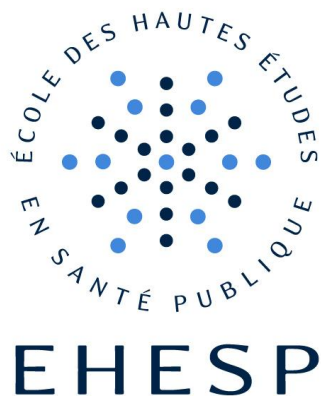




**Directeur d'établissements sanitaires,
sociaux et médico-sociaux**

Promotion **2009 - 2010**

Date du Jury : **Décembre 2010**

**Le management des cadres de
proximité en hôpital local :
diagnostic, enjeux et choix
stratégiques**

Kamel BOUCETTA

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier le directeur et la directrice adjointe de l'hôpital local Yves LANCO pour leur disponibilité attentive, leur soutien bienveillant et leur accompagnement pédagogique, ainsi que pour la confiance sans faille qu'ils m'ont témoignée tout au long de ce stage.

Dans ce travail d'enquête, la mise en œuvre des phases relatives au recueil d'informations et à la construction de propositions d'actions a largement reposé sur une démarche participative des cadres de proximité, principalement cadres de santé et cadres socio-éducatifs. Fondée sur un principe de confiance réciproque, cette implication forte et déterminante de leur part méritait d'être soulignée et saluée.

Le personnel de l'établissement, toutes catégories de professionnels confondues, a également participé à la maturation et à l'aboutissement de ce travail. Qu'il en soit ici chaleureusement remercié.

Je reste aussi profondément attaché à tous ces instants de vie riches en émotions et en plaisir partagé avec les personnes accueillies et accompagnées, qu'elles soient âgées ou handicapées, au gré de leurs activités quotidiennes. Cette reconnaissance à l'égard de tous les résidents donne à l'action son sens et ses finalités.

Enfin, un immense merci à Christine, mon épouse, et à Max, mon fils, pour leur présence, leur encouragement, leur patience et leur confiance tout au long de ce parcours.

« Donnez-moi un point d'appui et je soulèverai le monde. »

Archimède, savant grec (283-212 avant J.C.)

Sommaire

Introduction.....	1
1 La fonction de cadres de proximité dans les structures à vocation sanitaire et médico-sociale	7
1.1 Eléments de connaissance historiques, juridiques et sociologiques. 7	
1.1.1 Les cadres dans les champs sanitaire et médico-social : une catégorie professionnelle récente.....	7
1.1.2 Positionnement, parcours et identité professionnelle	11
1.1.3 Les missions et obligations légales en termes de formation, de qualification et de statut.....	14
2 Le management des cadres intermédiaires à l'hôpital local Yves LANCO : constats et enjeux	25
2.1 Présentation de l'hôpital local Yves LANCO de Belle-Île-en-Mer ...	25
2.1.1 Situation géographique.....	25
2.1.2 L'offre de services de l'établissement	25
2.1.3 Budget, effectif et organigramme	28
2.2 Constats et éléments de contexte	29
2.2.1 Des difficultés de positionnement	29
2.2.2 L'absence d'une véritable équipe cadres	30
2.2.3 Un sentiment de manque de (re)connaissance lié à une organisation interne en tuyau d'orgue et peu intégrée	32
2.2.4 Des missions et des responsabilités mal définies	33
2.3 Une enquête de terrain sur les conditions d'exercice professionnel et les pratiques managériales.....	35
2.3.1 Hypothèse de travail	35
2.3.2 Démarche méthodologique.....	36
3 Pratiques managériales et gestion des cadres : état des lieux	41
3.1 Taux de réponses global	41

3.2	Résultats et analyse	42
3.2.1	Des conditions de prise de fonction faiblement anticipées et insuffisamment accompagnées.....	42
3.2.2	Des pratiques d'échanges et de coopération très dépendantes des configurations locales de travail.....	44
3.2.3	La fonction de cadre ou l'art de définir sa « bonne place ».....	48
3.3	Regards sur l'outillage favorisant la responsabilisation des cadres	52
3.3.1	Le projet de service : un contenu et des modalités d'élaboration différenciés pour une pratique non systématique.....	52
3.3.2	La fiche de poste : un outil insuffisamment réactualisé	53
3.3.3	Délégation de compétences et glissements de tâches : une réalité tangible	54
3.3.4	Les outils de pilotage organisationnel et le système d'information.....	57
4	Repenser le management des cadres de proximité : propositions d'action et retours d'expérience	59
4.1	Synthèse des principales attentes en matière d'organisation	59
4.2	Actions managériales entreprises durant le stage	61
4.2.1	Piloter la mise en place d'un rapport annuel d'activités par service	61
4.2.2	Renforcer la déclinaison opérationnelle du projet d'établissement	61
4.2.3	Déconcentrer le budget éducatif ?.....	62
4.3	Vers une meilleure gestion des ressources humaines.....	63
4.3.1	Organiser la GPMC et l'actualisation des fiches de poste	63
4.3.2	Relier les pratiques professionnelles et développer le partage des connaissances	64
4.3.3	Le rôle du directeur : donner du sens et articuler les différentes légitimités	65
	Conclusion	69
	Bibliographie	73
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources

ARS : Agence Régionale de Santé

CAFERUIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Comité Médical d'Etablissement

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CTE : Comité Technique d'Etablissement

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DHR : Direction des Ressources Humaines

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

A l'heure de la mise en place concrète dans les établissements sanitaires et médico-sociaux des dispositions issues de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires¹, la capacité à gérer le changement est devenue centrale dans un environnement mouvant. Dans ce contexte de changement et d'évolution, l'encadrement, à la jonction de la mise en œuvre des orientations stratégiques et de la gestion de la qualité au quotidien, est au cœur du système sur lequel pèsent des exigences toujours plus grandes d'efficience et d'efficacité pour accompagner la mise en œuvre des réformes.

S'il n'existe pas de définition précise du cadre dit de « proximité » ou « intermédiaire », cette expression est de plus en plus employée dans le monde hospitalier et médico-social et doit être rattachée au mode de management de proximité ou de subsidiarité, qui implique que tout échelon s'interdit de réaliser lui-même une tâche qu'un échelon inférieur pourrait effectuer. Premier niveau de l'encadrement, le cadre de proximité est celui qui anime hiérarchiquement ou fonctionnellement une équipe. Il est sur le terrain, en première ligne, proche des problèmes quotidiens. Cette organisation, issue de réflexions du monde de l'entreprise, fait référence au rôle premier accordé à l'équipe opérationnelle au contact du client. Ce que l'on a appelé la « *nouvelle gouvernance* »², pour désigner notamment l'introduction de pôles d'activités dans l'organisation des établissements de santé, placés sous la responsabilité d'un praticien hospitalier assisté par un cadre de santé ainsi que d'un cadre administratif pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités, participe de ce « nouveau »³ mode de management qui donne du pouvoir et de l'autonomie aux équipes des unités opérationnelles dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens passé avec le directeur de l'établissement.

Pourtant, un rapport récent, issu de la mission pilotée par Chantal DE SINGLY sur les cadres hospitaliers remis au mois de septembre 2009 à la ministre de la Santé et des Sports, soulignait une réalité paradoxale en constatant que « *les cadres hospitaliers jouent un rôle central mais souvent invisible dans l'organisation hospitalière (...)* »⁴.

¹ Loi n° 2009-584, du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, publiée au J.O. du 22 juillet 2009, dite loi « HPST ».

² Articles L. 6143-1, L. 6146-1 et suivants du Code de la santé publique.

³ On rappellera, à titre d'information, que l'ordonnance n° 96-346 du 14 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée prévoyait déjà que les équipes médicales et paramédicales pouvaient constituer des centres de responsabilités.

⁴ DE SINGLY C., septembre 2009, *Rapport final de la Mission Cadres Hospitaliers*, remis à la Ministre de la Santé et des Sports, Tome 1, p.6.

Parallèlement, la question du « malaise des cadres » est devenue récurrente depuis le début des années 2000, traduisant un manque de reconnaissance ressenti par certains cadres au regard des responsabilités qui leur sont confiées et l'attente d'un positionnement plus clair dans l'organisation hospitalière.

C'est dans ce contexte qu'il paraissait particulièrement intéressant, à partir d'une expérience de terrain limitée dans le temps mais suffisamment longue pour une analyse étayée, de s'interroger sur la place et le rôle des professionnels occupant des fonctions d'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaire et médico-social en général, et dans un hôpital local en particulier. Souvent rural ou péri-urbain, l'hôpital local est un établissement public de santé comprenant des activités médico-sociales dans le cadre d'une zone géographique de proximité⁵. Si la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009 a supprimé la catégorie juridique « hôpital local » en tant que telle du code de la santé publique au profit de la notion générique d'« établissement public de santé », la pertinence de ce dispositif spécifique en ce qu'il participe au maillage du territoire n'a pas été remise en cause. En effet, dans le nouveau paysage qui se dessine où l'approche territoriale et la médecine de premier recours sont reconnues et privilégiées, les anciens hôpitaux locaux constituent un outil précieux pour maintenir et consolider une offre de santé de proximité articulée avec les établissements de référence des territoires de santé⁶. Dans un contexte d'amélioration continue de la qualité des prestations délivrées dans un souci de personnalisation et de respect des droits des usagers⁷, la structure hôpital local, parce qu'elle a dû au fil du temps adapter ses réponses à l'évolution des besoins pour accompagner au mieux et dans la proximité des populations aux problématiques multiples (personnes âgées dépendantes, handicaps, pathologies chroniques, etc.), est un lieu d'observation et d'analyse privilégié car à la croisée des chemins des secteurs sanitaire et médico-social⁸. Déjà plus tout à fait hôpital au sens classique du terme, mais pas encore pleinement converti à la culture et aux principes d'action du monde médico-social, l'hôpital local reflète précisément cette mixité des champs professionnels à l'œuvre et renvoie en cela à la diversité des milieux professionnels dans lesquels nous serons appelés à exercer.

⁵ Les missions des hôpitaux locaux ont été précisées par la circulaire DHOS/03/DGAS/AVIE/2003/257 datée du 28 mai 2003 et le décret n° 2007-1741 du 11 décembre 2007 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux. En 2009, selon l'Association nationale des hôpitaux locaux, on comptait en France 300 hôpitaux locaux représentant un tiers des établissements publics de santé et 20 % de l'offre de ce secteur. 85 % d'entre eux se répartissent entre les communes appartenant à un pôle d'emploi de l'espace rural ou dans les autres communes à dominante rurale.

⁶ De ce fait, l'usage courant de cette appellation continue de perdurer chez la plupart des acteurs. Aussi, dans un souci de simplification, nous continuerons ici d'employer indistinctement cette double dénomination.

⁷ Les grands principes liés à l'accompagnement individualisé et au libre choix entre des prestations adaptées ont été posés par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale pour le secteur social et médico-social et la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pour le champ sanitaire.

⁸ Pour mesurer cette dimension, il suffit de constater que si en moyenne un hôpital local dispose de 180 lits, 138 lits relèvent du secteur médico-social, principalement des places d'EHPAD.

A l'origine de ce questionnement se trouve l'une des missions principales qui m'a été confiée dans le cadre de cette mise en situation professionnelle par l'équipe de direction de l'hôpital local Yves LANCO de Le Palais à Belle-Île-en-Mer. Etablissement au sein duquel j'ai effectué mon stage, situé dans le département du Morbihan à 45 minutes de bateau au large de la presqu'île de Quiberon. Plus précisément, la commande initiale concernait les enjeux managériaux liés à la place que devait occuper les cadres intermédiaires dans l'élaboration et la déclinaison opérationnelle du projet institutionnel 2011-2015 au sein de chaque unité fonctionnelle au nombre de cinq : EHPAD, FAM, SSIAD, USLD, et Médecine / SSR⁹. En effet, mon arrivée au sein de l'institution a correspondu à l'organisation du pilotage et des modalités d'actualisation du projet institutionnel 2006-2010, dans un contexte d'institutionnalisation de la démarche qualité et de la mise en place d'un pôle qualité chargé en interne d'intervenir sur l'ensemble des activités de l'établissement. Cette nouvelle réalité institutionnelle avait progressivement sinon marginalisé du moins dévalorisé la fonction d'encadrement, ou plus exactement, le ressenti non verbalisé de l'équipe des cadres était celui-ci au moment du lancement de la démarche par l'équipe de direction.

Dans ce contexte, au-delà des changements organisationnels en cours et du contenu du projet d'établissement, l'un des enjeux pour moi en terme de positionnement était de replacer ce « malaise » latent sur un terrain professionnel dans une logique institutionnelle pertinente et constructive pour l'ensemble des acteurs concernés. Pour ce faire, il s'agissait de s'interroger ici sur les voies et moyens susceptibles d'être mis en place pour favoriser l'adhésion des cinq cadres d'unité – 2 cadres de santé, 2 cadres socio-éducatifs et 1 faisant fonction - à la dynamique institutionnelle voulue par la direction dans une logique d'appropriation et de mobilisation de l'ensemble des équipes. Concrètement, pour essayer de répondre à cette commande, cela impliquait d'abord de dresser un état des lieux des pratiques organisationnelles en matière de management afin de formuler une stratégie adaptée sur l'encadrement intermédiaire et proposer une organisation prenant mieux en compte la place et le rôle des professionnels occupant des fonctions d'encadrement au sein de l'institution.

A partir d'un travail de contextualisation et d'analyse des enjeux, la problématique qui a été retenue comme fil conducteur pour mener à bien ce travail pourrait être formulée dans les termes suivants : **Pourquoi l'adhésion des cadres de proximité au projet d'établissement et à sa déclinaison opérationnelle semble difficile ?**

⁹ EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ; FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé ; USLD : Unité de Soins de Longue Durée ; SSR : Service de Soins de Suite et de Réadaptation. Une présentation plus détaillée de l'établissement est proposée au début de la seconde partie.

Sur la base d'une enquête de terrain effectuée auprès d'une centaine de cadres de proximité exerçant en hôpital local, dans une démarche comparatiste, trois hypothèses de travail ont été particulièrement explorées :

- le manque de formation et d'accompagnement à la prise de fonction ;
- le défaut de communication, de coopération et de reconnaissance au sein de l'encadrement ;
- l'insuffisante formalisation des missions, des fonctions et des outils de management.

L'objectif visé est de parvenir à mieux rendre compte, sans prétendre être exhaustif, des pratiques managériales et des outils de gestion de ces personnels, en vue de définir les propositions de résolution souhaitables et de renforcer la professionnalisation de la fonction cadre dans un souci permanent d'accompagnement et d'ajustement.

Trois sources de motivation principales président au choix de cette thématique de mémoire. La première raison touche aux aspects réglementaires de la fonction de direction. L'article 2 du décret n°2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux dispose ainsi que « *le directeur est chargé de la conduite générale de l'établissement dans les domaines sanitaire, social et médico-social, de l'animation et de la coordination des actions, du **management et de la gestion des ressources humaines de l'établissement** et de l'évaluation des politiques et des actions conduites dans le cadre du projet d'établissement. Le directeur est responsable de la bonne marche de l'établissement et il assure sa gestion administrative et financière. (...) Il recrute et nomme les personnels de l'établissement (...). Il a autorité sur l'ensemble des personnels dans le respect de la déontologie médicale* ». Autrement dit, qu'il soit chef d'établissement ou directeur adjoint, la question de la meilleure gestion possible des ressources humaines et de l'organisation pertinente des conditions de travail est un volet majeur voire essentiel sinon consubstantiel à la fonction de direction. En second lieu, au-delà des aspects statutaires, analyser les particularités de la fonction d'encadrement dans les structures de « petite » taille comme un hôpital local représente l'occasion pour un apprenti directeur d'appréhender concrètement la situation particulière et le positionnement des cadres dans un établissement, qui sont aussi ses plus proches collaborateurs.

Enfin, la troisième et dernière source de motivation tient à la volonté de tordre le coup à l'idée reçue encore trop souvent répandue selon laquelle le management¹⁰ ne s'apprend pas. Savoir mobiliser, motiver, expliquer, communiquer, négocier, convaincre, décider, nouer des partenariats et des accords (entre autres) seraient de l'ordre de l'innée tenant davantage aux qualités individuelles voire charismatiques de la personne en position de direction plutôt qu'à ses compétences professionnelles. On parle souvent de « *l'art de diriger l'organisation et les hommes* », sans bien vouloir reconnaître que n'est pas artiste qui veut ! Sans minorer la dimension personnelle dans l'acte managérial, je considère pour ma part cette conception totalement erronée car très largement mythique. La gestion d'équipe, comme la capacité à déterminer les buts et objectifs à poursuivre, les actions à mettre en œuvre ainsi que les ressources à mobiliser, toutes ces fonctions reposent sur un solide socle de connaissances, des techniques validées et des outils professionnels éprouvés.

Au-delà de ces intérêts professionnels, il y a sans doute aussi, à l'origine du choix de cette thématique de mémoire, une part de quête identitaire et professionnelle avec la volonté d'interroger la fonction de direction d'établissement à partir d'un questionnaire portant sur la question de la « juste » distance et du « bon » positionnement dans l'exercice des responsabilités que ce métier recouvre, au-delà des compétences et des connaissances demandées et nécessaires. « *Connais-toi, toi-même* »¹¹, dit le vieil adage.

Quatre parties distinctes structurent cet écrit. Une première partie précisera les contours et l'évolution du métier de cadre, en s'attachant à donner une définition plus précise des cadres de proximité dans une perspective à la fois historique, sociologique et juridique. Outre l'identification du rôle, de la place et du périmètre exact d'intervention des cadres intermédiaires, l'accent sera mis sur les activités du métier et les référentiels de compétences nécessaires pour exercer les fonctions de cadre de santé et de cadre socio-éducatif. Dans un second temps, après une présentation succincte des principales caractéristiques de l'offre de services proposée par l'hôpital local Yves LANCO, il s'agira de faire émerger les difficultés de positionnement des cadres et de formuler un diagnostic précis dans une démarche d'analyse visant à clarifier les positionnements hiérarchique et organisationnel.

¹⁰ Malgré son succès (ou à cause de celui-ci ?), la notion de « management » se laisse difficilement cerner. Ses définitions sont plurielles selon les sources. Ainsi, le Petit Robert donne la définition suivante : « Mot d'origine anglaise (1921), il désigne l'ensemble des connaissances concernant l'organisation et la gestion d'une entreprise ». L'encyclopédie en ligne WIKIPEDIA précise qu'il s'agit de « l'ensemble des techniques d'organisation des ressources qui sont mises en œuvre pour l'administration d'une entité, dont l'art de diriger des hommes, afin d'obtenir une performance satisfaisante ». Dans un souci de clarté et sans vouloir prétendre nier la caractère polysémique de ce mot, on retiendra simplement qu'il s'agit d'une approche qui comprend toutes les décisions et actions touchant aux relations entre l'organisation et ses salariés, ses ressources humaines.

¹¹ Socrate : philosophe grec (470-399 av. J.C.).

Afin de mesurer la validité des constats et d'évaluer les adaptations nécessaires, la restitution des résultats de l'enquête de terrain sera l'occasion, au-delà du contexte local de travail, d'identifier de façon très opérationnelle les enjeux et les besoins, au regard des objectifs d'outillage des cadres permettant un exercice facilité de leurs missions. Enfin, dans une dernière partie, une réflexion plus large sera menée sur le rôle du chef d'établissement dans le repérage et le pilotage des aides et accompagnements dont ont besoin les cadres et d'intégrer ces éléments dans l'animation du projet d'établissement.

1 La fonction de cadres de proximité dans les structures à vocation sanitaire et médico-sociale

1.1 Eléments de connaissance historiques, juridiques et sociologiques

1.1.1 Les cadres dans les champs sanitaire et médico-social : une catégorie professionnelle récente

L'histoire de l'encadrement hospitalier, entendu au sens large, est intimement liée au mouvement de transformation de l'hôpital public tout au long du XX^{ème} siècle. Le développement de l'encadrement dans le contexte hospitalier résulte en effet de la professionnalisation puis de la rationalisation du travail. Comme le dit François-Xavier SCHWEYER, « *la constitution progressive d'un encadrement hospitalier a été rendue possible et nécessaire par l'essor de l'hôpital moderne promu par l'Etat social* »¹². Jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale et l'avènement de la Sécurité sociale, les soins sont encore largement dispensés dans les hôpitaux comme dans les « hospices » par les personnels des congrégations religieuses, tandis que dans le domaine de la gestion comme dans les services, les médecins assurés des fonctions d'encadrement qui relevaient en partie de l'implicite et de l'autodidaxie. Dans cette logique, la surveillante (ancienne dénomination des actuels cadres supérieurs de santé) était une auxiliaire du chef de service, avec une forte valorisation de la dimension affinitaire pour un travail relevant des sphères professionnelle et domestique à la fois.

Le mouvement de professionnalisation des emplois hospitaliers a véritablement débuté dans les années 50 pour faire face au problème important du manque de qualification du personnel, en lien avec la technicité accrue des soins et l'accroissement du nombre de médecins plein temps hospitaliers. Dans ce contexte, l'effort a porté sur les formations et la création de statuts reconnaissant des niveaux de qualification. Ainsi, la clarification des tâches, la définition des postes de travail, l'organisation du travail, ont été traitées d'abord dans une logique statutaire et d'emploi. Du décret du 14 novembre 1958 qui portait sur la création du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante (CAFIS) et d'infirmière monitrice (CAFIM) à la création officielle d'un encadrement supérieur en 1975, où un décret institue le corps des infirmiers généraux¹³, il s'agissait de favoriser la constitution d'un encadrement infirmier, et plus largement paramédical¹⁴.

¹² SCHWEYER F-X., 2009, « *Eléments pour une histoire des cadres hospitaliers* », in DE SINGLY C., Rapport de la mission Cadres Hospitaliers, Tome 2, p. 71.

¹³ Décret n° 75-928 du 9 octobre 1975, publié au J.O. du 12 octobre 1975.

¹⁴ Des initiatives locales au sein d'établissements ayant une politique novatrice, en région parisienne notamment, ou émanant d'organismes comme la croix Rouge ont permis d'ouvrir la voie en précurseur dans cette perspective explicite d'un développement de l'encadrement soignant.

Chargés de coordonner les activités des personnels soignants, de participer à la gestion des personnels et de veiller à la qualité des soins infirmiers, ainsi que de participer à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux¹⁵, les cadres soignants ont été pensés avant tout comme des surveillants des activités infirmières et paramédicales, la dimension de référents professionnels en matière de soins devenant le cœur de métier au détriment des autres activités (management d'équipes et gestion de projets). Le mode de recrutement de 1975 est l'intégration des personnes déjà en poste, puis le concours régional jusqu'en 1995, année où le concours devient national. Depuis le 18 août 1995, le diplôme de cadre de santé, commun à l'ensemble des professions paramédicales réglementées, remplace tous les autres certificats cadre¹⁶. En 2001, les deux grades de cadre de santé et cadre supérieur de santé feront l'objet d'un reclassement en catégorie A de la fonction publique hospitalière, dans le cadre de nouveaux statuts¹⁷ négociés avec le ministère de la Santé. Le nouveau corps des Directeurs des soins créé en 2002 réunira les statuts d'infirmier général et de directeur d'école paramédicale en un corps unique, ouvert également à d'autres cadres paramédicaux et médicotechniques¹⁸. Tous les cadres de santé, quelle que soit la filière d'appartenance, sont sous la responsabilité du coordonnateur général des soins créé par le décret de 2002.

Plus largement, les fonctions d'encadrement sont issues de la nécessité de repenser les structures et l'organisation du travail. Une reconnaissance institutionnelle a été donnée aux cadres car une préoccupation domine le projet des directeurs d'hôpital¹⁹, premiers cadres administratifs de cette époque : promouvoir l'hôpital public en rompant avec les conceptions issues de l'assistance et l'image déplorable de l'hospice. Dès la publication du décret d'application de la loi portant réforme hospitalière de 1941, les surveillantes sont placées sous l'autorité du directeur. Un rôle de gestion économique est explicitement mentionné au côté du rôle d'encadrement. Mais c'est surtout un rôle de relais que les directeurs d'hôpital vont promouvoir. Les cadres soignants sont considérés comme des éléments importants du système administratif en charge de la gestion des établissements. Le « progrès hospitalier » qu'il s'agit de promouvoir n'est pas seulement médical, il comprend aussi la qualité de l'accueil, de la logistique, du « climat » qui règne dans les services. Dans un deuxième temps, une organisation du travail de type industriel a été promue. La logistique traditionnelle fût modernisée selon les principes du chaînage industriel, tandis que la rationalisation de la logistique médicotechnique imposait une

¹⁵ EGGERS J., 2008, « Une histoire d'encadrement : approche historique et juridique », in SAINSAULIEU Y., *Les cadres hospitaliers, représentations et pratiques*, Paris, Editions Lamarre, pp.1-43.

¹⁶ Décret n° 95-926 du 18 août 1995, publié au J.O. du 20 août 1995.

¹⁷ Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001, publié au J.O du 1^{er} janvier 2002.

¹⁸ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, publié au J.O. du 23 avril 2002.

¹⁹ Fonction qui a été créée par la loi portant réforme hospitalière de 1941 et le décret de 1943.

standardisation des qualifications et une coordination du travail²⁰. Une troisième étape se dessine dans le cadre du nouveau management public. La rationalisation managériale se répand dans la fonction publique hospitalière comme ailleurs et on observe une redéfinition des formes de savoirs et d'expertise légitimes et un réaménagement de la division du travail et de la place des groupes professionnels, avec la figure des « cadres managers ».

Au niveau administratif, jusqu'en 1969, il a existé un quota très limitatif pour les postes de directeur, en sorte que dans la plupart des hôpitaux, le directeur était seul et il n'existait pas d'équipe de direction et pratiquement pas d'encadrement administratif dans l'acception moderne du terme, le personnel de direction comprenant au départ les directeurs, les économes et sous-économes. Dans les petits hôpitaux surtout, la nomination en tant que directeur était l'aboutissement d'une carrière de rédacteur, de chef de bureau ou d'économe. L'accroissement significatif du nombre des directeurs d'hôpital dans les années 1970-80 s'est accompagné d'une diversification des fonctions et d'une multiplication des postes d'adjoints. Avec deux conséquences au moins : d'une part, ce sont des directeurs qui ont occupé des fonctions de cadres dans certains domaines techniques, d'autre part, le monopole de fait des directeurs en titre dans les équipes de direction a sans doute freiné dans beaucoup d'établissements la constitution d'un encadrement supérieur et donné ainsi une physionomie particulière à l'encadrement hospitalier. Ce n'est qu'en 1986 que la loi²¹ fait entrer définitivement les hospitaliers dans la fonction publique et la volonté de rapprochement des trois fonctions publiques explique pour partie la création du corps des attachés d'administration hospitalière (2001).

Enfin, s'agissant plus particulièrement des cadres des institutions sociales et médico-sociales, ils partagent en partie les mêmes origines ancrées dans une référence religieuse forte, dominée par les valeurs de charité et de don de soi. Selon Jeannine VERDES-LEROUX, les pionniers de l'assistance sociale agissent, dès le début des années 1900, dans le but d'assurer la « paix sociale dans le progrès »²². Les assistantes sociales trouvent leur légitimité, en tant que groupe social et professionnel, en rendant des services aux pouvoirs en place. En 1917, l'école des surintendantes d'usine est créée ainsi que le service social d'entreprise avec deux préoccupations majeures : accroître le rendement des ouvrières de l'armement et limiter les conséquences morales du déplacement de la main-d'œuvre féminine. L'action des surintendantes d'usine se situe au carrefour de la médecine, de l'hygiène sociale et des pratiques industrielles. Par la suite, les cadres de l'éducation spécialisée, et notamment le métier d'éducateur spécialisé, trouvent leur origine dans la cause de l'enfance inadaptée particulièrement

²⁰ SCHWEYER F-X., 2000, « Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail de soin ? », in CRESSON G. et SCHWEYER F-X., *Profession et institution de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Editions de l'ENSP, pp.149-170.

²¹ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

²² VERDES-LEROUX J., 1978, *Le travail social*, Les Editions de Minuit.

présente sous le régime de Vichy et correspond à une stratégie d'encadrement de la jeunesse²³. L'idéologie nationale prône l'encadrement de la jeunesse pour relever la France. L'institution d'un droit pénal de l'enfance (loi de juillet 1942, qui pose le principe de la création de tribunaux pour enfants et de centres d'observation et de triage, l'ordonnance de 1945 relative à l'enfance délinquante), le développement, dans le champ de la psychologie médicosociale, de techniques permettant de dépister, d'observer, de reclasser l'enfant déficient ou en danger moral dans la vie sociale, sont autant d'avancées qui vont permettre à divers corps professionnels de légitimer leur statut. Historiquement, la profession d'éducateur spécialisé s'est donc constituée sous l'égide des magistrats et des psychiatres dans une perspective de rééducation des familles et de la jeunesse. La notion d'encadrement s'entend comme la conduite ou la prise en charge de groupes. Recrutés sur leur expérience de la vie, leur maturité personnelle, les éducateurs entraînent les jeunes à obéir à une discipline dans le cadre de la vie en petits groupes. Cet héritage historique conduira longtemps ces professionnels à s'identifier à une mission impliquant une prise de responsabilités, plutôt qu'à une fonction d'encadrement regroupant des tâches précises dans le cadre d'un ensemble de savoirs techniques et de compétences identifiées.

Jusque dans les années 60, en réalité, comme le souligne Jean-François BAUDURET et Marcel JAEGER, « *le charisme a été le moteur principal de la direction de la plupart des établissements sociaux et médico-sociaux, quant, du moins, la personne morale ne se contentait pas d'une direction purement administrative* »²⁴. Par ailleurs, l'« humeur anti-institutionnelle »²⁵ des professionnels du champ social a constitué longtemps une caractéristique profonde de la culture professionnelle du travail social, qu'on retrouve sans doute inégalement selon les secteurs d'intervention, selon les institutions et les professions, et selon les personnes, mais qui marque bien plus le social que le médico-social et qui est étrangère au champ sanitaire. La question de la nécessité d'une qualification de l'encadrement a fait l'objet d'une mobilisation professionnelle importante, et les premières formations datent de 1968 pour le secteur privé, à l'initiative de l'association nationale des éducateurs de jeunes inadaptés et d'un groupement d'employeurs, et de 1969 pour les secteurs public et privé pour ce qui deviendra en 1985 le certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social (CAFDES)²⁶. Les évolutions institutionnelles après la loi de 1970 portant réforme hospitalière et la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales ont entraîné des évolutions statutaires partielles qui se sont peu à peu précisées. Dans le secteur public, la création

²³ CHAUVIERE M., 1980, *Enfance inadaptée : l'héritage de Vichy*, Editions Ouvrières.

²⁴ BAUDURET J-F., JAEGER M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, 2^{ème} édition, Paris, DUNOD, p. 217.

²⁵ Expression de Pierre Bourdieu, citée in MUEL-DREYFUS F., 1983, *Le métier d'éducateur*, Paris, Editions de Minuit, p. 202.

²⁶ Homologué de niveau I depuis 2004, le CAFDES se lit maintenant : certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale. Décret n° 2002-401 et arrêté du 25 mars 2002.

du corps des directeurs d'établissements sociaux (DES) date de 1994, celle des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux (DESS) de 1996, ces deux corps s'étant finalement rapprochés en 2001. Le certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS)²⁷, formation professionnelle qualifiante de niveau II, est aujourd'hui la voie principale d'accès au grade de cadre de proximité ou intermédiaire pour les professionnels de la branche sociale et médico-sociale.

A l'issue de ce bref aperçu historique et juridique, on peut tout d'abord constater que les fonctions de cadres sont issues de la professionnalisation, puis de la rationalisation du travail. De ce point de vue, la notion de cadre est récente dans l'histoire hospitalière comme dans le secteur social et médico-social, le domaine de la gestion ayant longtemps été limité à une forme d'intendance. Le second constat que l'on peut faire est qu'il n'y a pas dans les travaux historiques existants une définition claire des cadres hospitaliers en tant que tels. Les cadres sont issus de domaines d'activités forts différents et ne forment pas encore un groupe social homogène. Comme le rappelle justement F-X SCHWEYER, « la dénomination de « cadre hospitalier » donne une cohérence à un ensemble hétérogène sinon flou »²⁸. Cela renvoie aux modalités de constitution d'un groupe professionnel et aux représentations partagées du métier que celui-ci véhicule pour se construire une identité professionnelle qui lui est propre, au-delà d'une reconnaissance officielle qui marque, comme on l'a vu, le début d'un mouvement de généralisation à l'ensemble des établissements des fonctions de cadres.

1.1.2 Positionnement, parcours et identité professionnelle

A) Un positionnement institutionnel et un périmètre d'action pluriels

En nous référant à la schématisation des caractéristiques fondamentales de l'organisation de MINTZBERG²⁹ et considérant notre champ d'investigation, à savoir les hôpitaux locaux, on peut dire, toutes choses étant égales par ailleurs, que les places occupées au sein de l'organisation par les encadrants intermédiaires se situent principalement à trois niveaux d'intervention distincts :

- Au cœur de la ligne hiérarchique, entre d'un côté, le centre opérationnel (l'exécution), et de l'autre, le sommet stratégique (direction/conception). Dans cette zone d'intervention, les cadres de proximité ont la responsabilité d'un

²⁷ Décret n° 2004-615 du 25 mars 2004 et arrêté du 8 juin 2004.

²⁸ SCHEYER F-X., 2009, « *Éléments pour une histoire des cadres hospitaliers* », in DE SINGLY C, Rapport de la mission Cadres Hospitaliers, Tome 2, p. 70.

²⁹ MINTZBERG H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'Organisation. Présentée en annexe n°1, cette schématisation présente l'intérêt de matérialiser les trois zones d'investigation où se situe l'encadrement intermédiaire (ligne hiérarchique, technostructure et support logistique) dans le contexte global de l'organisation.

segment (« service » ou « unité ») de l'organisation, d'une équipe de salariés, impliquant une délégation (formelle ou implicite) de la direction quant aux responsabilités confiées. Cela suppose généralement à la fois des missions de conception de dispositifs, de mise en forme de projets, de définition des pratiques d'intervention, d'organisation du travail, de commandement des personnels et de régulation interne. Ici, les professionnels concernés sont ceux qui opèrent sur l'activité principale, donc le cœur de métier, à savoir les cadres de santé et les cadres socio-éducatifs, catégorie de cadres sur laquelle ce travail va se concentrer.

- Au sein de la technostructure, là où se trouvent les experts et les analystes, qui contribuent à l'efficacité organisationnelle du centre opérationnel. La technostructure produit la standardisation formelle à laquelle recourt l'organisation pour coordonner le travail collectif (prescriptions et contrôle des dépenses, réflexion autour des objectifs et des résultats, etc.). Concrètement, cela renvoie à la responsabilité de diagnostics globaux sur l'établissement, en termes financiers, de gestion des ressources humaines, ou encore d'évaluation des pratiques de soins ou d'aide aux patients ou aux usagers (études, enquêtes de satisfaction, évaluations). Les cadres concernés ici sont principalement ceux issus de la filière administrative, des attachés d'administration hospitalière et des adjoints des cadres.
- Dans le support logistique, chargé d'apporter à l'organisation le soutien nécessaire aux flux d'activité. Il s'agit ici principalement de la filière technique et ouvrière, des ingénieurs et des techniciens supérieurs hospitaliers.

B) Des parcours structurés par les dispositifs institutionnels en place

D'une façon générale, les secteurs sanitaire, social et médico-social se caractérisent par la prégnance des dispositifs institutionnels qui encadrent juridiquement l'emploi des fonctions de cadres intermédiaires. Cette caractéristique se traduit notamment par la place déterminante des diplômes qui confèrent aux salariés de ces secteurs un monopole d'exercice. Les cadres intermédiaires sont ainsi la plupart titulaires d'un diplôme de travailleur social ou d'infirmier. Les cadres de santé doivent être titulaires d'un diplôme d'Etat d'infirmier et avoir exercé au moins quatre ans dans cette fonction. Jusqu'à récemment, la non-reconnaissance d'un diplôme de cadre intermédiaire dans le social constitue une exception énigmatique à cette logique de la reconnaissance de la qualification par un diplôme reconnu par l'Etat et semble ressortir d'aléas historiques. La mise en place du CAFERUIS en 2004 met fin à cette situation particulière inhérente au

secteur social. Autrement dit, cette reconnaissance statutaire par le diplôme contribue à forger les identités professionnelles des personnels de soins ou des travailleurs sociaux, identités sur lesquelles les cadres intermédiaires peuvent s'appuyer pour confronter leur légitimité quand ils sont eux-mêmes issus de ces métiers.

C) Une identité professionnelle très liée au métier d'origine

Si, comme on a pu le voir, la construction du statut de cadre s'est déroulée sur plusieurs décennies, les cadres de proximité, par leur position au sein des organisations et la nature de leurs fonctions, restent néanmoins difficiles à appréhender et à analyser en tant que catégorie socialement constituée. Luc BOLTANSKI a montré comment la construction historique de la catégorie cadres est-elle le produit d'un enjeu idéologique pour faire exister à part du salariat un encadrement salarié³⁰. Très attachés à leur « identité professionnelle », les cadres intermédiaires du secteur sanitaire, social et médico-social, qu'ils soient statutaires ou faisant fonction, puisent leur légitimité de « manager/gestionnaire » avant tout à travers leur métier et leur spécialisation d'origine, comme si cela leur permettait en quelque sorte de lever les ambiguïtés sur leur capacité d'être un « bon cadre ». Comme le relève Laëtitia LAUDE, « *le cadre est amené à construire un équilibre entre son rôle technique et son rôle managérial. La tentation est grande pour lui de privilégier le premier au détriment du second* »³¹. Ainsi, ils doivent être en capacité de réagir et de répondre avec une certaine efficacité aux questions et interrogations des équipes, et ce parfois sur des points techniques précis. Ils ne sont pas jugés seulement en tant que cadres, c'est-à-dire en tant qu'organiseurs/gestionnaires de planning et régulateurs de flux d'activité, mais aussi sur leur capacité d'être et de demeurer des référents dans la réalisation des actes techniques et procéduraux. Ce point est central dans la façon dont ils occupent leur fonction de cadre, en particulier pour les cadres de santé issus de la filière soignante. C'est par leur longue expérience et leur connaissance du métier d'infirmier qu'ils ont pu et peuvent encore faire valoir leur autorité et leur légitimité comme responsables dans les services et les spécialités qui sont les leurs. Dans le secteur social et médico-social, contrairement au secteur sanitaire, l'incertitude et le débat sur ce qui doit être fait font partie des conditions de travail, et le cadre est alors souvent appelé à jouer les intermédiaires entre des travailleurs sociaux soucieux de ne pas se laisser dicter leurs pratiques et des directions attentives à piloter, impulser et contrôler les modes de réalisation des missions. Dans ce contexte, le cadre intermédiaire doit composer avec les cultures professionnelles propres aux spécificités de chaque champ (il en est du reste souvent le porteur), et les injonctions à la rationalisation

³⁰ BOLTANSKI L., 1982, *Les Cadres : la constitution d'un groupe social*, Paris, Editions de Minuit. Le travail de Luc BOLTANSKI a représenté un apport majeur pour comprendre comment les intérêts des ingénieurs et des classes moyennes se sont rencontrés, dans un travail politique, institutionnel et symbolique de représentation, qui a fini par aboutir à l'institutionnalisation de la catégorie des cadres.

³¹ LAUDE L., 2009, « *Cadres de santé : faire face aux contradictions* », in DE SINGLY C. Rapport de la mission Cadres Hospitaliers, Tome 2, p.87.

des tâches doivent dès lors, s'il veut qu'elles soient suivies d'effet, être présentées (traduites) de telle manière qu'elles ne viennent pas heurter de front les valeurs professionnelles. Inversement, dans le champ de la santé, où la référence majeure bien intériorisée se situe dans la science médicale et dans la figure du médecin-savant, le cadre intermédiaire est probablement moins confronté à des conflits portant sur les valeurs et sur la manière de réaliser les missions, encore que ces conflits puissent exister, mais bien plutôt à la question de l'insuffisance des moyens humains et matériels et de ses conséquences à la fois sur la qualité recherchée du travail de soins et sur la motivation des personnes autour du projet hospitalier.

On peut s'interroger dans ce contexte sur les conditions d'émergence d'une identité professionnelle partagée, d'un socle d'une culture commune aux cadres, qui ignorent encore trop souvent le rôle des uns et des autres. Cette question renvoie notamment à la perspective d'un tronc commun de formation qui reste à ce jour débattue mais non encore tranchée.

1.1.3 Les missions et obligations légales en termes de formation, de qualification et de statut

Dans la fonction publique, les cadres sont recrutés par concours sur épreuve et concours sur titre, ouvert systématiquement en interne et en externe, dans des proportions toujours définies au moment de l'ouverture des concours pour les recrutements des cadres supérieurs. Ce nombre de postes pourvu par des candidats internes est laissé au libre choix des DRH, dans des limites encadrées par les textes, pour un certain nombre de catégories de cadres intermédiaires. Ce mélange de candidatures internes et externes est une caractéristique de la fonction publique liée au principe républicain d'égalité.

Considérant la diversité des profils exerçant des fonctions d'encadrement et des situations concrètes de travail, cet éclairage s'attachera à décrire, à partir des dispositions réglementaires en vigueur, le cursus de formation, les activités du métier et les compétences requises pour exercer les fonctions de responsable d'unité de soins ou d'unité socio-éducative. Le cas des personnes qui occupent des fonctions d'encadrement, de pilotage, de management, dans une position fonctionnelle et non statutaire, comme les cadres faisant fonction, ne sera donc pas traité ici directement, pour des raisons de faisabilité.

A) Les filières d'accès et de formation

a) Pour les cadres de santé

Au niveau juridique, les cadres de santé relevant de la fonction publique hospitalière sont régis par le décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps

des cadres de santé, soit 6 ans après la publication du décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Corps classé en catégorie A, un exercice professionnel de quatre ans est le prérequis indispensable pour exercer le métier. L'article 4 précise que les agents exercent :

- 1° Des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements ;
- 2° Des missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet au sein de l'établissement ;
- 3° Des fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification dans les instituts de formation et écoles relevant d'établissements publics de santé qui préparent aux différentes branches des professions infirmières, de rééducation et médico-techniques. Dans ce cas, ils prennent part en qualité de formateur à l'enseignement théorique et pratique et à la formation des élèves et étudiants. Ils prennent part, le cas échéant, aux jurys constitués dans le cadre du fonctionnement des instituts ou écoles.

On retrouve les deux grandes missions historiques : encadrement des soins et formation, auxquelles s'ajoutent les missions dites « transversales » qui peuvent être nombreuses dans l'hôpital : qualité, gestion des risques, expertise en soins, dossier informatisé du patient, nouveaux projets, etc.

En ce qui concerne l'avancement de grade, il n'est plus possible de passer d'un des grades d'infirmier au grade de cadre de santé à l'ancienneté : le cursus de formation en Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) est la règle commune³². La sélection des candidats s'effectue par une épreuve écrite d'admissibilité visant à évaluer les capacités d'analyse et de synthèse, puis par un oral d'admission articulé autour du projet professionnel du prétendant. Les principes pédagogiques de la formation permettent la responsabilisation et l'autonomie des futurs professionnels. L'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé précise à propos de la formation : *« Elle est organisée selon un projet pédagogique faisant appel à des principes de pédagogie d'adulte afin de respecter, de favoriser et de développer l'autonomie et la créativité (...). Le bon fonctionnement de nos structures de santé, qu'elles soient hospitalières ou de formation dépend largement de la place des cadres de santé et de leurs compétences, qui sont déterminantes pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants. C'est pourquoi, la formation des cadres de santé est une priorité essentielle*

³² Il convient néanmoins de nuancer cette affirmation depuis la parution de plusieurs textes postérieurs au décret qui indiquent les équivalences de diplôme en Europe et en France et la prise en compte des acquis de l'expérience. Les contenus de la formation sont fixés par l'arrêté du 18 août 1995.

pour garantir la qualité de l'encadrement. Elle contribue, en effet, à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités. L'adaptation régulière de cette formation est une nécessité pour préparer et accompagner l'évolution rapide des établissements de santé et des pratiques professionnelles ». La formation est articulée autour de deux grands axes, d'une part les fonctions d'animation et de gestion, et d'autre part, les fonctions de formation et de pédagogie. Le cursus de formation, d'une durée de 10 mois, se décompose en six modules qui allient enseignements théoriques et périodes de stage. A la sortie de l'IFCS, les futurs cadres passent un concours sur titre, ouvert par l'établissement public en fonction des postes disponibles et à pourvoir. L'avancement au grade de cadre supérieur de santé se fait sur concours professionnel qui prend en compte l'expérience du candidat et son parcours professionnel : formation continue et initiale, expérience public-privé, diversité des postes, responsabilités assumées, conduite de projet, groupes de travail, etc.

b) Pour les cadres socio-éducatifs

Les cadres socio-éducatifs exerçant au sein de la fonction publique hospitalière sont régis par le décret n° 2007-839 du 11 mai 2007 portant statut particulier du corps des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière. L'article 3 précise :

- 1° Les agents du grade de cadre socio-éducatif exercent des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer les personnels éducatifs et sociaux d'une unité ou d'un établissement.
- 2° Sous l'autorité du directeur d'établissement, ils sont responsables de l'organisation et du fonctionnement du service social ou du service éducatif de cette unité ou de cet établissement.
- 3° Ils participent à l'élaboration du projet de l'unité ou de l'établissement ainsi que des projets sociaux et éducatifs.
- 4° Ils participent à la définition des orientations relatives à la collaboration avec les familles et les institutions.
- 5° Ils présentent chaque année au directeur de l'établissement le rapport d'activité du service socio-éducatif de l'unité ou de l'établissement.
- 6° Ils peuvent être chargés de missions communes à plusieurs services ou de projets au sein de l'établissement.

S'agissant des modalités de recrutement, l'article 5 dispose que « *pour être candidat, l'agent doit justifier au 1er janvier de l'année du concours d'au moins cinq ans de services effectifs dans un ou plusieurs des corps ou fonctions précités, compte non tenu des périodes de stage ou de formation dans une école ou un établissement*

ouvrant accès à un grade de la fonction publique ». Les cadres socio-éducatifs sont recrutés dans chaque établissement :

- 1° Pour 75 % des postes à pourvoir, par concours sur titres interne complété par une épreuve orale d'admission ouvert aux fonctionnaires ou agents non titulaires des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, de l'Etat, des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et qui ont la qualité de :
 - a) Assistants socio-éducatifs ;
 - b) Conseillers en économie sociale et familiale ;
 - c) Educateurs techniques spécialisés ;
 - d) Educateurs de jeunes enfants ;
 - e) Animateurs s'ils sont titulaires du diplôme d'Etat de la jeunesse, de l'éducation populaire et des sports (DEJEPS), spécialité " animation socio-éducative ou culturelle ", mention " animation sociale ".
- 2° Pour 25 % des postes à pourvoir, par concours sur titres externe complété par une épreuve orale d'admission ouvert aux candidats titulaires des diplômes ou titres mentionnés ci-après :
 - a) Diplômes ou titres requis pour être recrutés dans les corps d'assistants socio-éducatifs, de conseillers en économie sociale et familiale, d'éducateurs techniques spécialisés, d'éducateurs de jeunes enfants ;
 - b) Diplôme d'Etat de la jeunesse, de l'éducation populaire et des sports (DEJEPS), spécialité " animation socio-éducative ou culturelle ", mention " animation sociale ".
 - c) Les candidats visés aux 1° et 2° doivent en outre être titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale institué par le décret n° 2004-289 du 25 mars 2004³³, ou d'une autre qualification reconnue comme équivalente par la commission instituée par l'article 8 du décret du 13 février 2007.

Conformément au décret n° 2004-289 du 25 mars 2004 portant création du certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS) et l'arrêté du 8 juin 2004, les candidats à la formation doivent justifier de la possession d'un diplôme au moins de niveau III (baccalauréat + 2 années, par exemple : éducateur spécialisé) et, le cas échéant, compte tenu de leur diplôme, d'une expérience professionnelle dont la durée dépend du diplôme possédé. Ils font l'objet d'une sélection

³³ Décret n° 2004-289 du 25 mars 2004 portant création du certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale.

sur dossier, puis d'un entretien, organisée par les établissements de formation, le plus souvent les Instituts Régionaux en Travail Social (IRTS). La formation, organisée sur une amplitude maximale de 24 mois³⁴, comprend un enseignement théorique de 400 heures composé de quatre unités de formation (conception et conduite de projet, expertise technique, management d'équipe, gestion administrative et budgétaire) et une formation pratique dispensée au cours d'un stage à raison de 420 heures. Les épreuves préalables à la délivrance du certificat d'aptitude comprennent d'une part des épreuves organisées en cours de formation, d'autre part la soutenance d'un mémoire devant un jury. A noter que les titulaires du diplôme supérieur en travail social ayant obtenu leur diplôme avant la date de publication du décret ont accès de plein droit aux concours sur titres ouverts pour le recrutement des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière. Le grade de cadre supérieur socio-éducatif est accessible par concours professionnel ouvert, dans chaque établissement, aux cadres socio-éducatifs comptant au moins trois ans de services effectifs dans le grade de cadre socio-éducatif.

Au-delà des aspects réglementaires propres à chacun des deux statuts, ce qui est intéressant de souligner c'est que les fonctions correspondent chacune l'une et l'autre à une mobilité professionnelle ascendante, c'est-à-dire le passage d'une catégorie à une autre sur la base d'expériences professionnelles et de formations complémentaires.

B) Les missions

Alors que les métiers de base sont bien codifiés, il n'existe pas de cadre juridique précis définissant la fonction de cadre de proximité. En 2009, l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière proposait une nouvelle édition du « *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière* »³⁵, après celle de 2004, qui définit plus précisément la fonction de cadre de proximité, en unité de soins pour les cadres de santé, et en unité socio-éducative, pour les cadres socio-éducatifs. Ce document, sans caractère réglementaire, constitue à travers des fiches métiers, un outil de gestion et de développement des ressources humaines dans les établissements de santé. L'objectif consiste à déterminer un cadre commun managérial, dans lequel on retrouverait des références communes à tous ces métiers, quels que soient les lieux d'exercice. Dans ce répertoire, la fonction cadre de santé est classée dans la famille « *soins* » catégorie « *management des soins* »³⁶, tandis que celle de cadre socio-éducatif l'est dans la famille « *social, éducatif, culturel, sports*

³⁴ Sa durée et son contenu peuvent varier en fonction de l'expérience professionnelle et du diplôme des candidats.

³⁵ Ministère de la Santé et des Sports, 2009, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 88-89 et 102-103.

³⁶ Il est intéressant de constater à ce propos que dans la première édition du répertoire des métiers la fonction de cadre de santé était classée dans la famille « *soins et activités paramédicales* ».

et loisirs » catégorie « management socio-éducatif ».

a) La fiche métier du cadre de santé

La fiche métier qui concerne le « responsable d'unité de soins » ou « cadre de santé » exerçant à l'hôpital révèle trois niveaux d'encadrement correspondant à un positionnement distinct au sein de l'organisation :

- Un niveau d'encadrement stratégique : coordination de plusieurs équipes de cadres intermédiaires.
- Un niveau intermédiaire : coordination de plusieurs équipes de cadres de proximité.
- Un niveau d'encadrement de proximité : management des personnes, activités d'animation dans la spécialisation du métier.

Le cadre de proximité encadre du personnel, la quasi-totalité de son temps de travail est impartie à cette tâche. Son positionnement est préférentiellement dans les soins et la logistique du secteur d'activité. Ses activités de management sont décrites comme suit :

Définition du métier : « Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations »³⁷

Domaines de connaissances	Compétences et savoir-faire requis pour exercer la fonction	Activités du métier
Management, communication et animation	• Fixer des objectifs et évaluer les résultats des équipes • Organiser et répartir le travail en fonction des attentes et des compétences de ses collaborateurs, développe et valorise les compétences • Réagir aux situations et décider entre différentes alternatives • Communiquer oralement et/ou par écrit auprès de son équipe et/ou de publics divers • Savoir animer une réunion, gérer une équipe de démarche projet	• Planification des activités et des moyens, reporting • Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales dans son domaine • Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés) • Montage, mise en œuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité • Elaboration et rédaction de rapports d'activité • Conduite de réunions • Entretiens individuels
Stratégie et organisation du travail	• Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence • Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.) • Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles : modes opératoires : consignes relatives à son domaine de compétence • Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine • Connaître l'architecture fonctionnelle et organisationnelle de l'établissement • Travail en réseau / Transversalité / Capacités d'anticipation	
Expertise technique : soins, droit des patients et de la fonction publique, gestion économique	• Etablir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence • Coordination et suivi des prises en charge et des prestations internes et externes • Planification et optimisation des moyens en tenant compte des variations d'activité • Veille spécifique à son domaine d'activité	

³⁷ Ministère de la Santé et des Sports, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, p.88.

Sur les plans hiérarchique et fonctionnel, les relations professionnelles les plus fréquentes du cadre de santé sont :

- Direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets
- Médecins pour la gestion journalière de l'unité
- Autres services de soins, médico-techniques, logistiques, administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des matériels
- Partenaires de santé extrahospitaliers pour la continuité des prestations
- Fournisseurs externes de matériel pour la veille technique et le choix des moyens
- Service de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels
- Instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires
- Responsable du pôle et autre cadre du pôle pour l'élaboration et le suivi des projets du pôle

b) La fiche métier du cadre socio-éducatif

Désignée sous l'appellation « responsable d'unité socio-éducative » dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, la fiche métier qui concerne le cadre socio-éducatif donne le tableau référencé ci-dessous :

Définition du métier : « Planifier, organiser, piloter et contrôler les réalisations d'une équipe médico-socio-éducative ou médico-sociale pluridisciplinaire dans le cadre du projet de service »³⁸

Domaines de connaissances	Compétences et savoir-faire requis pour exercer la fonction	Activités du métier
Conception et conduite de projets	• Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence • Traduire la stratégie en orientations, en plans d'actions et en moyens de réalisation	• Gestion des moyens • Accueil des personnes (patients, usagers, familles, etc.) • Elaboration et rédaction des projets individuels • Conseils aux décideurs (directions, ligne hiérarchique) concernant les choix, les projets, les activités du domaine d'activité • Organisation et suivi opérationnel des activités/projets • coordination avec les interlocuteurs internes et externes
Management d'équipe, encadrement de personnel, communication et relation d'aide	• Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et individuelles • Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation • Piloter, animer et communiquer, motiver une ou plusieurs équipes • Evaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs • Arbitrer et décider entre différentes propositions, dans un environnement donné	
Expertise technique : droit de la fonction publique, intervention sociale, gestion administrative, économique et financière, conditions de fonctionnement du service ou de l'unité au regard du des normes réglementaires liées à l'autorisation	• Coordination et suivi des prises en charge et des prestations internes et externes • Elaboration et contrôle l'application des procédures et des protocoles • Planification et optimisation des moyens en tenant des variations d'activité • Savoir rédiger, synthétiser et expliquer la démarche projet • Veille juridique (législation sociale) et technique (outils de développement, matériels, logiciels...) dans un souci d'adaptation aux évolutions de l'environnement	

³⁸ Ministère de la Santé et des Sports, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, p.102.

Les liens hiérarchiques et fonctionnels les plus fréquents du cadre socio-éducatif sont :

- Direction, pour l'élaboration et le suivi des projets
- Familles pour l'accueil des personnes prises en charge
- Responsables fonctionnels (ressources humaines, finances, logistiques, etc.) pour le fonctionnement de l'unité au quotidien
- Autres services de soins, médico-techniques, logistiques, administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des matériels
- Partenaires pour la continuité des prestations
- Fournisseurs externes de matériel pour la veille et le choix des moyens
- Services de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels

Pour chaque fiche métier, afin de rendre possible la gestion des écarts de connaissance entre deux niveaux de maîtrise, il existe des référentiels de connaissance qui sont répertoriés dans une base de données du répertoire des métiers selon une échelle de niveau allant de un à trois niveaux, le niveau attendu se situant au minimum au premier niveau³⁹.

D'une façon plus générale et après analyse des conditions et modalités de professionnalisation, force est de reconnaître que les missions d'encadrement de proximité, qu'il occupe des fonctions de cadre de santé ou cadre socio-éducatif, sont, d'un strict point de vue réglementaire, assez peu balisées. Exerçant des missions à la fois transversales et de proximité, sans que ce terme ne soit jamais défini, tantôt en service de soins tantôt en unité médico-sociale, le cadre est un responsable qui encadre et anime, en rapport étroit avec le centre opérationnel, mais son positionnement fonctionnel reste finalement assez flou. Si ce positionnement permet des adaptations aux contextes locaux de travail, il peut être vécu par les intéressés eux-mêmes comme des conditions d'exercice du métier qui, au quotidien, peuvent être sources de tensions particulières en matière notamment de maîtrise de leur espace professionnel. Nous aurons l'occasion de traiter plus spécifiquement les conséquences concrètes de ce positionnement complexe dans les parties deux et trois de cet écrit consacraient à l'exposé des constats, à la restitution et à l'analyse des résultats de l'enquête de terrain réalisée auprès d'un échantillon de cadres de proximité exerçant en hôpital local

³⁹ A l'inverse du niveau 1 qui correspond à un niveau de connaissances générales qui ne nécessite que quelques jours d'apprentissage, les niveaux 2 et 3 correspondent respectivement à un niveau de connaissances détaillées et approfondies nécessitant le plus souvent quelques mois, voire quelques années d'apprentissage (cœur de métier).

2 Le management des cadres intermédiaires à l'hôpital local Yves LANCO : constats et enjeux

2.1 Présentation de l'hôpital local Yves LANCO de Belle-Île-en-Mer

2.1.1 Situation géographique

Située dans le département du Morbihan, à 14 kilomètres de Quiberon et proches des îles de Houat et Hoëdic, Belle-Île-en-Mer, « la bien nommée »⁴⁰, se présente géographiquement sous la forme d'un plateau de 17 kilomètres de long sur 9 kilomètres de large avec une altitude moyenne de 40 mètres. Elle forme le canton de Belle-Île avec quatre communes, associées dans la communauté de communes de Belle-Île-en-Mer : BANGOR, bourg situé à l'intérieur des terres, LOCMARIA, bourg situé à la pointe est de l'île, LE PALAIS, port principal et chef lieu du canton de Belle-Île-en-Mer, et SAUZON, second port. Belle-Île est reliée au continent par les navires de la compagnie Océane qui assurent selon l'année de 5 à 13 rotations par jour. Les traversées durent environ 45 minutes. Si Belle-Île a pu compter jusqu'à 11000 habitants vers le milieu du XIXème siècle, au dernier recensement de l'INSEE réalisé en 2007, la population totale de l'île était de 5230 personnes⁴¹.

2.1.2 L'offre de services de l'établissement

L'hôpital local Yves LANCO, situé sur la commune de Le Palais, est le seul établissement de santé présent, avec celui de l'île d'Yeu, dans les îles du PONANT. Il est l'élément central dans la prise en charge de la population insulaire au titre de la médecine de premier recours. Du fait de son isolement mais aussi de l'histoire insulaire, il dispose d'une offre diversifiée comprenant quatre pôles d'activités et de soins relevant à la fois du Code de la santé et du Code de l'action sociale et des familles :

- **Une unité de médecine et de soins de suite et de réadaptation pour les personnes hospitalisées** : Cette unité se compose de 12 lits de médecine dont 2 identifiés en soins palliatifs et de 15 lits de soins de suite et de réadaptation représentant une activité médicale respective de 500 admissions par an et d'un peu plus de 2000 journées d'hospitalisation. Au-delà des 5230 personnes relevant de la population insulaire présente toute l'année, l'affluence estivale évaluée entre 35.000 et 40.000 touristes pour les pics des mois de juillet et d'août est une particularité de l'île qui justifie pleinement la présence d'un petit plateau technique permettant de prendre en charge

⁴⁰ Selon la belle expression de la comédienne Sarah BERNHARDT qui a séjourné plusieurs années sur l'île.

⁴¹ Selon la répartition suivante : Le Palais (2616), Bangor (925), Sauzon (884), Locmaria (805).

les personnes nécessitant des « soins médicaux inopinés » au sein de l'hôpital⁴². Il convient de souligner que l'organisation de cette unité se caractérise par un lien fort avec la médecine libérale dans la mesure où les 5 médecins libéraux installés sur l'île sont largement associés au fonctionnement de l'hôpital local et dans la prise en charge des patients. Par ailleurs, des médecins spécialistes interviennent au sein de l'hôpital pour des consultations avancées sous forme de vacation : radiologue, ophtalmologistes, cardiologue.

• **Un FAM pour la prise en charge des personnes handicapées :** Un foyer d'accueil médicalisé (FAM), d'une capacité d'accueil de 80 places, fut créé en 1992, pour accompagner des personnes adultes lourdement handicapées dont l'état de santé et le degré de dépendance nécessitent une prise en charge continue dans tous les actes de la vie quotidienne. Historiquement, cette structure trouve son origine dans une période où l'île était considérée comme une terre de relégation pour enfants dits « inéducables », selon la terminologie de l'époque. Depuis le début des années 2000, dans le sillage de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale⁴³ et à l'occasion de l'actualisation du projet d'établissement, un effort de professionnalisation a été engagé par le recrutement de personnels qualifiés et par un effort de formation important. Il a permis à cette unité, longtemps considérée comme une annexe de l'hôpital dans une approche organisationnelle essentiellement sanitaire, de développer progressivement une culture institutionnelle spécifique et des pratiques d'accompagnement davantage conformes aux principes d'action du secteur médico-social. L'application en interne des nouvelles obligations réglementaires introduites par le décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie n'a fait que renforcer cette dynamique au sein de l'institution. Néanmoins, la question de l'avenir du FAM, dans sa configuration actuelle, se pose compte tenu à la fois de sa configuration architecturale et de l'évolution des profils des personnes accueillies. En effet, initialement conçu pour 80 personnes et ne disposant que de 52 chambres, le respect de l'intimité et de la confidentialité, notion au cœur de la qualité des prestations et de l'exercice des droits des usagers, ne peut être garanti à ce jour faute de locaux adaptés. Parallèlement, on observe un vieillissement

⁴² Pour les cas d'urgence nécessitant des soins trop importants ou spécifiques, l'établissement dispose d'une hélistation afin de permettre le transfert des patients vers les hôpitaux de Vannes ou Lorient, en lien avec le SAMU et les pompiers du SDIS. Ces évacuations sanitaires sont au nombre de 120 par an en moyenne.

⁴³ Rappelons que cette loi s'applique à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux listés par l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Parmi les nombreuses dispositions de cette loi, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge, celle-ci a introduit le principe d'une évaluation interne et externe régulière des activités et d'une personnalisation des accompagnements proposés aux personnes accueillies dans le cadre de la mise en place d'un projet de vie et d'outils visant à favoriser l'expression de leurs droits (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, charte des droits des personnes accueillies, contrat de séjour, conseil de la vie sociale, personnes qualifiées, règlement de fonctionnement).

croissant des personnes accueillies assorti d'un alourdissement des pathologies prises en charge. Ainsi, l'âge moyen au FAM est de 53 ans et la durée moyenne de séjour s'établit à 34 années⁴⁴. Enfin, l'absence de nouvelles demandes d'admission au sein de la structure, liée en grande partie à la situation d'insularité et au développement des services à proximité des personnes dans une logique de maintien et préservation des liens familiaux, interroge directement la pertinence de la pérennité à terme d'un tel équipement sur Belle-Île-en-Mer. Dans ce contexte, si de nombreux efforts ont été accomplis ces dernières années pour homogénéiser les prises en charge en fonction du degré de dépendance des personnes et développer la dimension médico-sociale de l'accompagnement au détriment de la seule dimension sanitaire, force est de constater que l'offre de service actuelle est à la croisée des chemins nécessitant la mise en place d'une démarche prospective pour adapter les réponses de prise en charge aux besoins des résidents et ouvrir de nouvelles perspectives par la redéfinition du projet stratégique de l'unité.

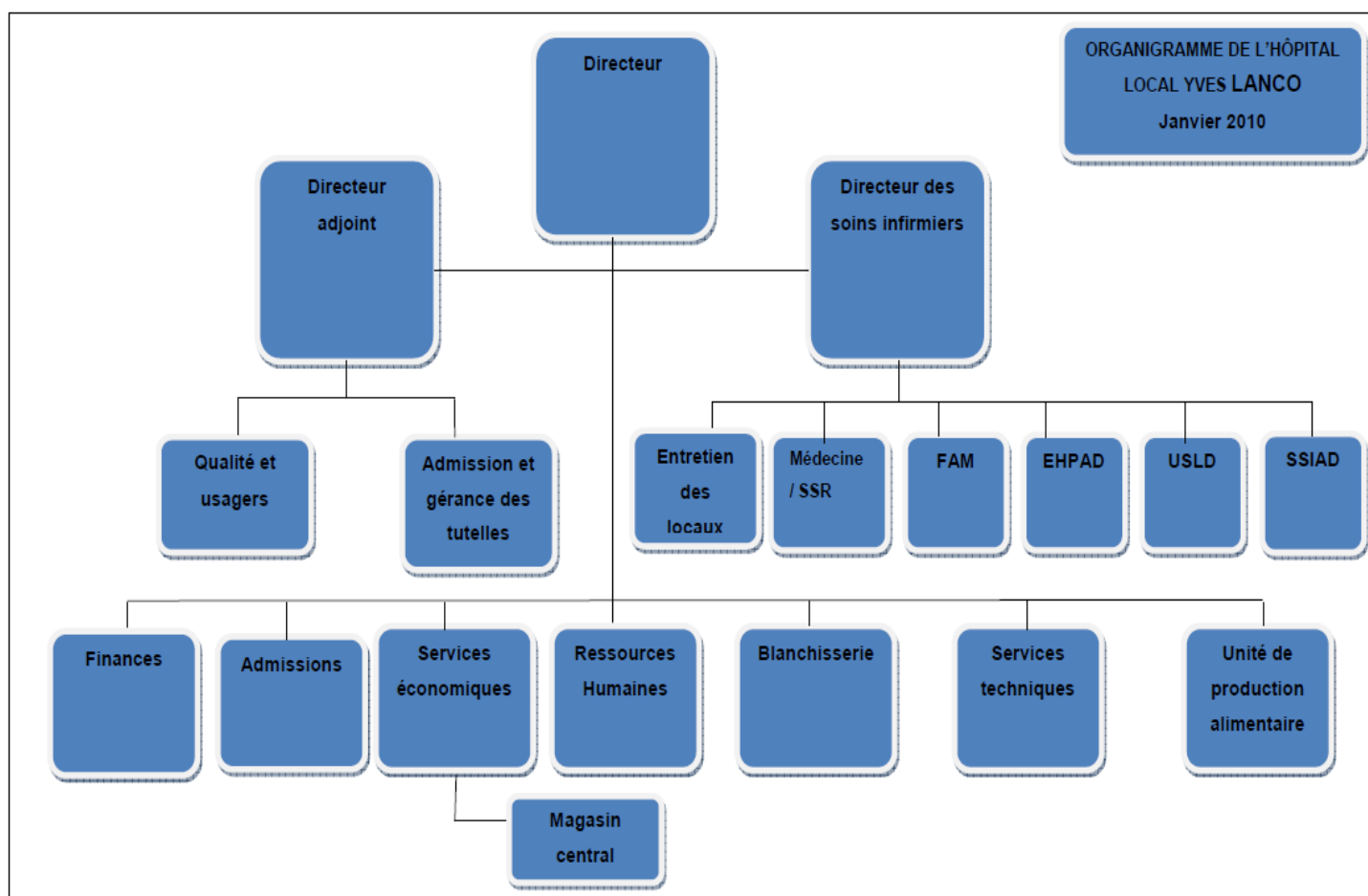
- **Une maison de retraite et une unité de soins de longue durée pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes** : L'établissement dispose de 87 places autorisées d'hébergement pour personnes âgées dépendantes réparties entre 72 lits d'EHPAD, dont 15 places dédiées à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés, et 15 lits d'unité de soins de longue durée (USLD). Les personnes accueillies en unité de soins de longue durée requièrent traditionnellement une prise en charge plus lourde qu'en EHPAD où le degré de médicalisation et de personnel soignant sont moins importants qu'en USLD.

- **Un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour favoriser le maintien à domicile** : Ce service de l'hôpital local dispose de 41 places au total, réparties sur deux catégories de populations distinctes, à savoir : 35 places pour les personnes âgées et 6 places destinées aux personnes handicapées. Composée d'une équipe pluridisciplinaire (ergothérapeute, aides-soignantes, infirmières, psychologue), ce service intervient sur prescription médicale dans le cadre d'une intervention coordonnée favorisant le soutien et le maintien à domicile, afin de retarder ou prévenir l'hospitalisation ou l'institutionnalisation. Financés par l'Assurance maladie sous forme de dotation globale, les conditions d'organisation et de fonctionnement des SSIAD sont fixées réglementairement par les articles D.312-1 à D.312-5-1 du Code de l'action sociale et des familles.

⁴⁴ A titre d'information, 26 résidents ont entre 50 et 60 ans, 11 ont plus de 60 ans dont 2 entre 80 et 90 ans.

2.1.3 Budget, effectif et organigramme

Toutes catégories de structures confondues, l'hôpital local Yves LANCO dispose donc d'une offre totale de 235 lits et places accueillant essentiellement des personnes âgées, pour un budget consolidé de 13,6 M€ et emploi 236 agents⁴⁵. Les effectifs sont composés selon les catégories fonctionnelles suivantes : direction, administratif, soins, médico-technique, technique, socio-éducatif. Plus précisément, l'organigramme de l'établissement se présente comme suit :



A partir de l'organigramme présenté ci-dessus, il est intéressant de noter que chacune des unités fonctionnelles de l'établissement - FAM, EHPAD, SSIAD, Médecine / SSR et SSIAD -, est pilotée par un cadre de proximité, soit 5 professionnels au statut différent selon l'affectation suivante :

- 2 cadres socio-éducatifs à la tête du FAM et de l'EHPAD
- 2 cadres de santé à la tête de l'USLD et du service de médecine / SSR
- 1 infirmière coordinatrice faisant fonction à la tête du SSIAD

⁴⁵ Soit 195 ETP, équivalent temps plein.

On remarquera aussi qu'ils sont hiérarchiquement directement rattachés à la direction des soins infirmiers, même si au niveau fonctionnel, la direction adjointe est compétente pour intervenir sur l'ensemble des services de par ses fonctions et sa délégation transversale dans le champ de la qualité.

2.2 Constats et éléments de contexte

2.2.1 Des difficultés de positionnement

La mise en place récente d'un « Pôle Qualité » transversal intervenant sur l'ensemble des unités de l'hôpital modifie clairement les champs d'intervention et le positionnement fonctionnel des cadres d'unités. Composé de 3 professionnels qualifiés aux profils diversifiés (qualificatrice, diététicienne, infirmière hygiéniste), l'objectif de ce pôle voulu par la direction est d'« *améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients, en lien avec tous les services de l'hôpital* »⁴⁶. Concrètement, ce dispositif est chargé de définir des protocoles de bonnes pratiques professionnelles, de développer une culture de la mesure de la qualité, de disposer de mesures factuelles de cette qualité et de renforcer l'effet levier sur l'amélioration de la qualité des soins.

D'une façon plus générale, il est intéressant de noter que la naissance institutionnelle de ce dispositif correspond à la montée en puissance des thématiques liées à l'évaluation et à la qualité dans un contexte réglementaire de plus en plus contraignant : avec d'une part, l'obligation d'évaluation⁴⁷ interne et externe des activités relevant du secteur médico-social introduite par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et d'autre part, la généralisation des indicateurs de qualité organisée par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre de la certification des établissements de santé. A cet égard, il convient de souligner que parmi les onze indicateurs de qualité retenus dans le cadre de la certification par la HAS, en collaboration avec le ministère de la Santé, au moins quatre indicateurs portent sur la tenue du dossier patient, la traçabilité de l'évaluation de la douleur, le dépistage des troubles nutritionnels et l'évaluation du risque d'escarres. Autant de thèmes qui peuvent largement être transposables et concerner de manière transversale les deux champs d'activités de l'établissement.

De ce point de vue et sans nier les spécificités respectives des secteurs sanitaire et médico-social au plan historique, juridique et fonctionnel, force est de constater néanmoins une convergence des exigences en matière d'amélioration de la qualité des conditions de prise en charge, dans une démarche où l'intérêt des professionnels à travailler autour d'outils de mesure communs se confirme chaque jour un peu plus, au-

⁴⁶ Propos issus d'un entretien avec la directrice adjointe chargée entre autres de piloter le travail du Pôle Qualité au sein l'établissement.

⁴⁷ Article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles.

delà des qualifications statutaires et des filières professionnelles en présence⁴⁸. Dans ces conditions, la volonté de mettre en place ce pôle qualité au sein de l'établissement traduit à l'évidence la nécessaire prise en compte de cette évolution globale de la demande sociale et des politiques publiques. Pour autant, la mise en place de ce pôle aux effets multiples encore mal évalués est anxiogène pour les professionnels en général et les cadres en particulier. Ces derniers sont déstabilisés par une nouveauté qui les rend provisoirement « vulnérables » (sentiment d'infériorité face à des collègues ou des collaborateurs) et qui leur fait perdre de l'efficacité, le temps de s'acclimater au nouveau dispositif institutionnel. Partant de ce constat, si l'on considère le postulat selon lequel « *l'action collective, c'est-à-dire l'action organisée, n'est pas un phénomène naturel, mais un construit social* »⁴⁹, la question de l'impact de cette nouvelle organisation interne au niveau de la place et du rôle des cadres de chaque unité fonctionnelle constitue un enjeu de management majeur, et qu'il faut toujours de la préparation au changement et son suivi doit faire l'objet d'un soin tout particulier.

2.2.2 L'absence d'une véritable équipe cadres

Au-delà des qualifications statutaires et des filières professionnelles en présence (2 cadres socio-éducatifs, 2 cadres de santé et 1 faisant fonction), il n'y a pas d'équipe de cadres constituée identifiable en tant que telle permettant le développement d'une culture managériale partagée au sein de l'établissement. D'une façon générale, il reste difficile dans les faits de se détacher de sa formation initiale : les identités professionnelles propres à chacune des deux filières (médico-technique pour les cadres de santé et socio-éducative pour les cadres socio-éducatifs) demeurent très largement dépendantes des valeurs, des représentations et du sentiment d'attachement au rôle du métier d'origine, que ce soit infirmier ou éducateur spécialisé. L'absence de tronc commun de formation⁵⁰ propice à l'instauration d'une culture et d'un positionnement communs des « cadres hospitaliers » et d'une très faible polyvalence des tâches expliquent pour partie cet état de

⁴⁸ Cette analyse se trouve confortée après l'adoption de la loi dite « HPST », qui, dans son titre IV, prévoit notamment la mise en place d'une gestion transversale du sanitaire et du médico-social par un acteur unique, l'agence régionale de santé (ARS). Présentée comme la clé de voute de la réforme de l'organisation du système de santé, la mise en place de ces agences répond au souci de remédier aux maux dont souffre le système de santé français, et plus particulièrement à sa segmentation en différents secteurs pourtant interdépendants : prévention, médecine de ville, hôpital, secteur médico-social, etc. Dans la même logique, la création de l'« Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux » (ANAP) par arrêté du 16 octobre 2009 confirme clairement cette volonté de favoriser des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé.

⁴⁹ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective, Editions du Seuil, p.15.

⁵⁰ En effet, on notera de ce point de vue que le dispositif de formations des cadres tel qu'il existe aujourd'hui reste encore peu propice à l'interdisciplinarité des filières hospitalières. En pratique, c'est en fonction de son métier d'origine que se détermine son parcours de formation pour devenir cadre : les instituts de formation des cadres de santé (IFCS) pour les personnels issus de la filière soignante, les instituts régionaux du travail social pour les personnels issus de la filière socio-éducative. Pour avoir un aperçu des réactions corporatistes de refus voire d'hostilité à toute évolution des dispositifs de formation actuels en réponse à l'évolution des politiques hospitalières et dans le sens d'une interpellation réciproque, on se reportera au tome 2 du rapport DE SINGLY sur la mission Cadres Hospitaliers qui donne à lire la synthèse des échanges sur le forum internet.

fait. Ce constat pose en pratique la question d'une meilleure articulation entre les différents services de l'institution et du positionnement de la direction, tant du point de vue de sa communication interne que de la mise en place d'outils de management partagés. Par ailleurs, il importe de souligner qu'historiquement la vocation médico-sociale de l'établissement, bien que devenue désormais numériquement prépondérante à la fois en termes budgétaires, de places offertes et d'effectifs y travaillant, est restée jusqu'à ces dernières années peu valorisée et insuffisamment prise en compte par les directions successives au profit d'une culture institutionnelle majoritairement à dominante sanitaire. Les tenues vestimentaires des personnels habillés encore aujourd'hui en grande partie en blouses blanches, quelque soit leur fonction et indépendamment de la nature des tâches réalisées, y compris dans les interventions éducatives ou d'accompagnement médico-social des personnes ne nécessitant pas une protection particulière, témoignent de l'ancrage culturel de la dimension sanitaire au sein d'un établissement ayant longtemps vécu replié sur lui-même, notamment en raison de son insularité.

**Analyse du dispositif institutionnel de réunion des cadres à partir d'une séance
d'observation participante :**

La réunion des cadres, pilotée par la Directrice des soins, réunit les cadres de chaque unité : SSIAD, Médecin/SSR, FAM, EHPAD, USLD, à raison d'une fois tous les deux mois. Lors de ces réunions, les thèmes abordés sont liés aux aspects techniques de l'organisation interne ayant une portée transversale : les besoins de formation interne, l'harmonisation des règles en matière de gestion des plannings, la planification des congés annuels, les problèmes rencontrés dans l'utilisation de certains logiciels, l'état d'avancement des divers groupes de travail, le recensement des besoins en matière d'équipement et matériels (matelas, chaises, coussins, T.V., etc.), etc. En aucun cas, cette réunion ne traite des questions stratégiques ou institutionnelles (comme les enjeux de la convention tripartite en cours de négociation, de la démarche qualité, de la prévention de la maltraitance, des choix managériaux, etc.). En tant que membre de l'équipe de direction, la directrice des soins joue ici tantôt le rôle de courroie de transmission des décisions prises par la direction assorti d'un travail de pédagogie et d'explicitation, tantôt celui d'amortisseur social offrant aux cadres un espace d'expression à valeur libératrice dans une sorte d'alliance cathartique afin de prévenir les phénomènes d'incompréhensions mutuelles voire les risques de repli et de protection sur un mode du « eux » et « nous ». Le dispositif actuel semble souffrir d'un double handicap : d'une part, un défaut de pilotage car il n'y a pas d'ordre du jour ni d'objectifs clairement définis, d'autre part, un contenu qui reste très centré sur les aspects logistiques, avec une coloration forte des préoccupations liées aux aspects sanitaires, entraînant un désintérêt manifeste des participants. A titre anecdotique, il est intéressant de constater que certains cadres désignent cette réunion sous le terme « réunion des cadres soignants », laissant ainsi un doute sur la justification de la présence des cadres socio-éducatifs.

Sans remettre en question l'utilité et l'intérêt de cette réunion institutionnelle, il s'agirait à présent de donner un nouvel élan à ce dispositif par une réflexion plus approfondie sur un programme de travail annuel avec des thématiques transversales moins techniques et plus stratégiques dans le respect des prérogatives de chacun, sur l'harmonisation des pratiques et l'adoption d'un langage commun au-delà des problématiques spécifiques à chaque service. L'ouverture ponctuelle à d'autres professionnels de l'établissement mais aussi extérieurs à l'établissement dans une logique d'échanges de pratiques serait de nature à enrichir et à renouveler les approches. C'est ainsi que j'ai pu, à la demande du responsable de l'EHPAD, favoriser l'intervention d'un médecin du Conseil général du Morbihan sur la philosophie et les modalités d'utilisation de la nouvelle grille AGGIR⁵¹. Cette journée de formation continue a permis ensuite d'organiser en interne plusieurs sessions de formation auprès des agents des différents services appelés à utiliser ce nouvel outil d'évaluation du degré de dépendance des personnes prises en charge. Pour la première fois, le cadre du SSIAD, qui avait une bonne maîtrise de l'outil et la volonté de partager son expertise, a été invité à intervenir auprès des agents de la maison de retraite, en lien avec le cadre de l'unité. De la même façon, la présence ponctuelle et non systématique du directeur ou de la directrice adjointe serait un plus dans la reconnaissance du rôle de cette instance.

2.2.3 Un sentiment de manque de (re)connaissance lié à une organisation interne en tuyau d'orgue et peu intégrée

Les cadres ne se sentent pas associés suffisamment aux décisions stratégiques de l'établissement. Peu impliqués dans les processus de décisions et faiblement représentés dans les différentes instances gouvernantes de l'hôpital (Conseil de surveillance⁵², Directoire⁵³, Comité Technique d'Etablissement, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, Commission Médicale d'Etablissement), ils n'ont pas de ce fait de vision transversale et institutionnelle. L'organisation apparaît complexe, les circuits de décisions peu lisibles et les cadres ne s'y retrouvent plus. Ainsi, à titre d'illustration, ils ne comprennent pas certaines décisions défavorables de la part de la direction concernant des demandes d'achat de tel ou tel équipement ou de l'organisation de telle ou telle sortie

⁵¹ AGGIR pour Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources. Très schématiquement, la grille AGGIR est un outil permettant d'une part l'évaluation de la dépendance grâce à l'observation des activités effectuées seule par la personne âgée, et d'autre part, de définir en fonction de la dépendance un groupe iso ressource (GIR).

⁵² Depuis la publication de la loi HPST, le conseil de surveillance se substitue au conseil d'administration. Le conseil de surveillance se voit doté d'attribution portant sur la stratégie d'établissement et d'une mission de contrôle permanent. Nouvel article L. 6143-5 du Code de la santé publique.

⁵³ De la même façon, le conseil exécutif disparaît au profit d'un directoire. Ce directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement, et émet un avis sur tous les champs de compétence du directeur. Ce directoire est composé de 7 membres dans les centres hospitaliers, et 9 dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Nouveaux articles L. 6143-7-3 et L. 6143-7-4 du Code de la santé publique.

à l'extérieur. N'ayant aucune délégation de compétences en matière de gestion budgétaire, ils n'ont pas conscience des enjeux et contraintes économiques liés par exemple aux nouvelles règles de financement applicables dans les EHPAD⁵⁴ ou dans le secteur sanitaire⁵⁵. A noter qu'au surplus la configuration spatiale actuelle de l'établissement composée de deux sites distincts – d'un côté la direction, le service de médecine et l'EHPAD sur le site principal dit « site haut », et le FAM, l'USLD et le SSIAD implantés sur le site dit « site bas » - n'est pas de nature à favoriser les échanges d'informations et la concertation au long court, voire contribue à entretenir les phénomènes de cloisonnement, de repli et d'isolement des cadres. De ce constat d'un dialogue social dysfonctionnel parce que insuffisant découle un sentiment d'incompréhension voire d'injustice lié à une invisibilité quant à la réalité du travail effectué au quotidien auprès des équipes placées sous leur responsabilité. Pourtant, un hôpital comme celui d'Yves LANCO reste de taille humaine (l'effectif total n'est « que » de 195 ETP, toutes unités confondues) permettant de disposer d'une ligne hiérarchique courte, une lisibilité et une cohérence managériale plus accessibles que les grands hôpitaux de type CH ou CHU.

2.2.4 Des missions et des responsabilités mal définies

Les personnels de l'institution occupant des fonctions de cadres au sens fonctionnel du terme, c'est-à-dire remplissant à titre principal une mission de management d'équipes et d'organisations, n'ont pas de missions clairement définies. Ils ne sont pas tous très au fait de leur nécessaire niveau d'implication et de responsabilité. Le projet d'établissement contenant les priorités stratégiques de l'établissement à moyen et long terme ne comporte pas d'élément spécifique sur la dimension managériale de l'organisation et ses modalités d'élaboration semblent avoir été peu participatives. D'autre part, il n'y a pas de projet de service par unité fonctionnelle pouvant permettre à chaque cadre de clarifier son rôle et ses responsabilités. De ce constat découle une situation où les cadres de l'hôpital ont des difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de leur identité professionnelle nouvelle. Actuellement, cette identité est instable et confuse.

⁵⁴ Sans rentrer dans les détails techniques de la procédure de tarification des EHPAD, rappelons que les budgets de ces structures sont composés de trois sections distinctes (hébergement, soins, dépendance) avec des financeurs différents selon la section concernée et surtout que le montant des crédits alloués par les autorités de financement dépendent des résultats obtenus dans le cadre des évaluations de la dépendance des personnes et de leurs besoins médico-techniques définis à l'aide de deux outils principaux, qui sont respectivement la grille AGGIR qui permet de définir un GIR moyen pondéré, et PATHOS.

⁵⁵ Pour mémoire et très schématiquement, dans un souci de maîtrise des dépenses de santé et d'équité de traitement entre les secteurs public et privé, le législateur a introduit dans le cadre du Plan « Hôpital 2007 » élaboré en 2002 un nouveau modèle de financement visant à inverser la logique : la tarification à l'activité appelée couramment « T2A ». Avec la T2A, les ressources des établissements de santé sont calculées à partir d'une estimation d'activités et de recettes et non plus allouées par tacite reconduction d'une année sur l'autre indépendamment de l'évolution de l'activité.

D.U. Soins palliatifs et place des cadres...choses vues et entendues en guise d'illustration du constat formulé ci-dessus :

Interrogés lors d'un jury à l'Université de médecine de Rennes dans le cadre d'un concours d'entrée préparant au Diplôme Universitaire (D.U.) consacré aux soins palliatifs, deux infirmiers de l'établissement Yves LANCO n'ont pas su répondre aux questions de certains membres du jury portant notamment sur le projet de l'établissement, sa place dans l'organisation territoriale des soins, ou encore sur les objectifs et attentes portés par la direction dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet de création de lits dédiés aux soins palliatifs. Convaincus d'être interrogés sur leurs motivations et leur parcours professionnel, ils n'ont pas pris le temps de s'informer de la pertinence et le bien-fondé de ce projet de création au regard des besoins identifiés sur le territoire de santé, du contexte et des enjeux institutionnels propres à l'établissement dans lequel ils exercent en qualité de soignants depuis plusieurs années. Fort de cette (mauvaise) expérience et dans la perspective de postuler à nouveau pour le même D.U. mais cette fois à l'université de Brest, les mêmes deux infirmiers ont pris le soin au préalable de solliciter un rendez-vous auprès du directeur (auquel j'ai pu assister) pour recueillir tous les éléments d'information relatifs au projet institutionnel, aux modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement sur le plan administratif et financier, ainsi que son inscription dans le territoire. Cette rencontre a permis de clarifier les raisons de ce projet de création de lits de soins palliatifs au sein de l'établissement, son inscription dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) validé par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, ainsi que les conditions préalables à sa mise en œuvre. En particulier, l'obligation de disposer d'un médecin formé, et la volonté de la direction de former deux professionnels soignants de l'établissement en vue d'assurer les conditions de sécurité et de prise en charge optimale, en lien étroit avec le médecin gériatre de la structure, garant du projet médical.

Cette anecdote peu paraître secondaire mais vient directement interroger les représentations des équipes quant aux attentes sur le rôle dévolu aux cadres d'unité et pose la question du mode de management et de la répartition des fonctions entre direction et cadres de proximité. En effet, tout d'abord, sans vouloir stigmatiser les candidats infirmiers volontaires concernés par cette formation, on peut se demander pourquoi ne pas avoir eu le réflexe de s'informer au préalable sur l'origine et l'intérêt de ce projet spécifique dans le cadre du projet institutionnel de l'établissement, dont chaque cadre possède un exemplaire disponible dans son bureau à la disposition des agents qui le souhaitent ? Secondairement, pourquoi cette demande légitime d'information et d'explicitation n'a pas été adressée en premier lieu au cadre de l'unité médecine / SSR dans laquelle exerce les deux candidats plutôt que directement à la direction, ce qui, dans une logique hiérarchique, aurait été plus naturel ? Il y a sans doute à voir dans cet état de fait plusieurs pistes d'analyse : sans doute un excès de centralisation et un déficit d'information de la part de la direction, et de la part des cadres intermédiaires, outre une difficulté à sortir de leur tâches quotidiennes d'organisation du service, un manque de formation et de connaissances des enjeux stratégiques de l'hôpital. Sans cette capacité de généralisation, ils ne sont pas en mesure d'apporter une cohérence globale à des capacités morcelées, à les replacer dans un cadre qui leur donne sens (le projet d'établissement, la stratégie, les besoins des usagers, etc.), à prendre de la hauteur stratégique par rapport à une vision « pratico-pratique » de la fonction de cadre.

2.3 Une enquête de terrain sur les conditions d'exercice professionnel et les pratiques managériales

2.3.1 Hypothèse de travail

A partir des constats formulés ci-dessus, il semblait intéressant d'élargir le questionnement en s'interrogeant sur les pratiques managériales des acteurs et ses conséquences organisationnelles, en particulier sur le positionnement et le management plus ou moins participatif des cadres de proximité intervenant au sein de chaque unité fonctionnelle de l'établissement. Dans ce cadre, l'actualisation du projet d'établissement 2011 – 2015 a été l'occasion de repenser le management actuel de l'institution par le développement d'une réflexion sur le périmètre fonctionnel, le rôle et la place de la fonction d'encadrement en hôpital local. Pour mener à bien cette réflexion, les trois hypothèses de travail retenues qui serviront de fil conducteur ont été les suivantes :

A) Le manque de formation et d'accompagnement des cadres de proximité

La question de la professionnalisation, c'est à dire à la fois l'accès à une maîtrise des compétences particulières requises pour assurer une fonction d'encadrement et la reconnaissance institutionnelle de cette expertise, se pose dans un contexte où le positionnement des cadres dans le fonctionnement actuel de l'établissement se traduit par un manque de clarté des liens hiérarchiques et fonctionnels. Quel dispositif d'accompagnement et de formation des cadres de proximité développé ? De quelles natures sont les demandes faites par ces personnels ? La fonction d'encadrement est un métier nécessitant une expérience et de solides compétences managériales. Les cadres de l'hôpital sont-ils suffisamment formés de ce point de vue ? Cette question vient interroger la politique de formation de l'établissement en matière d'accompagnement et d'aide à la prise de fonction.

B) Le défaut de communication, de coopération et de reconnaissance au sein de l'encadrement

Comment intensifier et renforcer les compétences transversales ? Comment assurer la diffusion de cette « culture commune » à l'ensemble des cadres ? Quel partage du système d'information au service de la cohérence des actions de l'encadrement ? Les personnels d'encadrement, en dépit de la taille relativement réduite de la structure, ont souvent le sentiment de ne pas être totalement informés des choix et orientations stratégiques. L'un des objectifs ici sera de parvenir à définir les contours d'un cadre managérial commun dans lequel on retrouverait, quels que soient les lieux d'exercice, des références communes à tous les cadres.

C) L'insuffisante formalisation des missions, des fonctions et des outils de management du cadre

Faute de clarification des éléments qui définissent leurs fonctions et missions, ils ressentent un flou dans leur réalisation. Cet état de fait se trouve accentué par la mise en place d'un pôle qualité aux compétences transversales, dont le rôle est appelé à se développer dans les prochaines années sous le poids croissant des exigences réglementaires en matière d'évaluation des pratiques professionnelles et d'amélioration de la sécurité et de la qualité des prises en charge des personnes accueillies.

Quel est le rôle exact confié aux cadres de l'établissement ? Quelles sont les fonctions exercées par les cadres ? Existents-ils des fiches de postes ? Sont-elles formalisées et partagées ? Comment évoluent-elles ? Les appuis techniques du cadre (l'organigramme en tant qu'outil de positionnement hiérarchique et fonctionnel, fiches de postes, plan de formation, etc.) ne nécessitent-ils pas des ajustements et compléments ? Quelles sont les délégations de pouvoir qui existent ? Quels sont les documents, les tableaux de bord de nature stratégique et opérationnelle à construire pour favoriser une gestion partagée ?

2.3.2 Démarche méthodologique

Les constats et hypothèses de travail posés, il convient à présent de spécifier le champ et les modalités de conduite de l'étude menée dans le cadre de ce travail et dont les résultats sont présentés dans la troisième partie de cet écrit.

A) Le champ d'investigation

Dans un premier temps, il a fallu construire un panel d'établissements dans le champ sanitaire et le champ social et médico-social. Pour des raisons liées d'une part à la nature de mon lieu de stage, et d'autre part, à la disponibilité de certaines données (fichiers des établissements adhérents à l'Association Nationale des Hôpitaux Locaux), le choix s'est effectué uniquement à partir des structures du type hôpital local du secteur public relevant de la fonction publique hospitalière. Dans ce cadre, afin de disposer d'une représentativité suffisante, l'idée de sonder plusieurs hôpitaux locaux, implantés sur différents départements et ayant une taille comparable à l'établissement de mon lieu de stage, a été retenue dans une démarche comparatiste.

B) Les professionnels enquêtés

S'agissant de la définition du panel de cadres intermédiaires, plusieurs distinctions doivent être opérées entre types de cadres et leurs caractéristiques principales. Pour des raisons de faisabilité et d'intérêt au regard des futures missions qui seront les nôtres, seule la catégorie des cadres intermédiaires de la ligne hiérarchique sera concernée ici. Ces cadres peuvent être dits « hiérarchiques » car, selon la typologie de MINTZBERG, ils sont inscrits dans des fonctions de commandement et placés au sein des organigrammes

dans des positions d'intermédiation entre la direction et les équipes professionnelles du centre opérationnel. Les cadres intermédiaires des services logistiques et cadres de la technostructure ne seront donc pas représentés. Une distinction sera faite entre les cadres titulaires de leur grade, et les non cadres faisant fonction.

C) Les outils d'investigation utilisés

Deux méthodes complémentaires principales ont été privilégiées dans le cadre de cette enquête : d'une part, une approche quantitative avec l'élaboration et la diffusion d'un questionnaire à vocation exploratoire, d'autre part, une démarche qualitative permettant de recueillir des éléments d'information à partir d'entretiens semi-directifs.

a) *Un questionnaire*

Accompagné d'un courrier explicatif sur les objectifs de la démarche, un questionnaire⁵⁶ a été adressé par courrier aux cadres de proximité exerçant au sein de 300 hôpitaux locaux répartis sur toute la France, soit la totalité des établissements de cette même catégorie. Son contenu a été conçu dans un souci de cohérence au regard des hypothèses posées. Afin de faciliter sa lisibilité et sa compréhension, trois parties distinctes ont été définies et explicitement présentées :

- Une première partie consacrée au statut, au parcours de formation et à la prise de fonction ;
- Une seconde partie relative aux conditions d'exercice de la fonction de cadre ;
- Une troisième partie liée aux conditions institutionnelle d'organisation et de fonctionnement.

Les modalités d'élaboration ont été longues et complexes. Conçu initialement avec 37 questions, dont une grande partie ouvertes, il a été progressivement réduit pour se concentrer autour de 15 questions principales, toutes fermées, permettant ainsi un traitement et une exploitation grandement facilités. Une attention particulière a également été portée à la formulation des questions posées. Outre le caractère compréhensible et accessible des questions, il s'agissait en particulier de veiller à considérer si celles-ci étaient susceptibles d'apporter des données exploitables pour répondre aux hypothèses de travail retenues, aux constats posés et donc à la question problématique centrale identifiée. D'autre part, une phase test a été réalisée en interne auprès des cinq cadres de proximité de l'établissement afin de recueillir leurs avis. Cela a permis d'apporter les corrections nécessaires dans le sens d'une meilleure clarification des différentes parties qui composent le questionnaire, des termes utilisés (suppression de mots jugés trop flous comme « régulièrement » ou « fréquemment »), ainsi que des raisons qui justifiaient le choix de cibler l'enquête sur une certaine catégorie de cadres intermédiaires et pas d'autres.

⁵⁶ Vous trouverez un exemplaire du questionnaire ainsi que le courrier d'accompagnement en annexe n° 2.

b) Des entretiens semi-directifs

La série d'entretiens a été menée en deux temps. Dans un premier temps, une grille d'entretiens à caractère exploratoire a été élaborée à destination des 5 cadres de l'établissement afin d'identifier les questions majeures quant aux spécificités de leur fonction, à l'organisation interne, aux ressources et aux contraintes, aux conditions de travail, aux évolutions souhaitables, et tenter d'appréhender leur « vision du monde ».

Dans un second temps, afin d'élargir un diagnostic aussi représentatif que possible, 12 cadres de proximité extérieurs à l'établissement ont été interrogés, dont 10 par entretien téléphonique : 7 cadres de santé statutaires, 3 cadres socio-éducatifs statutaires, 2 non-cadres faisant fonction de cadres. L'objectif principal de ces entretiens était d'apporter des éléments d'explication complémentaires et d'approfondir les réponses apportées par le biais du questionnaire. Exemple : A la question « *Avez-vous fait l'objet d'un accompagnement spécifique au moment de votre prise de fonction en tant que cadre ?* », si la personne avait répondu « *Oui* », je l'interrogeais sur la nature et la durée de cet accompagnement. Autrement dit, toutes les personnes interviewées devaient avoir obligatoirement répondu au préalable aux 15 questions du questionnaire d'enquête. Après une présentation générale des caractéristiques de l'établissement et une déclinaison des activités réalisées par le cadre, l'entretien était centré sur l'exercice du métier de cadre, la conception des compétences nécessaires à cet exercice et leurs attentes à l'égard de leur hiérarchie⁵⁷. La durée des entretiens variait entre 45 minutes et 1 heure environ.

c) L'observation participante et la recherche documentaire

En complément des outils d'investigation précités, mon positionnement d'élève directeur en stage m'a permis d'occuper un poste d'observation particulièrement intéressant dans la mesure où j'ai pu participer quotidiennement aux activités des différents services, aux côtés des cadres de proximité, à l'occasion de réunions de planning ou de synthèse par exemple, sans être toutefois identifié comme un supérieur hiérarchique doté d'un pouvoir d'arbitrage ou de sanction. De la même façon, mon statut d'élève directeur m'offrait la possibilité de participer à toutes les instances et réunions auxquelles était partie prenante l'équipe de direction : comité de direction, conseil de surveillance, directoire, CTE, CHSCT, groupes de travail, relations partenariales, etc. Ce faisant, j'ai pu utilement appréhender la complexité des fonctions occupées et des processus décisionnels, la diversité des logiques catégorielles et des procédures, les problèmes d'articulation entre les différents niveaux de responsabilité, autant de réalités organisationnelles très riches en termes d'informations dans le cadre de cette étude. En parallèle, un travail de documentation a été mené, en particulier au niveau interne, par la lecture de toutes les informations disponibles au sein de la structure : projet d'établissement, fiches de poste, organigramme, plan de formation, rapports d'activité, compte-rendu de réunions, etc.

⁵⁷ La grille d'entretien utilisée figure en annexe n°3.

D) Les limites de l'enquête

Afin d'être complet dans l'exposé des repères méthodologiques relatifs à la démarche utilisée et avant d'en présenter les résultats obtenus, il importe d'énoncer les principales limites de ce travail d'enquête. S'agissant du panel des établissements tout d'abord. Il convient en effet de prendre en compte le fait que cette étude ne peut se prétendre représentative de l'ensemble du champ sanitaire, social et médico-social. On peut effectivement concevoir que l'exercice de la fonction de cadre intermédiaire présente quelques spécificités selon qu'il s'agit d'un établissement privé ou public, ou d'un établissement à but lucratif ou à but non lucratif. D'autre part, en dépit de plusieurs tentatives, il a été difficile de mobiliser en nombre suffisant les établissements autonomes relevant du secteur social et médico-social. En second lieu, les investigations menées se sont concentrées sur les cadres intermédiaires qui sont au cœur des missions des établissements, à savoir les cadres socio-éducatifs et les cadres de santé. Cette contrainte importante, liée essentiellement à des raisons évidentes de temps, interdit de fait toute forme de généralisation, notamment dans le domaine de la prospective. Enfin, le déséquilibre dans la répartition des réponses obtenues entre les deux catégories de professionnels, au profit d'une surreprésentation des cadres de santé au détriment des cadres socio-éducatifs, pour des raisons qui seront explicitées ultérieurement, constitue une particularité importante à prendre en compte, même si la conduite de plusieurs entretiens semi-directifs a permis de pondérer en partie ce biais.

Plus largement, après avoir mené cette enquête auprès des cadres de proximité, je tiens à souligner que cette étude a toujours été bien reçue. Tous les professionnels interrogés et contactés se sont volontiers prêtés aux contraintes méthodologiques qui viennent d'être exposées, avec une liberté de ton et une franchise dans leurs réponses qui forcent le respect. Par ailleurs, certains n'ont pas hésité à compléter leurs réponses par des écrits complémentaires, parfois assez longs, jugeant utile ou nécessaire d'explicitier leurs propos ou de préciser leur pensée. Souvent, ils ont tenu à exprimer le fait que répondre à mes questions les avait aidés à formaliser leur conception de l'exercice de leur fonction.

3 Pratiques managériales et gestion des cadres : état des lieux

3.1 Taux de réponses global

Tableau I. Taux de réponses		
Nombre total d'envoi	Total des réponses recueillies	Taux de réponses
300	100	33%

Tableau II. Taux de réponses par catégorie professionnelle (en %)	
Cadres de santé	69
Cadres socio-éducatifs	11
Cadres faisant fonction	20

Sur un total de 300 questionnaires envoyés aux cadres de proximité des hôpitaux locaux de toute la France, 100 réponses ont été reçues, soit un taux global de 33 %. Les réponses sont très largement issues du corps des cadres de santé, à plus des deux tiers de l'échantillon (69 %). Cette sur-représentativité des cadres de santé renvoie à une stratégie managériale d'adaptation des chefs d'établissement de petite taille, dans un contexte où le taux d'encadrement en hôpital local est deux fois plus faible : 3,3 cadres, toutes filières professionnelles confondues, pour 100 agents contre une proportion nationale 6 % et de 6,2 % dans les CHR/CHU⁵⁸, entraînant de fait des fonctions d'encadrement plus polyvalentes, en particulier pour les cadres de santé. Cela peut s'expliquer secondairement par l'histoire hospitalière et la place longtemps prépondérante des logiques professionnelles soignantes, au premier rang desquelles la logique médicale. En effet, sans nier les efforts de diversification accomplis ces dernières années en matière de recrutement de professionnels aux compétences diversifiées de type cadres socio-éducatifs, afin de mieux prendre en compte l'organisation de l'hospitalisation à domicile, les besoins médico-sociaux des personnes accueillies dans le cadre d'une prise en charge globale du patient, l'animation des réseaux reliant l'hôpital et le secteur social et médico-social, cette disproportion est à l'image de la composition des profils de personnel exerçant actuellement au sein des établissements publics de santé, y compris ceux dont l'activité strictement sanitaire ne correspond plus aux domaines d'action prioritaire. Comme en témoigne les effectifs de cadres socio-éducatifs présents dans les établissements publics de santé, soit 419 personnes sur un effectif physique total de cadres de 44 712, soit 0,93 % de la masse salariale⁵⁹. Enfin, au-delà de ces explications structurelles, on peut émettre l'hypothèse d'une culture professionnelle et personnelle allergique à la mise en œuvre d'outils d'évaluation des pratiques, qui aime à cultiver une

⁵⁸ Au regard des données fournies par la DGOS et reprises par la rapport DE SINGLY, au 31 décembre 2007, les effectifs de cadres hospitaliers s'élevaient à environ 45 000 personnes, soit 5,6 % du total des effectifs non médicaux des établissements publics de santé.

⁵⁹ A titre de comparaison, les cadres de santé, constitués à plus de 85 % par les cadres infirmiers, sont environ 26.400 et représentent près de 60 % du total des effectifs des cadres hospitaliers. Sources : DGOS, rapport DE SINGLY.

tradition de résistance toujours vivace dans le secteur social et médico-social à l'égard de tout ce qui pourrait ressembler de près ou de loin à la logique gestionnaire forcément réductrice qui ne reflète en rien la complexité des situations cliniques ni la diversité des pratiques⁶⁰.

3.2 Résultats et analyse

3.2.1 Des conditions de prise de fonction faiblement anticipées et insuffisamment accompagnées

Tableau III. Avez-vous fait l'objet d'un accompagnement spécifique au moment de votre prise de fonction en tant que cadre ?

Catégorie	OUI	NON
Cadres de santé	23%	77%
Cadres socio-éducatifs	33%	67%
Cadres faisant fonction	30%	70%
TOTAL	25%	75%

3/4 des cadres interrogés, soit 71 personnes sur 95 répondants, déclarent ne pas avoir bénéficié d'un accompagnement spécifique au moment de leur prise de fonction : 77 % des cadres de santé, 67 % des cadres socio-éducatifs et 70 % des cadres faisant fonction. Parmi les personnels d'encadrement ayant pu bénéficier d'un accompagnement spécifique à la prise de poste, une grande hétérogénéité des modalités de mise en œuvre de celui-ci est à noter :

- formation continue ou ponctuelle sur l'encadrement et le management allant de quelques heures à des modules plus étoffés de 70 heures ;
- travail en binôme avec un cadre expérimenté dans un esprit de tutorat ;
- immersion plus ou moins longue au sein de différents services de l'établissement ;
- bilan de compétences en vue de reprendre des études en alternance, notamment pour les cadres faisant fonction.

Plus généralement, ce qui est intéressant de relever ici c'est le consensus des cadres interrogés quant au rôle déterminant de la direction dans l'incitation et l'aide à la concrétisation d'une telle démarche d'accompagnement à la prise de poste.

⁶⁰ Les professionnels du travail social ont en effet souvent de la difficulté à parler de ce qu'ils font. Ils prétendent souvent « *qu'on ne peut rien généraliser puisqu'on travaille avec l'humain et que l'humain est forcément singulier* ».

Tableau IV. D'une façon générale, estimez-vous avoir besoin de formations complémentaires pour un exercice pleinement satisfaisant de vos fonctions d'encadrement ?		
Catégorie	OUI	NON
Cadres de santé	86%	14%
Cadres socio-éducatifs	50%	50%
Cadres faisant fonction	95%	5%
TOTAL	84%	16%

Toutes catégories professionnelles confondues, les cadres interrogés ayant répondu sont 84 %, soit un effectif de 81 personnes sur 96 répondants, à exprimer un besoin complémentaire de formation pour exercer de façon pleinement satisfaisante leurs fonctions : 86 % des cadres de santé, 50 % des cadres socio-éducatifs et 95 % des cadres faisant fonction.

49 personnes des 96 répondants (51,04 %) mettent l'accent sur un besoin de développement des compétences en matière de management et de gestion des ressources humaines. Plus précisément, les thématiques les plus fréquemment évoquées dans ce cadre sont celles liées à la question du changement, la gestion des conflits, dans le cadre des relations inter-professionnelles mais également avec les familles et les usagers, l'analyse des pratiques professionnelles, et l'optimisation des entretiens annuels d'évaluation.

La gestion économique, comptable et budgétaire arrive comme le deuxième domaine de compétences à renforcer en termes de besoins de formation (cité par 38 répondants).

En troisième lieu, un approfondissement des connaissances à la prise en charge des pathologies des personnes accueillies est souhaité par les cadres interrogés, en particulier certaines techniques spécifiques dans le domaine de la gériatrie comme les soins palliatifs, la lutte contre la douleur, la maladie d'Alzheimer, l'éthique.

La gestion de projets et la communication sont également des domaines de compétences identifiés comme insuffisamment maîtrisés.

Enfin, on notera plus largement une demande d'informations sur l'évolution des politiques de santé au sens large, le contexte législatif et réglementaire et son impact sur la fonction de cadre dans les établissements. Cette demande est à relier à un certain rapport au travail (s'informer pour informer) et à la conception de leur rôle où apparaît fortement l'idée que le cadre doit être en permanence au fait de l'actualité, concernant aussi bien les avancées technologiques que les nouvelles pratiques de management ou la nouvelle législation sociale. Sa mise en œuvre requiert un investissement personnel (formation et autoformation) qui n'est pas, selon eux, suffisamment pris en compte par les directions.

S'agissant des professionnels qui n'expriment pas de besoin de formations complémentaires, ils estiment que leur formation de cadre est suffisante pour l'exercice de leur métier. Cette affirmation vient souligner d'autant plus les difficultés particulières rencontrées par les cadres faisant fonction.

3.2.2 Des pratiques d'échanges et de coopération très dépendantes des configurations locales de travail

A) Sur le dispositif de réunions

Tableau V. Les temps d'échanges avec l'équipe de direction vous paraissent-ils suffisants ?		
Catégorie	OUI	NON
Cadres de santé	72%	28%
Cadres socio-éducatifs	57%	64%
Cadres faisant fonction	75%	25%
TOTAL	69%	31%

A près de 70 %, les cadres interrogés considèrent que les temps d'échanges avec l'équipe de direction sont suffisants contre 31 %.

D'une manière générale, il apparaît que le dispositif d'échanges le plus classique et le plus répandu au sein des hôpitaux locaux est celui de l'organisation d'une réunion dite de coordination entre les cadres de proximité et la direction des soins uniquement, à raison d'une rythmicité allant de tous les 15 jours à tous les deux mois environ selon la taille et les pratiques internes de l'établissement.

S'agissant plus particulièrement des réunions institutionnalisées regroupant les membres de la direction et l'ensemble des cadres, force est de constater une diversité des pratiques avec un point commun néanmoins, le caractère aléatoire de celles-ci quant à leur fréquence et à leur régularité. Comme le reconnaît un cadre de santé, « *c'est selon les besoins et la disponibilité des uns et des autres* ». Cette absence de formalisation excessive est dans la pratique « compensée » par les temps d'échanges informels, par exemple au moment des repas du midi pris en commun, et les liens directs qui s'établissent entre direction et cadres au gré des sollicitations et des besoins. La taille humaine qui caractérise le plus souvent les hôpitaux locaux avec des lignes hiérarchiques courtes favorisent indéniablement ce mode de fonctionnement relationnel et interpersonnel. Il suppose néanmoins une écoute flottante au jour le jour et une capacité à se rendre disponible de la part de la direction. L'autre intérêt non négligeable de ce mode de fonctionnement tient au fait qu'il permet à certains cadres de proximité de pondérer leurs critiques quant au contenu et aux modalités d'organisation des réunions institutionnelles jugées tantôt trop descendantes sans réelle possibilité d'échanges, tantôt

trop techniques avec un ordre du jour sur des sujets nécessitant un temps de préparation et de réflexion qu'ils n'ont pas pu avoir pris par la gestion de leurs tâches quotidiennes.

B) Sur la qualité de la communication interne

Tableau VI. La communication interne est-elle à vos yeux satisfaisante ?		
Catégorie	OUI	NON
Cadres de santé	54%	48%
Cadres socio-éducatifs	40%	60%
Cadres faisant fonction	89%	11%
TOTAL	58%	42%

Partant du principe que la communication est un domaine toujours perfectible, les répondants sont majoritaires (58 %) pour considérer que la communication interne au sein de leur établissement est globalement satisfaisante, contre 42 % qui émettent un avis plutôt négatif. La multiplication des supports d'information et de communication (intranet, journal interne adressé à l'ensemble du personnel, cahier de transmission, affichage, etc.), conjuguée au développement récent de la pratique de la dématérialisation par le biais de la gestion électronique de documents, expliquent en grande partie les progrès accomplis dans ce domaine.

Néanmoins, les cadres soulignent aussi les nombreuses difficultés auxquelles ils sont confrontés en raison d'une communication jugée défectueuse ou insuffisante. L'urgence, le manque de temps, les logiques d'action différentes selon les services (administration, logistique, soins, etc.) sont des facteurs potentiellement nuisibles à une communication efficace à défaut d'un travail de priorisation des informations. Parmi les critiques évoquées, certaines méritent une attention particulière dans un souci d'efficacité des processus décisionnels et, au-delà, d'une amélioration du sentiment d'appartenance au collectif de travail. Ainsi, on peut citer :

- Un défaut de communication sur la politique globale de l'établissement :
 - « *Il n'y a pas de ligne de conduite clairement définie concernant le management et la gestion de l'établissement* » (Cadre de santé) ;
 - « *Chacun reste dans son fonctionnement et les missions des uns et des autres ne sont pas toujours bien connues donc sources à jugement de valeur* » (Infirmière faisant fonction) ;
 - « *Les objectifs de travail ne sont pas toujours très clairs et je n'ai pas de visibilité pour piloter avec toutes les données, notamment en termes budgétaires* » (Cadre socio-éducatif).

- Un défaut dans la régularité et la transversalité de la communication :
 - « *Les degrés d'information sont variables en fonction des thèmes. Nous n'avons donc pas dans l'établissement de véritable politique de diffusion de l'information et de communication interne. Par ailleurs, nous avons eu des changements de direction avec en parallèle des chantiers importants à mener ; le manque de maîtrise de la structure peut nuire à la qualité de la communication* » (Cadre socio-éducatif).
- Un excès de communication peut nuire à la qualité de la communication :
 - « *La gestion de situations complexes au quotidien ne me permet pas de tout lire et de relayer l'information de façon adaptée à l'ensemble du personnel. Il existe de nombreux biais. On pourrait dire dans certains cas que trop d'information tue l'information* » (Cadre de santé).

C) Sur les modalités d'élaboration du projet d'établissement

Tableau VII. Avez-vous été associé à l'élaboration du projet d'établissement ?		
Catégorie	OUI	NON
Cadres de santé	76%	24%
Cadres socio-éducatifs	82%	18%
Cadres faisant fonction	80%	20%
TOTAL	78%	22%

A la question « *Avez-vous été associé à l'élaboration du projet d'établissement ?* », les cadres de proximité interrogés répondent clairement et positivement à 78 %. Là encore, le rôle de la direction, et singulièrement du directeur, est prépondérant dans le pilotage des modalités d'élaboration du projet d'établissement. Dans une large majorité, il est admis qu'une démarche participative et pluridisciplinaire associant l'ensemble des personnels et les cadres, conditionne très fortement tant la pertinence de son contenu que son appropriation et donc in fine sa mise en œuvre concrète sur le terrain.

Plus précisément, et sans détailler l'intégralité des modalités d'élaboration de tous les projets d'établissement, il apparaît un mode opératoire relativement homogène au-delà des spécificités organisationnelles des établissements enquêtés :

- un comité de pilotage regroupant la direction, la direction des soins et/ou les responsables ou chefs de service est mis en place,

- des groupes de travail sont constitués en interne, associant les personnels concernés chargés de produire un diagnostic et de faire des propositions par grands domaines d'activité : projet médical, projet de soins, projet de vie,
- sous la responsabilité de la direction qui assure le pilotage managérial et le suivi de l'opération, en particulier la maîtrise rédactionnelle dans un souci de cohérence avec les orientations stratégiques préalablement retenues et validées,
- le recours à une aide extérieure de type cabinet conseils est également une pratique relativement répandue dans les établissements, selon une durée d'accompagnement plus ou moins longue.

Les cadres de proximité sont associés à la démarche d'élaboration du projet institutionnel tantôt en qualité d'expert de leur champ d'activité (exemple d'une infirmière coordinatrice faisant fonction de cadre de santé en USLD), tantôt en qualité de responsable de service à l'exemple du cadre socio-éducatif responsable du Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) au sein de l'hôpital local Yves LANCO dans lequel j'ai effectué mon stage. Dans tous les cas, le binôme Cadres / Direction apparaît ici essentiel, étant précisé que le degré d'implication des cadres de proximité dans cette dynamique institutionnelle varie selon la taille de la structure et le mode de management plus ou moins participatif impulsé par la direction. Enfin, la plupart des personnes ayant répondu par la négative s'explique par le fait que leur arrivée au sein de l'établissement est postérieure à l'élaboration du projet d'établissement.

D) Sur la participation des cadres aux instances de gouvernance

Tableau VIII. Participez-vous aux différentes instances de gouvernance interne existantes au sein de votre établissement?		
Catégorie	OUI	NON
Cadres de santé	75%	25%
Cadres socio-éducatifs	67%	33%
Cadres faisant fonction	65%	35%
TOTAL	72%	28%

Lorsque l'on interroge les cadres de proximité sur leur participation aux instances de gouvernance internes (Conseil de surveillance, Comité Technique d'Etablissement, Comité Médial d'Etablissement, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, Conseil de la Vie Sociale), ils sont 72 % à affirmer leur présence régulière contre 28 % qui n'y participent pas. D'une façon générale, il est à noter que plus la taille de l'établissement est limitée, avec des lignes hiérarchiques courtes, et plus l'implication des cadres de proximité dans la gouvernance institutionnelle et les instances décisionnelles de la structure est significative. A l'inverse, au-delà d'une certaine taille – plus de 250 lits ou places -, seuls les cadres supérieurs sont systématiquement associés aux réunions

des instances dans le cadre de leur responsabilité fonctionnelle (direction des soins, référent qualité, etc.), les cadres de proximité participant ponctuellement selon les besoins en fonction de l'ordre du jour. On retrouve ici la figure de l'expert chargé de faire part de son expertise dans un champ bien déterminé, généralement à partir de la fonction occupée au sein de l'institution.

Il est intéressant de noter également que le CTE et la CME sont les instances les plus citées (85 %), tandis qu'ils ne sont « que » 57 % à participer aux conseils de surveillance de façon régulière. Une part significative des cadres de proximité (46 %) exerce en qualité de représentant du personnel, ce qui est conforme à la nouvelle réglementation relative à la composition du conseil de surveillance qui ne s'écarte pas significativement de celle du précédent conseil d'administration⁶¹.

Enfin, près d'un tiers des cadres soulignent leur impossibilité matérielle à participer comme ils le souhaiteraient aux instances de gouvernance. Faute de temps au regard de leurs charges de travail quotidiennes trop lourdes, mais aussi en raison de la multiplication des instances de coopération où ils jugent leur présence davantage justifiée compte tenu de leurs fonctions de proximité : réunions de service, commissions d'admission, commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), comité de lutte contre la douleur (CLUD), comité qualité, comité des risques, comité de liaison alimentation nutrition (CLAN), commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). En d'autres termes, on pourrait résumer en disant que si leur participation est généralement effective, elle reste compliquée dans la pratique.

3.2.3 La fonction de cadre ou l'art de définir sa « bonne place »

A) Du sentiment de reconnaissance...

Tableau IX. Avez-vous le sentiment d'être suffisamment reconnu dans vos fonctions ?			
Catégorie	OUI	NON	PLUS ou MOINS
Cadres de santé	68%	32%	7%
Cadres socio-éducatifs	60%	40%	
Cadres faisant fonction	74%	26%	
TOTAL	64%	29%	

⁶¹ Le conseil comprend ainsi trois catégories de membres, représentées de manière égale (art. L. 6143-5 du CSP) : des représentants des collectivités territoriales (comprenant le maire de la commune siège de l'établissement principal et le président du conseil général, ou leurs représentants), des représentants du personnel médical et non médical de l'établissement, et des personnalités qualifiées (dont deux représentants des usagers). L'équilibre entre le nombre de représentants des élus et des représentants du personnel demeure donc.

Ce tableau IX indique que les notions de reconnaissance, d'écoute, de soutien, bien que complexes à interpréter, notamment en raison de leur connotation subjective, constituent néanmoins un enjeu important pour les cadres interrogés à l'égard de leur hiérarchie, a fortiori dans un milieu de travail où les facteurs humains constituent la première ressource. Ainsi, si 64 % des cadres déclarent être suffisamment reconnus dans leur fonction, ils sont 29 % à estimer le contraire et 7 % qui considèrent être « plus ou moins » reconnus. Les raisons invoquées pour expliquer cet état de fait sont plurielles : reconnaissance salariale jugée insuffisante au regard des responsabilités exercées⁶², poids des médecins et de la sphère médicale dans l'orientation des activités et des prises en charge, charge de travail importante peu connue et reconnue, marges d'action insuffisantes, manque de confiance de la hiérarchie, sentiment de ne pas avoir toutes les informations. Plus fondamentalement, les cadres insistent sur deux points principaux pour caractériser ce sentiment :

- D'une part, le manque de reconnaissance lié au sentiment d'isolement, à une certaine représentation du métier de cadre et au caractère « invisible »⁶³ de leur rôle dans le fonctionnement concret de l'organisation. Ainsi, les propos de deux cadres de santé recueillis à l'occasion de ce travail :
 - *« Au regard de certains acteurs de l'organisation, mon travail est invisible. Les acteurs sont en partie les agents que j'encadre, et également certaines personnes qui sont placées sur les strates différentes dans l'organigramme. Je suis reconnue comme étant 'la responsable' des erreurs commises sur le site ».*
 - Ou encore : *« Les missions d'un cadre de santé restent floues pour nombre de personnes au sein d'un établissement de santé. La charge de travail n'est pas assez connue et reconnue de façon générale, que ce soit par les soignants ou par la direction. Cependant, personne ne voudrait notre place !!! ».*
- D'autre part, au fait que le sentiment de reconnaissance est très lié au mode de management et au caractère plus ou moins participatif des processus de décision institutionnels. Un cadre de santé résume très bien cette réalité :

⁶² Sans nier l'importance des questions statutaires et financières dans le manque de reconnaissance ressenti par certains cadres au regard des responsabilités qui leur sont confiées, nous n'aborderons pas volontairement ces enjeux ici. Rappelons simplement à cet égard qu'une réflexion d'envergure est en cours dans la fonction publique concernant les grilles indiciaires, les niveaux statutaires et les régimes indemnitaires.

⁶³ BOURRET P., 2008, *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Paris, Seli Arslan.

- « J'ai le sentiment d'être reconnu depuis peu lié au changement de direction et de méthode de management. Auparavant, les cadres étaient associés « à minima » pour appliquer les directives dans les services. Il y avait beaucoup de restriction d'informations, ce qui était très démotivant ».
- Ou un autre affirmant : « Depuis que je suis associé aux réunions de pôle et aux instances de décisions où sont décidées les orientations institutionnelles, c'est de mieux en mieux ».

S'agissant de la dimension relationnelle et managériale, les cadres faisant fonction font état à cet égard d'une difficulté spécifique liée à leur statut : faute de reconnaissance statutaire et de diplôme valorisant leur fonction, ils sont régulièrement appelés à réintégrer le planning des soins dès que l'effectif est insuffisant. C'est le cas en particulier des infirmières coordinatrices chargées de la coordination et de la planification des différentes interventions sur la journée. Cette forme de recours est vécue par les professionnels concernés comme un manque de reconnaissance et de respect de leurs compétences spécifiques. Comme le dit un cadre dans cette situation, « qu'on arrête de demander tout au cadre ou qu'on le paie en conséquence ».

Fort de ce constat, les deux points de vigilance à avoir dans ce cadre pour l'équipe de direction sont d'une part d'éviter une trop grande fréquence de ces sollicitations au titre des remplacements de dernière minute par une organisation interne discutée en équipe pluridisciplinaire (meilleure anticipation, pool de remplacement, etc.), et d'autre part, par la tenue d'un discours clair et transparent sur les raisons objectives, certes insatisfaisantes, de cette situation et que cela ne remet absolument pas en cause les compétences des cadres concernés. L'enjeu n'est ni plus ni moins que la qualité du dialogue et des rapports de confiance entre l'équipe de direction et l'encadrement, dans le respect des fonctions et des places de chacun.

B) ...Au management participatif

Tableau X. D'une façon générale, avez-vous le sentiment d'être suffisamment associé au fonctionnement de l'institution, aux décisions et aux projets qui concernent l'organisation ?		
Catégorie	OUI	NON
Cadres de santé	76%	24%
Cadres socio-éducatifs	67%	33%
Cadres faisant fonction	75%	25%
TOTAL	75%	25%

Si la taille de l'établissement joue là encore, le sentiment d'être suffisamment associé au fonctionnement de l'institution est assez largement partagé (75 %), les cadres de proximité introduisant néanmoins une nuance entre « être associé » et « être entendu »,

en soulignant non sans raccourci les différentes logiques d'action à l'œuvre selon les fonctions occupées dans l'établissement. Ainsi, en guise d'illustration, les propos entendus lors d'un entretien avec une cadre de santé exerçant dans un hôpital local résumant le sentiment qui parfois domine au sein de la profession :

- *« Les priorités des gestionnaires ne sont pas forcément celles des soignants. Il existe toujours – et avec la restriction budgétaire, ça s'aggrave ! -, deux logiques : une soignante au service de la qualité du service rendu, et une autre gestionnaire qui a du mal à déléguer dans les services. Trois personnes décident en réalité même si elles nous écoutent : la directrice, le chargé des affaires économiques qui est de plus en plus influent sur les décisions, et le cadre supérieur ».*

Une autre cadre de santé dans un autre établissement de même nature comprenant une pluralité de services (Maison d'accueil spécialisée, EHPAD, USLD, médecine, SSR) enfonce le clou :

- *« Nous ne parlons pas toujours le même langage, la gestion budgétaire et l'amélioration du prendre soin de nos aînés ne font pas toujours bon ménage »,* et s'adressant à moi directement, elle ajoute en forme de conseil (d'avertissement ?) : *« N'oubliez pas l'Humain derrière les chiffres ! ».*

Cette appréciation est portée par les cadres notamment lorsqu'ils estiment avoir besoin de moyens humains et/ou matériels supplémentaires pour faire fonctionner correctement leur service, et que cette demande reçoit un avis défavorable de la direction au nom de l'étroitesse des marges financières et d'une nécessaire maîtrise des dépenses. Derrière ou au-delà de ces propos, certainement très liés au contexte professionnel directement vécu par les agents rencontrés, la question de la reconnaissance et du positionnement particulier des cadres de proximité est ici clairement posée. En effet, à la fois maître d'œuvre des projets institutionnels et praticien garant de la bonne marche au concret, entre direction et équipe de terrain, le cadre intermédiaire est dans une position qui le distingue du collectif de travail, ce qui donne une plus grande visibilité à ses actions et, donc, une possibilité accrue de jugement de ses compétences de la part de ses collaborateurs.

3.3 Regards sur l'outillage favorisant la responsabilisation des cadres

3.3.1 Le projet de service : un contenu et des modalités d'élaboration différenciés pour une pratique non systématique

Tableau XI. Avez-vous un projet de service clairement défini assorti de priorités claires et d'objectifs précis à atteindre ?			
Catégorie	OUI	NON	EN COURS D'ELABORATION
Cadres de santé	64%	36%	13%
Cadres socio-éducatifs	82%	18%	
Cadres faisant fonction	63%	38%	
TOTAL	58%	29%	

La notion de projet de service ou d'unité renvoie à la mise en œuvre opérationnelle et la déclinaison concrète du projet d'établissement, notamment au niveau des prises en charge et des objectifs de qualité des prestations et des activités. Bien que non obligatoire en tant que tel pour un établissement ayant élaboré un projet institutionnel au sens de l'article L. 311-8 du Code de l'action sociale et des familles et L. 6143-2 du Code de la santé publique pour les établissements publics de santé, le projet de service, lorsqu'il est écrit et diffusé, permet aux professionnels, et notamment aux cadres de proximité, de s'y reporter dès lors qu'une difficulté se manifeste en ce qu'il vient décliner au niveau le plus fin les prestations, services, interventions et accompagnements dont l'utilisateur a besoin pour vivre, s'épanouir et si possible progresser. Ce niveau correspond ainsi aux ajustements que l'établissement opère pour élaborer une prise en charge adaptée aux réalités et besoins de chaque usager, et ce en cohérence avec le projet d'établissement, nécessairement plus global. Dit autrement, il structure et donne du sens à l'action quotidienne.

Dans ce cadre, il est intéressant de constater que l'élaboration d'un projet de service n'est pas une pratique systématique : 58 % des cadres interrogés déclarent disposer d'un tel document au sein de leur établissement, contre 29 % qui indiquent le contraire, et 13 % qui affirment qu'une telle démarche est en cours d'élaboration.

Le contenu et les modalités d'élaboration du projet de service diffèrent selon le secteur d'intervention considéré : centré principalement sur le projet médical dans les établissements sanitaires, il prend une coloration socialisante dans les secteurs social et médico-social, avec des objectifs fondés sur un projet de vie et d'animation. S'agissant des modalités d'élaboration de cet outil, il importe de souligner le rôle moteur des cadres de proximité : de la phase de diagnostic à l'analyse de l'existant, sur laquelle un accord collectif est trouvé en équipe pluridisciplinaire (IDE, ASH, AMP, AS, psychologue, cadres, cellule qualité, médecin coordonnateur), ils sont très souvent porteurs et acteurs principaux de la dynamique engagée au sein de l'unité ou du service dont ils ont la

responsabilité. Comme l'indique un cadre de santé, « *le projet de service a été défini par moi-même en lien avec le reste de l'équipe, avec l'accord de la coordonnatrice des soins et en s'appuyant sur le projet d'établissement* ». A noter que la démarche de certification, utilisée pour évaluer les établissements de santé, sert souvent de trame d'analyse et d'aide à la formalisation du projet de service. D'autre part, l'exercice qui consiste à formaliser un projet de service intervient assez couramment au moment d'une démarche de diversification de l'offre institutionnelle, par exemple lors de la création de lits de soins palliatifs, d'une unité d'hébergement pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, etc. Ce constat tient sans doute au contenu du cahier des charges annexé à l'appel à projets pour la constitution du dossier de demande d'autorisation de ces dites créations. Enfin, pour les cadres ayant répondu par la négative, ils avancent deux types d'explication :

- d'une part, le manque de temps lié à un effectif insuffisant,
- d'autre part, par la multiplicité des prises en charge au sein d'un même service rendant difficile toute tentative de définition homogène de la population accueillie et des objectifs de prise en charge. En guise d'exemple, un cadre de santé indiquait : « *Je suis responsable d'une unité de 30 lits au sein d'un hôpital local où il y a 9 lits de SSR, 4 lits de médecine, 3 places d'hébergement temporaire et 14 places d'EHPAD, avec une orientation psycho-gériatrique justifiant des prises en charge différenciées* ».

3.3.2 La fiche de poste : un outil insuffisamment réactualisé

Tableau XII. Avez-vous une fiche de poste explicitant les missions qui vous sont confiées ?		
Catégorie	OUI	NON
Cadres de santé	78%	22%
Cadres socio-éducatifs	73%	27%
Cadres faisant fonction	70%	30%
TOTAL	76%	24%

A 76 %, les cadres de proximité déclarent avoir une fiche de poste explicitant les missions qui leur sont confiées, contre 24 % qui disent ne pas en avoir, soit près du quart de l'échantillon. Ce taux atteint 30 % pour les cadres faisant fonction, 27 % pour les cadres socio-éducatifs et 22 % pour les cadres de santé. De la fiche de poste élaborée par le cadre lui-même puis validée par la direction, à la fiche de poste type conçue et appliquée unilatéralement par le directeur sans concertation préalable, en passant par un travail de préparation et de réflexion en amont en lien avec le cadre concerné et le responsable des ressources humaines et un membre de la direction, on constate, en l'absence de règles du jeu clairement établies, s'agissant des modalités d'élaboration des fiches de poste, une grande hétérogénéité des pratiques. En outre, lorsque l'on interroge les cadres sur

l'adéquation de leur fiche de poste avec la réalité de leurs fonctions actuelles, un cadre sur trois met en avant l'absence de réactualisation régulière ou le caractère trop généraliste voire théorique de celle-ci, notamment au regard de la diversité et de la pluralité des tâches réalisées au quotidien qui ne sont pas toujours explicitées et reconnues. Ainsi, à titre d'exemple, un cadre de santé dont la fiche de poste n'a pas été réactualisée depuis 2004 souligne les changements intervenus depuis :

- « *Ma fiche de poste n'est plus adaptée à mes fonctions. En effet, la création d'un poste de « gouvernante » chargée du contrôle du bionnettoyage, de la distribution du courrier, des commandes diverses (couches...), et le renforcement de l'équipe d'I.D.E., en lien avec la signature de la convention tripartite, permettant une gestion des médicaments mieux répartie dans la journée, tout cela a entraîné une modification dans l'ordonnancement de mes tâches sans que cela n'ait été pris en compte dans ma fiche de poste à ce jour. Les jours se suivent mais ne se ressemblent pas !* ».

D'une façon plus générale, la fiche de poste comme l'organigramme sont des outils de clarification managériale et de sécurisation des professionnels : ils permettent aux agents de situer les limites de leur fonction et de leurs responsabilités (délégation de compétences), d'avoir une représentation claire des liens hiérarchiques et fonctionnels, et de mieux définir leur propre positionnement dans l'établissement. C'est aussi un outil d'aide à la prise de poste, et un support pour le bilan annuel d'évaluation et de formation.

3.3.3 Délégation de compétences et glissements de tâches : une réalité tangible

Tableau XIII. Dans l'organisation du travail telle que vous la connaissez aujourd'hui, estimez-vous accomplir des tâches qui ne relèvent pas directement de vos attributions ?

Catégorie	OUI	NON
Cadres de santé	48%	52%
Cadres socio-éducatifs	33%	67%
Cadres faisant fonction	55%	45%
TOTAL	47%	53%

53 % des cadres interrogés déclarent ne pas avoir à gérer de tâches qui ne relèvent pas directement de leurs attributions, contre 47 % qui estiment l'inverse. Les cadres faisant fonction sont les plus nombreux à connaître cette situation de glissement tâches avec un taux de 55 %, 48 % pour les cadres de santé et 33 % pour les cadres socio-éducatifs. Cela s'explique principalement par le fait que les cadres faisant fonction sont appelés à effectuer plus souvent des remplacements de personnel soignant absent (infirmières essentiellement), pour réaliser des soins techniques et assurer ainsi la continuité du

service. Plus précisément, les cadres de proximité mettent en avant trois types de glissement de tâches :

- L'augmentation des tâches administratives et de secrétariat, comme la gestion des plannings, la saisie informatique des données médicales (codage PMSI) ou encore la rédaction des PV de réunions, est jugée de plus en plus chronophage ;
- La gestion récurrente des problèmes techniques et/ou logistiques du fait notamment de l'absence sur site du service compétent. Cet aspect, pourtant nécessaire à la qualité des soins, à la continuité des activités et à la sécurité des personnes, est jugé parasitant par les cadres car ne relevant pas de leur cœur de métier ;
- La place prise par la dimension relationnelle de la fonction, et plus particulièrement le fait de devoir apporter un soutien psychologique aux personnels encadrés comme aux patients et/ou aux familles à des moments bien précis (gestion des décès, soins palliatifs, visites médiatisées). Activité du métier souvent minorée voire ignorée par les cadres de direction car peu quantifiable, peu objectivable et pour laquelle, au surplus, ils n'ont pas été spécifiquement formés. De ce point de vue, s'il convient de ne pas sous-estimer la rétribution symbolique de cette activité, le sentiment d'utilité, entretenu par la reconnaissance des patients, pour autant, la charge mentale générée par cette activité peut être aussi facteur de stress et de risques psycho-sociaux. Dans cette perspective, l'une des bonnes pratiques en la matière est de veiller à limiter le plus possible les écarts entre le travail prescrit contenu dans la fiche de poste et le travail réel, c'est-à-dire la réalité des tâches effectuées. Et ce, afin d'éviter la charge excessive de travail, reconnue source de mal-être et souffrance au travail. L'enjeu ici est d'adopter une démarche préventive pour ne pas que les cadres de proximité aient le sentiment, à tort ou à raison, que « *tout appel téléphonique ou toute demande émanant de n'importe quelle personne que l'on ne sait pas orienter fini sur le bureau du cadre de santé* »⁶⁴.

Tableau XIV. Avez-vous une délégation de gestion ? Et si oui, dans quels domaines?

Catégorie	OUI	NON
Cadres de santé	32%	68%
Cadres socio-éducatifs	45%	55%
Cadres faisant fonction	38%	63%
TOTAL	35%	65%

⁶⁴ Propos issus d'un entretien avec une cadre de santé, chargée d'un service de médecine de 22 lits dans un hôpital local.

Sur la question de savoir si les cadres de proximité disposent d'une délégation de gestion⁶⁵ formalisée au sein de l'institution, près des 2/3 des personnes interrogées répondent négativement, contre 35 % qui affirment en avoir une. Les cadres de santé sont la catégorie professionnelle la moins concernée par cette pratique : 68 % indiquent ne pas avoir de délégation de gestion, tandis que la proportion est de 63 % pour les faisant fonction et de 55 % pour les cadres socio-éducatifs.

En pratique, la délégation de gestion est le plus souvent limitée aux aspects liés au fonctionnement concret et quotidien de l'unité ou du service : gestion des plannings, des stocks de médicaments, des commandes de petit matériel (bureautique, produits d'entretien, etc.), du pécule des résidents, du remplacement en urgence des personnels absents. Au cadre de proximité revient aussi très souvent la responsabilité d'assurer la gestion des entrées et sorties des patients au sein de l'unité, l'accueil de nouveaux résidents, la planification des actions de formation continue du personnel placé directement sous son autorité hiérarchique en lien avec le service des ressources humaines, ou encore l'accompagnement des stagiaires. Plus rarement, dans les structures de petite taille, le cadre de proximité peut aussi avoir une délégation de gestion pour assurer, en alternance avec l'équipe de direction, le roulement des astreintes administratives. Certains cadres indiquent par ailleurs que la mise en place d'un pôle qualité et le recrutement d'un professionnel référent a permis dans certains établissements de clarifier la répartition des tâches entre les services et le pôle qualité dans le sens d'un meilleur équilibre, notamment en matière de gestion des risques, de démarche qualité et de suivi des indicateurs d'activités. Enfin, il est intéressant de rapprocher cette question de la délégation de compétences avec la problématique des glissements de tâches, analysée précédemment. En effet, alors que la grande majorité des cadres déclarent ne pas avoir de délégation de compétences définies, ils sont près de 50 % à estimer accomplir des tâches qui ne relèvent pas directement de leurs attributions (Cf. tableau n° XIII). Ceci pouvant expliquer, en partie, cela. Plus la répartition des rôles et des missions de chacun n'est pas clairement définie, sur la base d'un document institutionnellement validé, plus les risques sont significatifs de voir apparaître un écart plus ou moins grand entre la fiche de poste et la réalité concrète des tâches effectuées, avec le danger de générer parfois des situations de surcharge de travail, voire des phénomènes d'usure professionnelle⁶⁶. A cet égard, sans négliger la diversité des établissements et des missions exercées par le personnel d'encadrement, et considérant la nécessité de préserver une forme de souplesse nécessaire à tout fonctionnement institutionnel, la formalisation des outils de management, tels que la fiche de poste ou la

⁶⁵ Par « délégation de gestion », il faut entendre la situation par laquelle un agent détient par délégation de l'employeur et sous son autorité la responsabilité de gérer et de coordonner les activités d'un service, ou d'une unité de l'établissement, avec le pouvoir de commandement correspondant.

⁶⁶ Sur cette question on pourra lire avec intérêt le point de vue de Michel THIERRY, Inspecteur général des affaires sociales et ancien Directeur général de l'action sociale (DGAS), *Souffrance au travail, malaise dans l'organisation ?*, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2644, 29 janvier 2010.

délégation de compétences, semble être une démarche pertinente de prévention des risques professionnels, de sécurisation et d'amélioration des conditions de travail.

3.3.4 Les outils de pilotage organisationnel et le système d'information

Tableau XV. Dans le cadre du fonctionnement quotidien de votre institution, disposez-vous des outils d'information suffisants pour piloter en toute connaissance de cause votre service ou votre unité ?		
Catégorie	OUI	NON
Cadres de santé	63%	37%
Cadres socio-éducatifs	50%	50%
Cadres faisant fonction	65%	35%
TOTAL	62%	38%

Sur 97 cadres ayant répondu à cette question, 60 déclarent avoir les outils suffisants pour piloter leur unité ou leur service, soit 62 % de l'échantillon, contre 37 personnes, soit 38 %, qui répondent par la négative. Qualitativement et d'une façon générale, les cadres mettent en avant les efforts accomplis en la matière ces dernières années, notamment par le biais de l'informatisation des systèmes d'information et les investissements réalisés par les directions pour équiper les établissements et former le personnel à l'utilisation des logiciels, comme par exemple la systématisation du codage PMSI⁶⁷ ou la mise en place du dossier de soins informatisé du patient⁶⁸. Néanmoins, ils soulignent dans le même temps que la plupart des outils organisationnels qu'ils utilisent, principalement des tableaux de bord Excel permettant un suivi des indicateurs d'activités, ont été créés à leur initiative au gré de leurs préoccupations ou des nécessités fonctionnelles, sans toujours une grande cohérence institutionnelle. Ce « bricolage technico-professionnel » traduit au plan organisationnel une faible culture de mutualisation des outils, alors que paradoxalement, dans les pratiques quotidiennes, les besoins, au-delà des spécificités de chaque secteur d'intervention, sont très souvent les mêmes. On notera par ailleurs, qu'outre le fait que plus du tiers de l'échantillon estime ne pas disposer des outils nécessaires correspondant à leurs besoins, ils sont unanimes pour reconnaître leur méconnaissance quasi-complète des enjeux budgétaires et financiers de l'établissement dans lequel ils exercent. Cette ignorance n'est pas de nature à faciliter leur adhésion à certaines décisions fondées sur des considérations essentiellement gestionnaires, voire peut entraîner chez certains une forme d'amertume comme ce cadre de santé affirmant : « On nous demande toujours plus sans vraiment nous donner les moyens ».

⁶⁷ Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un dispositif obligatoire permettant de disposer d'information quantifiées et standardisées afin de mesurer l'activité et les ressources des établissements de santé. Obligation est faite aux établissements de transmettre ces informations à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), activité le plus souvent assurée sous la responsabilité d'un médecin référent.

⁶⁸ Le dossier du patient informatisé exigé dans le secteur sanitaire a conduit logiquement à leur utilisation dans le champ médico-social.

Souvent considérés comme le « domaine réservé » de la direction, les enjeux économiques mériteraient pourtant d'être davantage explicités et connus par les cadres de proximité, pour leur permettre d'assumer correctement leur rôle de régulateur des tensions qui ne manquent pas d'apparaître au moment des changements. Et cela, en considération de l'importance croissante de cette dimension dans le fonctionnement des établissements aujourd'hui. Dans un contexte de raréfaction des ressources imposant une démarche légitime de rationalisation des coûts et d'efficience économique, cette communication pourrait se faire à titre informatif, sous une forme pédagogique adaptée en sélectionnant les indicateurs budgétaires et financiers les plus significatifs, à raison d'une fois par an, lors de réunions institutionnelles, par exemple au moment de la préparation budgétaire, ou de la revue annuelle du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé (ARS)⁶⁹.

⁶⁹ La prise en compte de cette dimension s'avère d'autant plus utile et pertinente dans la perspective du basculement du financement à l'activité de médecine des hôpitaux locaux fixé à l'horizon 2012 par la loi de financement de la sécurité sociale votée au titre de l'année 2010.

4 Repenser le management des cadres de proximité : propositions d'action et retours d'expérience

Après avoir dressé un état des lieux des conditions d'exercice professionnel des cadres de proximité et éclairer la mise en œuvre des outils managériaux existant de nature à favoriser leur responsabilisation, il importe à présent de considérer les pistes d'amélioration susceptibles de contribuer à une meilleure valorisation de leur rôle et de leur place, en considérant la motivation des collaborateurs et la gestion du changement au cœur de la fonction de direction

4.1 Synthèse des principales attentes en matière d'organisation

A l'issue de ce travail d'enquête et d'analyse, et sans prétendre épuiser le sujet, force est de constater une convergence en ce qui concerne le management et les pratiques d'encadrement au-delà des spécificités liées aux configurations locales de travail. Il est possible en effet, à partir des réponses obtenues, de synthétiser les principales attentes en matière d'organisation dans les institutions. C'est l'objet du tableau ci-après :

Enjeux pour la fonction de direction	Principales attentes exprimées par les cadres de proximité
• Donner du sens à l'action, au-delà des contingences quotidiennes ;	• Une hiérarchisation des projets afin de donner une meilleure visibilité quant aux orientations générales à moyen et long terme ; • Comprendre son travail et le fonctionnement de l'hôpital dans le cadre d'une politique d'implication
• Prévenir les glissements de tâches et soutenir le positionnement des cadres, en particulier les faisant fonction ;	• Une clarification des missions et des fonctions de chacun, en particulier dans le cadre de fiches de poste actualisées correspondant davantage à la réalité des tâches effectuées ;
• Garantir un socle minimal de transparence, favoriser un dialogue ouvert et permanent sur les contraintes budgétaires et les orientations stratégiques de l'établissement ;	• Une amélioration des circuits d'information et de communication, dans le cadre d'un renforcement des temps d'échanges institutionnalisés avec la hiérarchie ; • De la reconnaissance • Un management participatif • De la clarté
• Développer la cohérence organisationnelle, prévenir des postures de repli dans un contexte de délégitimation de l'autorité favorisant un discours simplificateur du type « eux » et « nous » ou « ceux d'en haut » et « ceux d'en bas ».	• Une formalisation et une mutualisation accrues des outils et des procédures dans une logique transversale, en particulier en matière de délégation de gestion ; • Une amélioration des conditions d'organisation du travail, un soutien plus affirmé et une plus grande réactivité dans le dépistage et l'accompagnement des situations difficiles ou délicates (exemple : gestion des conflits). ; • Du soutien, de l'écoute, de l'autonomie et des rapports de confiance.

4.2 Actions managériales entreprises durant le stage

4.2.1 Piloter la mise en place d'un rapport annuel d'activités par service

A partir de la trame globale définie par l'équipe de direction et dans le cadre d'un travail d'équipe respectant les spécificités organisationnelles et fonctionnelles de chacune des unités, il s'agissait ici de mettre en place un rapport d'activités par service en favorisant d'une part l'implication des personnels à la production d'une information partagée, et d'autre part, une (re)connaissance commune dans un souci de transversalité et de valorisation des métiers et des compétences. La démarche managériale utilisée visait à renforcer la responsabilisation des acteurs et la cohérence des projets de chaque unité. Une liste d'indicateurs définie conjointement a permis de mettre davantage en valeur le travail élaboré annuellement au sein de chaque service⁷⁰.

4.2.2 Renforcer la déclinaison opérationnelle du projet d'établissement

A mon arrivée au sein de l'établissement, les cadres de proximité avaient une connaissance assez confuse et lointaine du projet d'établissement 2006/2010 contenant les priorités stratégiques et semblaient de ce fait peu impliqués quant à sa déclinaison opérationnelle. Fort de ce constat, et dans la perspective de son actualisation, il a été décidé de revoir ses modalités d'élaboration dans le sens d'une plus grande participation de leur part. Concrètement, cela s'est traduit par l'organisation de plusieurs séances de travail pour définir les contours et le contenu d'un projet de service spécifique à chacune des unités, celui-ci ayant vocation à venir nourrir la rédaction du projet d'établissement 2011 / 2015 et inversement, dans une démarche itérative. L'objectif qui était recherché ici, au-delà d'une connaissance approfondie des caractéristiques de la population accueillie (sexe, âge, profils pathologiques, etc.), des conditions de prise en charge et des activités proposées, était de tendre vers une organisation fonctionnant davantage en réseau limitant les cloisonnements organisationnels dans une logique institutionnelle de responsabilité sectorielle claire. Bien qu'il ne soit pas toujours aisé de pouvoir faire admettre une vision transversale tant la logique des tuyaux d'orgue reste fortement ancrée dans les esprits, la conduite de cette démarche a permis l'émergence de dynamiques convergentes. Ainsi, les capacités des personnels éducatifs à formuler des projets de vie peuvent rejaillir sur les unités qui historiquement étaient plus marquées par une tradition du soin. Réciproquement, les personnes accueillies au FAM et à l'EHPAD, qui ont aussi droit à une prise en charge de qualité quant à l'hygiène, l'alimentation, la douleur, peuvent bénéficier de la présence de personnes qualifiées dans ces domaines.

⁷⁰ Exemples d'indicateurs retenus : nombre de réunions de synthèse, journées organisées hors institution, nombre de suivi psychologique, accueil et encadrement des stagiaires, etc.

4.2.3 Déconcentrer le budget éducatif ?

Le rôle de pilotage des performances, dans une logique plus générale de décentralisation des processus de gestion dans les organisations, devient pour l'activité d'encadrement un enjeu essentiel, à l'hôpital comme dans les entreprises privées, quelle que soit leur production. Les outils de pilotage, tableaux de bord et indicateurs, comme l'évaluation professionnelle des individus répondent à cette logique. Pourtant, traditionnellement, l'encadrement intermédiaire, centré davantage sur la prise en charge des usagers, s'intéresse peu aux procédures budgétaires et à la gestion des ressources allouées par les pouvoirs publics pour le fonctionnement des établissements. Comme le souligne le rapport DE SINGLY sur les cadres hospitaliers, *« efficacité et efficience font partie du vocabulaire quotidien de l'hôpital. Les cadres accomplissent leur métier dans un contexte nouveau, celui d'une rationalisation des moyens qui bouscule les perceptions. (...) Si ceci est un facteur de dialogue renforcé entre cadres (cadres de santé, cadres techniques et cadres administratifs), le temps mobilisé pour ce nouvel aspect du métier est important et les cadres n'ont pas tous été préparés à cet enjeu majeur »*⁷¹.

Dans ce cadre, la réflexion menée autour d'une amélioration du management participatif au sein de l'établissement m'a conduit à réfléchir à l'octroi de marges de manœuvre plus grandes dans la gestion d'une partie des moyens financiers de l'établissement, leur permettant de développer une préoccupation plus importante sur ces questions. Concrètement, j'ai proposé, en lien avec les cadres concernés, de définir et d'attribuer un budget éducatif par unité à la disposition des cadres afin de financer toutes activités de nature à favoriser l'atteinte des objectifs socio-éducatifs fixés par le projet de service. L'idée ici était de favoriser une autonomisation accrue des cadres dans la gestion quotidienne tout en permettant une plus grande reconnaissance de leur rôle en tant que décideur auprès de leur équipe. Cette reconnaissance participe également d'un positionnement amélioré ainsi que d'une responsabilisation accrue de leur part à l'égard des aspects financiers de l'établissement. En pratique, cela prenait la forme d'une somme forfaitaire attribuée annuellement en fonction du nombre de résidents, soit pour le FAM la somme de 13.800 € au titre de l'année 2010 à raison de 200 € par résident sur un effectif total de 69. Discutée en équipe de direction, cette proposition n'a finalement pas été retenue pour des raisons liées à la lourdeur des procédures internes de gestion et aux difficultés d'assurer une traçabilité suffisante.

⁷¹ DE SINGLY C., 2009, Rapport final de la mission Cadres Hospitaliers, Tome 1, p.44.

4.3 Vers une meilleure gestion des ressources humaines

4.3.1 Organiser la GPMC et l'actualisation des fiches de poste

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) est une démarche qui se propose de promouvoir des méthodes et des outils de gestion des effectifs par métiers et par compétences, en distinguant grade et métier, permettant une gestion plus fine des ressources humaines⁷². Cette orientation plaide pour la construction d'une fonction publique de métiers⁷³. Elle suppose de sortir d'une gestion des carrières purement statutaire dans la plupart des établissements, certes obligatoire et nécessaire, pour permettre aux employeurs de mieux connaître les métiers exercés par les agents. Secondairement, cette gestion des compétences et pas seulement des emplois permet d'anticiper, de préparer les recrutements de demain, de proposer des parcours professionnels pour fidéliser les personnels, de participer à l'évolution des référentiels métiers-compétences, de bâtir des fiches de postes...Appliquée dans le cadre d'une démarche d'optimisation du management des cadres de proximité, cette approche pourrait par exemple se dérouler en trois étapes :

- dresser une cartographie du métier réel et non du métier prescrit relatif à l'encadrement intermédiaire de l'établissement par unité (effectif, missions, liaisons hiérarchiques et fonctionnelles, pratiques professionnelles, etc.),
- puis dans un second temps, identification des grands facteurs d'évolution susceptibles d'impacter le contexte d'exercice professionnel et le contenu du métier, c'est à dire les activités, les savoir-faire requis du métier et les connaissances associées. Ainsi, parmi les évolutions du métier, les transformations du rôle et de la place des hôpitaux locaux sur le territoire, notamment dans le cadre des transferts d'activités et de compétences, sera un facteur-clé à prendre en compte. De la même façon, le renforcement des contraintes budgétaires, juridiques et réglementaires, le développement de la traçabilité, le poids croissant des enjeux managériaux dans le pilotage, la responsabilisation accrue des professionnels dans le cadre de la décentralisation des processus de gestion, sont d'autant de nouvelles exigences qui ont de fait des conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences,
- enfin, ajustement des profils de postes, en définissant des profils de compétences et des pré-requis, et évaluation en besoins de formation.

⁷² Rappelons que la circulaire n°DHOS/P1/2007/369 du 9 octobre 2007 relative au financement par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) incite les établissements à s'inscrire dans une démarche métiers-compétences par des appels à projet financés par le FMESPP dans la limite d'une enveloppe.

⁷³ Cette orientation trouve un large écho dans le rapport d'avril 2008 de SILICANI J-L., 2008, *Le livre blanc sur l'avenir de la fonction publique*, Paris, Ministère de la Fonction Publique.

Ce travail effectué, il importe de prévoir une procédure d'actualisation des fiches de poste. Pour garder son caractère opérationnel et jouer son rôle de clarification des missions confiées, une fiche de poste doit en effet faire l'objet d'une actualisation régulière, après adaptation au niveau de l'emploi ou du poste de travail. Outre qu'elles représentent un outil pertinent pour tenir compte des contraintes liées à l'exécution du projet d'établissement, par exemple de ses exigences propres en matière de compétences, elles sont une aide précieuse au recrutement et, pour chaque professionnel, un bon outil d'auto-évaluation, utile dans le cadre d'un entretien d'évaluation ou dans l'élaboration d'un projet professionnel. Plus largement, l'enjeu ici est de réfléchir aux contours d'un nouvel encadrement de proximité tenant mieux compte de la polyvalence de ce métier et des compétences de diagnostic, de mobilisation d'équipes, et de management de projet qui viennent compléter les compétences de gestion des ressources humaines.

4.3.2 Relier les pratiques professionnelles et développer le partage des connaissances

Pour développer une organisation du travail en réseau, et favoriser le décloisonnement des pratiques, il semble pertinent de réfléchir en termes de partage de connaissances, de retours d'expériences au sein d'un cadre réflexif collectif. L'objectif est de donner de la visibilité aux travaux, de jouer la carte de la transparence en interne et de transférer aux autres les méthodes et outils qui ont fait leurs preuves. Valider ensemble des pistes de développements et de professionnalisation partagée, dans une démarche d'« organisation apprenante ». Comme le souligne à juste titre Michelle BRESSAND, directrice du Service Central des Soins à l'AP-HP, dans un article consacré aux cadres de proximité, *« la prise de recul au quotidien s'avère nécessaire. Donner du temps aux cadres pour cette prise de recul est un investissement intelligent par un hôpital. Bien entendu, c'est un investissement à moyen et long terme, très difficile, peu productif à court terme, mais c'est vraiment un investissement. Nous ne sommes pas tout à fait pressés par le temps, tout au moins au point de dire : 'On a pas eu le temps de vous informer, on verra quel sera votre rôle une fois que tout sera organisé' »*⁷⁴.

Pour ce faire, la mise en place d'espaces de dialogue, d'échanges et de résolution des problématique au-delà des spécificités professionnelles propres à chaque filière dans une logique de reconnaissance et de valorisation de la fonction cadre, constitue une première piste. En termes de pratiques managériales, cela pourrait prendre la forme de missions transversales spécifiques confiées à chaque cadre d'unité de manière à renforcer une

⁷⁴ BRESSAND M., 2006, « La fonction cadre de proximité : enjeu majeur en matière de management des ressources humaines à l'hôpital », in TEISSEIRE B., 2006, *Le management des ressources humaines dans les établissements de soins : quelles pistes d'amélioration pour le service public ?*, Paris, Editions Flammarion, p.56.

meilleure appropriation par ces derniers des enjeux globaux de l'hôpital. Prenant la figure de référent projet ou de chargé de mission sur un thème précis et selon une temporalité à définir, le choix des projets devra se faire collégialement en accord avec la direction, dans le respect des prérogatives des instances décisionnelles et sur la base du volontariat en fonction des besoins et des préoccupations de l'établissement. Exemples de missions susceptibles d'être confiées à l'encadrement : gestion de la fin de vie des résidents, procédures d'accueil des résidents et de leurs familles, qualité des écrits paramédicaux dans les dossiers individuels, politique d'archivage, projets d'amélioration de la qualité des prises en charge, etc. Pour être pleinement satisfaisante, c'est-à-dire reconnue et valorisante, cette démarche devra s'accompagner sur le plan institutionnel par des incitations à des actions de formation ciblées que l'établissement s'engagerait à accompagner, y compris dans le cadre de formations qualifiantes (DU, etc.). Idéalement, les restitutions pourraient se dérouler sous forme de séminaires organisés à raison de une à deux fois par an, en présence de la direction et l'équipe de cadres, dans un lieu convivial extérieur à l'établissement.

4.3.3 Le rôle du directeur : donner du sens et articuler les différentes légitimités

Dans le secteur hospitalier, le problème de l'encadrement de proximité prend une dimension particulière. Par tradition, les cadres, notamment paramédicaux, sont un enjeu entre les médecins et l'administration. Ils sont un véritable enjeu, d'abord pour la direction, parce qu'ils sont les relais de la politique de la direction, mais également pour les médecins, parce qu'ils sont le relais de la technique indispensable à la prise en charge des malades. Ils sont aussi un enjeu pour accompagner les politiques décidées. En dépit des progrès réalisés ces dernières années, l'organisation du travail est souvent jugée, à tort ou à raison, encore trop cloisonnée et hiérarchisée, ne favorisant pas le travail en équipe et la communication entre les différents professionnels. La fonction jouée par l'existence de métiers bien délimités, au rôle strictement défini et souvent réglementé, nourrit cette critique. Chaque profession construit, consciemment ou inconsciemment, une forteresse autour de son champ d'activité, au risque de laisser apparaître son métier comme un ensemble de tâches immuables.

Les adaptations nécessaires sont alors vécues comme une remise en cause, une dépossession. Dans le même temps, l'exigence d'une prise en charge globale des personnes (malades, handicapées, ou âgées), conjuguée à l'évolution des besoins, des activités, la maîtrise des coûts ainsi que les restructurations, rendent indispensables la mise en place de réponses organisationnelles à la fois pluridisciplinaires et mieux coordonnées, en lien constant avec la médecine ambulatoire et les structures médico-sociales, dans le cadre d'un bassin de population. Comment prendre en compte ces réalités multiformes et trouver une traduction concrète positive à une telle évolution dans

le respect des principes du service public, des règles statutaires et la préservation d'un dialogue social de qualité ?

Dans ce contexte, et sans prétendre répondre de manière définitive à cette question, quelques lignes de force peuvent être dégagées dans la conduite d'un établissement et la gestion globale des compétences.

Le premier rôle du directeur est de chercher constamment à donner du sens à l'action du service rendu. Il est en effet particulièrement important de définir clairement les principes éthiques institutionnels, c'est-à-dire l'ensemble des règles d'action et des valeurs qui vont orienter les pratiques professionnelles à l'intérieur de l'établissement. Ce management par l'éthique ne se situe pas dans une perspective de jugement moral par rapport aux personnes, mais dans une perspective de respect des croyances et des traditions individuelles confrontées, bien entendu, aux exigences déontologiques liées aux bonnes pratiques professionnelles. On peut distinguer trois grandes catégories de destinataires :

- A l'égard des patients / résidents et de leur environnement : les grands principes en matière de consentement éclairé⁷⁵, de respect, d'intimité et de prise en considération, quel que soit le niveau des déficiences que ces personnes connaissent, fondent la relation quotidienne que nous avons avec elles ;
- A destination des personnels : les négligences sont la première cause de souffrance et de maltraitance en institution. Le développement de la bientraitance et l'action contre toute forme de maltraitance dans l'établissement supposent de veiller au bon respect des règles et des usages professionnels mis en pratique par l'institution dans le cadre des textes en vigueur⁷⁶. En ce qui concerne les personnels, une approche éthique dans l'étude de l'évolution des pathologies ou des dépendances des personnes permet de pouvoir prendre en considération le respect des valeurs humaines adaptées immédiatement à un ou des cas pratiques ;

⁷⁵ L'article L. 1111-4 du Code de la santé publique est ainsi rédigé : « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Plus largement, les lois n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé tendent à promouvoir l'exercice de la citoyenneté, le libre choix, l'autonomie des personnes.

⁷⁶ Sur ce point spécifique très important, on pourra consulter avec intérêt la recommandation de bonnes pratiques professionnelles publiée par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, janvier 2010, 48 p. Disponible sur www.anesm.sante.gouv.fr

- A l'égard des autorités de contrôle et de tarification, et des autres partenaires sanitaires et médico-sociaux : définir les grands principes institutionnels relatifs aux finalités et aux conditions de fonctionnement de l'établissement, tant au plan de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières qu'au niveau des exigences en matière de formations et de professionnalisation des personnels, participe d'une nécessaire démarche stratégique de communication et de transparence.

Mais à lui seul le sens ne suffit pas. Il faut dans un deuxième temps traduire cette démarche fédératrice dans des objectifs partagés à tous les niveaux de l'institution. Cela implique de considérer que la qualité des soins et l'efficacité de l'établissement ne peuvent résulter que de la motivation et de l'implication de tous les personnels, dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets.

Il s'agit ensuite de mettre les cadres de proximité en situation de responsabilité, en leur assignant des objectifs explicites et en essayant de leur laisser des marges d'autonomie et de gestion nécessaires, dans le cadre de leur responsabilité fonctionnelle. Les cadres de proximité doivent composer avec un ensemble de contraintes. Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, les cadres infirmiers dans les unités de soins (médecine/SSR) doivent tout à la fois assurer la qualité des soins, répondre aux exigences des usagers et de leurs proches, maintenir et développer des équipes unies, c'est-à-dire performantes, faire face au raccourcissement des durées de séjours hospitaliers associé aux difficultés de recrutement et mobilité du personnel, à l'épuisement et la démotivation des personnels, etc. Compte tenu de l'ampleur des demandes qui leur sont faites et des contraintes en tout genre on ne peut pas les mettre en situation de devoir répondre de progrès dans l'efficience et l'efficacité sans leur ouvrir quelques marges d'autonomie leur permettant de résoudre des équations qui peuvent paraître parfois difficilement solubles. Sur ce point, si la réorganisation en pôles d'activité des établissements de santé⁷⁷ d'une certaine taille – centres hospitaliers régionaux, universitaires ou non - est de nature à promouvoir une gestion des ressources humaines plus déconcentrée, reconnaissant le rôle des cadres de proximité et leur accordant les ressources d'une gestion au quotidien des personnels, dans les établissements de taille modeste – hôpitaux locaux en particulier-, la mise en pôle n'apporte pas de modifications substantielles.

⁷⁷ Rappelons que dans le cadre de la nouvelle gouvernance, l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 a introduit dans l'organisation des établissements de santé de très nombreuses modifications, en, pour le sujet qui nous intéresse, la création de pôles d'activité. Le praticien responsable de pôle est assisté, selon les activités, par un cadre de pôle (sage-femme ou cadre de santé paramédical) pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, ainsi que par un cadre administratif. Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005, publié au J.O. du 28 décembre 2005 et codifié dans le Code de la santé publique aux articles L. 6143-1 et L. 6146-1.

Enfin, il faut favoriser la « respiration » des encadrants pour leur permettre de s'ouvrir et de penser à ce qui se passe à l'extérieur, qu'il s'agisse des autres interlocuteurs opérationnels de l'établissement ou plus largement de l'environnement. Ils doivent connaître les orientations stratégiques de l'établissement, et comprendre les contraintes budgétaires et les projets de restructuration éventuellement envisagés. C'est indispensable dans le cadre d'une politique des ressources humaines, sinon ils ne peuvent pas l'explicitier et encore moins y adhérer.

Conclusion

Avec leur disparition en tant que catégorie juridique, les hôpitaux locaux vont intégrer le droit commun régissant les établissements de santé. Pour autant, leur histoire comme leur dimension leur ont conféré une physionomie particulière qui les différencie de la majorité des centres hospitaliers. De dimension modeste, ils sont souvent le seul équipement sanitaire installé dans des bassins de vie le plus souvent isolés, qu'ils soient ruraux, de montagne, voire insulaire, sur un territoire national dont il convient de souligner la forte polarisation entre des espaces à forte densité démographique et des territoires peu peuplés. Ces établissements ont aussi comme particularité une forte composante médico-sociale, dont les volumes d'activité sont largement supérieurs à ceux engendrés par leurs services sanitaires, ainsi qu'une forte articulation avec la médecine libérale.

Dans ce cadre, en raison de la place et du rôle qu'il occupe, le cadre intermédiaire apparaît comme le maillon indispensable entre la direction et le personnel, passerelle entre les dirigeants institutionnels, le plus souvent en nombre limité, et ceux qui réalisent les tâches qui viennent répondre aux besoins des patients et usagers et aux missions de l'institution. D'une certaine manière, on pourrait dire que les cadres intermédiaires exerçant en hôpital local sont de fait astreints au même niveau d'exigences et de responsabilités pesant sur les cadres des établissements de santé plus importants de type centres hospitaliers ou CHU.

Si l'organisation en pôle a conduit pour les établissements de santé d'une certaine taille à structurer les fonctionnements et donc à mieux définir le positionnement des différents cadres, force est d'admettre que le développement de ce mode de gouvernance semble peu envisageable pour les hôpitaux locaux, car à la fois inadapté et surtout matériellement impossible. Dans ces conditions, la question de la construction de l'action collective visant l'émergence d'une culture commune au-delà de la diversité des origines et des pratiques professionnelles est centrale. Comment y parvenir ?

A l'issue de ce travail de diagnostic sur les cadres de proximité exerçant en hôpital local qui a permis de mieux identifier leurs conditions d'exercice professionnel et les pratiques managériales qui y sont développées, l'amélioration de leur positionnement se structure principalement autour de deux axes très complémentaires : l'organisation du travail et le management.

Au niveau institutionnel, la responsabilité des équipes de direction est d'établir des relations de confiance à l'intérieur d'un cadre institutionnel fixant les grands principes

structurants, afin notamment d'accompagner dans la proximité les cadres, et par là même, l'ensemble des agents, à fonder leurs pratiques au-delà de la gestion des situations de la vie courante, de donner à leur équipe une vision globale intelligible et cohérente d'une mission toujours à définir et à actualiser face aux évolutions des contextes d'intervention, dans une logique d'organisation apprenante.

Parmi ces grands principes stratégiques, le souci permanent de transversalité d'une part, et d'interdisciplinarité d'autre part, dans un contexte où la distinction entre le « dedans » et le « dehors » s'estompe, constituent une réponse nécessaire pour prendre en compte de façon globale l'ensemble des problématiques d'accompagnement rencontrées par les professionnels. A partir d'une approche contextuelle de la gestion des ressources humaines, replaçant celle-ci dans un cadre plus large, en prise avec le contexte interne et l'environnement, il convient d'admettre le caractère désormais transversal des conditions d'organisation et de fonctionnement de nos structures. Au carrefour de toutes ces évolutions, les cadres sont de plus en plus appelés à gérer des changements d'organisation ou d'équipe mais aussi la collaboration avec d'autres équipes, d'autres unités, d'autres partenaires. Ce mouvement général a pour conséquence une évolution rapide des métiers, des savoirs professionnels, avec des attentes des usagers et de leur entourage qui s'accroissent.

Au niveau organisationnel, prendre en compte l'ensemble de ces évolutions majeures suppose de définir un nouveau mode de management moins autocentré fondé sur une optimisation des ressources humaines où la gestion des compétences occupe une place centrale, une meilleure répartition des responsabilités et des missions de chacun, des objectifs de transparence et de partage de l'information, une plus grande implication des acteurs dans l'analyse commune des problématiques gestionnaires, et le développement des missions transverses.

Au niveau opérationnel, la mise en œuvre de ces objectifs nécessite un décloisonnement des pratiques professionnelles et la construction d'outils de pilotage partagés. Parmi ceux-ci, citons : l'importance du projet d'établissement et de projets d'unité, dans une démarche collective garant du sens des actions menées ; la mise en place d'une véritable équipe cadres qui pourrait être consultée sur les projets, donner son avis et permettre aux cadres d'être mieux valorisés ; la mutualisation de tableaux de bord ; la définition et l'organisation d'une véritable politique de communication interne ; la clarification de la « géographie organisationnelle » des responsabilités (organigramme) ; les descriptions de tâches qui précisent les contenus des postes identifiés par l'organigramme ; l'évolution dans le temps de la fiche de poste comme réponse aux nombreuses situations d'insatisfaction engendrées par un trop grand décalage entre le travail prescrit et le travail

réel (phénomène de glissement de tâches notamment) ; une politique de formation au service de la gestion des compétences pour accompagner le changement, développer les compétences nécessaires, aider à la prise de fonction et rechercher une plus grande homogénéité parmi les cadres, en particulier entre les cadres de santé et les cadres socio-éducatifs dans une logique d'étayage pluriprofessionnel.

Partant de cette articulation réussie entre ces trois niveaux de gestion – institutionnel et stratégique, organisationnel et managérial, opérationnel et technique -, et à partir d'une vision stratégique des ressources humaines, l'enjeu essentiel est bien de relier les pratiques et de réussir à rapprocher les cultures hospitalière et médico-sociale, comme condition de leur questionnement réciproque, de leur mouvement créatif et de leur cohérence éthique, dans le cadre d'une offre coordonnée de soins sur un territoire au service d'une prise en charge globale et individualisée des personnes.

Bibliographie

Ouvrages

- BAUDURET J-F., JAEGER M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, 2^{ème} édition, Paris, DUNOD, 243 p.
- BOLTANSKI L., 1982, *Les cadres : la constitution d'un groupe social*, Paris, Editions de Minuit.
- BOURRET P., 2008, *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Paris. Editions Seli Arslan.
- BRESSAND M., 2005, « *La fonction cadre de proximité : enjeu majeur en matière de management des ressources humaines à l'hôpital* », in TEISSEIRE B., *Le management des ressources humaines dans les établissements de soins : quelles pistes d'amélioration pour le service public ?*, Paris, Editions Flammarion, 65 p.
- CHAUVIERE M., 1980, *Enfance inadaptée : l'héritage de Vichy*, Editions Ouvrières.
- CHERONNET H., 2006, *Statut de cadre et culture de métier. La structuration des fonctions de cadre dans le secteur de l'éducation spécialisée*, Paris, L'Harmattan, 375 p.
- CRESSON G., SCHWEYER F-X., 2000, *Profession et institution de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Editions de l'ENSP.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Editions du Seuil, 478 p.
- LHUILLIER J-M., 2007, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^{ème} édition, Rennes, Presses de l'EHESP, 230 p.
- MAURIN E., 2009, *La peur du déclassement. Une sociologie des récessions*, Paris, Editions du Seuil et La République des Idées, 94 p.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2009, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Rennes, Presses de l'EHESP, 437 p.
- MINTZBERG H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'Organisation.
- MISPELBLOM BEYER F., 2006, *Encadrer, un métier impossible ?*, Paris, Armand Colin, 284 p.
- SAINSAULIEU Y., 2007, *L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité*, Paris, Editions Belin, 229 p.

- SAINSAULIEU Y., 2008, *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Rueil-Malmaison, Editions Lamarre, 209 p.
- SCHMIDT G., 2008, *Le management. Fondements et Renouvellements*, Auxerre, Editions Sciences Humaines, 358 p.
- VERDES-LEROUX J., 1978, *Le travail social*, Les Editions de Minuit.

Rapports

- DE SINGLY C, 2009, *Rapport final de la Mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la Santé et des Sports, Tome 1 et 2, 262 p.
- SILICANI J-L, 2008, *Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique*, Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique

Revues

- Revue française d'administration publique n° 132, 2010, *Changer la fonction publique*, Paris, La Documentation française, pp. 665-931.
- Revue française d'administration publique n° 128, 2008, *L'encadrement à l'épreuve du management public*, Paris, La Documentation française, pp. 659-854.
- Revue de droit sanitaire et social, 2009, septembre/octobre, n° 5, dossier spécial sur la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », pp. 789-873.
- Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2644, 29 janvier 2010.

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel, n° 0167 du 22 juillet 2009, p. 12184
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal officiel, n° 2 du 3 janvier 2002
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal officiel, n° 54 du 5 mars 2002
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, Journal officiel du 11 janvier 1986
- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

- Décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie
- Décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- Décret n° 2007-1741 du 11 décembre 2007 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique
- Décret n° 2007-839 du 11 mai 2007 portant statut particulier du corps des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière
- Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activités et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé, Journal officiel du 28 décembre 2005
- Décret n° 2004-289 du 25 mars 2004 portant création du certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale
- Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal officiel du 23 avril 2002
- Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière
- Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, Journal officiel du 20 août 1995
- Décret n° 75-928 du 9 octobre 1975 instituant le corps des infirmiers généraux, Journal officiel du 12 octobre 1975
- Arrêté du 16 octobre 2009 portant création de l'Agence d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), Journal officiel n° 0246 du 23 octobre 2009
- Arrêté du 8 juin 2004 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale
- Circulaire n° DHOS/03/DGAS/AVIE/2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local
- Circulaire n° DHOS/P1/2007/369 du 9 octobre 2007 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles

- Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), mai 2010, *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, Paris, 80 p.

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), septembre 2009, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, Paris, 48 p.

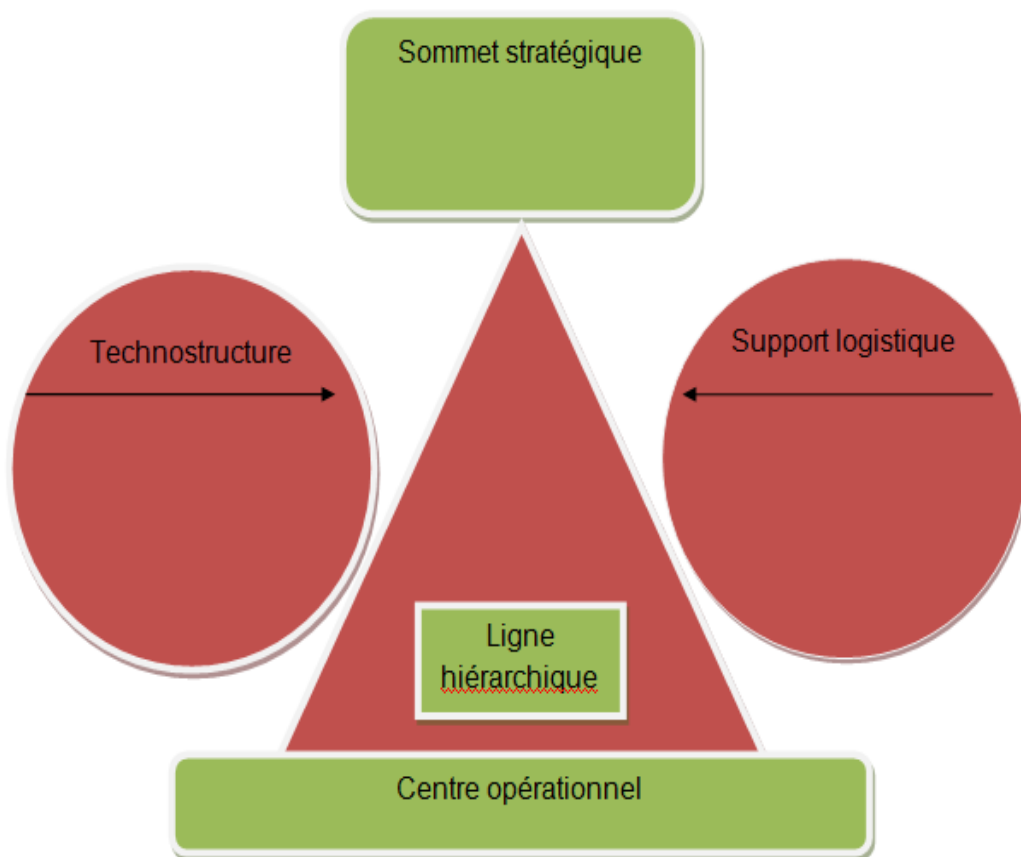
Liste des annexes

Annexe n° 1 : Schéma des cinq caractéristiques fondamentales de l'organisation, d'après H. Mintzberg.

Annexe n° 2 : Le questionnaire envoyé aux cadres de proximité, avec le courrier d'accompagnement.

Annexe n° 3 : Grille d'entretien à visée exploratoire permettant d'affiner les réponses obtenues par le biais du questionnaire.

Annexe n° 1 : Schéma des cinq caractéristiques fondamentales de l'organisation, d'après H. Mintzberg (1982)



Annexe n° 2 : Enquête sur le rôle et la place de l'encadrement intermédiaire dans les structures à vocation sanitaire et médico-sociale

2.1 Courrier d'accompagnement du questionnaire



Le Palais, le 1er février 2010

Affaire suivie par : Kamel Boucetta
Elève Directeur D3S

Le directeur

à

Madame la directrice
Monsieur le directeur

Tél. : 02.97.31.48.43
Fax. : 02.97.31.58.36
E-Mail : kamel.boucetta@hl-lepalais.fr

Objet : Enquête par questionnaire menée par un élève directeur en stage dans le cadre d'une recherche de terrain sur le rôle et la place de l'encadrement intermédiaire dans les établissements à vocation sanitaire et médico-sociale.

Madame, Monsieur, Cher(e) Collègue,

Vous le savez, la fonction d'encadrement est un métier nécessitant une expérience et de solides compétences managériales. Par leur travail d'organisation et de gestion au quotidien au plus près des équipes, les cadres de proximité sont des acteurs essentiels dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes hospitalisées, âgées et/ou hospitalisées.

Pourtant, force est de reconnaître que cette notion d'encadrement de proximité n'est pas simple à appréhender. Multiforme, elle recouvre des réalités parfois très différentes selon les organisations, les projets institutionnels ou les secteurs d'intervention.

Quelle est la place et l'évolution du rôle des cadres dit de proximité en hôpital local ou dans un établissement médico-social ? De quelles natures sont les demandes faites à ces personnels dans le cadre de cette fonction ? Quelle maîtrise des compétences requises pour exercer cette fonction ? Quelles sont les conditions d'une professionnalisation accrue et comment accompagner au mieux celle-ci leur permettant d'acquérir les avoirs et compétences dont ils ont besoin ?

C'est pour tenter de répondre à ce double questionnement de la professionnalisation et de l'accompagnement, dans un contexte où la présence de personnels qualifiés constitue un enjeu fondamental directement lié à l'amélioration continue de la qualité, que j'effectue ce travail d'enquête mené dans le cadre de mon mémoire professionnel et me permet de solliciter votre collaboration afin de mieux cerner vos conditions d'exercice professionnel (conditions de recrutement, trajectoires professionnelles, formation reçue, fonctions exercées). Actuellement en stage à l'Hôpital Local Yves Lanco de Le Palais situé à Belle-Isle-en-Mer dans le Morbihan, en qualité d'élève directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans le cadre de la formation statutaire à l'EHESP, la démarche méthodologique s'articule en deux temps :

- Dans un premier temps, il s'agira de s'interroger par questionnaire un panel de cadres de proximité travaillant en hôpital local. L'objectif est de parvenir à dresser un état des lieux des conditions de travail et fonctions exercées par les cadres de proximité en hôpital local, et ce, au-delà des aspects juridiques et réglementaires, des positions statutaires et des référentiels de formation.

- Dans un second temps, ce travail sera complété par une série d'entretiens qualitatifs sur la base d'un échantillon représentatif de la diversité des champs d'activité propre aux secteurs sanitaire et médico-social.

Considérant la configuration organisationnelle de la majorité des établissements concernés aujourd'hui et d'une manière très schématique, on parlera ici de « cadres intermédiaires » ou de « proximité » pour désigner les professionnels occupant des fonctions soit de « cadres de santé » soit de « cadres socio-éducatifs », ou faisant fonction. C'est-à-dire concrètement les agents positionnés dans l'établissement entre d'un côté les cadres de direction (directeur, directeur adjoint et cadre supérieur de santé), et de l'autre côté, par les praticiens hospitaliers ou médecins libéraux et les équipes de terrain (infirmières, aides-soignantes, éducateurs, aides médico-psychologiques, etc.).

Comme vous pourrez le constater, le questionnaire joint en annexe à ce présent courrier comprend trois grandes parties distinctes :

- La première partie est consacrée au statut, aux parcours de formation et à la prise de fonction ;
- La seconde partie aborde les aspects liés à l'organisation et au fonctionnement institutionnel ;
- La troisième partie s'attache aux conditions d'exercice de la fonction de cadre.
-

Dans un souci d'exhaustivité et de transparence, il convient de souligner que le questionnaire n'est pas nominatif et le traitement des réponses sera mené de manière totalement anonyme.

Enfin, précisons qu'afin d'optimiser sinon la représentativité à tout le moins la fiabilité des résultats obtenus et donc la solidité des interprétations qui en résulteront, un taux de retour le plus important possible de votre part serait particulièrement apprécié.

Pour ce faire, tous les questionnaires sont à retourner directement à l'Hôpital Yves LANCO par la voie de votre choix – courrier ou voie électronique -, à l'attention de Monsieur Kamel BOUCETTA, au plus tard le **1^{er} mars 2010**.

Comptant sur votre collaboration et dans cette attente, je vous prie d'agréer, Cher(e) Collègue, l'expression de mes salutations les plus cordiales.

L'élève directeur,

Kamel BOUCETTA

2.2 Enquête sur le rôle et la place de l'encadrement intermédiaire dans les structures à vocation sanitaire et médico-sociale

Je vous remercie de bien vouloir prendre le temps de compléter ce questionnaire individuel et de le renvoyer par la voie de votre choix aux adresses indiquées ci-dessous. Toutes les réponses seront traitées de façon strictement anonyme. L'objectif recherché est de mieux cerner les contours et les caractéristiques de la fonction peu connue de cadre intermédiaire en vue de favoriser les conditions d'amélioration de son exercice professionnel. Questionnaire à retourner à l'établissement public de santé Yves LANCO, à l'attention de Monsieur Kamel BOUCETTA, La Vigne, 56360 Le Palais – Belle-Île-en-Mer ou par voie électronique (kamel.boucetta@hl-lepalais.fr). Des exemplaires de questionnaires supplémentaires peuvent vous être envoyés par messagerie électronique. Pour ce faire, n'hésitez pas à nous contacter au 02 97 31 48 43.

Retour souhaité avant le **1^{er} mars 2010**.

I – Statut actuel :

- ☐ Cadre de santé
- ☐ Cadre socio-éducatif
- ☐ Cadrefaisantfonction (précisez) :
- ☐ Autre (précisez):

II – Parcours de formation initiale :

- Niveau d'études (licence, master...) :
- Diplômes obtenus : ☐ Licence 1 ☐ Licence 2 ☐ Licence 3
☐ Master 1 ou 2 ☐ Autre (précisez) :

III – Prise de fonction :

- Depuis combien de temps exercez-vous les fonctions cadre :
- Vos principales expériences professionnelles antérieures :
.....
.....
.....
.....
- Avez-vous fait l'objet d'un accompagnement spécifique au moment de votre prise de fonction en tant que cadre : ☐ Oui ☐ Non

- D'une façon générale, estimez-vous avoir besoin de formations complémentaires pour un exercice pleinement satisfaisant de vos fonctions : ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, dans quels domaines :
 - ☐ Gestion des ressources humaines/ management
 - ☐ Gestion économique, comptable et budgétaire
 - ☐ Aspects médico-techniques liés aux soins
 - ☐ Autre(précisez) :.....
 -
 -
 -

IV – Organisation et fonctionnement institutionnel :

- Les temps d'échanges avec l'équipe de direction vous paraissent-ils suffisant :
 - ☐ Oui ☐ Non
- La communication interne est-elle à vos yeux satisfaisante : ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous été associé à l'élaboration du projet d'établissement : ☐ Oui ☐ Non
- Participez-vous régulièrement aux différentes instances de gouvernance internes existantes au sein de votre établissement : ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous le sentiment d'être suffisamment reconnu dans vos fonctions :
 - ☐ Oui ☐ Non
- D'une façon générale, avez-vous le sentiment d'être suffisamment associé au fonctionnement de l'institution, aux décisions et aux projets qui concernent l'organisation :
 - ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous un projet de service clairement défini assorti de priorités claires et d'objectifs précis à atteindre : ☐ Oui ☐ Non

V – Conditions d'exercice de la fonction de cadre :

- Avez-vous une fiche de postes explicitant les missions qui vous sont confiées :

☐ Oui ☐ Non

- Si oui, celle-ci correspond-t-elle à la réalité de vos fonctions actuelles :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Si non, celle-ci serait-elle de nature à vous aider dans votre travail :

☐ Oui ☐ Non

- Dans l'organisation du travail telle que vous la connaissez aujourd'hui, estimez-vous accomplir des tâches qui ne relèvent pas directement de vos attributions :

☐ Oui ☐ Non

- Avez-vous une délégation de gestion : ☐ Oui ☐ Non

- Si oui, dans quels domaines précisément :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Dans le cadre du fonctionnement quotidien de votre institution, disposez-vous des outils d'information suffisants (tableaux de bord, indicateurs d'activité, etc.) pour piloter en toute connaissance de cause votre service ou votre unité : ☐ Oui ☐ Non

- Selon vous, quels sont les domaines prioritaires sur lesquels il convient d'agir pour une meilleure reconnaissance de la fonction de cadre :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- D'une façon générale, qu'est-ce que vous attendez en priorité de la part de votre hiérarchie :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Dans la perspective d'une analyse plus fine des résultats obtenus, seriez-vous d'accord pour être associé(e) à la seconde étape de cette enquête en participant à la série d'entretiens qui sera réalisée dans les prochaines semaines : ☐ Oui ☐ Non

- Si oui, veuillez laisser vos coordonnées complètes ci-dessous :

☐ Nom : ☐ Prénom :

☐ Courriel : ☐ Téléphone :

☐ Adresse :

Merci pour votre précieuse collaboration

Annexe n° 3 : Grille d'entretien permettant d'affiner les résultats obtenus par le biais du questionnaire.

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL

Question n° 1 :

- Pouvez-vous préciser les agréments qui composent votre établissement, et les caractéristiques du service ou de l'unité dont vous avez la charge ?

Question N° 2 :

- Pouvez-vous décrire brièvement vos principales activités en tant que cadre pour une journée de travail type ?

Question N° 3 :

- Quelles sont les principales réunions auxquelles vous participez de façon systématique ?

CONDITIONS D'EXERCICE DE LA FONCTION DE CADRE

Question N° 5 :

- Avez-vous le sentiment d'avoir une mission clairement définie ?

Question N° 6 :

- Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de votre mission ?

Question N° 7 :

- Estimez-vous avoir les marges de responsabilité et d'actions suffisantes dans votre métier de cadre, notamment à l'égard de votre hiérarchie ?

Question N° 8 :

- Quelles sont vos principales attentes en matière d'organisation ?

Question N° 9 :

- D'une façon générale, comment qualifieriez-vous les rapports cadres-direction ?

Question N° 10 :

- Pour vous, personnellement, être cadre, ça veut dire quoi ?