande stagnation sur une même réflexion « *on ronronne, on fait, on redéfait, c'est infernal ...* » exemple cité : le groupe de travail sur le dossier de soins.
- des injonctions trop nombreuses, qui font que l' « *on ne perçoit plus le sens de son travail qui est augmenté et ralenti* ».

En conclusion de ces entretiens exploratoires :

Les CSI ont le sentiment de n'être interpellés qu'en cas de problème, or, « *un homme n'est pas seulement une main ou un cœur mais également une "tête", c'est à dire une liberté, un projet, alors il faut accepter l'idée que la conduite humaine est stratégique, c'est à dire qu'elle est orientée en vue d'atteindre un objectif personnel, compte tenu des contraintes de la situation* »⁸.

Le DRH a observé que, depuis que les CSI se réunissent régulièrement, ils forment une équipe. Précédemment, ils se positionnaient en « *chefs de clan* ». Depuis, leurs comportements ont évolué, passant de « *chefs surveillants* », à cadres supérieurs infirmiers.

L'IG regrette que les CSI travaillent trop en « *électrons libres* », dans leur secteur d'activités.

⁸ FRIEDBERG E. - *L'analyse sociologique des organisations* - revue N°28 du groupe de recherche pour l'éducation et la prospective - 1988

HYPOTHESE

Nous avons exposé les différentes difficultés exprimées par les CSI lors des entretiens exploratoires et les avons étayées par nos lectures. Il apparaît que :

- Les CSI tiennent une place prépondérante pour coordonner et organiser le service de soins infirmiers avec l'IG.
- Le cloisonnement constaté entraîne une difficulté à s'inscrire dans une politique d'établissement qui est en pleine mutation.
- Le manque de référence réglementaire claire, sur les missions des CSI, plongés dans l'interdisciplinarité et la polyvalence, fait que ceux-ci recherchent un champ d'action propre alors que la demande est de s'inscrire dans une politique globale.

Ces différentes réflexions, nous amènent à énoncer l'hypothèse suivante :

***la capacité des cadres supérieurs infirmiers à développer leur
recomposition identitaire dépend du positionnement de l'infirmier
général qui, à partir de la synergie des compétences individuelles,
favorise l'émergence d'une compétence collective.***

Voyons maintenant, les différents concepts nous permettant d'apporter un éclairage aux problèmes que nous venons d'identifier.

2 DEUXIEME PARTIE

Les concepts

2.1 Le changement influe sur le management

Nous considérons que deux textes sont plus particulièrement révélateurs de la question du changement au cours de l'histoire hospitalière : la loi du 31 juillet 1991 et les ordonnances du 24 avril 1996.

2.1.1 Les cadres supérieurs infirmiers en recherche identitaire

La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 a institutionnalisé une direction du service de soins infirmiers, la commission du service de soins infirmiers, les conseils de service,...

Elle permet aux personnels soignants de donner un avis sur les pratiques professionnelles. En droit, cette loi permet de fait l'intervention directe de tous les personnels dans une dynamique institutionnelle de projets, la finalité résidant dans l'amélioration de la qualité des soins. Cette évolution semble placer les CSI face à des difficultés sur le plan des méthodes de travail. Ils se rendent compte de leurs besoins en formation afin d'acquérir des compétences nouvelles. Cela a bien sûr un impact sur le suivi et l'aboutissement des projets.

Dans ce texte, *l'article L.714-23 « [...] prévoit que le chef de service soit assisté selon les activités du service ou du département... par un cadre paramédical... pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences [...] et l'article L.714-26 quant à lui [...] crée dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confié à l'IG, membre de l'équipe de direction [...] ».*

Ces deux articles sont antinomiques, quant à l'identification affirmée du supérieur hiérarchique du CSI.

En effet, dans le secteur, le CSI seconde un chef de service. Il prend en compte ses orientations dans le domaine des soins pour adapter l'organisation des activités du service. Cette démarche crée une dépendance.

D'autre part, au niveau de l'Etablissement, l'IG responsable du service de soins infirmiers participe « [...] à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux sous l'autorité du chef d'Etablissement [...] »⁹, Il donne ses propres orientations qui peuvent être en dichotomie avec certaines orientations du chef de service.

Tout en instituant un supérieur hiérarchique aux CSI, la loi maintient implicitement le positionnement inféodé au chef de service.

Face à cette contrainte, le CSI est en recherche identitaire ; il tente de retrouver la justification de sa fonction. Claude DUBAR explique : « *Ce qui existe, ce sont des modes d'identification, variable au cours de l'histoire collective et de la vie personnelle, des affectations à des catégories diverses qui dépendent du contexte. Ces manières d'identifier sont de deux types : les identifications attribuées par les autres (ce que j'appelle « les identités pour autrui ») et les identifications revendiquées par soi-même (« identités pour soi »). On peut s'identifier soi-même autrement que ne le font les autres. C'est la relation entre ces deux processus d'identification qui est au fondement de la notion de formes identitaires* »¹⁰.

Entre les deux discours le CSI a du mal à se situer. L'enjeu pour lui est de ne plus rester centré sur son service. Il doit s'ouvrir sur la globalité de l'hôpital, participer ainsi au décloisonnement de l'établissement en se référant au service de soins infirmiers comme groupe d'appartenance. Pour Georges NIZARD, « *reconnaître la pluridisciplinarité, c'est s'obliger à vivre et à travailler avec les autres. Dans un hôpital, aucun homme n'est le propriétaire de son objectif, ni le régent exclusif de son service. La réussite n'est pas dans l'isolement et la restriction, mais dans la complémentarité et l'échange* »¹¹

⁹ Circulaire DH/8D n°90-401 du 2 octobre 1990 relative à l'application du décret N°89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.

¹⁰ DUBAR C.- *La crise des identités* – Paris - Editions PUF - collection "Le lien social", 2000

¹¹ NIZARD G.- *L'hôpital en turbulence* – Toulouse - Editions Privat - 1994

2.1.2 La démarche qualité, une opportunité pour le management.

Les ordonnances du 24 avril 1996 ont obligé les établissements hospitaliers à entreprendre une démarche d'accréditation, ce qui constitue une nouveauté. Cette nouveauté peut être un progrès pour le soin au patient, à la condition que les acteurs jouent le jeu du changement des pratiques. Cela sous-entend d'accepter de réfléchir sur le rôle de tous les acteurs de l'hôpital pour que les soins soient dispensés avec une amélioration continue de la qualité.

Comme le précise le guide pratique de l'ANAES¹² : « *La préparation repose sur la participation très large de l'ensemble des acteurs de santé... cette information sur la procédure devrait en outre permettre d'initier la communication interne sur la démarche qui sera poursuivie aux phases d'auto évaluation, de visite, puis de suivi* ». Les changements dans les pratiques nécessitent d'engager une démarche d'amélioration continue de la qualité, impliquant également le management des équipes. Nous croyons que l'IG et les CSI ont un rôle primordial à jouer pour mener à bien l'accréditation.

Le manuel précise qu'il faut « *des professionnels impliqués directement dans la dispensation des soins et des prestations... des professionnels compétents en matières d'évaluation et d'amélioration de la qualité et susceptibles d'intervenir comme coordonnateur ou comme facilitateurs de démarches externes* ».

A titre d'exemple le manuel cite un établissement où le DSSI et un cadre de santé font partie d'une cellule de neuf personnes.

Le manuel, dans le chapitre « Management et gestion du patient », souligne que le management s'attachera à définir des orientations stratégiques et à coordonner les professionnels des différents secteurs d'activités.

¹² ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation des Soins, - *Manuel d'accréditation des Etablissements de Santé* - février 1999

Deux idées fondamentales pour le management s'en dégagent :

- 1) Le management interne de chaque secteur d'activité contribue à favoriser l'amélioration de la prise en charge du patient
- 2) La place et le rôle des professionnels sont identifiés. Les responsables des secteurs d'activités indiquent les objectifs à atteindre et participent activement à d'amélioration de la qualité.

Pour concrétiser cette orientation nous pensons qu'il est nécessaire que le CSI soit formé à la démarche d'accréditation du fait de son rôle de pilote sur le terrain du soin. Cela est primordial pour que le changement des pratiques soit une réalité. Mais pour mener à bien cette entreprise, il faut une identification précise de la place et du rôle des professionnels. Comme nous l'avons vu dans le cadre réglementaire concernant le CSI, une mutation progressive l'a placé entre deux pôles hiérarchiques, ce qui l'oblige à réfléchir à l'élaboration de son profil de poste, avec l'IG.

Les lois hospitalières préconisent des projets et des évaluations régulières, ce qui peut être perturbant pour l'hôpital. Comme le dit Georges NIZARD, « *le personnel avait parfois fait le choix d'une présence professionnelle tranquille [...], puis voilà que l'ouverture fait déchirure, que la complexité fait perdre les repères, que la multiplicité des données fait douter de l'identité [...]. Or, lorsque le personnel n'est pas en harmonie avec son institution, c'est jusque dans la relation de soins que s'en font sentir les conséquences* »¹³.

Ces orientations ont entraîné des modifications importantes dans l'organisation de l'hôpital qui se sont traduites par « *plus de mobilisation des membres de l'organisation, de participation à la prise de décision, de valorisation du travail, de support, de développement des ressources humaines* »¹⁴.

¹³ NIZARD G., - *L'hôpital en turbulence* – Toulouse - Editions Privat - 1994

¹⁴ SAMSON-SAULNIER G.- *Les dilemmes de la période actuelle* - in Dussault G. - *Le Gestionnaire, pivot du changement* - Département d'administration de la santé de l'université de Montréal – Montréal - 1995, p 107-116.

Dans ce contexte, nous croyons que les CSI, étant au carrefour d'interactions entre tous les acteurs du système hospitalier, sont complètement impliqués dans ce processus. A ce titre, ils sont des observateurs de terrain privilégiés pour l'IG. Ils peuvent faire remonter des informations sur ce que vivent les acteurs dans leurs quotidienneté. Ils ont un rôle à jouer pour que ce changement soit en cohérence avec les objectifs de l'établissement.

Ces changements imposent pour le CSI une qualification élevée dans l'organisation, la coordination, la pédagogie, et l'évaluation. Celle-ci offre un nouvel intérêt pour la fonction.

P. WATZLAWICK¹⁵ dit qu'il y a deux formes de changements : « *L'une prend place à l'intérieur d'un système donné qui, lui, reste inchangé, l'autre modifie le système lui-même.* » Georges NIZARD¹⁶ poursuit en complétant que « *dans les organisations hospitalières, le changement est tout cela en même temps. C'est dire et son ambiguïté et l'ambivalence qu'il suscite auprès des personnes qui à la fois le souhaitent et le craignent* ».

C'est bien dans la volonté de chaque acteur, dans la prise de conscience du rôle qu'il joue dans la conduite du changement que la réussite sera au bout du chemin. Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE¹⁷ affirment avec force que « *seule une volonté managériale ferme permet de rompre avec le cycle de la répétition et du mimétisme bureaucratique. Il faut sortir de "l'enfer du même"¹⁸, et ce "fonctionnalisme pragmatique"¹⁹ qui finit par cantonner l'action dans une tautologie mécanique où les processus formels et les ratios financiers tiennent lieu de politique et d'objectif. Retrouver la qualité consiste donc à traiter la question sanitaire et sociale en termes de problèmes à résoudre, service à rendre à la population et non plus de structure à financer. Le budget retrouvera ainsi sa vraie place : un moyen au service d'une politique* ».

¹⁵ WATZLAWICK P. et alii, - *Changements* – Paris - Editions Le Seuil - 1975

¹⁶ NIZARD G., - *L'hôpital en turbulence* – Toulouse - Editions Privat - 1994

¹⁷ DUCALET P., LAFORCADE M., - *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* – Paris - Editions Seli Arslan - 2000

¹⁸ BAUDRILLARD J., cité par MIRAMON J-M, - *Manager le changement dans l'action sociale* – Rennes - ENSP - 1996

¹⁹ MIRAMON J.M.- *Manager le changement dans l'action sociale* – Rennes - ENSP - 1996

2.2 Le métier comme composante de l'identité professionnelle

En 1675, le mot *profession* signifiait : « qui fait profession d'être dûment qualifié, professionnel ». Le terme de « profession » désignait à l'origine l'acte de professer, plus tard « le métier que l'on fait profession d'avoir appris et exercé ».

Les professionnels *professent*. Ils connaissent mieux que les autres certaines questions et ils savent mieux que leurs « clients » ce qui ne va pas chez eux. Les membres des professions revendiquent le droit exclusif de pratiquer dans le cadre d'un métier, et de prodiguer des conseils. Guy LE BOTERF²⁰ explique que « *celui qui maîtrise un métier possède un ensemble de savoirs et de savoir-faire spécifiques, éprouvés par l'expérience. C'est le corps des savoirs qui fonde l'identité professionnelle. Son avenir s'inscrit dans la perspective d'une filière professionnelle où il aspire à progresser* ».

On attend du professionnel une pensée objective et de la curiosité dans des domaines où la routine et les réactions affectives limitent la créativité.

La mutation de l'hôpital provoque un changement des organisations, ce qui demande un développement de compétences multiples. Dès lors, le CSI a besoin de redéfinir sa place et son rôle car « *le questionnement sur la notion de qualification ouvre le champ à la définition nécessaire de nouvelles identités professionnelles* ». ²¹

Cela suggère que le CSI joue un type de rôle dans une pièce qui comprend d'autres personnes jouant elles-mêmes, bien ou mal, le rôle que l'on attend d'elles.

²⁰ LE BOTERF G., - *Compétence et navigation professionnelle* – Paris - Editions d'organisation – 2000

²¹ Ibid.

Certains rôles peuvent être plus sensibles aux mutations techniques, à la transversalité. Nous pensons que c'est le cas pour les CSI, qui doivent ainsi développer des qualités d'adaptation.

Les divergences de conceptions, sur ce que devrait être le travail des CSI, doivent être exprimées pour leur permettre de jouer pleinement le rôle particulier qui leur est imparti, avec ses responsabilités et ses gratifications spécifiques.

Le CSI est l'interface entre le soin et l'IG. Il est en interaction avec tous les autres services de l'hôpital (administratifs, techniques, généraux), les structures extérieures à l'hôpital (les mairies, les écoles, d'autres établissements sanitaires et sociaux...), les familles, c'est à dire le social dans son ensemble. Le CSI travaille de plus en plus en réseaux. Claudette LAFAYE nous explique que « *plus un acteur établit un nombre de liens avec d'autres acteurs, plus il peut nouer ces liens rapidement, plus il est un passage obligé pour d'autres, plus il est central* »²².

Nous pouvons également constater que ces nouvelles tâches, que sont les missions transversales, représentent un prestige institutionnel bien plus important. Or, les responsabilités quotidiennes d'organisation demeurent.

Dans ce cadre, tel qu'il est défini, nous pensons que l'IG joue un rôle de pilote.

L'IG et les CSI doivent envisager ensemble que la modification de leur positionnement institutionnel puisse évoquer pour leurs partenaires institutionnels une représentation identitaire différente. Claude DUBAR²³ explique que « *l'identité collective au travail est une innovation, une création institutionnelle qui implique un processus d'élaboration, de "négociation" de règles et des normes, de repères communs. Ce processus comprend nécessairement une part de conflits mais aussi de coopération, des avancées et des reculs, des compromis et des risques* ».

²² LAFAYE C. - *La sociologie des organisations* – Paris - Editions Nathan - 1996

²³ DUBAR C. - *La crise des identités* – Paris - Editions PUF - 2000

Dans son ouvrage, Vincent LENHARDT²⁴ précise qu'« une des difficultés du management vient du fait qu'il est demandé aux cadres d'avoir des logiques paradoxales par exemple en développant deux principes :

1) L'autonomie, qui permet :

- la responsabilisation,
- la créativité,
- l'innovation,
- la performance,
- la spécialisation,

donc une **pensée autonome**.

2) L'intégration, qui demande :

- une culture d'entreprise,
- des valeurs et des finalités collectives et

donc une **pensée collective** qui donne une interdépendance ».

En ce qui concerne la **pensée autonome**, les CSI sont des professionnels qui ont atteint un certain niveau dans l'exercice de leur métier, ce ne sont plus des novices. Ils ont un degré d'autonomie qui leur permet de maîtriser des situations imprévisibles, sachant que « l'autonomie n'est jamais un état acquis, mais un processus complexe, ambigu et toujours en devenir »²⁵.

Quant à la **pensée collective**, les CSI sont dans une situation professionnelle où ils doivent non seulement assurer leur activité de secteur, mais aussi être en relation avec les autres CSI, acteurs comme eux de l'organisation du service car, « la conduite sera aussi fonction des possibilités qui s'offrent à eux de se coaliser avec leurs collègues et de mobiliser ainsi leur solidarité »²⁶.

Les tâches demandées ne sont pas seulement des tâches précises mais des rôles et des fonctions souhaités.

²⁴ LENHARDT V. - *Les responsables porteurs de sens* – Paris - INSEP éditions - 1992

²⁵ LENHARDT V. - *Les responsables porteurs de sens* – Paris - INSEP – Editions - 1992

²⁶ CROZIER M. - FRIEDBERG E. - *L'acteur et le système* – Paris - Editions du Seuil - collection "Sociologie politique" - 1977

La réglementation explique comment le professionnel est identifié. Nous souhaitons par contre aborder un autre aspect du processus de construction identitaire, non évoqué dans cette réglementation, qui consiste en l'intériorisation active, l'appropriation de l'identité que Goffmann appelle les « identités sociales réelles ».

Si l'on se situait précédemment « *dans une pyramide de pouvoir, nous nous orientons actuellement vers un réseau des savoirs* »²⁷. Le CSI dans ce système a besoin de se reconstruire une identité. François VARILLON²⁸ énonce que le changement nécessite une constante reconversion de son identité qu'il résume dans une formule pleine d'humour : « *Le papillon n'est qu'une grosse chenille* ».

Devant la complexité de l'hôpital et le changement issu de nouvelles organisations, le CSI cherche son identité. Il semble se réfugier dans la rationalisation de multiples tâches qui lui sont demandées. Le CSI pourra d'autant plus surmonter cette crise identitaire qu'il saura surmonter « la lutte stratégique » que représente le travail.

Dans l'hôpital, chaque agent qui effectue un travail est qualifié par son statut, infirmier(ère), aide-soignant(e), infirmier(ère)-surveillant(e), infirmier(ère)-surveillant(e)chef.

Au fil du temps, ces étiquettes se sont transformées. L'infirmier(ère)-surveillant(e) est devenu cadre infirmier(ère) et l'infirmier(ère)-surveillant(e)chef est devenu cadre supérieur infirmier(ère), et très récemment cadre supérieur de santé.

Il suffit d'écouter une conversation pour comprendre que ces étiquettes sont importantes. Le métier d'une personne est l'une des composantes de son identité professionnelle, de son moi.

Pour Georges NIZARD²⁹ « [...]la crise des identités renvoie à une reformulation des relations entre les groupes. Elle ébranle les certitudes, compromet les statuts

²⁷ TREGOUET R.- Expression empruntée au titre d'un rapport du Sénat - N°331 – 1997 - 1998

²⁸ VARILLON F.- *Joie de croire, joie de vivre* – Paris - Editions Centurion - 1975

²⁹ NIZARD G. - *L'hôpital en turbulence* – Toulouse - Editions Privat - 1994

sociaux et pousse à une redistribution des pouvoirs [...], les appellations sont des marqueurs de l'identité, et changer de nom n'est pas neutre : c'est substituer un symbole à un autre [...], le changement de nom confirme une rupture socio-historique dans le champ des pratiques professionnelles ».

Le surveillant chef est passé cadre supérieur infirmier. Il est donc passé du chef qui surveille à une fonction supérieure de management. L'appellatif est en accord avec les évolutions hospitalières et sociales, mais le statut n'est pas légitimé par une reconnaissance juridique.

L'hôpital de demain devra faire face aux exigences de réactivité, de flexibilité et de complexité. Pour être dans cette dynamique, il doit investir dans la fonction de management. Pour cela il faut développer la formation qui permet aux organisations de disposer de professionnels capables d'affronter l'inédit et le changement permanent. Alain MEIGNANT propose une technique qui nous semble correspondre aux exigences de l'organisation de l'hôpital: « *La formation-action est une technique consistant à construire les formations comme des allers et retours entre l'apprentissage de méthodes et leur application jusque dans la mise en œuvre de solutions. Ses objectifs sont de permettre aux salariés d'acquérir et de consolider des connaissances, des savoir-faire et des comportements en les mettant en pratique en situation réelle.* »³⁰

Ce type de formation renforce le professionnalisme acquis et permet d'aboutir à une gestion prévisionnelle des compétences. Pour autant, nous ne pouvons pas dissocier le professionnalisme des personnes, fondé sur leurs compétences acquises.

Les CSI donnent un sens à leurs actions en confrontant leurs capacités aux situations rencontrées. Ils doivent se remettre en question car la conduite des CSI en tant que professionnels du management n'est pas dictée à l'avance.

Pour autant les CSI ne doivent pas oublier leur métier d'appartenance, « infirmier », car le métier est source d'identité.

³⁰ MEIGNANT A. - *Déployer la stratégie* - Paris - Editions Liaisons - 2000

2.3 La place du professionnalisme dans l'organisation

Si le métier est indépendant d'une organisation particulière, l'emploi résulte de l'organisation. Chaque emploi, qui requiert des compétences et des savoirs particuliers, est spécifique à une organisation.

Le métier d'infirmier(e) s'incarne dans des emplois distincts, par exemple l'infirmier(ère), l'infirmier(ère)-surveillant(e), l'infirmier(ère)-surveillant(e)chef, l'infirmier(ère) général(e). L'observatoire des métiers définit le métier comme « *un champ de compétences qui peut regrouper plusieurs emplois et qui s'articule autour d'un processus dans le cadre d'une organisation définie* ».

Cela implique de définir une flexibilité permanente de l'organisation du travail. C'est piloter une grande mobilité des enjeux, des situations complexes où interfèrent de multiples logiques d'acteurs, où les critères de définition des problèmes sont instables, où les conflits sont présents.

Cette hétérogénéité de l'organisation du travail entraîne une complexité liée aux contextes de situation de travail toujours en évolution. Les redéploiements, les changements d'activités, les redistributions de fonctions influent en permanence sur les situations professionnelles. L'organisation d'un hôpital est ainsi appelée en permanence à évoluer afin de s'adapter aux changements technologiques.

La mobilité professionnelle que provoque la mutation de l'hôpital influe sur les compétences et le professionnalisme des CSI. Guy Le BOTERF précise que « *le professionnalisme est davantage lié à la capacité de faire face à l'incertitude qu'à la définition stricte et totalisatrice d'un poste de travail* ».³¹

Les CSI sont porteurs de projets et d'activités dont la nature et la distribution ne peuvent être que transitoires. Ils doivent développer en permanence leurs capacités d'adaptation.

³¹ LE BOTERF G. - *Compétence et navigation professionnelle* – Paris - Editions d'organisation - 2000

Dans son ouvrage, Conchetta LANCIAUX estime « *qu'il faut passer de la description des tâches précises et fermées qui immobilisent les gens à des définitions de missions qui libèrent les initiatives* »³². C'est-à-dire, avoir la capacité à s'ouvrir à une redéfinition du travail préconisé, qui consiste à compléter des tâches établies et à mettre en œuvre une capacité d'initiative pour faire face aux situations imprévisibles.

Claudette LAFAYE³³ explique les comportements des membres des organisations à partir de trois conceptions, en reprenant les travaux de James March et de Herbert Simon :

- 1) La première conception considère que les membres des organisations sont avant tout des instruments passifs, aptes à exécuter un travail, à recevoir des ordres et des directives sans pouvoir faire preuve d'initiative.
- 2) La deuxième conception précise que les membres des organisations importent, en leur sein, leurs propres attitudes et systèmes de valeurs.
- 3) La troisième conception privilégie le fait que les membres des organisations aient pour tâches de prendre des décisions et de résoudre des problèmes.

Par son positionnement et sa vision stratégique, l'IG pourra s'appuyer sur le professionnalisme des CSI, pour faire évoluer en permanence l'organisation des soins infirmiers et conduire ainsi une politique de changements.

³² LANCIAUX C. - *Stratégie de la récompense* – Paris - E.S.F. - 1990

³³ LAFAYE C. - *La sociologie des organisations* – Paris - Nathan - 1996

3 TROISIEME PARTIE

L'observation du terrain

3.1 Le cadre méthodologique

Comme pour l'enquête exploratoire, nous avons utilisé la technique des entretiens semi-directifs. Nous disposions d'une série de questions-guides, relativement ouvertes. Nous n'avons pas posé les questions dans l'ordre prédéfinie pour laisser la personne parler ouvertement avec ses mots. Nous nous sommes contentés de recentrer l'entretien sur les objectifs quand cela était nécessaire.

3.1.1 Les entretiens

Afin de traiter le sujet qui nous intéresse, l'entretien nous a paru être l'outil le plus pertinent pour réaliser notre recherche.

Notamment, il nous semble que la relation duelle, de face à face, favorise la communication, donc une production d'informations.

Selon André GUITTET³⁴, « *l'entretien permet de retrouver et de recouper trois niveaux d'information nécessaires et complémentaires :*

- *les faits : "j'ai vu, j'ai entendu, j'ai perçu, j'ai senti, j'ai observé",*
- *l'émotion, le vécu : "j'ai ressenti, j'ai le sentiment",*
- *l'opinion, le jugement, l'intuition : "je pense, je sais, je crois, j'ai l'impression" ».*

Lors de nos entretiens, nous considérons avoir retrouvé ces trois éléments : les faits dans leur réponse, l'émotion dans l'illustration par anecdotes et l'opinion dans la projection de ce qui devrait être.

Pour faciliter l'écoute et le traitement, nous avons enregistré les entretiens, tout en garantissant l'anonymat.

³⁴ GUITTET A. - *L'entretien* – Paris - Edition Armand Colin - 2001

Nous avons utilisé deux types de guides d'entretien³⁵ :

- un à l'intention d'une population de 15 CSI,
- un à l'intention d'une population de 5 IG.

Ces guides sont constitués de questions fermées et ouvertes, regroupées sous 3 thèmes :

- perception de la fonction, pour observer comment les CSI se positionnent et perçoivent leur rôle.
- perception du changement, pour objectiver sa réalité et en mesurer l'impact.
- modalités d'exercice pour situer le poste dans son environnement et la nécessité d'adaptation qui en résulte.

Les séries de questions des guides CSI et IG sont identiques afin de comparer les réponses.

Lors des entretiens, certaines questions qui n'apportaient qu'une réponse limitée étaient enrichies par une relance « pourquoi ? quel type ? pouvez-vous préciser ?... » ou par une reformulation.

3.1.2 Les sites observés

La répartition des entretiens s'est effectuée ainsi :

Nature établissement	IG	CSI
• centre hospitalier n°1	1	3
• centre hospitalier n°2	1	3
• centre hospitalier spécialisé n°3	1	4
• centre hospitalier spécialisé n°4	1	5
• centre hospitalier spécialisé n°5	1	0

³⁵ Voir annexe N°1 : guide des entretiens

Toutefois, il nous paraît important de situer les limites de cette recherche du fait que :

- les entretiens n'ont pas été réalisés à partir d'un échantillon représentatif des populations concernées, ce qui n'influence pas la démarche entreprise puisque l'objectifs visent une démarche qualitative, c'est à dire repérer des logiques d'acteurs.
- la population enquêtée est restreinte et ne permet donc pas de généraliser les résultats,
- les sites dans lesquels les entretiens se sont déroulés n'intègrent pas toutes les structures de soins, notamment les CHU, et se situent dans une même zone géographique.

3.2 L'analyse des entretiens des cadres supérieurs infirmiers

Nous avons globalement le sentiment que les réponses des CSI correspondent plus à l'idée qu'ils se font de leur fonction qu'à la réalité qu'ils vivent quotidiennement. C'est comme si les CSI se projetaient dans une vision idéale de leur fonction.

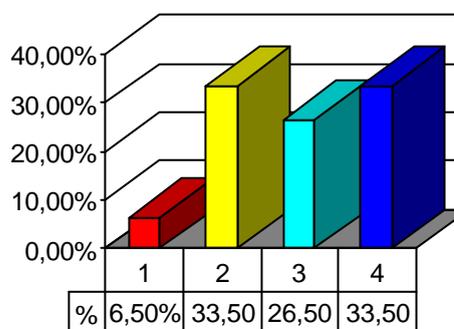
3.2.1 Caractéristiques générales de la population :

Cette analyse concerne les 15 entretiens effectués auprès des CSI.

Ces statistiques se veulent une présentation de leurs caractéristiques générales.

a) Répartition selon l'âge

classe d'âge	Fréquence	%
• 1= 40 à 45 ans	1	6,50 %
• 2= 45 à 50 ans	5	33,50 %
• 3= 50 à 55 ans	4	26,50 %
• 4= 55 et plus	5	33,50 %
Total	15	100 %



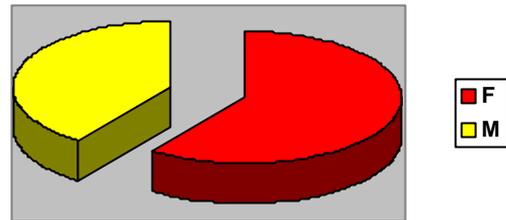
L'âge moyen des CSI est de 52 ans.

La classe d'âge de 50 ans et plus représente 60 % de l'effectif total

Le plus jeune CSI a 44 ans, le plus âgé 59 ans

b) Répartition selon le sexe

Sexe	Fréquence	%
• F	9	60 %
• M	6	40 %
Total	15	100 %



Cette répartition est sensiblement proche de la situation nationale où, pour cette catégorie de personnel infirmier, on y dénombrait en 1993³⁶ :

4159 CSI dont

3379 femmes soit 81.75 %

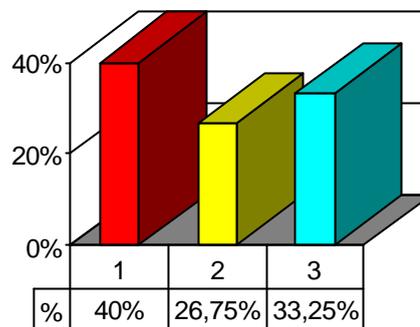
780 hommes soit 18.25 %

Or, dans nos entretiens, le pourcentage des hommes CSI s'avère plus élevé. Peut-être ce résultat est-il lié aux entretiens réalisés en établissements publics de santé spécialisés où les professionnels infirmiers masculins sont plus nombreux.

³⁶ Source : Service des statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information (SESI) – "Population infirmière au 1^{er} janvier 1993" – Etude à partir du fichier informatique ADELI – Document N°252 – Avril 1996

c) Ancienneté moyenne du diplôme d'Etat d'infirmier(ère)

Ancienneté	Fréquence	%
• 1= Plus de 30 ans	6	40 %
• 2= De 25 à 30 ans	4	26.75 %
• 3= De 20 à 24 ans	5	33.25 %
Total	15	100 %



L'ancienneté moyenne du diplôme d'Etat infirmier est de : 29 ans.

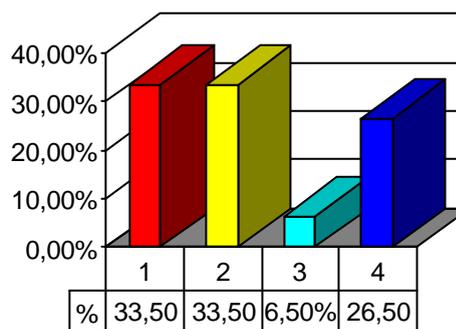
Le plus ancien a été obtenu en 1964.

Le plus récent a été obtenu en 1979.

Les CSI ont une longue expérience professionnelle.

d) Ancienneté moyenne dans le grade de cadre infirmier

Ancienneté	Fréquence	%
• 1= Plus de 20 ans	5	33,50 %
• 2= De 15 à 20 ans	5	33,50 %
• 3= De 10 à 14 ans	1	6,50 %
• 4= Moins de 10 ans	4	26,50 %
Total	15	100 %

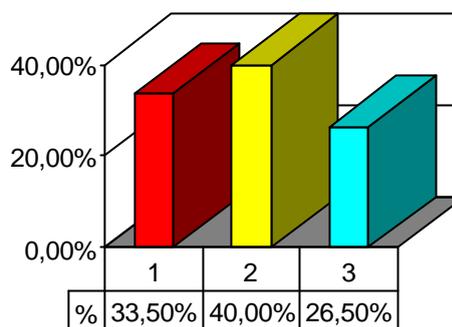


L'ancienneté moyenne dans le grade de cadre infirmier est de : 18 ans.

La nomination la plus ancienne dans ce grade a 28 ans, la plus récente 7 ans.

e) Ancienneté moyenne dans le grade de cadre supérieur infirmier

Ancienneté	Fréquence	%
1= De 10 à 14 ans	5	33,50 %
2= De 5 à 9 ans	6	40 %
3= Moins de 5 ans	4	26,50 %
Total	15	100 %



L'ancienneté moyenne dans le grade de cadre supérieur infirmier est de : 7 ans.
La nomination la plus ancienne a 14 ans, la plus récente 1 an.

f) Les titres

Certificat cadre de santé	Fréquence	%
• Oui	10	66,50 %
• Non	5	33,50 %
Total	15	100 %

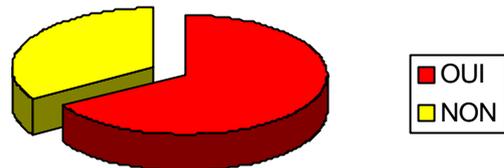


66,50 % des personnes interrogées sont titulaires du certificat cadre de santé, ce qui démontre que l'absence d'exigence réglementaire pour la nomination à ce grade. Les institutions semblent reconnaître la nécessité d'un prérequis, ce qui n'exclut pas une formation pour accéder à ce grade. Nous l'avons exprimé dans la première partie « l'identification du problème », puis lors de l'analyse des entretiens exploratoires.

Nous observons que les « non-certifiés » sont tous les CSI ayant le plus d'ancienneté dans le grade (10 à 14 ans).

g) Formations après nomination

Titres universitaires	Fréquence	%
• Oui	10	66,50 %
• Non	5	33,50 %
Total	15	100 %



Ces formations ont été réalisées après nomination, ce qui montre bien le besoin d'un apport complémentaire de connaissances.

Dix personnes ont suivi une ou plusieurs formations :

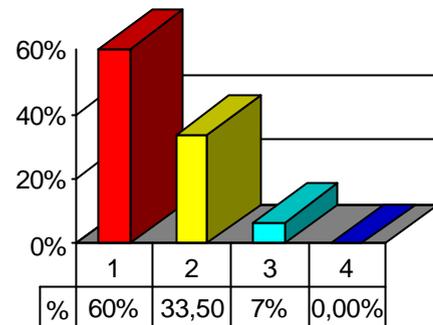
- trois, la formation spécifique intitulée « Formation de surveillants chefs » organisée par EUROPE³⁷,
- deux ont fait une maîtrise en management des services de santé,
- une a fait une licence en psychologie,
- une a fait une licence en sciences de l'éducation,
- une a fait un certificat de management hospitalier,
- une a fait une formation en communication.
- une est en cours de formation au D.U. de Directeur des établissements de personnes âgées,

Nous observons que les CSI ayant la plus grande ancienneté dans le grade, et non titulaires du Certificat cadre de santé, sont ceux n'ayant pas fait de formation après nomination.

³⁷ EUROPE : organisme de formation continue

h) Position institutionnelle

<i>Positionnement</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
1= Responsable. de secteur et missions transversales	9	60 %
2= Responsable de secteur	5	33,50 %
3= Chef de projet	1	6,50 %
4= Mission transversale	0	0 %
Total	15	100 %



60 % des CSI sont à la fois responsables de secteurs et chargés de missions transversales.

Les missions transversales citées sont :

- formation continue,
- cellule de fond documentaire,
- application des 35 heures,
- démarche qualité :
 - hygiène,
 - relations inter-services,
 - référentiels,
 - protocoles,
 - pharmacie,
 - amélioration de l'acheminement des bons de maintenance,
- utilisation des véhicules de service,
- diagnostic préalable à la Réduction du Temps de Travail (RTT),
- Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM),
- gestion du pool ménage,
- projet adolescent,
- séjours thérapeutiques.

1) Ce positionnement vous convient-il ?

Adhésion	Fréquence	%
• Oui	15	100 %
• Non	0	0 %
Total	15	100 %

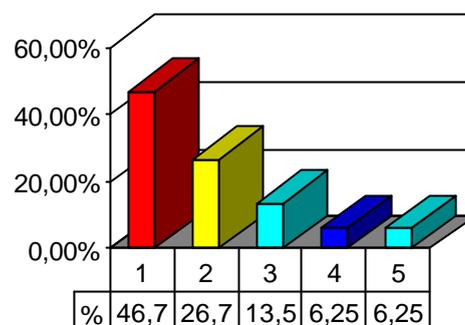
Ces 100 % de satisfaction tendent à démontrer la capacité des CSI à absorber une charge de travail dont, par ailleurs, ils se plaignent.

En leur confiant ce type de responsabilité, l'institution reconnaît leurs compétences individuelles. Cette reconnaissance est un élément de motivation.

A la question « pourquoi », les réponses apportent bien le même éclairage :
« je peux m'investir au niveau de l'établissement », « ce positionnement me demande de l'organisation », « je peux élargir mon champ d'action », « cela me permet d'avoir une position stratégique », « ça permet d'échanger avec les autres CSI », « ça valorise mon expertise ».

2) Qui fixe vos objectifs de travail ?

Objectifs fixés par	Fréquence	%
1= IG + soi-même	7	46,75 %
2= IG + soi-même + médecins	4	26,75 %
3= Soi-même	2	13,50 %
4= Directeur	1	6,25 %
5= I.G.	1	6,25 %
Total	15	100 %



Les objectifs de travail ne sont fixés par l'IG, seul, que dans un cas.

Par contre, 46,75 % des CSI estiment que ceux-ci sont déterminés en collaboration, par l'IG et par eux-mêmes.

Nous remarquons qu'il est nécessaire que le CSI ait des zones d'autonomie dans la gestion du secteur dont il a la responsabilité et dans les missions transversales qui lui sont confiées. Toutefois, être autonome ne veut pas dire travailler en *free lance*. Si les objectifs sont fixés indépendamment des objectifs globaux de l'établissement, il peut y avoir dichotomie entre un secteur d'activités et le reste de l'établissement. Le positionnement de l'IG est ici fondamental pour que les objectifs soient fixés dans le cadre d'une politique du service infirmier, elle-même en lien avec la politique définie par le directeur de l'établissement.

Le CSI dont les objectifs sont fixés par le Directeur de l'établissement est chef de projet en tant que « Responsable assurance qualité ». Il n'a pas de responsabilité de secteur.

A la lecture des résultats concernant l'ancienneté de diplôme d'Etat d'infirmier, dans le grade de cadre infirmier et de cadre supérieur infirmier, nous constatons que l'expérience est un élément déterminant pour la promotion. L'expertise en soins semble donc reconnue comme nécessaire, par l'établissement, pour manager un secteur.

3.2.2 Perception de la fonction

a) Conception de la fonction : En quoi consiste votre travail ?

Notre population de 15 CSI (100 %) donne une vision parcellaire des missions.

Les réponses vont de trois à cinq éléments par CSI.

Nous constatons qu'ils s'investissent, en priorité, dans le travail qui concerne le secteur qui leur est confié, à savoir :

- onze CSI (73,50 %) à la gestion globale des services,
- huit CSI (53,25 %) à manager une équipe de cadres.

Nous constatons que les thèmes du soin (10.35 %), de la formation (6.70 %) et de la logistique (6,70 %) sont très peu abordés. Pourtant, soigner est la mission première de l'hôpital, et bien gérer est essentiel au bon fonctionnement de l'établissement. D'autre part, former contribue à la qualité du travail, par l'acquisition de connaissances qui permettent de développer des compétences.

Nous avons recensé 88 éléments de réponses que nous avons regroupés en cinq thématiques (voir tableau page suivante)

Conception du travail	Fréquence	%
1.Coordination	34	38.75 %
• entre les différentes unités	4	4,50 %
• entre les différents intervenants du secteur	2	2,25 %
• cohérence de l'ensemble des projets / Politique	11	12,50 %
• avec les différentes directions	7	8 %
• courroie de transmission / Communication	8	9,25 %
• Rôle transversal	2	2,25 %
2.Management	33	37,50 %
• gestion globale du service	11	12,50 %
• chef d'orchestre	1	1,10 %
• travail en réseau	2	2,25 %
• gestion du personnel	1	1,10 %
• participation au recrutement des cadres	1	1,10 %
• organisation de la délégation	2	2,25 %
• superviseur	1	1,10 %
• avec médecin chef, duo, double tête	5	5,75 %
• manager d'une équipe de cadres	8	9,25 %
• prises de décisions participatives	1	1,10 %
3.Soins	9	10.35 %
• garant qualité des soins	8	9,25 %
• actions soignantes	1	1,10 %
4. Logistique	6	6,70 %
• pas responsabilisé dans la gestion économique	4	4,50 %
• tout et rien	1	1,10 %
• multitudes de petites tâches	1	1,10 %
5.Formation	6	6.70 %
• vigilance sur les besoins en formation	4	4,45 %
• formateur	2	2,25 %
Total	88	100 %

Les thématiques 1 et 2 représentent 76.85 % des réponses ce qui confirme que de plus en plus les CSI se spécialisent, délèguent certaines tâches. Ils sont au service des soignants qui agissent auprès des malades en facilitant l'organisation du travail, principalement dans leur secteur.

b) Contribution à la vie de l'Etablissement : avez-vous le sentiment de faire un travail utile ?

14 CSI répondent par l'affirmative. Ce sentiment se traduit par le fait d'être :

- très sollicités, d'où l'émergence de la notion de besoin,
- l'articulation avec tous les autres personnels hospitaliers.

Ils justifient ce sentiment en affirmant :

qu'ils « impulsent une dynamique par la formulation d'objectifs qui contribuent à améliorer la qualité du soin, de l'accueil », « que le recul face à la quotidienneté dans le travail leur permet d'analyser les situations, et d'aider les soignants à trouver des réponses face aux problèmes, à dédramatiser les situations ».

Une seule réponse est totalement négative. Parmi les autres éléments d'insatisfaction nous trouvons :

- 7 CSI (46,50 %) qui ont le sentiment de ne pas faire un travail utile quand ils s'occupent de logistique,
- 5 CSI (33,25 %) qui estiment que la fonction est à revoir. Ils trouvent que leur champ d'action est trop diversifié, mal défini et que le travail devrait être recentré sur :

« la coordination des projets », « les objectifs liés aux missions transversales avec la réalisation et le suivi », « la participation aux réunions institutionnelles ».

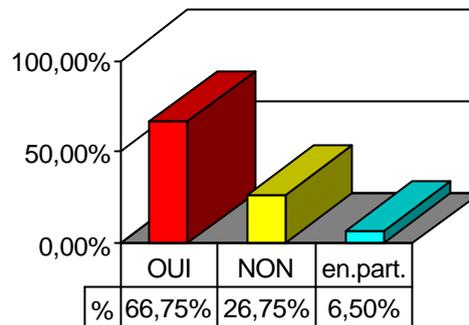
Les CSI énoncent leurs difficultés à déléguer certaines tâches aux cadres de proximité, ce qui leur libérerait du temps pour :

« travailler en commun », « mieux communiquer », « défendre les projets ».

Peut-être cette difficulté est-elle liée au fait que les métiers soignants demeurent des métiers vocationnels et que les CSI ont du mal à ne plus être près du soin.

c) votre travail vous permet-il d'utiliser vos compétences ?

Utilisation	Fréquence	%
• Oui	10	66,75 %
• Non	4	26,75 %
• En partie	1	6,50 %
Total	15	100 %



Nous observons que :

- les **oui** ne sont accompagnés d'aucun commentaire
- les **non** sont justifiés ainsi :
« plus le temps passe, plus il me manque des outils méthodologiques »,
« j'ai beaucoup de lacunes, que je perçois depuis la mise en place de la démarche d'accréditation », « les connaissances individuelles ne sont pas exploitées (ex : informatique) », « je ne participe pas à la transmission de savoir (formation) ».

Il nous a semblé intéressant d'aller plus loin dans la réflexion avec les CSI ayant répondu par l'affirmative :

« Pouvez-vous préciser lesquelles ? »

Les réponses obtenues sont :

connaissances cliniques : 4 CSI soit 26,75 %
connaissances du travail infirmier : 5 CSI soit 33,25 %
capacité relationnelle : 3 CSI soit 20 %

Nous observons que de nombreux CSI répondent davantage en regard de leur expérience de soignant et non pas en termes de compétences propres aux CSI. Les compétences nouvelles qui sont liées à l'exercice de la fonction de CSI ne sont pas citées. Cela ne favorise pas la construction d'une identité de CSI.

d) Quelles sont les limites de votre travail ?

L'ensemble des CSI a spontanément éprouvé des difficultés à identifier des limites.

Nous pensons que cela est dû à la difficulté de se trouver une identité professionnelle. Si les CSI n'identifient pas ce pourquoi ils sont mandatés, ils ont tendance à tout faire, même ce qui ne leur incombe pas directement.

Après reformulation, les réponses énoncées ont été :

Nature des limites	Fréquence	%
• fonction de la hiérarchie(marge de manœuvre)	8	42,10 %
• fonction de l'implication des autres acteurs	4	21,05 %
• d'ordre personnel	3	15,85 %
• fonction des délégations	2	10,50 %
• d'ordre budgétaire	2	10,50 %
Total	19	100 %

Dans l'ensemble, le terme de « limite » est défini comme une « notion subjective, à géométrie variable ».

Les CSI regrettent que la notion de l'autonomie de gestion d'un secteur ne soit pas définie. En effet travailler plus intelligemment nécessite une connaissance et un respect de la réalité des budgets.

Quatre CSI (26,75 %) estiment dépasser les limites et le justifient ainsi :

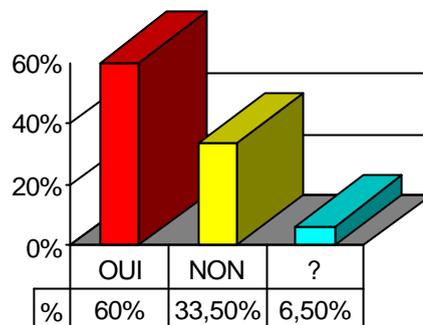
« il faut que ça tourne », « nous savons que nous dépassons notre champ, mais le soin oblige ».

Ils ne limitent pas leurs responsabilités à la définition de la fonction. Tous estiment que le temps n'est pas une limite : *« je ne compte pas mes heures »*. Ce qui tend à faire apparaître que la charge de travail du CSI est lourde, puisqu'ils dépassent le temps de travail légal. La phase de l'organisation du travail qui est *« trier et éliminer l'inutile »* en déléguant n'est pas réalisée.

e) *Votre travail est-il estimé à sa juste valeur ?*

Les réponses obtenues sont :

Appréciation	Fréquence	%
• Oui	9	60 %
• Non	5	33,50 %
• Je ne sais pas	1	6,50 %
Total	15	100 %



33.50 % des CSI pensent que leur travail n'est pas estimé à sa juste valeur :

« je ne suis pas reconnu par rapport aux responsabilités qui m'incombent », « ma position d'interface n'est pas reconnue par la direction », « lors des conflits, j'ai le sentiment que non, notre travail devrait solliciter plus d'attention », « les soignants ne sont pas conscients de notre rôle de chef d'orchestre ».

Pour les réponses positives, nous retrouvons que cette reconnaissance du travail se perçoit :

- au travers de l'évaluation pour 7 CSI (46,5 %)
- par le travail en collaboration pour 5 CSI (33,25 %)

Un CSI estime être reconnu par la direction grâce à l'IG, un autre affirme que l'IG a redonné certains pouvoirs aux CSI de l'établissement.

Nous remarquons que, pour les CSI, la reconnaissance passe par l'intérêt que leur porte l'IG. Ce qui montre bien que ce dernier est identifié comme le supérieur hiérarchique.

Seuls 2 CSI (13,25 %) ont mentionné la reconnaissance par le médecin chef. Peut-être est-ce des réminiscences de l'ancienne hiérarchie hospitalière, d'avant 1975, où la fonction d'IG n'existait pas ?

f) Quelle opinion avez-vous à propos de la fonction de CSI à l'hôpital ?

Perception de la fonction	Fréquence	%
1.Opinions à propos de la fonction	22	50 %
• importance du positionnement	5	11,35 %
• manque de définition de la fonction	5	11,35 %
• exigence de compétences	4	9,10 %
• métier en évolution	3	6,82 %
• aide à la concrétisation des projets	3	6,82 %
• manque d'échanges entre CSI	2	4,55 %
2.Relais institutionnel	16	36,35 %
• rôle de coordination	9	20,45 %
• transversalité de la fonction	4	9,10 %
• position de fusible	3	6,80 %
3.Carrière	6	13,65 %
• non-reconnaissance statutaire	3	6,82 %
• grilles indiciaires trop basses	3	6,82 %
Total	44	100 %

Nous observons :

- au point **n°1 Opinion à propos de la fonction** nous retrouvons, comme pour enquête exploratoire, le manque d'échange des CSI sur leurs pratiques. Ils sont conscients que tout processus d'apprentissage commence par une phase d'observation.
5 CSI (33,50 %) font apparaître la notion de « *positionnement* ». Les CSI prennent conscience de leur rôle de « *direction* ». Ils doivent maintenir le niveau de qualité du terrain et savoir, quand c'est nécessaire, prendre les décisions qui s'imposent.
- au point **n°2 Relais institutionnel**, que la notion de coordination apparaît pour 9 CSI sur 15. En étant aussi nombreux à citer leur « *rôle de coordination* », ils expriment que le CSI est en lien entre les différents acteurs de l'hôpital pour une organisation du soin correspondant à l'attente du patient.

- au point **n°3 Carrière**, que 3 CSI pensent que la reconnaissance passe par un statut avec « *un traitement qui correspond aux responsabilités qui leurs sont confiées* », si comme l'énonce J.M. CLEMENT³⁸ : « *l'intéressement est la contrepartie de la responsabilisation des professionnels et on ne pourra y échapper, sauf à voir lentement, mais sûrement, périlcliter les hôpitaux.* »

Nous pouvons espérer que le protocole du 14 mars 2001 relatif à la reconnaissance des métiers, des qualifications, des responsabilités professionnelles et qui prévoit dans les objectifs d' « *assurer une meilleure reconnaissance des métiers et des qualifications, adapter les carrières et les rémunérations à l'évolution de l'emploi* », répondra aux attentes des CSI.

C'est là une évolution des mentalités que l'hôpital peut effectuer depuis la loi du 31 juillet 1991. Elle est en cours depuis dix ans mais, nous avons encore du chemin à parcourir.

g) D'après vous quelles représentations ont les autres acteurs de l'hôpital de la fonction de CSI ?

Sur notre population de 15 CSI, 11 (73,50 %) ne renseignent pas cette question. Il y a une difficulté à donner un sens au mot « représentation ». Les CSI répondent principalement en terme de reconnaissance :

« *si on fait son travail on est reconnu naturellement* ».

Dans les réponses obtenues par 4 CSI (26,75 %), nous relevons :

« *les services techniques et généraux nous donnent un pouvoir que l'on n'a pas* », « *on nous voit comme des décideurs aux ordres de la direction* », « *depuis le travail sur les relations inter services, nous sommes mieux connus, car nous travaillons plus en partenariat* ».

³⁸ CLEMENT J.M. - 1900 – 2000 : *la mutation de l'hôpital* – Bordeaux - Editions les études hospitalières - 2000

Pour 2 CSI, le clivage entre professionnels est encore apparent, alors que pour les 2 autres, après un travail en commun, dans le cadre de la démarche d'accréditation, l'image du CSI dans l'hôpital évolue positivement.

Ces observations font apparaître la nécessité pour l'IG, qui veut contribuer à la recomposition identitaire du CSI, de mettre en place une stratégie d'ensemble.

L'analyse de l'ensemble des réponses aux questions de la rubrique « Perception de la fonction » du guide d'entretien nous permet d'établir que les CSI souhaitent que : leurs zones de responsabilités soient clairement définies, que l'IG les aide à se constituer des points de repère et des indicateurs par rapport à leur fonction, que leur nomination soit accompagnée d'une formation d'adaptation à l'emploi.

Les CSI s'écartent souvent du terrain pour se consacrer à des tâches administratives et s'interrogent sur la place du métier de soignant dans la fonction d'encadrement. Nous notons une difficulté des CSI à passer du « faire » au « faire faire ».

De notre point de vue, c'est du rôle de l'IG de les aider à franchir cette étape.

3.2.3 Perception du changement

a) Quelle perception avez-vous du changement à l'hôpital ?

Cette perception est apparue sous trois angles :

Perception du changement	Fréquence	%
1. Pour l'utilisateur	19	38,75 %
• du centre de soin	9	18,25 %
• meilleures réponses aux besoins	3	6,25 %
• rentabilisation du soin	3	6,25 %
• prise en charge rapprochée	2	4 %
• intérêt pour la qualité	2	4 %
2. Pour les établissements	16	32,75 %
• uniformisation du travail	3	6,25 %
• logique de traçabilité	3	6,25 %
• fédération autour de projets	3	6,25 %
• amélioration des organisations	2	4 %
• repérage des dysfonctionnements	2	4 %
• personnels tous concernés	2	4 %
• révolution	1	2 %
3. Pour les CSI	14	28,50 %
• place plus reconnue	4	8,25 %
• surcroît de travail	4	8,25 %
• réflexion sur les pratiques	2	4 %
• tâches plus complexes	2	4 %
• plus de communication	1	2 %
• protocolise les actions	1	2 %
Total	49	100 %

Dans la partie **1. Pour l'utilisateur**, les CSI répondent, comme dans le point 3-2-2, c, plus en regard à leur expérience de soignant, mettant l'utilisateur au centre des représentations du changement. Les établissements où se sont déroulés nos entretiens étant dans une démarche d'accréditation, la satisfaction de l'utilisateur devient un objectif essentiel.

Nous observons toutefois que l'ensemble des réponses se décline plus en terme de conséquences qu'en terme de perception.

b) En quoi ces changements ont-ils une influence sur votre pratique ?

<i>Influence sur la pratique</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
<i>1 Par rapport à l'équipe</i>	15	57,75 %
• plus pédagogique	5	19,25 %
• remise en cause des pratiques	4	15,75 %
• plus de concertation	3	11,50 %
• supervision de la traçabilité	2	7,75 %
• délégation de tâches	1	3,75 %
<i>2 Par rapport à ma fonction</i>	9	34,50 %
• plus d'autonomie	2	7,75 %
• organisation du travail modifiée	2	7,75 %
• meilleure position	2	7,75 %
• directives plus précises	1	3,75 %
• remise en question	1	3,75 %
• plus grande mobilisation des compétences	1	3,75 %
<i>3 par rapport aux usagers</i>	2	7,50 %
• réflexion sur la place de la famille	1	3,75 %
• réflexion sur la place des soins	1	3,75 %
Total	26	100 %

Nous constatons une forte implication des CSI au niveau des responsabilités sectorielles, et une notion de plus-value par rapport à leur fonction.

Toutefois 3 CSI expriment des craintes :

« il ne faudrait pas que nous ne soyons accaparés que par des tâches administratives », « je crains que la multiplication des tâches ne laisse plus de temps à l'écoute », « cette période serait propice à une uniformisation de certains fonctionnements, malheureusement ce n'est pas à l'ordre du jour, malgré une demande des CSI ».

c) A votre avis, pour ces changements, l'acquisition d'outils d'adaptation à l'emploi est-elle nécessaire ?

Les 15 CSI (100 %) ont répondu *oui*.

A la question « *lesquels ?* », l'identification a été difficile et les réponses ont été formulées en termes de formation.

Formation	Fréquence	%
• à la démarche qualité	7	46,50 %
• à l'adaptation à l'emploi	3	20 %
• au management	2	13,25 %
• à l'évaluation	1	6,75 %
• à la communication	1	6,75 %
• au développement personnel	1	6,75 %
Total	15	100 %

Nous avons cherché ensuite à savoir « *pourquoi ?* », les réponses ont été :

« dans l'accréditation il y a une logique, il faut rentrer dedans, j'ai été nommé à l'ancienneté et je n'ai pas le Certificat cadre de santé, j'ai besoin de remise à niveau, sans méthodologie, je ne sais pas faire ».

Nous observons que les CSI estiment qu'il est important d'acquérir de véritables compétences qui permettant :

- une reconnaissance de la fonction,
- une homogénéité du corps des CSI.

Nous pensons que les CSI sont entrés dans la logique d'une exigence de qualité quant à leur fonction.

Nous retrouvons cette même logique d'ailleurs de la part des directions lors des concours sur titre, qui tiennent compte, outre du projet professionnel, des formations suivies, comme un des critères de sélection.

Les réponses sont en concordance avec celles du point 3-2-1, g, où 66,50 % des CSI affirmaient avoir suivi une formation, à leur demande, après nomination.

L'analyse de l'ensemble des réponses de la rubrique N°3-2-3 du guide d'entretien intitulé « Perception du changement » nous permet de constater :

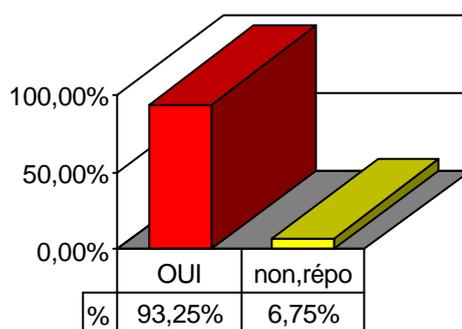
- ↳ Le besoin de mettre en place des procédures pour que tous les secteurs d'un même établissement aient des bases communes de fonctionnement.
- ↳ La prise de conscience d'avoir à se former et à former.
- ↳ La crainte des CSI de se noyer dans des tâches administratives qui les éloignent d'une connaissance du terrain.

Il est important que les volontés d'amélioration dans tout les domaines ait une cible commune « la qualité des soins aux usagers ».

3.2.4 Modalités d'exercice

a) Votre travail vous permet-il de prendre des initiatives ?

Appréciation	Fréquence	%
• Oui	14	93,25 %
• Non réponse	1	6,75 %
Total	15	100 %



Le pourcentage de réponses positives fait apparaître que les CSI pensent avoir une large zone d'autonomie. Ils la situent dans l'organisation de leur secteur qui doit être en « *cohérence avec ce qui se passe dans l'établissement* ».

Un CSI a traduit l'initiative en terme de pouvoir qu'il exerce sur les cadres de proximité de son secteur, d'où une non-réponse.

« *je leurs permets de ...* ».

b) Avec quels autres professionnels, le CSI est-il en interaction ?

Interaction avec	Fréquence	%
• autres CSI	15	16,25 %
• Direction	13	14 %
• Cadres	12	13 %
• Service généraux	11	11,50 %
• Services techniques	11	11,50 %
• Médecins	11	11,50 %
• IG	10	10,75 %
• Extérieur à l'hôpital	3	3,25 %
• Instituteurs	2	2,25 %
• Mairie	2	2,25 %
• Associations	1	1,25 %
• Médecin généraliste	1	1,25 %
• Commissariat	1	1,25 %
Total	93	100 %

Nous nous apercevons que les interactions des CSI se situent principalement avec les autres professionnels de l'établissement. Ce qui vient conforter la place centrale des CSI dans les interactions avec les autres acteurs de l'hôpital.

Toutefois l'organisation des soins et le travail en réseau font que les CSI rencontrent de temps en temps des professionnels ne faisant pas partie d'une structure hospitalière. Cette nouvelle implication tournée vers le tissu social contribuera t-elle à la reconnaissance identitaire des CSI ?

c) Quelles interactions développez-vous avec les autres CSI ?

Type d'interaction avec les CSI	Fréquence	%
1 Communication	14	38 %
• échanges en réunion de CSI	12	32,50 %
• gestion des conflits	2	5,50 %
2 Coopération	13	35 %
• partage d'expériences	6	16,25 %
• ébauche de projets communs	4	10,50 %
• partage de pratiques	3	8,25 %
3 Relationnel	10	27 %
• solidarité	7	18,75 %
• convivialité	3	8,25 %
Total	37	100 %

Les interventions se situent principalement lors de réunions CSI institutionnalisées, à leur initiative.

Des observations viennent compléter les réponses :

« est important de constituer une équipe », « nous ne nous donnons pas les moyens de travailler, à notre initiative, sur certains sujets », « l'écueil serait que le groupe CSI représente un contre-pouvoir à l'IG ». « nous devons faire corps ».

d) Comment situez-vous votre rôle par rapport à celui de l'IG ?

Rôle perçu	Fréquence	%
• collaborateur	13	50 %
• relais d'information	6	23 %
• subalterne	5	19,50 %
• partenaire	1	3,75 %
• autonome	1	3,75 %
Total	26	100 %

Les CSI se perçoivent en majorité (50 %) comme des collaborateurs, donc en personnes qui apportent un regard d'expert du soin à l'IG.

6 CSI (40 %) se considèrent d'ailleurs comme des relais d'information du terrain :

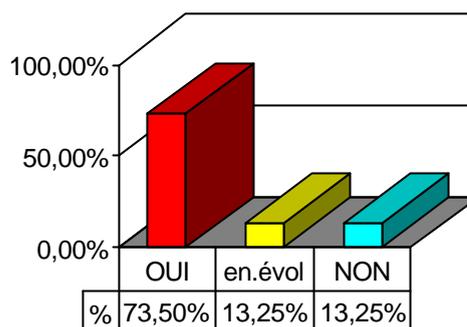
« lien descendant et ascendant de l'information », « nous faisons remonter les informations pour que l'IG puisse argumenter au niveau de la direction », « l'IG doit avoir les informations car il est le coordinateur de l'ensemble des services », « si l'IG détient toutes les informations, il prendra de meilleures décisions ».

Dans les résultats enregistrés, nous avons 7 CSI (46,75 %) pour qui la responsabilité de l'IG se situe au niveau institutionnel et la leur au niveau du secteur, dans le respect des orientations de l'IG.

Toutes ces réponses font penser que les prémices d'une constitution « d'équipe » existent. Le management de l'IG peut conduire à sa constitution.

e) L'hôpital veille-t-il à la compétence de ses CSI ?

Appréciation	Fréquence	%
• Oui	11	73,50 %
• en évolution	2	13,25 %
• Non	2	13,25 %
Total	15	100 %



Les réponses affirmatives sont largement majoritaires :

« lors des évaluations, l'IG nous propose des formations en fonction des manques », « nos demandes de formations sont toujours acceptées », « la direction est consciente qu'il est essentiel de permettre l'adaptation des CSI aux nouvelles technologies ».

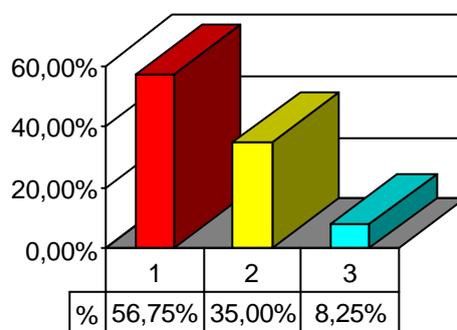
Les CSI (13,25 %) qui voient une « évolution », énoncent que :

« la fonction est de plus en plus reconnue, mais on n'oblige pas les CSI qui en ont besoin à faire certaines formations (management, organisation du travail, évaluation) », « aucune journée d'échanges annuelle à partir d'un thème n'est organisée pour les CSI de différents établissements ».

Le non est justifié par le regret qu'aucune formation spécifique à la fonction de management des CSI, ne soient proposée en interne par l'IG.

f) Quelles compétences pensez-vous nécessaire de développer pour exercer la fonction de CSI ?

Compétences à développer	Fréquence	%
1.Communication	21	56,75 %
• savoir-faire relationnel	11	29,75 %
• qualité d'écoute	7	19 %
• respect de la parole	3	8 %
2.Management	13	35 %
• analyser les situations	5	13 %
• s'adaptater aux situations	2	5,50 %
• savoir prendre des décisions	2	5,50 %
• faire preuve de rigueur	2	5,50 %
• superviser	1	2,75 %
• être non gestionnaire	1	2,75 %
3.Organiser	3	8,25 %
• innover	2	5,50 %
• faire preuve de pédagogie	1	2,75 %
Total	37	100 %



Comme nous pouvons le constater, les CSI estiment que la communication est fondamentale (56,75 %).

Nous avons déjà trouvé cet élément dans la question précédente, où les CSI (23 %) se situent dans un rôle de relais d'information.

Les points 2 et 3 soulignent le « savoir-faire » qui permettra de dresser une matrice de compétences de l'équipe. A partir de celle-ci, l'IG pourra fixer des objectifs de progrès et des orientations de formations collectives.

3.3 L'analyse des entretiens des infirmiers généraux

3.3.1 Perception de la fonction

a) Pour vous en quoi consiste le travail des CSI ?

L'analyse de l'ensemble des réponses de la rubrique n°3-2-4 du guide d'entretien intitulé « Modalités d'exercice » nous permet de constater que :

- ↪ les CSI ont une zone d'autonomie puisqu'ils prennent des initiatives et sont en interaction avec des professionnels non hospitaliers,
- ↪ les CSI se considèrent comme une équipe de collaborateurs,
- ↪ l'hôpital reconnaît leurs compétences,
- ↪ les CSI ont besoin de formations pour développer une expertise.

Conception du travail de CSI	Fréquence	%
1.Management	18	51.50 %
• Leader des CSI	5	14.25 %
• Gestionnaire d'équipes	4	11.50 %
• Garant de la démarche qualité	3	8.50 %
• Porteur de la Loi	2	5.75 %
• Evalueur	2	5.75 %
• Avec médecin chef, duo	2	5.75 %
2.Coordination	10	28.50 %
• Relais IG	5	14.25 %
• Conducteur des projets	5	14.25 %
3.Formation	7	20 %
• Se former	4	11.50 %
• Former	3	8.50 %
TOTAL	35	100 %

Les réponses données par les IG questionnés viennent conforter celles des CSI :

- la zone d'activité des CSI reste principalement le secteur d'activités. Mais, dans leur rôle de coordination, nous trouvons deux éléments majoritaires qui font penser que leur positionnement dans le secteur peut permettre le développement de projets.

- pour les IG il est important que les CSI se forment et forment les autres membres de l'équipe.

b) Avez-vous le sentiment que les CSI font un travail utile ?

Les cinq IG répondent par l'affirmative. Ce qui vient renforcer la nécessité et la spécificité de l'emploi de CSI.

Selon eux, les CSI permettent :

« la coordination du travail dans les différentes structures du secteur d'activités », « la concrétisation des projets dans les unités de soins », « la transmission d'informations du terrain à l'IG », « la collaboration entre le médical et le paramédical ».

Nous retrouvons de nouveau une concordance avec les réponses des CSI.

c) Votre travail vous permet-il d'utiliser leurs compétences ?

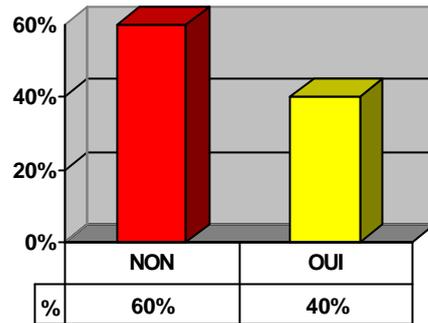
Les cinq IG répondent par l'affirmative. Toutefois, les cinq regrettent que le niveau de compétences des CSI ne soit pas plus élevé.

Un IG énonce qu'il est « obligé d'aller vérifier lui-même tout problème avant de prendre une décision ».

Les CSI avaient eux aussi évoqué ces lacunes.

d) Leur travail est-il estimé à sa juste valeur ?

Appréciation :	Fréquence	%
• NON	3	60 %
• OUI	2	40 %
Total	5	100 %



Même si les réponses des IG sont inversées quantitativement par rapport à celles des CSI, nous retrouvons des similitudes comme sur le thème de la non reconnaissance :

« le travail des CSI n'est pas assez mis en valeur », « il y a un manque d'évaluation de cette fonction, et une non-reconnaissance des CSI de la part de certains membres du corps médical et des administratifs », « il y a une utilisation des CSI pour faire appliquer une décision de la direction ».

Certains IG ont remarqué une évolution notamment :

« par l'évaluation de la réalisation des objectifs fixés », « une augmentation de responsabilité sur la gestion du secteur ».

Cette évaluation permet de reconnaître le travail effectué par les CSI, de le valoriser et de confier plus de responsabilité dans un premier temps sur le secteur d'activités.

e) **Quelle opinion avez-vous à propos de la fonction CSI à l'hôpital ?**

Trois IG ont une opinion positive de la fonction de CSI.

Un IG les considère comme des « *agents de l'ombre* », ce qui rejoint la réponse de cinq CSI (33.50 %) sur l'importance du positionnement et le manque de définition de la fonction.

Un IG les voit comme des « *fusibles* ». Nous retrouvons d'ailleurs ce terme pour 3 CSI (20 %) interrogés.

Deux IG font remarquer une fuite de responsabilité de la part de CSI :

« les CSI doivent assumer les réactions engendrées par l'application des directives qu'il reçoit », « le CSI doit assumer ses décisions qui vont entraîner des réactions ».

L'IG est responsable des instructions émises et doit apporter son aide et son soutien au CSI. Faute de quoi le CSI se sentira « *utilisé* » pour faire le « *sale travail* » ; un manque de confiance s'instaurera alors et sera préjudiciable au fonctionnement de l'équipe soignante, donc du soin.

f) ***D'après vous, quelle représentation ont les autres acteurs de l'hôpital de la fonction de CSI ?***

Les IG voient la représentation de la fonction de CSI sous la forme :

« de la Loi pour les patients », « de la non-existence pour les familles », « d'un relais et d'un fusible pour la direction », « d'un gestionnaire global et d'un chef pour les équipes », « d'un collaborateur et d'un manager pour les IG », « d'un exécutant pour les chefs de service ».

Pour cette même question, onze CSI (73.50 %) n'avaient pas renseigné la question. Si nous rapprochons les réponses de la problématique de la non-reconnaissance statutaire des CSI, évoquée dans l'analyse des textes législatifs, peut-être pouvons-nous dire que la difficulté à intégrer une représentation des CSI est liée au fait que *« la hiérarchie infirmière n'a été faite que pour faire avancer les troupes selon l'ordre donné, mais on ne leur demande pas de réfléchir, mais d'exécuter (personnel d'exécution) ».*

3.3.2 Perception du changement.

a) ***Quelle perception avez-vous du changement à l'hôpital ?***

Comme dans la question au CSI, nous retrouvons les trois même thèmes : l'utilisateur, l'établissement, les CSI.

Nous remarquons que les établissements d'origine des IG et des CSI sont en cours d'accréditation.

En premier, toutes les réponses des IG sont centrées sur l'utilisateur :

« restructuration du monde de la santé liée aux découvertes nouvelles (génétiques, technologiques) », « intégration des usagers par les ordonnances du 24 avril 1996 », « souci de la qualité du soin ».

Nous avons trouvé l'usager au centre des préoccupations des CSI (38.75 %), les soignants se sentant concernés par la qualité du soin et la perception qu'en aura l'usager.

En deuxième, la perception du changement s'oriente vers l'établissement pour trois IG :

« restructuration de l'organisation des hôpitaux », « nomination des personnels par voie de concours et moins à l'affectif », « changement obligatoire des mentalités qui crée une mutation profonde de l'hôpital ».

Cet item intéressait 32.75 % des réponses des CSI.

En troisième vient la place des CSI dans le changement, et ce pour quatre IG.

« évolution des métiers de l'hôpital et donc de la fonction de CSI », « place essentielle des CSI pour conduire le changement », « nécessité d'élargir et de définir le rôle du CSI ».

La notion d'élargissement de la fonction fait référence aux missions transversales qui restent à développer et dont les actions sont à suivre.

b) En quoi ces changements ont-ils une influence sur leur pratique ?

Nous trouvons cités par les IG :

- trois fois l'obligation de réfléchir sur la pratique de soin,
- deux fois la modification de l'organisation des soins,
- deux fois le positionnement en leader d'équipe,
- une fois une vision plus institutionnelle,
- une fois l'augmentation du niveau d'exigence.

Nous pouvons là encore constater une concordance avec les réponses des CSI.

D'autre part un IG pense que les CSI :

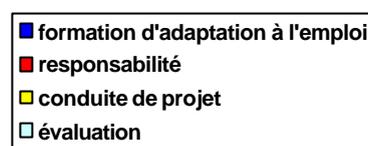
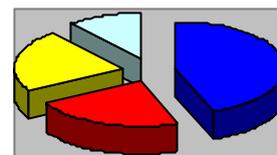
« ont un positionnement de responsables du changement dans la qualité des soins », « sont impliqués dans une conduite de changement par leur participation à l'écriture du projet de soin ».

c) A votre avis, pour ces changements, l'acquisition d'outils d'adaptation à l'emploi est-elle nécessaire ?

Les cinq IG répondent par l'affirmative.

A la question, « si oui lesquels ? », les IG ont répondu, comme les CSI, en terme de besoin de formation.

Besoin en formation	Fréquence	%
• Formation d'adaptation à l'emploi	4	44.50 %
• Responsabilité	2	22.25 %
• Conduite de projets	2	22.25 %
• Evaluation	1	11 %
Total	9	100 %

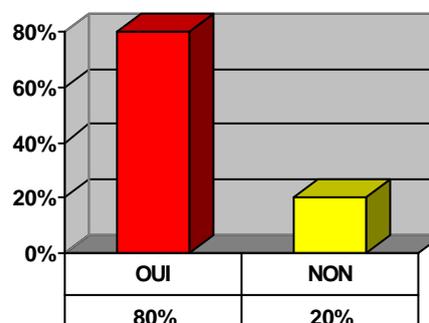


Hormis la formation sur la responsabilité, nous retrouvons les mêmes évaluations de besoins que par les CSI.

3.3.3 Modalités d'exercice

a) Leur travail leur permet-il de prendre des initiatives ?

Appréciation :	Fréquence	%
• OUI	4	80 %
• NON	1	20 %
Total	5	100 %



Un IG a justifié sa réponse affirmative par « *l'obligation pour le CSI de prendre des actes conservatoires, en référence à l'article 11 du décret du 15 mars 1993³⁹* ».

Un IG a répondu par la négative du fait que « *la liberté de prendre des initiatives est restreinte par l'obligation de rendre des comptes* ». Pourtant une zone d'autonomie n'est pas incompatible avec un retour des actions entreprises. En effet, cela permet d'en faire le suivi et favorise la communication entre les acteurs.

Nous remarquons que le taux de réponse « oui » des IG est proche de celui des CSI (93.25 %). Dans les deux cas, nous n'avons qu'une réponse négative.

b) Les CSI développent-ils des interactions entre eux ?

Les cinq IG ont répondu par l'affirmative.

Les compléments spontanés d'information sur les modalités d'interaction ont été pour :

- 5 IG, les échanges en réunion de CSI. Nous avons trouvé ce point pour 12 CSI (80 %).
- 3 IG, des groupes de réflexion à partir d'un thème.

Des observations ont complété les réponses :

« il est nécessaire qu'ils sortent de l'enfermement de leur secteur pour prendre une dimension plus générale », « il est nécessaire de constituer une équipe ».

Nous remarquons avoir eu la même réponse de la part d'un CSI : cela représente un espoir d'évolution pour développer les missions transversales.

³⁹ Décret N° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

c) Comment situez-vous votre rôle par rapport aux CSI ?

Deux réponses par IG ont été données :

- « *supérieur hiérarchique* » pour trois IG,
- « *interface CSI / direction* » pour deux IG,
- « *aide à la décision* » pour un IG,
- « *soutien* » pour un IG,
- « *chef d'orchestre* » pour un IG,
- « *supérieur et coach* » pour un IG,
- « *conseiller technique* » pour un IG.

Nous voyons que, à l'identique des CSI, les réponses se situent dans une approche hiérarchique. En même temps, avec des termes comme « *aide* », « *soutien* », « *coach* », « *conseiller* », nous observons que le management par la qualité ne consiste pas seulement à communiquer des exigences mais aussi à former, rassurer, établir un climat de confiance.

Nous constatons également que, à tout niveau décisionnel, il est utile de bénéficier du regard d'une personne ayant de la distance par rapport au quotidien. L'IG, par sa position au sein de l'équipe de direction, a une vision globale des situations.

Une remarque d'un IG nous a semblé intéressante : « *les réunions, avec les CSI, c'est le staff de la direction du service de soins infirmiers* » », « *les CSI me donnent les moyens d'agir dans ma fonction, ils sont pour moi la base indispensable du fonctionnement de la direction du service de soins infirmiers* ».

Par cette réflexion, l'IG positionne le CSI comme acteur incontournable du service infirmier. De l'organisation de ce staff peut dépendre une communication opérante entre les CSI et l'IG.

d) L'hôpital veille-t-il à la compétence de ses CSI ?

Les cinq IG ont répondu par l'affirmative. Le sentiment est donc le même que pour les CSI qui ont répondu « oui », à 73.50 %.

Les réponses s'accompagnent de commentaires :

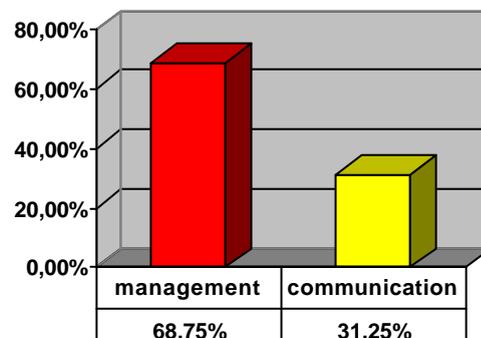
« la mise en place de projets impose des formations accompagnatrices »,
 « des formations sont proposées individuellement aux CSI en fonction des besoins évalués lors des entretiens d'évaluation », « c'est principalement à l'IG de s'en occuper », « plus les CSI sont compétents, plus je serai compétente ».

Le commentaire sur la formation prouve bien que l'entretien d'évaluation annuel permet d'orienter les CSI vers une formation qui soit adaptée à leurs besoins.

Le dernier commentaire démontre bien la nécessaire compétence des CSI qui, constitués en une équipe solidaire autour de l'IG assurera l'efficacité du service infirmier.

e) Quelles compétences pensez-vous nécessaires de développer pour exercer la fonction de CSI ?

Compétences à développer	Fréquences	%
1. management	11	68.75 %
• être manager	4	25 %
• analyser les situations	2	12.50 %
• savoir évaluer	2	12.50 %
• savoir se positionner	2	12.50 %
• résoudre les problèmes	1	6.25 %
2. communication	5	31.25 %
• savoir communiquer	3	18.75 %
• travailler en partenariat	1	6.25 %
• être pédagogue	1	6.25 %
TOTAL	16	100



Nous retrouvons, comme pour les CSI, le management et la communication, mais en pourcentages inversés.

Les IG donnent plus d'importance au management ; la capacité à communiquer fait toutefois partie intégrante du manager qui analyse les situations et sait se positionner.

f) Quelles sont vos attentes prioritaires à propos des CSI ?

Les IG voient le développement de la fonction comme une :

« *préoccupation centrée sur la qualité des soins* » pour trois IG,

« *force de propositions pour le service infirmier* » pour trois IG,

« *adhésion aux projets et pilotage de ceux-ci* » pour deux IG,

« *transmission des informations* » pour un IG.

Dans les réponses des IG et des CSI, la qualité des soins et la conduite de projets apparaissent comme étant leurs préoccupations majeures.

CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE :

L'analyse de l'ensemble des réponses recueillies lors des entretiens nous permet d'établir que les cadres supérieurs infirmiers et les infirmiers généraux sont conscients que l'hôpital n'échappe pas aux problèmes qui touchent l'ensemble de notre société.

L'organisation de l'hôpital est contrainte à se modifier et les personnels, en l'occurrence les CSI, doivent être « acteurs » pour générer ce changement et apporter des réponses. Pour ce faire, eux-mêmes sont contraints à changer de discours, de pratiques, à travailler ensemble.

Or, actuellement, le champ de leur exercice professionnel est relativement flou, ce qui rend difficile la « recomposition identitaire ». Ils attendent de l'IG qu'il définisse leur place et leur mission, et que les finalités professionnelles soient clairement définies.

D'une part, tous les CSI se considèrent comme des collaborateurs de l'IG, qui doit les aider à s'ouvrir aux changements et aux mutations culturelles de l'hôpital, et à la disposition duquel ils mettent leurs compétences. D'autre part, l'IG a besoin, face aux projets en cours, d'une équipe performante pour les concrétiser.

Il y a donc une « vision partagée » sur laquelle l'IG peut s'appuyer pour que chaque membre de l'équipe intègre la spécificité de l'autre et qu'émerge ainsi une compétence collective.

Au regard de ces éléments, notre hypothèse, se voit confirmée.

4 QUATRIEME PARTIE

Manager une compétence collective :

Les cadres supérieurs infirmiers

Dans le cadre du décret n° 94-904 du 18 octobre 1994 modifiant le décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière, il est défini que l'infirmier général « [...] *coordonne l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et assure l'animation, l'encadrement et la gestion du service de soins infirmiers* [...] »

La circulaire n° 90-401 du 2 octobre 1990 relative à l'application du décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 précise que « [...] *pour l'exécution de cette mission, l'infirmier général coordonne les activités du surveillant chef* [...] ». »

Comme les textes le précisent, la fonction de l'infirmier général est fondamentale dans le management des cadres supérieurs infirmiers.

Notre réflexion au cours de ce travail n'a pas pour prétention de présenter le management idéal des CSI et de l'ensemble du service infirmier.

Nous savons, en effet, par expérience, que l'histoire de l'établissement, les interactions avec les différents partenaires de l'IG, la personnalité même de l'IG influent largement. Aussi, nos propositions de management des CSI sont à resituer dans un ensemble institutionnel, dans une politique d'établissement.

L'idée centrale de nos propositions est axée sur la capacité de notre management à développer les potentiels individuels des CSI pour les organiser en une compétence collective.

4.1 Quelques principes fondamentaux de notre management.

Etre dans une position de dirigeant d'une équipe, c'est selon nous prendre des risques. Vladimir JANKELEVITH disait qu' : « *Il faut commencer par le commencement. Et le commencement de tout est le courage.* »

Le courage, c'est la persévérance dans l'action, la rigueur dans l'organisation mise en place. C'est avoir le sens des responsabilités et les assumer.

Selon nous, le management de l'IG doit aller dans le sens de l'intérêt de l'établissement, donc du soin, et non défendre des intérêts particuliers. L'IG est à part entière dans l'équipe de direction, comme conseiller technique en organisation des soins,

L'organisation du management de l'IG doit plus ressembler à l'entraînement d'une équipe sportive qu'au management hiérarchique traditionnel. D'ailleurs, lors des entretiens, un IG a eu cette réflexion : « *je suis en même temps leur supérieur hiérarchique et leur coach* ». Daniel GOLEMAN précise : « *Les entraîneurs sportifs (et les bons dirigeants) savent depuis longtemps qu'ils peuvent stimuler les performances d'un athlète en plaçant la barre au bon niveau et en lui montrant qu'ils croient en ces capacités* »⁴⁰.

L'IG doit ainsi se positionner comme celui qui va aider les CSI à compléter leurs connaissances, leurs aptitudes, à réfléchir sur les comportements nécessaires pour accomplir leur travail de manager d'équipe et leur permettre ainsi de cultiver leurs compétences.

Pour autant, le management de type horizontal ne fera pas oublier dans les têtes le management de type vertical. Le pouvoir de l'IG, puisque c'est de cela dont il s'agit, existe dans les interactions quotidiennes avec les CSI. Par exemple, une prise de décision de l'IG peut susciter des réactions diverses de la part des CSI. Il est toujours préférable de prendre une décision, car ne pas en prendre est ce qui est le plus mal accepté par les membres d'une équipe. L'absence de décision

⁴⁰ GOLEMAN D. - *L'intelligence émotionnelle* – Paris – éditions Robert Laffont – 1999

engendre le doute et l'incertitude, « *mieux vaut une mauvaise décision que pas de décision du tout* ».

Que l'IG se positionne dans le management vertical est parfois nécessaire. Notamment pour faire prendre conscience aux CSI qu'assumer leurs fonctions est certes difficile, mais qu'ils ont choisi cette fonction et qu'il faut en assumer les bons et les mauvais côtés. C'est de toute façon être en relation avec les CSI et comme le disent M. CROZIER et E. FRIEDBERG, « [...] Le pouvoir – au niveau le plus général – implique toujours la possibilité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes. Cette formulation constitue à nos yeux l'essentiel : le caractère relationnel du pouvoir. En effet, agir sur autrui, c'est entrer en relation avec lui, et c'est dans cette relation que se développe le pouvoir d'une personne A sur une personne B [...] dans la mesure où toute relation entre deux parties suppose échange et adaptation de l'une à l'autre et réciproquement le pouvoir est inséparablement lié à la négociation : c'est une relation d'échange, donc de négociation dans laquelle deux personnes au moins sont engagées [...]. »⁴¹

Cette *négociation* doit nous guider pour, d'une part, favoriser un management humaniste, qui privilégie l'expression de chaque personne et, d'autre part, impliquer chaque CSI dans une réflexion sur son comportement face à ses supérieurs hiérarchiques. Comme le précisent M. CROZIER et E. FRIEDBERG : « *La conduite du subordonné dépendra en même temps de sa capacité à construire ses rapports avec autrui, à communiquer, à nouer et à renverser des alliances et, plus profondément peut-être, à supporter les tensions psychologiques qu'entraîne nécessairement tout risque de conflit* »³⁵.

⁴¹ CROZIER M. et FRIEDBERG E. - *L'acteur et le système* – Paris - Editions du Seuil - 1977

4.2 Un management au service du collectif

4.2.1 Développer le potentiel individuel par la confiance

Partager, c'est produire des interactions entre les CSI. Organiser ces interactions doit permettre de produire, d'une part des organisations au bénéfice de la qualité du soin, d'autre part un climat de confiance entre les CSI et, entre l'IG et les CSI. C'est, comme le dit Alain MEIGNANT⁴², « *organiser un processus en spirale facilitant les interactions entre trois niveaux : les individus, les groupes et l'organisation* ».

Cela suppose que le CSI soit un professionnel capable de mobiliser ses ressources et d'avoir la capacité à les utiliser avec confiance. Face à des situations difficiles, il doit pouvoir anticiper ses réactions et son comportement. L'IG doit repérer le CSI qui doute de ses capacités, qui se dévalorise devant un travail routinier, qui n'arrive plus à se percevoir comme détenteur de savoir et de savoir-faire. Daniel GOLEMAN⁴³ propose : « *Un moyen de stimuler la confiance des employés consiste à leur laisser eux-mêmes fixer leurs objectifs, plutôt que de leur dicter des buts et les modalités de leur formation. Cela revient à leur insuffler l'idée qu'ils ont la capacité de piloter leur destin, un principe essentiel de l'esprit d'entreprise.* »

L'IG doit permettre aux CSI de puiser dans leurs expériences professionnelles pour retrouver l'énergie nécessaire qui les remotivera une motivation dans des projets ou dans des activités.

Une fois la confiance en soi retrouvée, les CSI sauront prendre des risques, oseront innover et par conséquent augmenter leur professionnalisme.

⁴² MEIGNANT A. - *Déployer la stratégie* – Paris - Editions Liaisons - 2000

⁴³ GOLEMAN D. – *L'intelligence émotionnelle* – Paris – Editions Robert Laffont - 1999

Pour illustrer notre propos, nous pouvons nous inspirer des travaux de FEURSTEIN⁴⁴ qui dit : *«On peut considérer que le potentiel d'un individu n'est pas ce qu'il est capable de faire à un moment donné, mais ce que les autres attendent qu'ils puissent faire. »*

Pour l'IG, redonner la confiance en soi par la qualité de la relation permettra le développement du potentiel du professionnel. Comme le dit Guy LE BOTERF⁴⁵ : *« Celui qui se sait investi d'une relation de confiance sera d'autant plus sûr de lui et donc plus compétent. »*

Par son appartenance à l'équipe de direction, par sa participation à l'élaboration du projet d'établissement et par sa dynamique, l'IG donne un sens à l'action du service infirmier. Il appartient à l'IG de définir les grandes orientations des CSI en tenant compte de leur professionnalisme.

Au regard de notre recherche, les CSI sont des professionnels qui ont leurs propres connaissances et capacités de part leurs expériences de terrain. Nous pouvons favoriser par notre management une prise de distance des CSI face aux difficultés, pour permettre une réflexion et un perfectionnement.

Favoriser la réflexion et le perfectionnement de son action, c'est développer le professionnalisme des acteurs.

4.2.2 La mobilisation de nos ressources

1) Formation au management

Comme nous l'avons vu dans l'analyse de nos entretiens, chaque CSI a des connaissances et une solide expérience qui lui permet de se référer à sa pratique de soignant pour manager les équipes soignantes.

La nécessaire évolution des pratiques de management dans l'hôpital nous incite à veiller à la compétence des CSI, en leur proposant dans le cadre

⁴⁴ FEUERSTEIN R - *Instrumental Enrichment, an intervention Program for Cognitive modifiability* - Glenview(III) - SCOTT, FORESMAN and co - 1980

⁴⁵ LE BOTERF G. - *Compétence et navigation professionnelle* – Paris - Editions d'organisation - 2000

du plan de formation deux formes distinctes de formation, néanmoins complémentaires :

a) individuelle : lors de l'évaluation individuelle par objectifs, qui se déroule une fois par an, l'IG peut aider le CSI dans son orientation de formation pour lui permettre de parfaire ses connaissances sur les points suivants :

- la capacité à l'analyse de situation,
- la capacité relationnelle au sein de l'institution et avec le réseau extérieur qui est en lien avec l'institution,
- la capacité d'évolution, d'adaptation à des situations nouvelles, la maîtrise du changement,
- la formation avec l'objectif de former les autres,
- l'éthique professionnelle.

b) collective : l'équipe de CSI se regroupe dans l'établissement et participe à une formation qui permettra de développer une solidarité d'équipe, une meilleure connaissance du travail de l'autre, favorisant ainsi, demain sur le terrain, des échanges efficaces. Nous avons vu, lors de nos entretiens, combien il était important pour les CSI d'échanger entre eux.

En marge de cette formation, nous pourrions imaginer une journée des CSI des différents établissements hospitaliers d'un département, autour d'un thème en lien avec leur pratique de management.

Un groupe en formation est un groupe qui travaille, c'est-à-dire qui acquiert une professionnalisation collective en permettant le développement, pour chaque membre, des capacités à :

- écouter les autres, les accepter,
- communiquer avec toutes les catégories de personnels dans l'établissement hospitalier,
- gérer les conflits,
- rassembler les expériences des autres, échanger sur les pratiques.

2) La démarche qualité, moteur de changement

Comme nous l'avons vu précédemment, le changement est principalement provoqué par la démarche d'accréditation entreprise par tous les établissements hospitaliers de France.

Cette démarche a bouleversé notamment les pratiques de soins. Le service infirmier doit démontrer ses capacités à relever ce défi, par une réponse permanente aux problèmes, expériences et innovations que cela engendre. La formation peut aider les CSI et l'ensemble du service infirmier pour mener à bien cette démarche d'accréditation, qui concerne l'ensemble des acteurs de l'hôpital. C'est un moyen indispensable pour permettre un apport complémentaire de connaissances, de mode de raisonnement.

L'échange de pratiques, d'un service à l'autre, est une source importante de progrès. Il permet l'élaboration de protocoles qui répondent à la fois à la qualité des soins exigés par le patient et à une utilisation rationnelle des moyens dont dispose l'hôpital.

Nous devons être en capacité de produire en permanence un savoir utile, utilisable et utilisé. Pour cela, il faut accepter d'apprendre en permanence, ensemble, en favorisant l'émergence de réponses aux nombreux problèmes, liés aux changements des pratiques, que peuvent rencontrer les équipes soignantes. Cette démarche doit permettre de ressouder l'ensemble des équipes soignantes autour de la démarche d'accréditation et favorisera une capacité à se remettre en cause.

Pour mener à bien cette démarche, il faut que l'IG croie profondément en sa capacité à faire progresser l'organisation des soins.

4.2.3 L'organisation d'une compétence collective

Notre proposition essentielle, comme dans notre l'hypothèse, s'appuie sur la synergie des compétences individuelles pour faire émerger une compétence collective.

Pour que cette idée centrale d'organisation d'une compétence collective prenne tout son sens, notre futur management doit démontrer sa capacité à déployer une vision stratégique de l'organisation du service infirmier. Nous devons

démontrer de manière concrète notre capacité à manager les organisations et l'équipe de CSI de manière cohérente.

L'IG doit présenter des qualités essentielles, pour un management efficient.

Nous concevons notre fonction de manager ainsi :

1) *expliquer les objectifs* que nous poursuivons, le sens que nous donnons à notre vision stratégique et le processus que nous comptons utiliser, Cette vision s'inscrit dans la politique globale de l'hôpital et permet la constitution de groupes projets avec des missions transversales dont les objectifs et la durée seront déterminés. Cette démarche permettra le décloisonnement et encouragera la collaboration du travail collectif.

2) *être cohérent* entre le discours et l'action : dire ce que je fais et faire ce que je dis.

Pour être cohérent et donner de la vie à cette compétence collective, nous estimons nécessaire de mettre en place une organisation du suivi des actions. Elle consiste à évaluer l'avancée de ces actions lors d'une réunion du collectif IG – CSI au rythme d'une fois par trimestre. Lors de la réunion, le tour de table nous permettra de :

- de faire le point sur les aspects positifs concrétisés,
- de concentrer l'effort de tous sur un point particulier, dans un temps déterminé.

Nous estimons que procéder au suivi des actions passe aussi par :

- l'écriture des actions demandées en fixant une date de réalisation,
- la planification de l'action qui devra suivre,
- l'observation et la correction de trajectoire de la manœuvre en agissant sur les points faibles.

3) *être attentif* aux préoccupations, aux idées, aux suggestions des CSI, collaborateurs privilégiés de l'IG. Concrètement, c'est être à l'écoute des satisfactions comme des difficultés. C'est aussi stimuler les CSI pour qu'ils gardent à l'esprit leur responsabilité dans la qualité du soin apportée au patient. C'est aider les CSI dans leur démarche de recomposition identitaire, donc nous positionner passe par la mise en valeur de leur travail qui se concrétise par des indicateurs d'activités à déterminer avec eux.

Notre niveau d'exigence sera centré sur le travail et non sur les personnes.

4) *développer notre capacité de coopération* dans une dynamique de compétences collectives qui mobilise les compétences individuelles au sein de l'équipe des CSI.

a) C'est dans cette dynamique que nous conduirons notre management à partir des modèles organisationnels proposés par P. DUCALET et M. LAFORCADE⁴⁶ :

- *« Les organisations qualifiantes, développées par P.ZARIFIANT⁴⁷ et fondées sur trois principes :*
 - *" une approche événementielle des situations d'activités,*
 - *une activité fondée sur une base communicationnelle active,*
 - *la capacité de participation aux décisions "*.
- *Les organisations apprenantes qui conçoivent l'organisation, structurée en réseau d'échanges, comme un système qui apprend et qui facilite les apprentissages de ses membres.*
- *Les organisations formantes qui soulignent l'importance de l'analyse de l'activité et de la capacité d'innovation.*
- *Les organisations transversales par projets qui valorisent l'apprentissage organisationnelle, la coopération et qui impliquent des acteurs hors de leurs unités de référence sur une durée déterminée ».*

⁴⁶ DUCALET P. et LAFORCADE M. - *Pensée la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* – Paris - Editions Seli Arslan - 2000

⁴⁷ ZARIFIANT P. - *Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante* - Education Permanente - N°112 - p.15

➤ provoquer des moments de convivialité, de détente collective favorisant la confiance et la solidarité

b) Au sein de l'établissement il s'agit de proposer une rencontre avec le chef de service et le président de la CME⁴⁸, pour réfléchir ensemble sur le profil de poste des CSI, avec l'idée que l'on souhaite avoir des managers qui sachent mener des projets, qui ont une vision stratégique de l'ensemble des problèmes d'un secteur d'activité.

5) *faciliter la communication* entre tous les acteurs de l'hôpital en organisant, par exemple, entre le chef de service, le CSI, l'IG et le président de la CME, des réunions régulières qui permettent d'obtenir une cohérence entre les différents projets.

6) *favoriser l'autonomie*. Nous concevons l'autonomie comme étant responsabilisante, au contraire du cloisonnement qui entraîne un repli sur soi sclérosant.

Cela peut entraîner une rupture des habitudes, une remise en cause des organisations antérieures. Nous avons pu observer, lors des entretiens, les effets indésirables du cloisonnement de chaque secteur d'activités, de chaque fonction, de chaque spécialité. L'hyperspécialisation des CSI peut entraîner une attitude néfaste à l'intérêt général « *ce n'est pas mon travail, je n'ai pas à faire cela.* »

Notre management doit permettre à chaque CSI de libérer une capacité à créer, à innover de nouvelles organisations. Cela passe par une autonomie du CSI à gérer son secteur d'activités. Partager la création et l'innovation ne peut que renforcer la notion d'équipe de CSI.

⁴⁸ C.M.E. : Commission Médicale d'Etablissement

Pour faire s'exprimer les compétences individuelles, il faut que l'IG et les CSI partagent les informations importantes sur l'avancée des projets de l'hôpital. Cela demande à l'IG qui pilote la réunion des CSI une rigueur pour que ce partage d'informations ne dévie pas en apartés.

A partir de cette conception de notre management, nous proposons, pour donner de la vie et de l'enthousiasme à ce collectif, d'instituer par exemple : le tour de table

A chaque réunion, le tour de table permet à chaque CSI de décrire :

« les grandes lignes des événements qui se sont produits dans sa zone de responsabilité pendant la période, ce qu'il a fait, les points bloquants où il a besoin de soutien en termes de moyens, d'appui politique ou simplement de conseils, ce qu'il compte faire au cours de la prochaine période »⁴⁹.

Nous proposons que ce type de réunions soit mensuel avec les points de l'ordre du jour recueillis par l'IG auprès des CSI avant la réunion.

Ce tour de table représente pour l'IG un des moyens pour insuffler auprès des CSI un esprit d'équipe. En effet, ce partage permet de sensibiliser l'ensemble des acteurs aux problèmes rencontrés par un CSI et de développer une expression de coopération collective, favorisant une résolution de problèmes.

Cette circulation de la parole, ce partage des difficultés mais aussi des satisfactions permet l'expression d'une parole collective pour une parole solidaire.

⁴⁹ BALLE M., CHAMPION-DAVILLER M.N. - *Organiser les services de soins : le management par la qualité* – Paris - Edition Masson - collection "Encadrer à l'hôpital" - 2000

CONCLUSION

C'est à partir de notre expérience de cadre supérieur infirmier que nous avons souhaité mener cette réflexion et cette recherche sur les CSI.

Ce travail a pu s'enrichir par la qualité des contenus que nous avons eu au cours de cette année de formation. Les échanges généreux, ainsi que la qualité de la dynamique de la promotion, ont contribué à enrichir cette réflexion.

L'hôpital est en mutation, et les changements dans les pratiques ont des répercussions sur tous les acteurs de l'hôpital. Mener cette recherche pour essayer d'améliorer le management du service infirmier était notre ambition. Les enjeux de l'hôpital de demain que sont l'adaptation aux progrès technologiques et le changement dans la pratique soignante demanderont au management hospitalier de faire preuve d'imagination.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir créé et innové en matière de management. Nous avons tenté d'élaborer différentes réflexions, pour essayer de comprendre la réalité hospitalière d'aujourd'hui et de nous projeter dans celle de demain. Ce travail nous aidera dans notre quotidienneté.

L'éclairage conceptuel nous a permis d'explorer un nouvel espace de compréhension des comportements et des mécanismes qui les sous-tendent pour concevoir une approche différente du management.

Avant toute mise en place de projets, nous devons nous faire accepter par l'ensemble du service infirmier, par l'équipe de direction, par la communauté médicale. C'est une condition fondamentale à remplir pour réaliser les objectifs que nous nous sommes fixés. Les qualités d'adaptation de l'infirmier général sont indispensables pour envisager la réussite.

Mobiliser les compétences individuelles, en développant la capacité de réactivité pour faire émerger une compétence collective ne sera pas chose aisée. Nous avons vu que certains CSI ont leurs repères dans le système hiérarchique classique ; une nécessaire évolution des mentalités sera un de nos objectifs pour mettre en place un réel partenariat entre l'infirmier général et les cadres supérieurs infirmiers.

Pour illustrer notre propos nous citerons M. CROZIER qui a dit « *Mais l'essentiel tient aux choix effectués par les responsables en matière d'organisation et de rapports humains au travail et aux efforts qu'ils ont accomplis ou non pour créer un système humain plus ouvert, plus coopérant et humainement efficace.* »⁵⁰

Fort heureusement, il existe un potentiel dynamique qui a démontré de réelles qualités d'adaptation. Avec l'imagination et l'intelligence des acteurs nous pourrons contribuer à leur recomposition identitaire.

Notre mission est de proposer une organisation du management des CSI qui permette le décloisonnement et encourage la collaboration du travail collectif. Pour cela il faut favoriser la confiance pour permettre le développement du professionnalisme, pour oser prendre des risques, innover.

C'est par la volonté des hommes à s'impliquer dans l'innovation, dans le changement, dans la persévérance à suivre l'action, à faire preuve de rigueur dans l'organisation, que le service infirmier, en s'inscrivant délibérément dans la politique définie par l'équipe de direction, pourra répondre à la demande, sans cesse pressante du patient : *la qualité du soin.*

« *Lorsque les hommes retrouveront le plaisir d'être ensemble, en une complicité amicale, l'hôpital disposera d'une force énergétique incomparable. Les personnes qui travaillent en commun auront le sentiment que ce qui les relie est plus important que ce qui les sépare, que les contraintes sont l'affaire de tous. La motivation à conserver l'existence du groupe est à son maximum quand l'adhésion est une force exprimée.* »⁵¹

⁵⁰ CROZIER M., préface du livre de BINST M. - Du mandarin au manager hospitalier – Paris - Editions L'Harmattan - 1990

⁵¹ NIZARD G. - L'hôpital en turbulence – Toulouse - Editions Privat - 1994

ANNEXES

SOMMAIRE

Annexe n° 1 : guide d'entretien cadre supérieur infirmier

Annexe n° 2 : guide d'entretien infirmier général

Thèmes d'entretien

I Perception de la fonction :

- a) En quoi consiste votre travail?
- b) Avez-vous le sentiment de faire un travail utile?
- c) Votre travail vous permet-il d'utiliser vos compétences?
- d) Quelles sont les limites de votre travail?
- e) Votre travail est-il estimé à sa juste valeur?
- f) Quelle opinion avez-vous à propos de la fonction CSI à l'hôpital?
- g) D'après vous quelle représentation ont les autres acteurs de l'hôpital de la fonction de CSI ?

II Perception du changement :

- a) Quelle perception avez-vous du changement à l'hôpital?
- b) En quoi ces changements ont-ils une influence sur votre pratique?
- c) A votre avis, pour ces changements, l'acquisition d'outils d'adaptation à l'emploi est-elle nécessaire ? si oui lesquels ?

III Modalités d'exercice:

- a) Votre travail vous permet-il de prendre des initiatives?
- b) Avec quels autres professionnels le CSI est-il en interaction?
- c) Quelles interactions développez-vous avec les autres CSI?
- d) Comment situez-vous votre rôle par rapport à celui de l'infirmier général?
- e) L'hôpital veille-t-il à la compétence de ses CSI ?
- f) Quelles compétences pensez-vous nécessaires de développer pour exercer la fonction de CSI?
- g) En tant que CSI, quelles sont vos attentes prioritaires ?

ANNEXE n°2

Guide d'entretien infirmier général

Dans le cadre de mon mémoire de fin de cycle à l'ENSP, j'ai entrepris une étude sur le management des cadres supérieurs infirmiers par l'infirmier général. Les informations que vous donnerez resteront anonymes en ce qui concerne leurs auteurs et leurs origines

Thèmes d'entretien

I Perception de la fonction:

- a) Pour vous en quoi consiste le travail des CSI?
- b) Avez-vous le sentiment que les CSI font un travail utile?
- c) Votre travail vous permet-il d'utiliser leurs compétences?
- d) Leur travail est-il estimé à sa juste valeur?
- e) Quelle opinion avez-vous à propos de la fonction CSI à l'hôpital?
- f) D'après vous quelle représentation ont les autres acteurs de l'hôpital de la fonction de CSI?

II Perception du changement:

- a) Quelle perception avez-vous du changement à l'hôpital?
- b) En quoi ces changements ont-ils une influence sur leur pratique?
- c) A votre avis, pour ces changements, l'acquisition d'outils d'adaptation à l'emploi est-elle nécessaire ? si oui lesquels ?

III Modalités d'exercice:

- a) Leur travail leur permet-il de prendre des initiatives?
- b) Les CSI développent-ils des interactions entre-eux?
- c) Comment situez-vous votre rôle par rapport aux CSI?
- d) L'hôpital veille-t-il à la compétence de ses CSI?
- e) Quelles compétences pensez-vous nécessaires de développer pour exercer la fonction de CSI?
- f) Quelles sont vos attentes prioritaires à propos des CSI?

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BALLE M., CHAMPION-DAVILLER M.N. - *Organiser les services de soins : le management par la qualité* - Paris - Edition Masson - 2000

BAUDRI LLARD J.- cité par MIRAMON J-M - *Manager le changement dans l'action sociale* - Rennes – ENSP - 1996

BIN ST M.- *Du mandarin au manager hospitalier* – Paris - Editions l'Harmattan - 1990

CASPAR P. préface du livre de LENHARDT V. – *Les responsables porteurs de sens* – Paris - Editions INSEP – collection "Pratiques en questions" - 1992

CROZIER M. préface du livre de BIN ST M. - *Du mandarin au manager hospitalier* – Paris – Editions L'Harmattan - 1990

CLEMENT J.M. - *1900 – 2000 : la mutation de l'hôpital* – Bordeaux - Editions les études hospitalières - 2000

CROZIER M. et FRI EDBERG E - *L'acteur et le système* – Paris - Editions du Seuil - 1977

DUBAR C. - *La crise des identités* – Paris - Editions PUF - 2000

DUCALET P et LAFORCADE M. - *Pensée la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* – Paris - Editions Seli Arslan - 2000

FEUERSTEIN R - *Instrumental Enrichment, an intervention Program for Cognitive modifiability* - Glenview(III) - SCOTT, FORESMAN and co - 1980

FRI EDBERG E. - *L'analyse sociologique des organisations* - revue N° 28 du groupe de recherche pour l'éducation et la prospective - 1988

Daniel TURBIAUX - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001

GOLEMAN D. - *L'intelligence émotionnelle* – Paris – Editions Robert Laffont - 1999

GUITTET A. - *L'entretien* - Paris - Edition Armand Colin - 2001

LAFAYE C. - *La sociologie des organisations* – Paris – Nathan - 1996

LANCIAUX C. - *Stratégie de la récompense* – Paris - E.S.F. - 1990

LE BOTERF G. - *Compétence et navigation professionnelle* – Paris - Editions d'organisation - 2000

LENHARDT V. - *Les responsables porteurs de sens* – Paris - INSEP Editions - 1992

MEIGNANT A. - *Déployer la stratégie* – Paris - Editions Liaisons - 2000

MIRAMON J.M. - *Manager le changement dans l'action sociale* – Rennes ENSP - 1996

NI ZARD G. - *L'hôpital en turbulence* – Toulouse - Editions Privat - 1994

SAMSON-SAULNIER G. - *Les dilemmes de la période actuelle* - in Dussault G. - *Le Gestionnaire, pivot du changement*, Département d'administration de la santé de l'université de Montréal, Montréal, 1995, p. 107-116

VARILLON F. - *Joie de croire, joie de vivre* – Paris – Le Centurion - 1975

WATZLAWICK P. – *Changements* – Paris - Editions Le Seuil - 1975

ZARIFIANT P. - *Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante* - Education Permanente, N°112, p.15

ETUDES – TRAVAUX – CONFERENCES

AMI EC, Dictionnaire des soins infirmiers, sous l'égide du ministère des affaires sociales, 1995

A.N.A.E.S. : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation des Soins, "Manuel d'accréditation des établissements de Santé", février 1999

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

Service des statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information (SESI) – "Population infirmière au 1^{er} janvier 1993" – Etude à partir du fichier informatique ADELI – Document N°252 – avril 1996

TREGOUET R., Expression empruntée au titre d'un rapport du sénat, N°331, 1997-1998

ARTICLES

AUDEBERT H., "Le développement de l'expertise institutionnelle : une nouvelle fonction transversale à l'hôpital ?" Gestion Hospitalière, N°403, février 2001

DREVET G., "Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques ?" Gestion Hospitalière, N°159, février 2001

HOLLENSTEIN C., "Le changement... Pour qui ? Jusqu'où ?" Gestion Hospitalière, N°403, février 2001

WILHELM A., "Un groupe d'analyse pour les cadres du service des soins infirmiers" Gestion Hospitalière, N°403, février 2001

TEXTES REGLEMENTAIRES

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 cures publics.

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 cures publics.

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988 relatif aux statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière.

Arrêté n° 89-538 du 3 août 1989 relatif à l'échelonnement indiciaires des personnels infirmiers de la fonction hospitalière, modifiant le décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988.

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.

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

Circulaire DH/8D n°90-401 du 2 octobre 1990 relative à l'application du décret N°89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.

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

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

Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

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

Protocole du 14 mars 2001 relatif à la reconnaissance des métiers, des qualifications, des responsabilités professionnelles Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la Santé.