

Ecole Nationale de la Santé Publique

Filière des Infirmiers Généraux

Promotion 1999

L'autonomie des cadres infirmiers de proximité.

Jean-Michel PLAETEVOET

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
---------------------	----------

I PARTIE

PROBLEMATIQUE ET CADRE CONCEPTUEL

<u>1. PROBLEMATIQUE</u>	3
1.1. L'hôpital évolue	3
1.2 mais se caractérise toujours par un certain conservatisme.	4
1.3 sa complexité génère un sentiment de malaise pour les cadres.	6
<u>2. CADRE THEORIQUE</u>	8
2.1 L'hôpital comme organisation.	8
2.1.1 Le concept de bureaucratie.	
2.2 Du surveillant au cadre infirmier de proximité.	15
2.2.1 Le surveillant	15
2.2.2 Le cadre infirmier	16
2.2.3 Le cadre de santé	17
2.2.4 Le cadre infirmier de proximité	17
2.2.4.1 Le management de subsidiarité ou de proximité	
2.3 Du CCI au Diplôme cadre de santé	19
2.4 Les missions du cadre infirmier de proximité	21
2.5 L'autonomie et la responsabilité	23
2.5.1 l'autonomie	23
2.5.2 la responsabilité	26

II PARTIE

ENQUETE AUPRES D'UN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE

<u>1.METHODOLOGIE</u>	29
1.1 Présentation du terrain d'étude	29
1.2 L'échantillon interviewé	30
1.2.1 Répartition de l'échantillon	
1.3 L'outil	32
1.4 Déroulement de l'entretien	32
1.5 Les limites de l'enquête.	33
<u>2. RESULTATS DE L'ENQUETE.</u>	
2.1 L'autonomie	34
2.1.1 les cadres infirmiers de proximité	34
2.1.2 Les cadres infirmiers supérieurs	35
2.1.3 L'infirmier général	36
2.2 la fonction cadre infirmier de proximité	38
2.2.1 son évolution	
2.2.2 L'expression des difficultés.	
2.2.3 Définition de la fonction	40
2.3 Les perceptions	43
2.3.1 La perception du cadre infirmier de proximité par l'infirmier général et les surveillant chefs.	43
2.3.1.1 par les surveillant chefs.	
2.3.1.2 par l'infirmier général	
2.3.2 La perception de l'infirmier général par les cadres infirmiers de proximité et les surveillant chefs.	44
2.3.2.1 les cadres infirmiers de proximité	
2.3.2.2 cadres infirmiers supérieurs.	
2.4 Conclusions de l'enquête	46

III PARTIE
PROPOSITIONS DE SOLUTIONS

<u>1. PROFILS DE POSTE ET REFERENTIEL DE COMPETENCES</u>	49
1.1 objectifs	49
1.2 Méthodologie.	52
<u>2. REPOSITIONNER L'INFIRMIER GENERAL, LES SURVEILLANTS</u>	
<u>CHEFS</u>	
<u>ET LES CADRES INFIRMIERS DE PROXIMITE.</u>	53
2.1 un infirmier général davantage impliqué dans le management du cadre infirmier de proximité	54
2.2 des missions transversales pour les surveillants chefs.	55
2.2.1 La méthode	56
2.3 Le cadre infirmier de proximité.	57
<u>3. MANAGER DANS LA CONFIANCE</u>	58
<u>4. DONNER DU SENS.</u>	60
CONCLUSION	61
ANNEXES	
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

L'hôpital au cours du XX siècle a connu une évolution importante, depuis plusieurs décennies de profondes mutations, transformations sont apparues.

Les hôpitaux publics et privés sont confrontés à une crise sans précédent : leurs rôles traditionnels sont en mutation sous les effets conjugués des problèmes structurels et économiques. Des scoops médiatiques remettent en question l'efficacité de certains hôpitaux.

La dernière ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée réaffirme, notamment, la volonté de décloisonnement de l'hôpital, la complémentarité des structures et des hommes, la responsabilité, l'implication et les compétences des professionnels de santé.

Le changement des organisations, dans un contexte de turbulence, doit s'accompagner d'une évolution des hommes, de leurs compétences, de leurs pratiques, de leur management.

Le changement quand il est impulsé par la direction nécessite qu'il soit porté par les équipes de terrain. Les résistances au changement et les blocages sont souvent la résultante d'un manque de participation et d'implication des équipes opérationnelles. De ce fait, dans les périodes de changement, la place des cadres infirmiers revêt une importance capitale pour la mise en œuvre de la politique hospitalière.

L'encadrement infirmier comporte trois niveaux qui schématiquement s'échelonnent, sur la ligne hiérarchique, entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Généralement l'infirmier général, membre de l'équipe de direction, se situe au niveau stratégique ; le surveillant chef est à la fois au niveau stratégique et opérationnel ; le surveillant est sur le terrain, lieu de la production des soins.

L'encadrement de terrain est porteur d'attentes considérables, sa place d'interface entre l'équipe et la direction est primordiale, il est au carrefour de logiques multiples. D'autre part, le cadre sur le terrain traduit les orientations stratégiques en décisions opérationnelles. Sans sous-estimer l'importance des autres acteurs du service infirmier, nous pensons que le management des cadres situés sur le terrain, par l'infirmier général, est un enjeu considérable. A ce titre, il nous semble important de s'intéresser plus particulièrement à ce premier niveau d'encadrement.

Statutairement dénommé surveillant de services médicaux, il se nomme également cadre infirmier, cadre de santé. Plus récemment la littérature emploie le terme "cadre infirmier de proximité".

Nous choisissons le terme encadrement infirmier de proximité qui reflète cette appartenance au centre opérationnel, plongé dans les réalités et les difficultés quotidiennes.

Le cadre de l'étude portera sur la place du cadre infirmier de proximité dans un monde hospitalier en mutation.

Fort de notre expérience en tant que surveillant chef et de cadre infirmier de proximité, nous avons pu constater les difficultés inhérentes à ces fonctions. La motivation pour cette étude a pour origine, vraisemblablement, la confrontation avec des problématiques de management des cadres infirmiers de proximité par l'infirmier général. De nombreuses questions viennent à l'esprit : Comment l'infirmier général peut-il susciter l'adhésion de ces cadres pour la mise en place des projets ? , Comment faire passer l'information ? , L'infirmier général doit-il passer par les surveillants chefs pour animer les cadres infirmiers de proximité ? , Les cadres infirmiers de proximité ont-ils les compétences, leur rôle est-il défini, quelle place ont-ils ...?

Pourtant, après réflexions une seule question de départ résume les différents questionnements cette question est la suivante :

Comment l'infirmier général peut-il manager les cadres infirmiers de proximité dans un hôpital en mutation ?

Cette question de départ, déclencheur de l'étude, est trop générale pour que l'on puisse apporter une réponse, il est nécessaire d'affiner le questionnement.

Pour cela, nous aborderons successivement la problématique et le cadre conceptuel (I) pour ensuite valider ou invalider l'hypothèse par une étude de terrain (II), pour terminer par des pistes et des propositions d'actions (III)

I PARTIE

PROBLEMATIQUE ET CADRE CONCEPTUEL

1. PROBLEMATIQUE

1.1. L'hôpital évolue

C'est une évidence de préciser que l'hôpital évolue, face à la pression constante de la maîtrise des dépenses de santé nous assistons ces dernières années à d'importantes modifications marquées notamment par l'évolution et la maîtrise de techniques nouvelles, de recherche de la qualité, de l'adaptation à la demande de soins (restructurations, fusions, fermetures de services...), un patient de plus en plus acteur des soins aux exigences nouvelles.

Ces changements sont quelque fois douloureux et posent souvent des problèmes humains. Les habitudes sont modifiées, les hommes doivent évoluer.

Le cadre de proximité est au cœur de ces difficultés, cette "mutation" sollicite de la part du cadre infirmier de proximité des compétences nouvelles, une implication plus grande dans les projets, une communication accrue avec les différents acteurs, une mobilisation autour des objectifs de l'établissement...

Le cadre infirmier sur le terrain est au confluent de logiques différentes et parfois contradictoires, tirillés entre le médecin, la famille et le patient, l'infirmier général... La demande qui lui est faite est d'articuler ces logiques et de prendre en compte cette complexité. Cette position et ce rôle particulier place le cadre infirmier de proximité au cœur du processus de changement, un rapport d'étude précise *"que l'encadrement, en particulier l'encadrement infirmier, est le fer de lance du changement."* ¹

¹ rapport d'étude «la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics» TAVERNIER Nicole - MAHE marie Claude - BARATAY Pascale - GUERIN Thierry -janvier 1994 - page 14

De plus le métier de cadre infirmier de proximité évolue en parallèle avec la mutation de l'hôpital. De super infirmier dans les années 1970 où prédominait la technicité, il devient un cadre gestionnaire, organisateur des soins...

Depuis 1996, le nouveau diplôme de cadre de santé témoigne de cette évolution, la part consacrée au management est importante dans le cursus de formation.

En parallèle le management² évolue, un management directif basé sur le pouvoir et la hiérarchie devient incompatible avec la participation, la responsabilisation, l'autonomie demandée à l'encadrement. La prise de conscience que l'adhésion de la personne au but de son travail améliorerait la qualité préside à une autre forme de management de type participatif.

En même temps, une dynamique de projets est présente : projet d'établissement, projet médical, du service de soins infirmier, contractualisation, accréditation...

C'est un monde hospitalier en évolution rapide où, néanmoins, il existe des lourdeurs inhérentes à l'institution.

1.2 mais se caractérise toujours par un certain conservatisme.

Paradoxalement, l'hôpital est aussi un lieu de conservatisme de type bureaucratique sur certains points :

- une hiérarchie pyramidale calquée sur une organisation ancienne qui laisse peu de place à l'autonomie et à la responsabilisation des infirmiers et des cadres infirmiers. La hiérarchie reste, encore, pesante dans le système hospitalier. Le cadre infirmier de proximité est davantage un exécutant des décisions prises par la direction.

- un système d'évaluation réglementé et ancien

- Un système encore cloisonné, avec des querelles de « chapelle » entre services.

- Des logiques catégorielles divergentes, une complexité et une multitude d'acteurs.

- Pour le service infirmier, une ligne hiérarchique longue entre le sommet et la base "*actuellement les lignes hiérarchiques sont trop longues entre le sommet et le terrain.*"³ Le maillage de la ligne hiérarchique est constitué sur une segmentation ancienne et le fruit de

² Le management, concept anglo-saxon qui veut dire, aux Etats-Unis, à la fois organisation, gestion et administration. Le verbe "to manage" peut être traduit par gérer, administrer, diriger, mener, manier... Son sens très large varie selon le contexte. En France, le terme management est introduit par Henri Fayol en 1921. C'est un anglicisme qui désigne un ensemble de techniques d'organisation et de gestion d'une organisation

³ MARECHAL Jean-Pierre - Réformer l'hôpital : direction médicale, pivot de la réorganisation. Paris : éditions Hermès, 1996 - page 82

l'histoire des hôpitaux. L'évolution de l'hôpital impose une remise en cause de la ligne hiérarchique infirmière ou du moins une réflexion sur son positionnement et sa composition

Le nombre élevé de strates hiérarchiques peut générer des dysfonctionnements :

- des problèmes d'articulation entre le sommet (le Directeur du service infirmier) et la base. Les actions du sommet ne sont pas toujours claires pour les équipes opérationnelles, sur le terrain les infirmiers ne comprennent pas ou ne savent pas toujours ce que fait ou décide le sommet...

- Les membres de l'équipe soignante ont une perception ambiguë de la fonction d'infirmier général, "*le grief lui est attribué d'être coupé du terrain*".⁴

Cette césure entre le stratégique et l'opérationnel et la perception floue du sommet stratégique sont des éléments de blocage et de diffusion de l'information. En outre, cette coupure provoque un manque d'adhésion aux projets impulsés par le sommet stratégique.

Nous pouvons déduire que ces éléments induisent une certaine lourdeur et un manque de réactivité, alors que les l'hôpital est en pleine évolution. C'est à l'infirmier général de trouver des solutions innovantes pour que les projets prennent vie sur le terrain.

Une des fonctions prioritaires de l'encadrement de proximité est, donc, de réunir les conditions nécessaires pour que les équipes de soins s'inscrivent dans une évolution créatrice.

Une enquête menée⁵ auprès de directeur d'hôpital, directeur du service de soins infirmiers, cadres supérieurs et médecins montre que la première attente sur la fonction de cadre de proximité est qu'il soit acteur du changement, c'est à dire qu'il s'inscrive dans les évolutions actuelles et qu'il sache anticiper. "*Qu'il saisisse dans ses doutes et ses contradictions de nouvelles opportunités pour innover.*"⁶

Cette même enquête précise que l'autonomie est une capacité nécessaire pour le cadre infirmier de proximité pour faire face aux attentes de leurs partenaires.

⁴ DUBOYS-FRESNEY Catherine - Réflexions sur la fonction de directeur du service de soins infirmiers-Techniques hospitalières - n°627 - juin 1998. - page 34

⁵ Enquête conduite en 1996 dans 44 établissements de l'Ouest de la France.

⁶ GALANT Marie Odile "La fonction encadrement à l'aube du 21^e siècle" Soins formation ° trimestre 1998

Les cadres infirmiers sont naturellement positionnés pour susciter l'adhésion des équipes aux évolutions et être l'interface entre la Direction des soins infirmiers et le terrain. En effet, ils sont proches de l'opérationnel, interlocuteur du médecin, des soignants, des patients et des familles. Ils participent à la mise en œuvre du projet d'établissement en procédant à des ajustements sur le terrain et font remonter les difficultés perçues par les équipes.

Toutefois, pour qu'il puisse participer activement aux projets de l'hôpital, nous pensons que le cadre infirmier de proximité ne doit pas être écrasé par la hiérarchie, ni disposer de marges de manœuvre étroites devant, incessamment, "rendre des comptes".

1.3 sa complexité génère un sentiment de malaise pour les cadres infirmiers

Les cadres infirmiers sont au carrefour de multiples logiques : administratives, médicales, soignantes, autant de valeurs, de modes de pensée différentes. C'est une place difficile à tenir, soumise à des doubles contraintes quotidiennes (la double contrainte consiste à être placé dans une situation où l'on est à la fois dans l'obligation et l'impossibilité de faire quelque chose).

L'interface entre le stratégique et l'opérationnel est vécue au quotidien avec beaucoup de difficultés, les cadres infirmiers de proximité peuvent exprimer un malaise. André MONTESINOS⁷, lors d'une enquête dans plusieurs hôpitaux montrait une nette démotivation des cadres et des difficultés classées en trois facteurs

- Des facteurs généraux socio-économiques comme la restructuration, la fusion d'hôpitaux.

- Des facteurs institutionnels

La place et le rôle du cadre de proximité, son activité qui n'est pas toujours clairement définie. Le style de relations de travail avec la tendance à la critique et aux blâmes.

- Des facteurs personnels.

Les cadres infirmiers ont une identité professionnelle floue, changeante au gré du point de vue de l'infirmier général, des cadres infirmiers supérieurs.

Un déséquilibre entre la responsabilité et l'autorité accordée, ils subissent un contrôle tatillon et arbitraire, ils ne sont pas responsables.

⁷ MONTESINOS André le malaise des cadres infirmier, comment s'en sortir MONTESINOS André - Le malaise des cadres infirmiers, comment en sortir ? - Objectifs soins - n°59 - Décembre 1997 - page XI

Une estime de soi faible, accompagnée d'un sentiment d'accablement devant la diversité des obligations et la pauvreté des moyens dont-ils disposent.

Il est clair que l'infirmier général peut influencer fortement les différents facteurs de difficultés et aider les cadres à résoudre une partie de ces difficultés.

Les cadres de proximité sont souvent en situation paradoxale, la hiérarchie directe, les cadres supérieurs infirmiers procèdent par injonctions, il est demandé aux cadres de responsabiliser l'équipe, d'élaborer des projets, d'être acteurs.... Le raisonnement par objectifs ne s'intéresse qu'à la réalisation de l'objectif. Le cadre de proximité se situant dans un rôle d'exécutant d'un objectif qu'on lui a imposé.

Ils subissent, ainsi un management du style bureaucratique, un manque de confiance, des objectifs à exécuter, un contrôle tatillon. *« Il ne faudrait pas oublier que ces difficultés sont, pour une large part, liées à des défaillances dans le management administratif... »*⁸

Quelle est la place laissée au travail qui représente la part laissée à chacun, sa zone d'autonomie, sa marge de manœuvre. ?

*« Prendre conscience de l'importance du travail réel, c'est laisser à chaque cadre, une autonomie, une marge de manœuvre et de négociation...c'est admettre que cette part nous (infirmier général) échappe »*⁹.

Le discours actuel est de favoriser et faire émerger cette zone d'autonomie. Toutefois, la crainte d'une déviance vers l'indépendance, le poids de l'histoire fait que dans la réalité le cadre de proximité est souvent très, trop contrôlé, mis sous tutelle du cadre supérieur, l'infirmier général manageant les cadres infirmiers supérieurs.

De plus, il subsiste des inégalités de formation due à l'accès au grade : passage à l'ancienneté, formation cadre de santé, examen professionnel. Le niveau des compétences est disparate et hétérogène. Cependant, l'hôpital doit pouvoir compter sur tous ces cadres, il n'est plus possible de laisser un certain nombre d'agents sur lesquels on ne peut compter, sans avoir d'exigences.

Enfin, l'évolution de la fonction cadre est constante et s'accélère depuis quelques années. Ce changement rapide entraîne une difficulté pour un certain nombre de cadres de proximité.

⁸ POSTEL Brigitte - Cadre : bilan et perspectives de 40 ans de formation - Objectifs Soins mai 1999 n°75 pp VIII

⁹ FAUGIER-SEURET Chantal - encadrer les cadres soignants, le paradoxe des cadres de proximité - Objectifs soins Décembre 1994 n°28, page 48

Soumis aux multiples sollicitations et injonctions, le cadre peut être «dépassé», ne pas avoir les moyens, les capacités d'assurer la charge de travail.

Ces différentes réflexions m'amènent à poser l'hypothèse suivante :

Le cadre infirmier de proximité a une zone d'autonomie limitée en raison

- **d'un contrôle excessif des cadres infirmiers supérieurs**
- **d'un rôle mal défini.**

Nous désirons approfondir et définir les termes qui composent cette hypothèse guide. Dans la partie du cadre théorique, nous aborderons successivement : l'hôpital comme organisation afin de déterminer les sources du contrôle, ensuite la notion de cadre infirmier de proximité et ses missions, pour terminer par les termes d'autonomie et de responsabilité.

2. CADRE THEORIQUE

2.1 L'hôpital comme organisation

Présenter l'hôpital comme une bureaucratie peut paraître surprenant, car ce n'est pas un lieu caractérisé par une multitude de "bureaux". Par contre, l'hôpital est une organisation où les strates hiérarchiques sont nombreuses, un cloisonnement entre l'administratif, le médical et le paramédical, les procédures et les règles sont présentes et pesantes.

2.1.1 Le concept de bureaucratie.

Max WEBER définit le type idéal de l'organisation bureaucratique, elle est caractérisée par

- la continuité des fonctions, l'agent n'est pas propriétaire de sa fonction et ne peut la transmettre.

- le fonctionnement selon des règles impersonnelles et précises, sans affectivité et non adaptable à des cas particuliers.

- l'existence d'une hiérarchie et des modalités de contrôle.
- la définition rigoureuse des postes, des fonctions et des compétences.

La bureaucratie, modèle d'efficacité pour Max WEBER, se traduit par une organisation rationnelle du travail. Cependant, les critiques de cet "idéal type" sont nombreuses.

Dés l'entre deux guerres, MERTON constate que, plus les organisations se rapprochent de l'idéal type bureaucratique, plus elles risquent de se trouver paralysées. Les procédures mises en place peuvent aboutir à l'effet inverse de celui recherché. Une critique porte sur l'exigence du contrôle venant de la hiérarchie, cette exigence entraîne une insistance sur la régularité des comportements. La hiérarchie doit rendre prévisible le comportement des membres de l'organisation, cela aboutit à un accroissement de la rigidité des conduites.

La seconde critique, vient de SELZNICK qui met l'accent sur les conséquences imprévues de la délégation d'autorité qui a pour but de faciliter l'exercice du contrôle. Pour cet auteur la délégation peut revêtir deux aspects : l'un négatif car la délégation induit la départementalisation et la divergence des intérêts dans l'organisation. L'autre positif, car la délégation permet un contrôle tout en renforçant l'autonomie de l'individu.

Après ces auteurs américains, c'est Michel CROZIER qui remet en cause le principe de l'efficacité bureaucratique. De son point de vue, les nombreuses règles de fonctionnement, le contrôle excessif font obstacle à la prise d'autonomie de l'acteur. De plus l'organisation bureaucratique n'est pas adaptée au changement, l'organisation étant trop rigide.

M. CROZIER caractérise la bureaucratie selon cinq critères :

→ un grand luxe de structures formelles, en particulier le foisonnement des circulaires, notes de services, procédures, protocoles...

Une multiplicité des textes réglementant la gestion des ressources humaines.

→ Une peur de la relation face à face, l'utilisation des procédures permet d'éviter cette relation.

→ Une routine et un ritualisme.

La rigidité et la référence à la réglementation deviennent des contraintes intégrées dans les comportements, l'importance donnée au facteur ancienneté amplifie ces phénomènes.

→ Une stratification et une spécialisation

Il existe de nombreux échelons hiérarchiques, la centralisation des décisions maintient éloignée l'instance de décision du niveau d'exécution. Enfin, les informations circulent difficilement entre la base et le sommet.

→ Un fonctionnement par réseaux parallèles, le plus souvent en dehors de la ligne hiérarchique normale. Le fonctionnement bureaucratique excessif qui vise à réduire le plus possible l'autonomie de l'acteur génère des pouvoirs parallèles qui ne sont pas "officialisés".

M CROZIER parle alors de cercle vicieux bureaucratique.

Nous voyons que le modèle weberien de la bureaucratie est fortement critiqué, mais il n'est pas remis fondamentalement en cause. On peut observer, empiriquement, que toutes les organisations modernes si elles relèvent du modèle weberien, sont plus ou moins bureaucratiques.

L'hôpital répond aux caractéristiques d'un système bureaucratique qui présente des aspects d'efficacité comme le décrit le modèle weberien. L'hôpital est un monde complexe, la multiplication des acteurs, l'augmentation quantitative et qualitative du personnel infirmier rendent nécessaire une organisation rationnelle. A ce titre la production de protocoles, la définition rigoureuse des postes, des fonctions et des compétences permet d'apporter des soins de qualité aux patients.

Toutefois, la bureaucratie hospitalière présente des inconvénients, si l'on se place au niveau de la Direction du service de soins infirmiers, nous pouvons observer un aspect bureaucratique indéniable.

→ La confusion de rôle peut exister entre le surveillant chef et le cadre de proximité, comment est identifié l'infirmier général ?

"la fonction hiérarchique n'est pas clairement identifiée dans les services de soins"¹⁰

→ Une ligne hiérarchique longue entre le directeur de soins infirmiers et l'infirmier, il peut exister jusqu'à quatre échelons " le personnel a le sentiment que cette fonction hiérarchique (service infirmier) s'alourdit par création de postes complémentaires"¹¹

¹⁰ TAVERNIER Nicole, MAHE Marie-claude, BARATAY Pascal, GUERIN Thierry - La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics - Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville - 1994 - page 23.

¹¹ Ibid., page 24

→ Il existe une coupure entre la direction des soins infirmiers et la "base" (cadres infirmiers de proximité, infirmiers, aides-soignants). Les membres de l'équipe soignante ont une perception ambiguë de la fonction d'infirmier général, *"cette fonction (l'infirmier général) est perçue d'une façon assez ambiguë, le grief lui, est attribué d'être coupé du terrain"*.¹²

→ L'existence d'un contrôle excessif lié à la peur d'une perte de pouvoir et à la crainte d'une balkanisation des unités.

L'apport de **Henri MINTZBERG** introduit une nouvelle analyse typologique des organisations. Il distingue notamment la "bureaucratie mécaniste" et la "bureaucratie professionnelle".

La bureaucratie mécaniste est fondée sur l'autorité de position qui est de nature hiérarchique. Le pouvoir formel est clairement situé au sommet. De plus, les procédures sont très formalisées, il existe une prolifération de règles de communications formelles (note de service).

La bureaucratie professionnelle met l'accent sur le pouvoir de la compétence indépendamment de la ligne hiérarchique.

Pour H. MINTZBERG l'hôpital est une bureaucratie professionnelle " où domine le pouvoir de l'expert cela a deux origines : d'abord la complexité du travail qui rend impossible toute supervision par un supérieur hiérarchique... ensuite des services spécialisés qui sont très demandés."¹³

L'expert s'identifie d'avantage à son corps professionnel qu'à l'organisation. Le professionnel dispose d'une expertise et d'une large autonomie, c'est le cas en particulier des médecins, des praticiens hospitaliers. La bureaucratie professionnelle est décentralisée et démocratique.

H. MINTZBERG définit la complexité de l'organisation suivant une répartition en cinq groupes :

→ le sommet stratégique qui regroupe ceux qui ont la charge de diriger l'organisation, d'administrer l'hôpital : il s'agit de la direction générale, l'équipe de direction, le conseil d'administration...

¹² DUBOYS-FRESNEY Catherine - Réflexions sur la fonction de directeur du service de soins infirmiers-Techniques hospitalières - n°627 - Juin 1998 - page 34

¹³ ARY Brousillon - Surveillantes à cœur ouvert à cris perdus : un franc-parler pour un autre regard sur une profession. - Paris - Editions Seli Arslan - 1996 - page 29

→ la ligne hiérarchique relie le sommet stratégique au centre opérationnel. Ce sont les agents qui exercent une supervision directe, une autorité directe sur le centre opérationnel. **Pour le service infirmier, la ligne hiérarchique est composée de l'infirmier général de 2^o classe (éventuellement), du cadre infirmier supérieur, du cadre infirmier de proximité, pour qui le terme "proximité" met en évidence le rapport étroit avec le centre opérationnel. Le cadre infirmier de proximité est un relais privilégié entre le sommet stratégique et le centre opérationnel.**

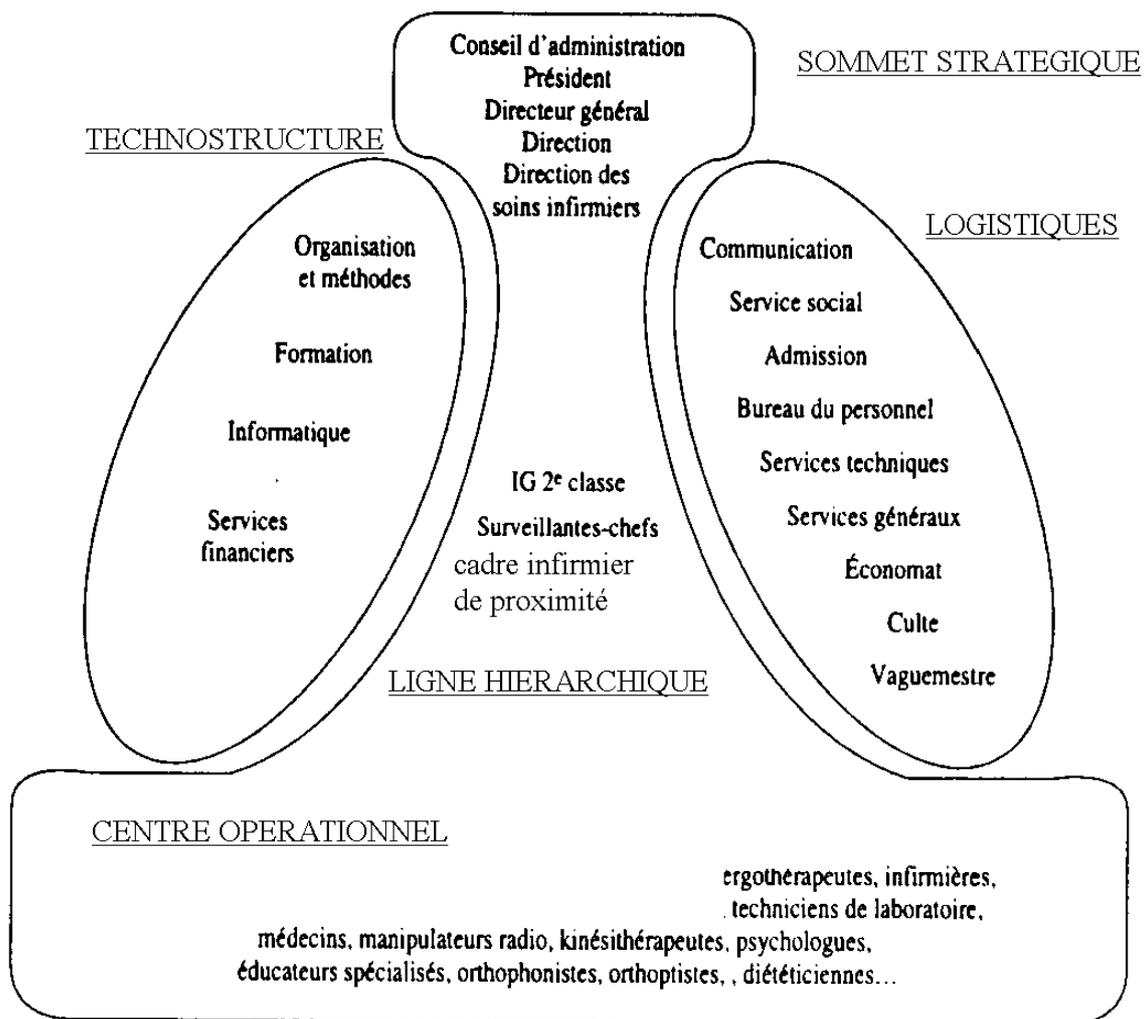
→ la technostructure qui procède à la standardisation des procédés de travail, des résultats, des qualifications. C'est, par exemple, la Direction du système d'information et d'organisation, le département d'information médicale, mais, aussi, la formation, les services financiers...

→ les fonctions de supports logistiques qui sont des prestataires internes nécessaires au fonctionnement de l'hôpital. Ce sont les services techniques, les services économiques, les services médico-techniques...

→ le centre opérationnel est représenté par les professionnels des unités de soins, soignants et médicaux : les infirmières, les aides soignantes.... Ce sont les agents qui concourent directement à la production des soins. Les agents jouissent d'une relative autonomie reposant sur l'expertise des actes professionnels.

Voici ci dessous un exemple¹⁴ de découpage selon les cinq parties selon MINTZBERG.

¹⁴ inspiré du schéma page 42, in ARY Brousillon - Surveillantes à cœur ouvert à cris perdus : un franc-parler pour un autre regard sur une profession. - Paris - Editions Seli Arslan - 1996



En tant que configuration structurelle définie par H. MINTZBERG, l'organisation hospitalière peut revêtir les caractéristiques suivantes :

→ Importance du centre opérationnel.

L'hôpital regroupe des unités de soins qui sont relativement indépendantes et autonomes. De plus, l'organisation hospitalière a une tendance à la spécialisation.

→ Ligne hiérarchique parfois double ou inexistante.

On a coutume de préciser que le cadre infirmier de proximité est soumis à une double hiérarchie. D'une part, la hiérarchie du service infirmier (surveillant chef, Infirmier général). D'autre part, une hiérarchie fonctionnelle médicale.

Dans une autre forme de figure, la ligne hiérarchique peut être inexistante entre le Directeur et les médecins, par exemple.

→ Peu de mécanismes formels de coordination, la primauté est donnée à deux autres mécanismes de coordination : l'ajustement mutuel et la standardisation des qualifications.

"L'ajustement mutuel permet la coordination du travail par simple communication informelle. La standardisation des qualifications est obtenue par deux moyens : la formation et la socialisation."¹⁵

Le processus de socialisation renforce l'effet de la formation. Chacun se reconnaît par la formation qu'il a suivie, ses règles ...

A ce titre, pour le cadre de proximité titulaire du diplôme de santé, il existe un processus de formation et de socialisation.

→ Faiblesse de la technostructure, les procédures formalisées d'organisation, de standardisation des résultats, du suivi d'activité restent peu développées à l'hôpital.

→ La fonction logistique est très développée de part l'accroissement de la complexité des technologies hospitalières.

→ Une position ambiguë du sommet stratégique.

Ainsi, à l'hôpital semble coexister les deux types de bureaucratie, professionnelle et mécaniste. Au niveau du service infirmier, l'activité des acteurs repose sur une expertise, la formation et la qualification, caractéristiques d'une bureaucratie professionnelle. Toutefois, le service infirmier s'apparente, également à une bureaucratie mécaniste où le pouvoir et le statut sont rattachés à la fonction, et où l'autonomie de l'opérateur est très réduite tant il est écrasé par sa hiérarchie. L'abondance des structures formelles (protocoles, notes de services...) vont dans le sens de cette typologie de bureaucratie.

L'autonomie du cadre infirmier de proximité semble toute relative soumise à une hiérarchie pyramidale pesante.

Le cadre infirmier de proximité est le dernier maillon d'une ligne hiérarchique comportant de nombreux échelons. Le terme "proximité" met en évidence le rapport étroit avec le centre opérationnel.

D'autre part, le cadre infirmier de proximité est un relais privilégié entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Cependant, on constate que le directeur du service

¹⁵ CREMADEZ M, GRATEAU F - le management stratégique hospitalier" - InterEditions - 1997 - page 19

de soins infirmiers (situé au sommet stratégique) peut être coupé du centre opérationnel, voir du cadre infirmier de proximité.

2.2 Du surveillant au cadre infirmier de proximité.

L'évolution sémantique du terme qualifiant l'encadrement est profondément liée à l'évolution de la profession et du monde hospitalier. Le passage de super infirmier dans les années 1970, au manager actuel induit un changement de terminologie. En outre, les intitulés des formations cadres influencent fortement l'appellation de l'encadrement.

Statutairement, le troisième grade du corps des infirmiers est dénommé : infirmier surveillant des services médicaux. C'est ce terme que l'on trouve dans le fichier permanent des corps et grades des établissements publics sanitaires et sociaux et plus généralement dans les textes de base, sur le bulletin de salaire.

Pourtant, suivant les établissements, on référence de multiples terminologies : surveillant, cadre infirmier, cadre de santé, infirmier cadre, cadre de proximité... Plusieurs de ces termes peuvent nommer un seul et même agent. Un certain flou peut même exister pour l'agent qui a des difficultés à se situer dans cette terminologie.

2.2.1 Le surveillant

Le terme surveillant est apparu lors de la laïcisation des hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris. Surveillant induit la notion de surveiller l'équipe, les patients ; les termes infirmier(ère) en chef, cheftaine étaient également employés.

Le guide de terminologie n°3¹⁶ précise la définition de la surveillante : « Cadre infirmier responsable de la gestion des soins, de l'organisation et du fonctionnement d'une unité de soin, de l'animation et de l'encadrement de l'équipe soignante conformément à la politique de soins infirmiers. »

¹⁶ Guide de terminologie des soins infirmiers n°3 série soins infirmiers. Glossaire provisoire- BO. N°86/21 bis - page 203.

Cette définition est assez succincte et délimite la responsabilité de la surveillante dans l'unité de soin. La définition de la surveillante renvoie au terme cadre infirmier.

Ce terme qui est encore largement usité a tendance après les années quatre vingt à être remplacé par celui de cadre infirmier.

2.2.2 Le cadre infirmier

Le cadre infirmier ¹⁷ est un infirmier exerçant du fait de sa formation, et/ou de son expérience des fonctions de responsabilité dans l'enseignement des soins infirmiers ou dans l'administration des services de soins hospitaliers et extra-hospitaliers. Celles-ci impliquent essentiellement des activités :

- d'organisation
- d'animation
- de coordination
- de contrôle
- de recherche
- de pédagogie

La définition du cadre infirmier élargit le domaine de compétence à l'extra-hospitalier et à l'enseignement. Mais surtout n'établit pas la formation comme élément indispensable au cadre infirmier (. Du fait de sa formation, et/ou de son expérience...).

Pourtant, même si le terme de cadre infirmier tend à se généraliser dans les années quatre vingt, la notion de cadre infirmier suppose et s'emploie plus particulièrement pour les infirmières dont la formation est sanctionnée par un diplôme comme le Certificat Cadre Infirmier (CCI).

2.2.3 Le cadre de santé

La dénomination cadre de santé est liée à l'obtention du diplôme de cadre de santé (voire ci dessous), intitulé qui témoigne de la nécessité de faire évoluer les missions d'une profession en parallèle avec le secteur auquel elle appartient.

¹⁷ ibid page 19

L'ouverture du diplôme cadre de santé sur la " pluri professionnalité" a pour objectif de faciliter l'acquisition d'un langage et d'une culture commune à l'ensemble de la profession. Le caractère multi professionnel de la formation semble une étape préparatoire au décloisonnement de l'hôpital, à la notion de réseau de soins. En bref, c'est travaillons ensemble.

Certains établissements utilisent le terme de cadre infirmier de santé, c'est à notre avis, rajouter une spécificité infirmière à un diplôme qui est commun à l'ensemble de la profession.

2.2.4 Le cadre infirmier de proximité

Il n'existe pas de définition précise du cadre de proximité, ce terme emprunté du monde de l'entreprise fait référence au premier niveau de l'encadrement qui anime hiérarchiquement ou fonctionnellement une équipe. De part sa situation le cadre est de proximité, il est sur le terrain, en première ligne, proche des problèmes quotidiens. Mais il doit être proche de la hiérarchie en traduisant les objectifs stratégiques en décisions opérationnelles.

Cette nouvelle locution est de plus en plus employée dans le monde hospitalier et doit être rattachée au mode de management de proximité (de subsidiarité.) ou le cadre infirmier doit être de proximité au plus proche du terrain.

2.2.4.1 Le management de subsidiarité ou de proximité

Le principe de subsidiarité implique que tout échelon s'interdit de réaliser lui-même une tâche qu'un échelon inférieur pourrait effectuer. Il s'agit d'une délégation à l'envers qui aboutit à donner de l'autonomie. *"Si le principe de délégation prête du pouvoir le principe de subsidiarité en donne"¹⁸.*

Le management de subsidiarité ou de proximité est issue de réflexions du monde des entreprises. L'autorité hiérarchique était difficilement conciliable avec les attentes des clients dans un monde de concurrence. Une des solutions préconisées est alors de renverser l'organisation pyramidale de l'entreprise. Le rôle premier est accordé à l'équipe opérationnelle au contact du client, la direction générale étant éloignée de ces préoccupations. L'autonomisation passe par trois voies :

¹⁸ Guy VALLET - Responsabilité et missions de l'infirmier général - Objectifs soins - n°28 - Décembre 1994.
Page 34

- la réduction des échelons hiérarchiques
- la modification des relations de pouvoirs, les anciens décideurs sont positionnés en tant qu'expert.
- la signature des contrats d'objectifs.

Cette réflexion née dans les entreprises privées s'est rapidement développée dans le monde hospitalier. Dans des hôpitaux étrangers des expériences innovantes se réclament du management de subsidiarité ou de proximité. Les cliniques universitaires Saint Luc de Bruxelles ont restructuré les activités pour les répartir en sept départements. Chaque département est sous la responsabilité d'un praticien hospitalier qui est chef de département. Le chef de département est assisté non seulement d'un cadre infirmier, mais également d'un assistant administratif. Les objectifs sont de décharger les soignants des tâches administratives non reliées aux soins directs et de clarifier les fonctions de chacun.

Le terme de cadre infirmier de proximité est très étroitement lié au management de subsidiarité. Dans cette optique les cadres infirmiers sur le terrain ont davantage d'autonomie et de responsabilité, la structuration pyramidale est moins pesante.

En France, l'ordonnance du 14 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée prévoit que les équipes médicales et paramédicales peuvent constituer à leur initiative des centres de responsabilités. *"Ces centres bénéficient d'un budget et d'une délégation de gestion afin de mettre en œuvre au bénéfice des patients les objectifs et les moyens qui sont fixés par contrat avec le directeur de l'établissement"*¹⁹

On retrouve ainsi les deux volets de la philosophie de subsidiarité et de proximité : la déconcentration de la gestion et la contractualisation.

L'encadrement infirmier va devoir revoir son positionnement face à ce nouveau mode de management qui donne du pouvoir et de l'autonomie aux unités opérationnelles.

2.3 Du CCI au Diplôme cadre de santé

La formation des cadres infirmiers, jusqu'en 1995, est intimement liée à l'identité infirmière, on le retrouve dans les termes de la formation : certificat cadre infirmier...

¹⁹ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

« La formation des cadres infirmiers s'est peu à peu structuré sans se départir de son identité profonde qu'est le métier d'infirmière »²⁰

Depuis 1995, date de création du diplôme cadre de santé, le terme infirmier disparaît pour laisser place à une notion générale de cadre de santé. Mais, regardons brièvement l'historique de la formation des cadres infirmiers.

En 1951 la Croix rouge met en place une formation pour les fonctions d'encadrement et de formation infirmières, ce n'est ni un certificat, ni un diplôme.

En 1958 sont créés deux certificats :

- le certificat d'aptitude à la fonction surveillante (CAFIS).
- le certificat d'aptitude à la fonction d'infirmière monitrice (CAFIM).

Ces écoles sont censées former des «super » infirmières. Le programme consiste en un approfondissement des techniques médicales et ne vise pas la formation de personnes compétentes dans la fonction d'encadrement.

Il est à noter que la surveillante et la monitrice ont des certificats différents.

Le certificat cadre infirmier est légiféré par le décret du 7 août 1975, le certificat cadre infirmier est commun aux deux fonctions, mais il n'est exigé que pour l'enseignement.

En 1976, après la création du certificat cadre infirmier de secteur psychiatrique, l'ensemble du personnel infirmier de quelque domaine d'activité que ce soit bénéficie d'une formation cadre.

Enfin en 1995, le Diplôme Cadre de santé remplace le certificat cadre infirmier et la formation s'ouvre aux autres paramédicaux, treize professions sont concernées.

L'accent est mis sur la nécessité d'un encadrement compétent et de qualité dans l'hôpital en évolution. Un deuxième objectif est de participer au décloisonnement de l'hôpital. En effet, la filière commune à tous les acteurs paramédicaux devrait permettre, à terme, un langage et des outils communs.

Les principes pédagogiques de la formation doivent permettre une responsabilisation et l'autonomie pour des futurs professionnels cadres de santé.

²⁰ Cadre : bilan et perspectives de 40 ans de formation POSTEL Brigitte Objectifs Soins mai 1999 n°75 pp VIII

*"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 leur compétence, qui est déterminante 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 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."²¹

La formation est articulée autour de deux grands axes, d'une part les fonctions d'animation et de gestion et d'autre par les fonctions formation et de pédagogie. Le cursus de formation est décomposé en six modules (annexe n° 1). Une part importante est consacrée à la fonction encadrement (quatrième module) et à la fonction formation (cinquième module), le sixième module est un temps d'approfondissement selon le choix de l'étudiant.

Le diplôme cadre de santé précède de très peu les ordonnances du 24 avril 1996. Au fil des recompositions hospitalières, le cadre hospitalier va devoir s'adapter. Les missions et le rôle de cadre vont évoluer dans ce contexte en changement. Mais, actuellement quelles sont les missions du cadre infirmier de proximité et comment sont elles définies.

2.4 Les missions du cadre infirmier de proximité

La profession infirmière est bien encadrée par la législation, d'une part le décret de compétence du 15 mars 1993 indique la nomenclature des actes selon le rôle propre et le rôle sur prescription, d'autre part le décret du 16 février 1993 précise la déontologie infirmière.

²¹ Arrêté du **18 août 1995 relatif au diplôme cadre de santé**

Par contre, il n'existe pas de cadre juridique précis définissant la fonction du cadre de proximité. Madame VILCHIEN précisait, dans un article ²²: *"il faut reconnaître qu'il n'existe pas de définitions claires des missions de l'encadrement de santé que ce soit dans les textes ou dans l'esprit des personnes."*

Dans un compte rendu d'enquête sur les "motivations et attentes de cadres soignants" publié en 1989, la société conseil et organisation et Développement d'Entreprise notait "... il n'y a pas de définition cohérente du rôle et des missions de l'encadrement, du moins elle n'existe pas dans l'esprit des intéressés..."²³.

Ce sont notamment les conclusions de cette enquête qui sont à l'origine de la lettre circulaire du 20 février 1990 de la Direction des Hôpitaux (DH-8A-PK-CT-n° 000030).

La lettre circulaire (Annexe n°2) précise la mission et les fonctions principales du surveillant de services médicaux.

- Il participe en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire médicale à la définition des objectifs et du projet de l'unité.

- Il est responsable de la gestion d'une unité et organise la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé.

- Il a un rôle d'encadrement et d'animation des personnels de l'unité.

- Il est une référence pour les soins spécifiques.

- Il a un rôle de formation, de coordination, de recherche.

- Il est responsable :

- du soin dans le domaine de compétence propre à sa fonction

- de l'organisation de l'application de la prescription médicale

- de la gestion administrative de l'unité.

La lettre circulaire présente une description des activités de la fonction surveillant des services médicaux, ses activités se répartissent selon quatre grands axes :

- la Technicité

- l'information

- la communication, relation

²² VILCHIEN Danielle - Les cadres de santé et le changement à l'hôpital - Les cahiers Hospitaliers - n°119 - Décembre 1996 - page11

²³ Cité dans ARY Brousillon - Surveillantes à cœur ouvert à cris perdus : un franc-parler pour un autre regard sur une profession. - Paris - Editions Seli Arslan - 1996 - page 149

- la contribution économique.

La lettre circulaire met en évidence la participation du surveillant à l'élaboration du projet de soins avec l'équipe pluridisciplinaire médicale, c'est donc davantage un homme projet disposant d'une initiative et d'autonomie qu'un acteur exécutant. La circulaire précise, également, le rôle difficile d'interface et de relais entre les différents professionnels intervenant dans l'unité et les différents acteurs de l'hôpital : "*Il établit et facilite la collaboration et la coordination entre l'équipe soignante pluridisciplinaire et l'équipe médicale... Suscite les rencontres entre la personne soignée et les services.... Etablit des relations de travail avec les chefs de service.*"

La notion de responsabilité est mise en exergue, on retrouve plusieurs fois la locution "Il est responsable de...", cette responsabilité affirmée ne peut être détachée de l'autonomie nécessaire pour y parvenir.

La parution de la lettre circulaire a suscité diverses réflexions dans les établissements, c'est d'ailleurs ce que préconisait la lettre du Directeur des Hôpitaux (M. Gérard VINCENT):

"Je souhaite que selon les voies appropriées, les documents soient soumis à une concertation.... J'attends de cette réflexion collective une meilleure définition de la fonction d'encadrement..."

Malgré les diverses études locales et régionales, il n'y a pas eu au niveau national, d'autre définition de la fonction, ni de référentiel de compétences pour l'encadrement infirmier, de l'infirmier général au cadre infirmier de proximité.

C'est un certain flou qui entoure la fonction cadre à l'hôpital, ce qui peut créer une crise d'identité. De plus, l'hôpital est en pleine mutation, les missions du cadre infirmier de proximité doivent évoluer parallèlement.

Quelles seraient les attentes et les compétences des cadres infirmiers pour le prochain siècle ?

Une enquête²⁴ conduite en 1996 dans 44 établissements de l'Ouest de la France indiquait les attentes des partenaires (Directeurs d'hôpitaux, directeurs de soins infirmiers, surveillants chefs, infirmiers, aides soignantes et médecins) vis à vis des cadres infirmiers de proximité.

²⁴ cité dans l'article de Marie-Odile GALANT - La fonction d'encadrement à l'aube du 21^e siècle- Soins formation Pédagogie Encadrement - n°27 - 3^e trimestre 1998 - page 29

L'étude recensait cinq attentes :

- le cadre infirmier de proximité est un acteur de changement, il s'inscrit dans les évolutions actuelles tout en pouvant les anticiper.
- il est un leader qui passe rapidement de la réflexion à l'action, sans être autoritaire.
- il est animateur, il mobilise et dynamise l'intelligence de tous.
- il se doit d'être pédagogue et stratège en permettant aux soignants qu'il encadre, d'optimiser leur potentiel.
- il soit un expert, doté d'une expertise.

Pour répondre à ces attentes le cadre infirmier de proximité doit posséder certaines capacités, notamment, comme la logique, la rigueur, la solidarité, la créativité, la mobilité et surtout être capable d'autonomie. L'autonomie c'est pouvoir être seul, mais aussi avec les autres dans un dialogue constructif sans que la notion de hiérarchie soit pesante, enfin, c'est davantage de responsabilisations, d'initiatives.

Voyons ce que recouvre les notions d'autonomie et de responsabilité.

2.5 L'autonomie et la responsabilité

Nous avons retrouvé à plusieurs reprises le terme "autonomie", il est judicieux de définir ce concept. Cette définition n'est pas aisée car ce mot "valise" est utilisé fréquemment pour de multiples acceptations.

2.5.1 l'autonomie

Pour le dictionnaire Larousse le terme autonomie dénote «l'indépendance, la possibilité de décider pour un organisme, pour un individu, par rapport à un pouvoir central, à une hiérarchie, à une autorité ». Mais en raison de l'évolution sociologique le terme autonomie a acquis une connotation beaucoup plus vaste, c'est à dire un ensemble de valeurs affectives (comme l'indépendance, la liberté...) qui viennent enrichir et perturber la signification du terme.

Dans cette définition très générale, la locution «par rapport » indique un aspect relationnel, une relation duelle entre deux éléments.

L'autonomie n'est pas une autarcie, ni une donnée fixe, elle provient du milieu extérieur et s'acquiert par rapport à l'environnement.

L'exercice de l'autonomie exige donc un travail sur la relation duelle entre le système et son environnement, entre un individu et un autre. *"Il faut être deux pour inventer. L'un forme des combinaisons, l'autre choisit, reconnaît ce qu'il désire et ce qui importe dans l'ensemble des produits du premier".*²⁵

Cette dualité et cette combinaison se retrouvent dans la définition de l'interdépendance (voir ci dessous), la forme la plus aboutie de l'autonomie.

Il est possible de distinguer plusieurs typologies d'autonomie ²⁶ :

→ L'absence d'autonomie.

- Celui qui n'assume pas de traiter les problèmes et se défait sur les autres n'est pas autonome. Le recours systématique à l'autre caractérise une absence d'autonomie. C'est le cas d'un cadre infirmier de proximité qui ne s'implique pas et veut être "couvert" pour chacune de ces décisions. Le recours au surveillant chef est un évitement de sa propre responsabilité.

- Celui qui s'affirme en fonction d'une prise de décision préalable de l'autre dispose d'une autonomie très limitée. Le recours à l'avis du surveillant chef ou de l'infirmier général peut être rendu obligatoire par une hiérarchie pesante.

Le cadre infirmier de proximité ne prend aucune décision sans en avoir informé le surveillant chef.

→ l'autonomie comme indépendance

L'indépendance est la forme la plus spontanée de l'autonomie. Elle s'enracine dans une tradition bien française de l'indépendance des métiers, de l'honneur de l'ouvrier qualifié.

²⁵ Docteur VENDRYES Pierre, cité dans KITOUS Bernhard -Soigner l'hôpital. Management pour l'autonomie au quotidien - Ramonville-Saint-Agne : Erès, 1994 - page 115

²⁶ CLAUDE Jean-François - L'éthique au service du management : concilier autonomie et management pour l'entreprise - Edition Liaison - 1999 - page 101

Cette forme d'autonomie repousse l'autre, il n'existe pas de relation duelle, l'individu agissant en «électron libre ». Cette autonomie semble impossible et même dangereuse dans une organisation hospitalière où il est nécessaire de travailler en équipe.

→ l'autonomie de devoir

Pour KANT et ROUSSEAU est autonome celui qui est capable de se soumettre à une loi, de faire taire ses intérêts particuliers.

Dans l'autonomie du devoir, l'individu se considère autonome lorsqu'il oublie ses intérêts particuliers pour se conformer à une règle, des valeurs qui s'imposent à tous.

Cette autonomie se réfère à ce que l'individu considère comme l'intérêt supérieur de l'entreprise. C'est en quelque sorte une autonomie obligatoire où la relation à l'autre est faussée.

→ l'autonomie interdépendante

L'autonomie interdépendante admet la nécessité de l'autre et l'importance de réunir les conditions, sur le plan personnel, d'une perméabilité à l'influence de l'autre.

C'est une relation d'interactive où le point de vue de chacun est pris en compte. Cela suppose que : - avant de faire appel à l'autre, il est nécessaire d'étudier toutes les solutions que l'on peut réaliser personnellement

- cet appel à l'autre tient compte de sa disponibilité et des contraintes d'efficacité.
- il faut solliciter l'autre là où il a une expertise, un potentiel.

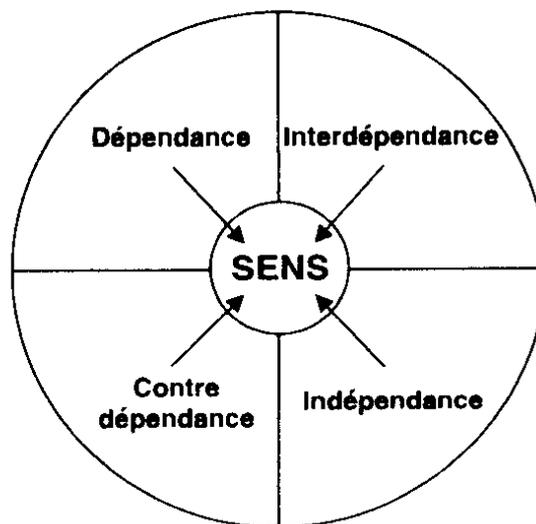
Mais passer de la dépendance à l'interdépendance n'est pas chose facile, le processus de développement de l'autonomie peut passer par quatre étapes :²⁷

- La dépendance qui est l'absence d'autonomie et d'initiatives.
- La contre dépendance, les personnes apprennent à dire non, tout en écoutant les supérieurs. Cette phase de contestations doit être accompagnée d'un soutien, au risque de tomber dans la contestation systématique.

²⁷ Bertrand MARTIN, Vincent LENHARDT, B.JARROSSON - Oser la confiance : Propos sur l'engagement des dirigeants - INSEP Editions - 1997 - page 71

- L'indépendance
- Pour arriver à l'interdépendance.

Ces quatre étapes doivent être soutenues par le sens (la ligne directrice) que distille l'infirmier général. Cela peut être représenté par un schéma²⁸ ci dessous qui représente l'importance d'un sens fédérateur autour duquel se cristallise les quatre étapes.



2.5.2 la responsabilité

La notion d'autonomie ne saurait exister sans la notion de responsabilité.

Le cadre infirmier de proximité est doublement responsable, il engage sa responsabilité juridique, mais, également, sa responsabilité personnelle.

Etre responsable, c'est avoir de bonnes intentions, agir en conscience, c'est reconnaître comme sien les actes accomplis et ne pas rejeter la faute sur les autres.

²⁸ Op.Cit page 73

Max WEBER dans le "Savant et la politique" oppose l'éthique de conviction et l'éthique de responsabilité.

L'éthique de conviction c'est agir au nom de principes supérieurs, intemporels et déontologiques où encore en s'appuyant sur des idéaux. " *Les hommes animés par l'éthique de conviction proclament : ce n'est pas moi.... La responsabilité des conséquences n'incombe pas à moi, mais aux autres.*"²⁹.

L'éthique de responsabilité c'est prendre en compte les effets de nos actions dans les décisions. " *Le partisan de l'éthique de la responsabilité comptera sur les défaillances communes de l'homme et estimera ne pas pouvoir se décharger sur les autres des conséquences de sa propre action.*"³⁰ c'est être responsable de ses actes et ne pas rejeter la responsabilité sur les autres.

L'autonomie du cadre infirmier de proximité est souvent tributaire de l'attitude et du comportement du supérieur (surveillant chef). L'organisation pyramidale du service infirmier favorise le pouvoir statutaire et ne libère pas suffisamment l'initiative. Le cadre infirmier de proximité a au-dessus de lui une hiérarchie qui exerce un contrôle de ses actions. Il est, ainsi, placé dans une situation d'autonomie faible, voire, de dépendance. En tant qu'infirmier général, l'enjeu est que le cadre infirmier de proximité passe d'un état dépendance à une logique d'interdépendance.

Pour le cadre infirmier de proximité c'est admettre l'importance et la nécessité du surveillant chef, de l'infirmier général et réciproquement pour pouvoir vivre en parité, en dialogue. C'est, aussi, penser que le cadre de proximité vienne avec un projet bien réfléchi avant de solliciter le surveillant chef.

C'est, enfin, que chaque partie puisse influencer l'autre dans ses décisions, et, ceci dans les deux sens.

Toutefois, il est nécessaire de rester vigilant à ce que l'autonomie ne soit pas l'indépendance, au risque de tomber dans l'anarchie ou chacun fasse ce qu'il désire.

²⁹ Max WEBER cité dans - Jean-François CLAUDE - L'éthique au service du management : concilier autonomie et management pour l'entreprise - Edition Liaison - 1999 - page 106

³⁰ Op.Cit

Nous devons apporter un sens, un fil conducteur qui puisse fédérer les cadres. Concilier une autonomie interdépendante créatrice et les objectifs et projets de l'hôpital.

L'apport théorique a permis d'éclairer et d'approfondir les termes de notre hypothèse. Nous décidons de ne pas modifier notre hypothèse que nous rappelons ici.

Le cadre infirmier de proximité a une zone d'autonomie limitée en raison

- **d'un contrôle excessif des cadres infirmiers supérieurs**
- **d'un rôle mal défini.**

Pour pouvoir vérifier cette hypothèse il est nécessaire de la confronter à la réalité du terrain, la deuxième partie de l'étude est consacrée à l'enquête.

II PARTIE

ENQUETE AUPRES D'UN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE

Nous avons pris l'option de ne retenir qu'un terrain d'étude, l'ambition de l'enquête n'est pas d'obtenir une généralisation des résultats à tous les hôpitaux de France, pour cela il faut un échantillon d'hôpitaux important et représentatif. Ce qui nous motive, c'est la transposition des résultats de l'enquête dans l'Etablissement public de santé mentale où nous allons prendre nos fonctions.

Si cela avait été possible nous aurions choisi notre établissement d'affectation comme terrain d'étude, mais notre connaissance du terrain et des acteurs aurait induit un biais important, on ne peut être juge et partie.

C'est ainsi que nous avons choisi un terrain qui possède significativement, les mêmes caractéristiques que l'Etablissement public de santé mentale dans lequel nous allons prendre nos fonctions :

- Les objectifs du projet d'établissement sont proches.
- La population cadre infirmier possède sensiblement le même profil, pyramide des âges, répartition des «cadrés » et «non-cadrés ».
- La culture est peu différente, l'établissement d'enquête est situé à une dizaine de kilomètres de l'établissement dans lequel nous prenons nos fonctions.

1. METHODOLOGIE.

1.1 Présentation du terrain d'étude

Le lieu de l'étude est un Etablissement public de santé mentale qui assure la gestion de 10 secteurs de psychiatrie adulte et de 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, ceci sur une zone géographique couvrant une population de 680000 habitants.

La capacité de l'EPSM est à ce jour de 900 lits d'hospitalisation complète, de 104 places de jour en intra muros et de 100 places de jour en extra muros.

C'est un établissement en pleine mutation, le projet d'établissement vise à recomposer, dans le cadre du schéma d'organisation sanitaire, l'offre de soin en psychiatrie en développant les alternatives à l'hospitalisation. L'effet induit est la réduction du nombre de lits sur le site et la «relocalisation» de lits sur le secteur géographique.

1.2 L'échantillon interviewé.

L'échantillon constitué ne correspond pas à un échantillon statistiquement construit dans le strict respect de la proportionnalité des caractéristiques essentielles de la population mère.

Dans cette étude, la technique utilisée est celle de l'échantillon stratifié qui consiste à décomposer la population en sous-ensembles homogènes appelés strates. Le nombre d'individus des strates l'échantillon est globalement représentatif des strates de la population mère.

Après accord du directeur et de l'Infirmier général, nous avons choisi l'échantillon parmi la population de l'encadrement soignant (infirmier général, surveillants chefs et cadre infirmier de proximité). En effet, d'après l'hypothèse retenue, nous avons privilégié et ciblé la hiérarchie du service infirmier et délibérément écarté de l'échantillon les autres acteurs comme les directeurs ou les médecins.

La population mère et l'échantillon total se présente comme cela :

	Population mère	Echantillon
Infirmier général	1	1
cadres infirmiers supérieurs	10	4
cadres infirmiers de proximité	63	10
TOTAL	74	15

1.2.1 Répartition de l'échantillon.

→ Pour les cadres infirmiers de proximité

Il est choisi un échantillon de 10 cadres infirmiers de proximité parmi une population mère de 63.

L'élaboration de l'échantillon est définie selon deux strates :

→ la population titulaire ou non du Certificat Cadre de Santé ou du diplôme de santé

→ la population travaillant en "intra" ou "extra" hospitalier.

Les deux strates se répartissent comme suit :

Strate certificat cadre infirmier ou diplôme de santé, ou non. Pour les cadres infirmiers de proximité

	Population mère	Pourcentage Du total de la population mère	Echantillon	Pourcentage Du total de l'échantillon
Titulaire du CCI ou Diplôme de santé	20	32%	3	30%
Non Titulaire du CCI ou Diplôme de santé	43	68%	7	70%
Total	63	100%	10	100%

Strate de la population travaillant en extra ou intra hospitalier. Pour les cadres infirmiers de proximité

	Population mère	Pourcentage Du total de la population mère	Echantillon	Pourcentage Du total de l'échantillon
Travaillant en extra	13	21%	2	20%
Travaillant en intra	50	79%	8	80%
Total	63	100%	10	100%

→ Les cadres infirmiers supérieurs

Il est choisi un échantillon de 4 cadres infirmiers supérieurs parmi une population mère de 10 individus. L'échantillon est établi en prenant au hasard les éléments. En effet, les cadres supérieurs ont relativement le même profil, la population étant homogène : tous sont titulaires du certificat cadre, la prise de fonction est récente (moins de cinq ans).

→ l'infirmier général a une ancienneté de dix ans dans le grade (d'infirmier général de 2^o classe) et dans l'établissement concerné. Il est à préciser que le Directeur du service de soins infirmier est en retraite depuis peu au moment de la passation de l'enquête.

1.3 L'outil

L'outil utilisé pour mener la recherche est l'entretien semi-directif. L'entretien de recherche vise à collecter et recueillir les données dans le but de les analyser. Dans le cadre de ce travail, l'entretien semi-directif semble le plus adapté. En effet il permet d'aborder plus librement les attitudes, les comportements et les représentations des individus.

1.4 Déroulement de l'entretien

L'entretien semi-directif se déroule dans un bureau, en environnement calme, sans passage. Les agents sont volontaires pour l'entretien. Chaque entretien est précédé d'une explication qui précise :

- le thème et le cadre du travail
- les modalités de recueil
- l'anonymat des données.

Chaque entretien dure en moyenne de 30 à 40 minutes, l'entretien est enregistré. Pour mener l'entretien une grille de questions spécifiques à chaque catégorie (infirmier général, surveillants chefs, cadres infirmiers de proximité) sert de guide et de relance, l'expression de l'interviewé est primordiale. La grille de questions est située en annexe n°3

1.5 Les limites de l'enquête.

La première limite de l'enquête réside dans le choix du terrain. En effet, le choix d'un seul terrain d'enquête situé dans un Etablissement public de santé mentale réduit la possibilité de généralisation des résultats. Mais, pour que des résultats soient généralisables, il est nécessaire d'effectuer une étude à grande échelle, avec un échantillon d'établissements représentatifs.

Toutefois, nous pensons que les résultats sont transposables pour notre établissement d'affectation. De plus, certains résultats peuvent corroborer des éléments d'études menées sur ce sujet.

La deuxième limite de l'enquête se situe dans la détermination de l'échantillon, nous avons choisi de retenir que l'encadrement infirmier. Pourtant, d'autres acteurs importants (les médecins, les directeurs...) participent ou influent sur l'autonomie des cadres de proximité. Toutefois, la problématique, le cadre théorique et l'hypothèse sont centrés sur la hiérarchie infirmière, il nous semble cohérent de cibler l'échantillon sur l'encadrement infirmier.

2. RESULTATS DE L'ENQUETE

Après chaque interview, les entretiens sont intégralement retranscrits, ce qui fournit une masse d'information.

Afin de décoder les entretiens, l'analyse de contenu semble la plus adaptée, l'analyse de contenu pourrait se définir comme une mise en ordre, systématique, objective, descriptive et quantitative du contenu.

Dans le contexte de l'analyse de contenu, l'analyse catégorielle est la plus utilisée, elle repose sur le repérage des unités d'enregistrement (thèmes) qui sont ensuite déclinées en catégories (mots ou phrases les plus souvent rencontrés).

L'analyse de l'expression étudie la richesse lexicale du discours, le niveau de trouble de la parole.

Ce sont ces deux techniques qui seront employées pour cette analyse de contenu.

Nous avons choisi d'explorer trois grands thèmes qui contribueront à valider ou invalider les hypothèses. Ces thèmes sont : → l'autonomie
→ la fonction de cadre infirmier de proximité.
→ les perceptions du cadre infirmier de proximité.

2.1 L'autonomie

2.1.1 les cadres infirmiers de proximité

Pour les cadres infirmiers de proximité, 8 interviewés sur 10 expriment une autonomie limitée liée à un contrôle de la part du supérieur hiérarchique direct, le surveillant chef. Sur les 8 interviewés, nous retrouvons :

- 7 fois la catégorie "**contrôle**". Aux termes contrôle, se référer, rendre compte sont ajouté des adverbes comme **tout, toujours** exprimant le caractère excessif.

"Ben, on a une autonomie, mais enfin, tout est contrôlé par Monsieur X (le surveillant chef), il contrôle tout, on doit tout lui relater."

"C'est toujours contrôlé par le surveillant chef"

" On ne peut pas parler d'autonomie, il y a toujours des contrôles.... L'autonomie est partielle car il faut toujours en référer, on décide après accord..."

" je n'ai pas pratiquement pas d'autonomie, tout est contrôlé..."

" oui, non, enfin toutes les réflexions sont transmises au surveillant chef qui contrôle, il faut passer par la hiérarchie."

" oui, mais je m'en réfère toujours à ma surveillante chef."

" il faut toujours en rendre compte à sa hiérarchie, on ne peut pas prendre de décisions. Aujourd'Hui, il n'est plus question que le surveillant prenne une décision seule."

2 interviewés sur 10 expriment une autonomie, celle ci semble liée aux acteurs comme le surveillant chef ou le médecin chef.

"je pense avoir une autonomie plus grande, cela est variable selon le surveillant chef et le médecin."

" Maintenant j'ai une autonomie, je ne l'ai pas toujours eu, avant ça bloquait au niveau de médecin..."

2.1.2 Les cadres infirmiers supérieurs

Les cadres supérieurs interviewés se disent très autonomes et responsable du secteur où ils sont affectés. Ils ont toute latitude et collabore avec la Direction du service de soins infirmiers, ils précisent l'absence de missions transversales.

Pour les 4 interviewés, tous disent donner beaucoup d'autonomie au cadre de proximité depuis ces dernières années. Alors, qu'il y avait une dépendance très forte auparavant.

Toutefois, les cadres infirmiers supérieurs émettent une réserve quant à l'autonomie du cadre infirmier de proximité.

- 3 interviewés sur 4 pensent que les cadres infirmiers de proximité ne sont pas toujours capables d'être autonomes :

" les cadres ne sont pas prêts à être responsable, actuellement, j'ai deux cadres qui ont les compétences".

" Les gens (les cadres de proximité) sont dépourvus, c'est demander aux cadres de se positionner, ce n'est pas simple."

" ils ne sont pas toujours capables d'assurer cette autonomie..."

D'autre part, les surveillants chefs interviewés font une nette distinction entre les capacités des cadres infirmiers titulaires du diplôme de santé et les autres.

"j'ai deux cadres qui ont les compétences, ils ont le CCI, c'est très important

" on retrouve chez les gens qui ont fait l'école cadre des possibilités que l'on ne retrouve pas chez les autres. On essaye de les mettre à niveau avec la formation continue.

"j'ai un surveillant cadré, avec lui c'est beaucoup plus facile, il a des outils que les autres n'ont pas, il y a des formations complémentaires pour les autres."

" c'est indispensable, ça apporte des armes pour se défendre

Pour les interviewés, ce sont les "cadrés" qui possèdent les compétences requises pour être acteur de changement, être un homme de projet. Ils précisent, également, le lien existant entre l'autonomie et les "cadrés". La formation certificat cadre infirmier ou diplôme de santé serait, donc, un pré requis pour accéder à l'autonomie ; C'est, du moins, ce que prétendent les surveillants chefs.

Nous retrouvons, dans le discours des surveillants chefs, une confiance envers les "cadrés" (*"on compte sur eux"*), les "autres" seraient moins préparés aux évolutions et aux turbulences dans l'hôpital. Il existe, indéniablement, une vision négative des cadres infirmiers de proximité nommés à l'ancienneté ou par examen professionnel. Cela peut être un élément freinant car cette population représente environ 70 % des cadres infirmiers de proximité

On retrouve par 3 fois la notion d'outils obtenus par la formation cadre, outils qui préparent efficacement à la fonction.

- Un cadre infirmier supérieur exprime, à deux reprises, la notion de perte de pouvoir lié à l'autonomie du cadre de proximité.

" Je dois être vigilant, car s'il y a des discussions entre le surveillant et le médecin, je serai court-circuit. Il ne faut pas que trop de choses m'échappent."

2.1.3 L'infirmier général

Pour l'infirmier général, une grande autonomie est laissée aux cadres infirmiers de proximité et aux cadres infirmiers supérieurs, autonomie qui passe par un management participatif et une délégation hiérarchique descendante.

" je pense être très délégeant pour les cadres infirmiers supérieurs, charge à eux de déléguer aux cadres infirmiers de proximité...".

Il existe, également une réserve quant à la capacité des cadres infirmiers de proximité à être autonomes.

" Ils sont désorientés et ne sont pas capables de tenir le cap, c'est mal vécu pour certains...."

Comme les surveillants chefs, l'infirmier général privilégie la formation cadre qui est un élément nécessaire pour être cadre infirmier.

"Il faut absolument qu'un professionnel qui veut devenir cadre passe par la filière école cadre"

Les cadres infirmiers de proximité expriment une autonomie limitée qui est relativement proche de la dépendance (8 fois sur 10 interviewés). Le mode de fonctionnement reste très hiérarchique et bureaucratique, la notion de contrôle est pratiquement unanimement ressentie comme pesante (tout...toujours...) ; la structure pyramidale reste écrasante. Dès lors, s'installe un contrôle excessif où tout doit "passer" par le surveillant chef, ce qui limite la prise d'autonomie. Il est à signaler que le contrôle est focalisé sur le hiérarchie infirmière, le pouvoir médical est très peu exprimé (2 interviewés sur 15).

Ce contrôle tatillon, frein à l'autonomisation, peut être expliqué par deux éléments :

1. Paradoxalement, les surveillants chefs disent donner beaucoup d'autonomie aux cadres infirmiers de proximité, mais, pensent que ceux-ci n'ont pas les capacités à l'assumer. Globalement la hiérarchie (l'infirmier général et les cadres infirmiers supérieurs) pense qu'une partie des cadres infirmiers de proximité ne sont pas prêts pour être autonomes.

Ceux qui ne sont pas prêts, ce sont les cadres nommés à l'ancienneté et par examen professionnel, ils manquent d'outils et de savoir, ils n'ont pas les compétences requises pour la fonction. Mais, quelles sont les compétences nécessaires à la fonction ? Les interviewés ne s'expriment pas à ce sujet.

Les "cadrés" sont des éléments sur lesquels la hiérarchie peut compter pour faire avancer les projets, être acteurs du changement.

Il existe une connotation négative envers les "non cadrés" qui représentent environ 70 % des cadres infirmiers.

2. La crainte de perte de pouvoir liée à la plus grande responsabilisation des subordonnés est exprimée ouvertement, " Il ne faut pas que trop de choses m'échappent."

L'infirmier général procède par une délégation hiérarchique, c'est à dire qu'il donne une autonomie aux cadres infirmiers supérieurs, charge à eux de le faire pour le service.

Cela peut entraîner trois réflexions : ✓ les surveillants chefs sont indépendants, l'autonomie des cadres infirmiers de proximité est liée à l'attitude du surveillant chef.

✓ l'infirmier général manage les surveillants chefs qui managent les cadres infirmiers de proximité, cela renforce la structuration pyramidale.

✓ Les cadres infirmiers supérieurs peuvent favoriser un cloisonnement de par leur position affirmée sur un service.

2.2 la fonction cadre infirmier de proximité

2.2.1 son évolution

Les 10 interviewés cadres infirmiers de proximité sont unanimes pour affirmer que leur fonction a évolué. Dans cette évolution nous retrouvons deux notions que sont l'importance et la rapidité du mouvement.

- on note l'importance de l'évolution de la fonction pour 6 interviewés.

"Oui, oui, oui, c'est sans cesse en effervescence...."

"c'est considérable l'évolution..."(2 fois)

" Oui, oui, c'est pas possible l'évolution..."

" l'évolution est croissante..." (2 fois).

- on retrouve la rapidité de l'évolution en terme d'années " depuis 5 ans, 3 ans, quelques années."

Pour tous les surveillant chefs interviewés la fonction a évolué de façon rapide, *"ce n'est plus le même métier"*.

2.2.2 L'expression des difficultés.

Dans le discours des interviewés, nous retrouvons la notion de **difficultés** pour assumer la fonction, 4 interviewés sur 10 l'expriment par des mots comme : difficile, pas facile, pas évident.

D'autre part, 5 des cadres infirmiers de proximité énoncent la part importante de **travail administratif**, on note les termes : paperasserie, écriture, papiers. Et, ceci, avec une connotation d'évolution croissante : c'est plus, de plus en plus...

"le cadre de proximité a une place difficile".

"ce n'est pas facile"

" maintenant je dois tout faire, c'est plus administratif"

" ce n'est pas évident (3 fois), de plus en plus de paperasserie, on nous en demande de plus en plus, je suis débordée"

" beaucoup de temps pour l'écriture, les papiers, le soin relationnel ne peut pas être fait on n'a plus le temps, c'est de plus en plus difficile"

" on a de plus en plus un rôle administratif qui nous décale des patients"

"on nous demande que de remplir des papiers, on demande de faire de plus en plus de choses."

Pourtant, 3 cadres infirmiers de proximité n'émettent pas de difficultés face à l'évolution de la fonction. Ce sont les 3 cadres titulaires du certificat cadre infirmier ou du diplôme de santé.

Ils expriment 3 fois le terme **d'outils** acquis lors de la formation. Ces outils étant nécessaires pour leur fonction.

Pour eux, la formation cadre est **indispensable** (cité deux fois sur 3) pour être un acteur de changement.

"Il faut avoir une potentialité, l'école des cadres m'a préparé à cela, ma donné des outils"

" pour moi c'est (l'école cadre) c'est indispensable, c'est un apport d'outils, un échange"

" c'est un élément essentiel, c'est un apport d'outils, les surveillants qui n'ont pas le CCI, Ils leur manquent quelque chose."

Pour les cadres infirmiers de proximité et les surveillants chefs la fonction de cadre infirmier de proximité évolue d'une façon importante et rapide sur les dernières années.

Les interviewés expriment difficilement cette évolution, le discours est assez pauvre et ponctué de grands blancs. Ce sont deux points négatifs qui sont mis en avant :

→ l'augmentation de la charge de travail (on nous en demande toujours plus...). Cela semble étroitement lié à l'évolution de l'hôpital et la turbulence engendrée. D'une part, il existe des exigences nouvelles de l'infirmier général et des surveillants chefs en matière de projets où les cadres infirmiers de proximité sont fortement sollicités. D'autre part, les médecins impulsent une dynamique nouvelle par l'élaboration des projets de services.

→ la montée en charge du travail dit "administratif" qui s'effectue au détriment de la gestion des soins et du suivi des soins. Cet élément semble devenir une tendance où le cadre infirmier de proximité se détourne des soins tant il est accaparé par "la paperasserie". Les tâches administratives occupent une partie non négligeable du temps du cadre infirmier de proximité. Une étude menée à l'hôpital Broussais³¹ indique que le cadre passe près de 60% de son temps aux tâches administratives, le détournant des tâches de suivi des soins, de la formation des stagiaires, de la recherche... Ceci corrobore les résultats de notre enquête.

Toutefois, les cadres infirmiers de proximité titulaires du certificat cadre ou du diplôme de santé ne semblent pas éprouver les difficultés précédemment énoncées. Ils disent disposer d'outils nécessaires et indispensables que les autres ("non cadrés") n'ont pas. Ceci conforte la position de l'infirmier général et des surveillants chefs très favorables aux "cadrés" et négatif envers les autres.

2.2.3 Définition de la fonction

L'expression des éléments constitutifs de la fonction est ardue et difficile. Les réponses sont très pauvres, malgré les relances, quelques mots pour certains interviewés, tout au plus deux, trois phrases pour les autres. Nous avons dénombré près d'une dizaine de termes comme bof,

³¹ La fonction de cadre infirmier de proximité dans la perspective de l'hôpital européen Georges Pompidou - Christian NICOLAS, Dominique PELJAK

hé bien, bon, c'est à dire qui indiquent le flou du discours. De plus, les réponses sont ponctuées de grands blancs.

Certains verbalisent leurs difficultés " *il est difficile de parler de ce qu'on fait*", locution que l'on retrouve par trois fois dans l'ensemble des réponses.

Cependant, il est possible de dresser un tableau qui regroupe les grands éléments de la fonction, ces éléments sont regroupés par la fréquence des items rencontrés dans le discours des interviewés.

Répartition des items représentant la fonction, par fréquence

Items	fréquence
Organisation de l'unité	2
Animation d'équipe	3
Diffusion de l'information	1
gestion personnel, planning	8
Coordinateur entre structures et/ou agents	3
Conduite de réunions	4
Activités patients	5

On constate une prédominance de l'activité "gestion du personnel et du planning", ce qui peut s'expliquer par la difficulté de gestion dans un contexte de diminution des effectifs. Il est à noter que cet item est soulevé par tous les cadres travaillant en intra hospitalier, cette activité, en extra hospitalier semble moins prégnante (équipe réduite et autonome). Il existe une certaine nostalgie, nous retrouvons la notion " *c'était mieux avant il y avait plus de personnel*" ou encore " *avant, les roulements de travail étaient fixes...*". Cette gestion est réellement la préoccupation des cadres infirmiers de proximité. De plus, les problèmes d'absentéisme court sont traités globalement dans le service par le surveillant chef, ce qui introduit un déplacement d'agents d'une unité vers une autre. Dès lors, il est exprimé une dépendance dans la gestion des effectifs " *on n'est pas autonome dans l'unité, il faut demander un remplacement ailleurs...*"

L'activité de coordination est surtout citée par les cadres infirmiers travaillant sur l'extra hospitalier. Ceci semble s'expliquer par un travail axé sur la notion de réseau et de la nécessaire communication et coordination qui s'en découle. Les cadres infirmiers de proximité en extra hospitaliers se présentent comme des interfaces ou des relais entre les différents acteurs ou structures *"pivot entre l'équipe médicale, la hiérarchie..."*, *"liens avec les partenaires extérieurs"*, *"la coordination"* (3fois).

L'activité liée aux soins comporte pour les interviewés l'organisation des soins (participation à la démarche de soins, planning d'activités), mais également aux soins directs relationnels par des entretiens infirmiers, la liaison avec la famille. Il n'est pas retrouvé la notion de participation aux soins de bases et techniques. Cette activité est importante aux yeux des cadres infirmiers de proximité (cité 5 fois).

L'activité animation est citée trois fois et ceci exclusivement par les cadres titulaires du certificat cadre infirmier ou du diplôme de santé. Ceci est révélateur de l'impact de la formation sur le ressenti de la fonction. L'item "conduite de réunions" est cité par les mêmes interviewés. Cela correspond à une standardisation des qualifications avec du moins l'élément de la formation commune et d'une phraséologie identique.

L'activité de diffusion de l'information n'est citée qu'une fois. C'est un élément que nous expliquons difficilement. Toutefois, il est précisé l'existence de réunions de rencontres quotidiennes entre le cadre de l'unité et le surveillant chef, la réunion d'équipe dans l'unité ne semble pas formalisée. La circulation de l'information serait informelle et tout azimut, sans structuration.

De plus, si l'on se réfère à la lettre circulaire du 20 février 1990 de la Direction des Hôpitaux, il existe des grandes fonctions qui ne sont pas citées. Le rôle de formation et de recherche ne sont pas abordés, de même, la fonction de gestion administrative n'est pas exprimée par les interviewés. La notion de projet est absente du discours, ce qui peut paraître surprenant dans un hôpital en évolution, en zone de turbulence. Les cadres infirmiers se situent d'avantage en exécutants qu'en hommes-projets.

Globalement, les grandes fonctions du cadre infirmier de proximité sont exprimées avec beaucoup de difficultés et d'hésitations. Ils semblent accaparés par la fonction de gestion et en particulier la gestion des effectifs. On remarque une différence de perception de la fonction selon le lieu du travail (extra ou intra hospitalier) et la présence ou l'absence de formation (certificat cadre...). La fonction animation étant assimilée par les "cadrés", ceux ci étant formés à l'animation, conduites de réunions...

Les cadres travaillant en extra hospitaliers se disent d'avantage coordonnateurs que gestionnaires, le fait d'être en présence de multiples acteurs explique cela.

Enfin, force est de constater que la fonction cadre infirmier de proximité est mal définie, elle reste floue. L'absence de profil de poste exprimé par 5 interviewés semble faire cruellement défaut.

2.3 Les perceptions

2.3.1 La perception du cadre infirmier de proximité par l'infirmier général et les surveillant chefs.

2.3.1.1 par les surveillant chefs.

Nous retrouvons la notion de difficultés des cadres infirmiers de proximité "non cadrés". Les surveillants chefs estiment que le cadre infirmier de proximité " non cadrés" n'ont pas toutes les capacités pour l'exercice de ses fonctions.

"on leur demande de participer et d'élaborer des projets, ils ne savent pas, les cadrés c'est plus facile..."

"j'ai un problème de cadres, celui qui n'est pas cadré..."

C'est une vision assez négative ou revient le problème de capacité des cadres infirmiers de proximité "non cadrés". Cela corrobore cet élément qui est signalé lors du thème de l'autonomie.

2.3.1.2 par l'infirmier général

Il ne doit plus être un simple exécutant des décisions prises par la hiérarchie *"Il doit être un collaborateur direct, mais (grand blanc) il y a le surveillant chef"*. L'infirmier général perçoit

le cadre infirmier de proximité comme responsable et autonome, dans un cadre prescrit *"il faut qu'il sache jusqu'ou il peut aller"*.

On remarque ici, l'analyse de l'expression montre une hésitation entre la notion de collaborateur direct et le terme surveillant chef. Il est possible d'interpréter cette hésitation par la difficulté pour l'infirmier général de traiter en direct avec les cadres infirmiers et de respecter la ligne hiérarchique. Il y a, presque une obligation tacite de "passer" par le surveillant chef responsable infirmier d'un service.

2.3.2 La perception de l'infirmier général par les cadres infirmiers de proximité et les surveillant chefs.

2.3.2.1 les cadres infirmiers de proximité

La relation professionnelle directe, sans échelon intermédiaire, entre l'infirmier général et le cadre infirmier de proximité est abordée d'emblée. Celle ci est décrite comme **quasi inexistante** pour 6 interviewés sur 10.

" je l'ai rencontré une fois, après l'école des cadres..."

"je l'ai vu il y a trois ans ..."

" On ne le côtoie pas directement, on passe par le surveillant chef, je l'ai vu il y a deux ans..."

" je l'ai vu à ma sortie d'école cadre, ça se limite à ça mon rapport avec l'infirmier général"

" je ne le vois pas, je le croise dans le parc"

" je n'ai pas l'occasion de le rencontrer..."

L'infirmier général est considéré : → comme "coupé du terrain" pour 4 interviewés sur 10.

→ comme quelqu'un qui n'est pas de terrain, mais plus un administratif (bureaucrate) pour 2 des interviewés.

2.3.2.2 cadres infirmiers supérieurs.

L'infirmier général est considéré : → comme le supérieur, le guide. Il manage les cadres infirmiers supérieurs (cité par deux fois).

→ comme "coupé du terrain" pour 3 interviewés sur 4.

"l'infirmier général ne connaît pas la réalité du terrain" "il est un peu loin du terrain"

→ comme un "administratif" pour 2 interviewés sur 4.

"il s'éloigne des soins infirmiers, il est dans une bureaucratie.."

Les cadres infirmiers supérieurs se présentent comme les relais entre l'infirmier général et les cadres infirmiers de proximité, et ceci pour les 4 interviewés.

"je suis un relais", "par le biais des surveillants chefs qui répercutent sur les cadres", "l'infirmier général passe par moi"

Paradoxalement, les surveillant chefs souhaiteraient un infirmier général plus proche du terrain.

"les cadres de proximité sont en demande de contact avec l'infirmier général, ils doivent se savoir écoutés"

"l'infirmier général doit passer sur le terrain"

"les gens (cadre infirmier de proximité) ont besoin de voir et rencontrer l'infirmier général"

L'infirmier général est le manager des surveillants chefs qui managent les cadres infirmiers de proximité. Même s'il les perçoit comme responsables et autonomes, l'infirmier général n'a que très peu de contact direct avec les cadres sur le terrain (exprimé par 6 cadres infirmiers sur 10).

Cela peut s'expliquer par le fait que l'infirmier général n'a pas le temps matériel de rencontrer les cadres sur le terrain, bien qu'il puisse exister des réunions périodiques entre l'infirmier général et les cadres.

Un autre facteur d'explication peut être le respect de la ligne hiérarchique et le souhait pour l'infirmier général de ne pas "court circuiter" les surveillant chefs. Ceci renforce considérablement l'aspect bureaucratique, la lourdeur et le contrôle. Il est à noter que les surveillant chefs précisent qu'ils sont affectés sur un service et qu'il n'existe pas de missions transversales.

Les surveillant chefs sont paradoxaux dans leurs discours, car s'ils se disent relais entre l'infirmier général et le cadre infirmier de proximité, ils souhaitent, néanmoins une rencontre directe entre les deux acteurs.

L'infirmier général est ressenti par une majorité des interviewés comme "coupé du terrain", ce grief est signalé dans de nombreux écrits, l'étude confirme le fait. L'infirmier général, membre de l'équipe de direction, est situé au niveau stratégique et considéré comme un administratif qui n'a plus de contact avec l'opérationnel. Les surveillant chefs indiquent que les cadres infirmiers de proximité souhaitent que l'infirmier général vienne sur le terrain.

2.4 Conclusions de l'enquête.

Les cadres infirmiers de proximité expriment une autonomie limitée qui est relativement proche de la dépendance. La notion de contrôle est unanimement ressentie comme pesante. Il est à signaler que le contrôle est focalisé sur la hiérarchie infirmière, le pouvoir médical est très peu exprimé.

Globalement la hiérarchie (l'infirmier général et les cadres infirmiers supérieurs) pense qu'une partie des cadres infirmiers de proximité ne sont pas prêts, n'ont pas les capacités pour être autonomes.

Il existe une connotation négative envers les "non cadrés" qui représentent environ 70 % des cadres infirmiers.

L'infirmier général procède par une délégation hiérarchique, c'est à dire qu'il donne une autonomie aux cadres infirmiers supérieurs, charge à eux de le faire pour le service.

Cela peut entraîner trois réflexions : ✓ l'autonomie des cadres infirmiers de proximité est liée à l'attitude du surveillant chef.

✓ l'infirmier général manage les surveillants chefs qui managent les cadres infirmiers de proximité

✓ Les cadres infirmiers supérieurs peuvent favoriser un cloisonnement de par leur position affirmée sur un service.

L'infirmier général n'a que très peu de contact direct avec les cadres sur le terrain.

Il est ressenti par une majorité des interviewés comme "coupé du terrain", l'infirmier général, membre de l'équipe de direction, est situé au niveau stratégique et considéré comme un administratif qui n'a plus de contact avec l'opérationnel. Les surveillants chefs indiquent que les cadres infirmiers de proximité souhaitent que l'infirmier général vienne sur le terrain.

Ces éléments indiquent que la première partie de l'hypothèse "Le cadre infirmier de proximité a une zone d'autonomie limitée en raison d'un contrôle excessif des cadres infirmiers supérieurs" est vérifiée.

De plus, nous avons des pistes explicatives de ce contrôle :

- **l'infirmier général est coupé du terrain, il manage les surveillants chefs qui dirigent les cadres infirmiers de proximité.**

- **l'autonomie des cadres infirmiers de proximité est liée au positionnement du surveillant chef sur un service et au "bon vouloir" de celui-ci de donner de l'autonomie.**

- **il existe un manque de confiance de l'infirmier général et des surveillants chefs vis à vis des compétences du cadre infirmier de proximité**

Les cadres infirmiers de proximité sont unanimes pour affirmer que la fonction a évolué.

Les interviewés expriment difficilement cette évolution. Ils mettent en avant deux points :

→ l'augmentation de la charge de travail

→ la montée en charge du travail dit "administratif" qui s'effectue au détriment de la gestion des soins et du suivi des soins.

Globalement, les grandes fonctions du cadre infirmier de proximité sont exprimées avec beaucoup de difficultés et d'hésitations, **force est de constater que la fonction cadre infirmier de proximité est mal définie, quelle est floue.**

Ils semblent accaparés par la fonction de gestion et en particulier la gestion des effectifs.

Ces éléments indiquent que la deuxième partie de l'hypothèse "Le cadre infirmier de proximité a une zone d'autonomie limitée en raison d'un rôle mal défini" est vérifiée. En effet, nous vérifions que la fonction est mal définie et qu'elle évolue rapidement. Toutefois, nous ne montrons pas le lien de causalité entre cette "mauvaise" définition et l'autonomie du cadre infirmier de proximité.

Les résultats de cette étude doivent servir de support à des propositions d'actions. La troisième partie de l'étude présente une série de solutions que nous envisageons de concrétiser sur notre établissement d'affectation.

III PARTIE

PROPOSITIONS DE SOLUTIONS

Suite aux résultats de l'étude, nous pensons mettre en place, dans notre établissement d'affectation, certaines mesures qui visent à corriger les dysfonctionnements pré cités.

Pour cela, nous envisageons trois propositions : - définir clairement le rôle des cadres infirmiers de proximité et des surveillants chefs par l'élaboration de profil de poste et d'un référentiel de compétence ;

- modifier le positionnement des surveillants chefs par la mise en place de missions transversales.

- organiser un management dans la confiance.

Il est évident que la mise en œuvre opérationnelle de ces propositions ne peut incomber uniquement à l'infirmier général.

C'est une réflexion qui implique la participation de nombreux acteurs de l'hôpital. Nous sommes conscients des limites et des difficultés de mise en place des actions.

Les solutions proposées dépendent du contexte local et des relations de travail entre les différents acteurs.

1. PROFILS DE POSTE ET REFERENTIEL DE COMPETENCE.

1.1 objectifs

Les cadres infirmiers de proximité expriment une grande difficulté à préciser le contenu de leur travail, de leur fonction. Nous rappelons qu'il n'existe pas de définition "officielle" des fonctions de la hiérarchie infirmière, excepté la lettre circulaire du 20 février 1990. Dès lors, il nous paraît indispensable de définir clairement le rôle du cadre infirmier de proximité. Mais, les relations et la place de chaque acteur au sein de la hiérarchie infirmière revêtent une importance capitale. Ce n'est donc pas seulement une définition d'une fonction, mais également de son interaction avec les autres.

De plus il, est nécessaire de préciser, pour l'ensemble des acteurs hospitaliers, la contribution du cadre infirmier de proximité au processus de décision, qui décide de quoi ? .

En outre, la fonction de cadre infirmier de proximité ne doit pas être définie de façon isolée, au risque de focaliser les dysfonctionnements sur cette fonction de désigner le cadre infirmier de proximité comme un "bouc émissaire" des défaillances du management infirmier. *"Les problèmes de management des cadres infirmiers apparaissent comme des problèmes qui sont aussi de problèmes collectifs de la hiérarchie infirmière..."³²*

C'est donc, définir les fonctions de l'ensemble de la hiérarchie infirmière (infirmier général, surveillants chefs, cadre infirmier de proximité), les relations de travail, ainsi les décisions possibles de chacun.

Pour cela, nous proposons un travail de réflexion qui s'articule autour de 5 objectifs :

→ Décliner le rôle des différentes strates de la hiérarchie infirmière à savoir : le Directeur du Service de Soins Infirmier, l'infirmier général, le surveillant chef et le cadre infirmier de proximité

→ Décrire les interactions et liaisons fonctionnelles entre ces acteurs et décrire le réseau relationnel principal. C'est à ce niveau qu'il est opportun de définir clairement les attributions de chacun : quel est son domaine d'action, jusqu'ou peut-il aller... ? Mais, c'est aussi mettre à plat les liaisons entre les acteurs et en particulier les liaisons entre les surveillants chefs, le cadre infirmier de proximité, le médecin, le Directeur du service de soins infirmiers et les autres directions. C'est à dire, concrètement, quelle est l'activité du cadre infirmier de proximité par rapport à l'équipe médicale, soignante, à la personne soignée....

→ Préciser les compétences requises en regard des éléments constitutifs de la fonction.

→ Proposer des formations d'adaptation.

Nous pensons que le rôle des différents acteurs doit faire l'objet d'un document écrit et validé qui sera composé de deux parties :

³² Alex MUCCHIELLI - Nouveau point de vue sur les "défaillances" permanentes en management des cadres infirmiers- Gestions Hospitalières - Juin, Juillet 1997 - page 438

- **un profil de poste** qui va regrouper les points principaux suivants :

En premier lieu, il est nécessaire que figure, la responsabilité de l'acteur, selon les textes réglementaires. Pour, ensuite, décliner la mission et les activités communes et générales à la fonction, les activités sont définies et décomposées en grandes classes qui seront déterminées au niveau de l'établissement.

Il est primordial que le profil de poste ne soit pas un carcan, ni un document adaptable à tous les cadres infirmiers. Ce ne doit pas être un élément qui renforce la bureaucratie par une nouvelle règle impersonnelle. C'est un profil type minimum auquel doit s'adjoindre les particularités des services ou des missions singulières.

Ainsi, au profil de poste il est possible d'adjoindre un inventaire des activités propres à un service ou une activité donnée. En effet, chaque service est différent, il n'est pas question d'uniformiser la fonction, mais bien de proposer une base commune enrichie des spécificités.

- **un référentiel des compétences.**

Après avoir défini les activités de l'encadrement, il convient d'identifier les principaux domaines de compétences mis en œuvre pour réaliser ces activités, c'est un repérage horizontal.

En parallèle, pour chaque domaine de compétence identifiés on bâtit un référentiel de compétences étalonné sur plusieurs niveaux, passant du niveau 0 "aucune compétence n'est requise" au plus haut niveau de "l'expertise", c'est le repérage vertical.³³

Donc, pour chaque fonction (surveillants chefs, cadre infirmier de proximité), nous établissons un référentiel d'activité (profil de poste) et un ou plusieurs référentiels de compétences. Il est alors possible de définir sur le référentiel de compétence un niveau attendu et de le compare avec le niveau réel de compétence du surveillant chef ou du cadre infirmier de proximité. Il est nécessaire de combler les écarts s'ils existent, notamment, par des actions de formations. La mesure de l'écart entre la compétence constatée doit permettre de construire avec l'agent son plan de progrès professionnel individuel.

³³ La Gestion Prévisionnelle des emplois et des compétences, cours donné à l'Ecole Nationale de la santé Public en Janvier 1999 par Richard BARTHES, Directeur des Ressources Humaines du Centre Hospitalier de Sète.

1.2 Méthodologie.

En tant qu'infirmier général dans notre établissement d'affectation, nous souhaitons être l'initiateur de cette démarche. Toutefois, l'élaboration des profils de postes et des référentiels de compétences est dans le champ des ressources humaines, il convient de déterminer clairement les zones de responsabilités entre le Directeur des ressources humaines et l'infirmier général.

Il est souhaitable que la réflexion soit menée en parfaite collaboration, sans notion de "territoire". La responsabilité du projet peut être définie après présentation en équipe de Direction.

En outre, il est impensable d'agir seul, il est nécessaire d'impliquer les acteurs à différents niveaux.

Même si l'étude est focalisée sur la hiérarchie infirmière, il est indispensable de solliciter les médecins chefs et les praticiens hospitaliers, ce sont des acteurs qui sont en contact quotidien avec les cadres infirmiers de proximité et les surveillants chefs.

La participation des cadres infirmiers de proximité et des surveillants chefs est indispensable, il faut qu'ils soient les principaux acteurs de ce projet.

La démarche suppose une compréhension et une adhésion forte des cadres infirmiers pour la définition de leur fonction. La méthode participative que nous retenons est la constitution, sur la base du volontariat, de groupe de travail opérationnel et d'un comité de pilotage.

Le comité de pilotage de la démarche doit, selon nous, être composé de l'infirmier général et du directeur des ressources humaines. Le groupe de pilotage a pour mission d'impulser et d'animer la réflexion, d'assurer la méthode, d'organiser la cohérence, de communiquer autour de ce projet et de veiller à son application. En tant qu'infirmier général, nous participerions aux groupes de travail et au comité de pilotage, afin d'assurer la cohérence de la démarche.

Afin de susciter le maximum de participation, les profils de poste doivent être élaborés par **des groupes de travail pluridisciplinaires**. La construction opérationnelle sera, donc, confiée à un (ou des) groupe de travail constitué par les familles professionnelles que sont les cadres infirmiers de proximité et les surveillants chefs. Mais, également par une participation

médicale (praticien hospitalier désigné par la Commission médicale d'établissement, par exemple), l'infirmier général et un représentant de la Commission de service de soins infirmiers.

Le groupe de travail aura pour mission : - de recenser les profils de poste et les textes législatifs existant dans le domaine, pour ensuite les analyser.

- de faire émerger les attentes des acteurs par rapport à la mission du surveillant chef et du cadre infirmier de proximité. Mais, aussi, ce qu'attend le cadre infirmier de proximité de sa fonction.

- d'après l'analyse des deux points, décliner le profil de poste et le référentiel de compétences.

Enfin, le profil de poste et le référentiel de compétence seront présentés dans les instances pour en marquer le caractère institutionnel.

S'engager dans cette démarche c'est consacrer un temps et une énergie importants pour les acteurs hospitaliers. Pourtant c'est à ce prix que le rôle des cadres infirmiers de proximité pourra être clarifié, c'est un premier pas vers une autonomie interdépendante.

En parallèle, nous souhaiterions donner davantage de liberté et d'initiative aux cadres infirmiers de proximité. Passer d'un contrôle pesant et excessif à un contrôle à posteriori selon des objectifs posés, suppose un management différent de la part des surveillants chefs. Mais ce management différent ne se décrète pas par une injonction de l'infirmier général. Nous pensons que le management découlera d'un nouveau positionnement des surveillants chefs et des cadres infirmiers de proximité.

2. REPOSITIONNER L'INFIRMIER GENERAL, LES SURVEILLANTS CHEFS ET LES CADRES INFIRMIERS DE PROXIMITE.

Nous pensons qu'il est indispensable de ne pas se focaliser uniquement sur le positionnement des cadres infirmiers de proximité, mais de revoir l'ensemble de la ligne hiérarchique.

L'Infirmier général doit s'impliquer dans le management des cadres infirmiers de proximité, pour cela un repositionnement des surveillants chefs est nécessaire.

2.1 un infirmier général davantage impliqué dans le management du cadre infirmier de proximité

L'enquête montre un infirmier général coupé des cadres infirmiers de proximité, il se positionne comme un manager des surveillants chefs qui managent les cadres infirmiers de proximité. Cette coupure avec la base est citée, notamment, dans une recherche de François-Xavier SCHWEYER³⁴ qui précise "*Par rapport "à la base"...on constate une rupture... 45% d'entre eux (les infirmières générales) disent sentir une certaine distance avec les équipes soignantes.*"

Le Directeur du service de soins infirmiers est membre, à part entière, de l'équipe de direction, il est situé dans la zone stratégique. Néanmoins, il doit connaître le terrain, c'est dans la bonne gestion de cette dialectique (stratégique/opérationnel) que réside la force de l'infirmier général. Il est entendu qu'il ne peut être partout, ni omniprésent, mais ni absent du terrain.

Pour nous, l'infirmier général doit s'impliquer dans le management des cadres infirmiers de proximité, afin de les responsabiliser, les rendre autonomes, les reconnaître dans leur travail, les motiver. D'après l'enquête, ceux ci ont une attente dans ce sens.

Il n'est pas question de remplacer les surveillants chefs, ni de les "court circuiter", ni d'alourdir la ligne hiérarchique. Il s'agit, notamment, de procéder à des rencontres périodiques avec les cadres infirmiers de proximité.

Ces rencontres peuvent s'organiser :

- en "descendant" sur le terrain pour participer ponctuellement à des réunions de service, lors d'un thème bien précis.
- en rencontrant les cadres infirmiers de proximité lors de réunions de travail ou lors des évaluations.

De ces deux méthodes, l'infirmier général doit se positionner comme une aide, un conseil.

³⁴ François-Xavier SCHWEYER - l'infirmière qui devient "directeur" profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics. in « La compétence en question – Presse universitaires de RENNES – 1993 – page 143

2.2 des missions transversales pour les surveillants chefs.

Le management de l'infirmier général, du surveillant chef est, nous l'avons constaté, le plus souvent bureaucratique, du haut vers le bas. Le surveillant chef de par sa position centrée exclusivement sur un service, accentue le phénomène de contrôle bureaucratique.

Si l'on s'inspire du management de subsidiarité, l'aplatissement de l'organigramme et la réduction des échelons posent des questions sur les perspectives de carrière des agents. Plus concrètement, s'agissant des surveillants chefs, nous pouvons nous poser la question de la pertinence de cette fonction dans ce contexte.

La réduction du nombre de strates hiérarchique, ici de la strate surveillant chef montre au moins deux avantages :

- la communication est plus rapide, le risque de dilution des responsabilités est réduit.

- un renforcement de la fonction de cadre infirmier de proximité.

Mais que faire, alors des surveillants chefs dans ce cas de figure ?

Il est possible, néanmoins, de décliner trois voies de débouchés pour le surveillant chef³⁵

→ premièrement, le maintien dans un service ou auprès du directeur du service des soins infirmiers sur des fonctions d'expertise. Ce sont des missions transversales qui font passer le surveillant chef d'une position hiérarchique à une position fonctionnelle.

→ deuxièmement, le surveillant chef peut développer un rôle de formateur afin d'aider les cadres infirmiers de proximité à l'évolution du métier.

→ troisièmement, il existe des débouchés de promotion professionnelle en tant qu'infirmier général.

Nous pensons, qu'il est nécessaire que les surveillants chefs s'inscrivent dans un aspect fonctionnel et dans une logique d'expertise, néanmoins le surveillant chef serait maintenu au niveau du service.

Nous proposons une solution intermédiaire où le surveillant chef est positionné en partie sur le service et sur des fonctions transversales.

³⁵ PELJAK Dominique - Le management de subsidiarité au service des hôpitaux - Gestions Hospitalières - Juin Juillet 1997 - page 424

Le temps de travail du surveillant chef sera réparti dans ces deux fonctions, à titre d'exemple 80% dans le service et 20% en missions transversales. Par mission transversale, nous entendons la prise en charge d'un dossier ou d'un projet qui dépasse les frontières d'un service et s'adresse à l'ensemble des structures et des acteurs de l'hôpital.

L'objectif avoué de ce positionnement est d'alléger le poids de la hiérarchie infirmière et de laisser davantage d'autonomie à la zone opérationnelle.

Certains établissements, prennent le parti de réduire le nombre d'échelons du service infirmier et de supprimer la strate surveillant chef ou de les positionner uniquement en fonction transversale. La ligne hiérarchique est directe entre l'infirmier général et le cadre infirmier de proximité. C'est une solution (radicale) possible dans les petits établissements, par contre dès que les processus se complexifient le rôle des surveillants chefs au niveau des services se justifie.

Ceux ci auraient, bien entendu, des activités sur le service défini par le profil de poste, leur rôle serait davantage tourné vers le conseil, l'apport de méthode, la cohérence, le relais d'informations. Mais, ils auraient, également, des missions hors service et sur la globalité de l'établissement.

Ces missions transversales présentent des avantages certains. D'abord, une vision plus large qui n'est plus centrée uniquement sur le service et qui favorise le décroisement souvent décrit dans les hôpitaux. Ensuite, la mission transversale suppose une charge de travail supplémentaire, il sera nécessaire pour le surveillant chef de déléguer les activités au niveau du cadre infirmier de proximité. Enfin, cela apporte une responsabilisation et une prise d'autonomie pour le cadre infirmier de proximité.

2.2.1 La méthode.

Il nous semble nécessaire que les surveillants chefs soient volontaires pour la prise de fonctions transversales. C'est pourquoi une méthode participative est de mise pour introduire ces fonctions.

La première étape est de réunir les surveillants chef puis de lister les missions transversales possibles, elles ne manquent pas en cette période de turbulence : L'accréditation, la charge de travail, l'informatisation, la formation....

La deuxième étape est de mettre en adéquation la compétence et le volontariat des surveillants chefs pour les thèmes donnés. C'est également le moment, pour nous, d'évaluer les compétences pour le surveillant chef .

Naturellement, certains surveillants chefs seront volontaires et auront les compétences pour suivre un dossier transversal. Mais, dans la plupart des cas, des actions de formation ou de mise à niveau seront nécessaires.

2.3 Le cadre infirmier de proximité.

Des propositions circulent qui visent à limiter les activités du cadre infirmier de proximité dans un rôle de gestion des soins en le déchargeant de toutes les activités annexes : gestion des plannings, commande... Il s'agit de le recentrer sur la fonction soin.

Nous pensons, que le cadre infirmier de proximité doit garder la totalité de ses missions. En effet, certaines taches administratives ont du sens par rapport à l'organisation du travail. Le planning assure un effectif pour soigner le patient, la commande du matériel également.

De plus, compartimenter, diviser les tâches ou l'on a des cadres uniquement soignants et d'autres uniquement administratifs est contraire à la notion de globalité des soins.

Néanmoins il est indispensable d'alléger certaines taches et circuits administratifs répétitifs. Pourquoi recopier trois ou quatre fois le même planning, faire des bons de commande en plusieurs exemplaires...

C'est alléger la "paperasserie" avec bon sens, la mise en place de l'informatique sera une aide appréciable à moyen terme.

3. MANAGER DANS LA CONFIANCE

Il n'est pas question, ici, de théoriser sur le concept de management, de nombreux articles et ouvrages ont été écrits sur ce sujet. De plus, il n'y a pas de recettes miracles pour diriger les

hommes, le facteur humain dans sa complexité et son imprévisibilité empêche tout management universellement efficace.

L'infirmier général est à la tête d'un service infirmier et d'un groupe de cadres infirmiers de proximité et de cadres infirmiers supérieurs. Une des enjeux de l'infirmier général est qu'il puisse responsabiliser les cadres infirmiers, les impliquer dans la conduite de leur projet, prendre de décisions, faire des choix, en bref être autonomes.

Il est clair, que le management centré sur l'organisation pyramidale de la hiérarchie est peu propice à la prise de responsabilités, nous l'avons vu précédemment.

En revanche un management qui est davantage "circulaire" et interactif que fondé sur la ligne hiérarchique est propice à l'autonomie inter dépendante, c'est un management qui n'est pas centré sur la recherche de pouvoir. C'est ce que FAUGIER-SEURET Chantal³⁶ nomme un management en arrière plan ou chaque strate hiérarchique vient s'adosser à la suivante. Dans une vision circulaire, l'infirmier général est la partie la plus extérieure, la plus enveloppante du fait de son appartenance à l'équipe de direction, le centre du dispositif circulaire étant la personne soignée.

Cet état d'esprit du management emploie la **confiance** comme support capable de faire émerger les propositions des cadres infirmiers de proximité qui sont les mieux placés, car au contact du terrain.

La confiance envers les cadres infirmiers de proximité passe par un respect dans leurs capacités existantes ou à développer, l'individu évolue d'autant plus facilement qu'il se sent respecté. Il est indispensable que les cadres puissent dire sans crainte d'être jugé, de parler ouvertement des problèmes rencontrés.

L'infirmier général ne doit pas douter des compétences des cadres infirmiers, un jugement négatif du type : ils ne sont pas capables de... (ces termes sont repris de l'enquête) ne s'inscrit pas dans une évolution. Au lieu de porter un jugement, il est indispensable d'évaluer objectivement les compétences et de soulever les points faibles et les points forts de l'agent, de dégager un projet professionnel.

³⁶ FAUGIER-SEURET Chantal - Le management en arrière plan - Objectifs soins - n°60 - Février 1997 - page VII-XI

FAUGIER-SEURET Chantal - Encadrer les cadres soignants - Objectifs soins - n°47 - Décembre 1994 - page 47-49

Nous avons vu lors de l'enquête que les surveillants chefs portaient ce genre de jugement sur la capacité des cadres infirmiers de proximité. Nous devons rappeler aux surveillants chefs cette notion de confiance, de respect.

La confiance doit être une valeur éthique fondamentale pour l'infirmier général et l'encadrement du service infirmier.

Il est bien certain que la notion de confiance ne se décrète pas par une note de service, il n'existe pas de formation type. Nous pensons qu'il est possible de générer un climat de confiance avec les cadres infirmiers. Cela peut se concrétiser, notamment, par des séries d'attitude ou de comportement qui inspire une confiance, c'est :

- ✓ Avec les cadres infirmiers instaurer des **relations basées sur une interactivité** qui laisse place à la réciprocité et au dialogue, et ceci dans le respect mutuel, nous nous rapprochons de la notion d'autonomie interactive. Ce genre de dualité est aux antipodes d'une relation centrée sur le pouvoir et la hiérarchie qui annihilent toutes velléités de responsabilisation et d'autonomie

- ✓ C'est aussi, **écouter** l'encadrement infirmier pour lui apporter une aide et un soutien lors des difficultés rencontrées. Cette écoute doit être réelle et sincère, ce n'est pas une écoute "faussée" ou l'infirmier général ne changera pas d'avis quoique puisse dire son interlocuteur. Mais c'est une écoute qui apprécie la demande, "entend" les arguments qui pourront influencer sur la décision. C'est une écoute interactive qui privilégie un dialogue constructif.

Il faut pouvoir écouter sans être inaccessible, en étant l'infirmier général dans sa "tour d'ivoire" il est certain qu'il n'y aura pas d'interlocuteur pour une écoute attentive. Ceci nous renvoie à la disponibilité de l'infirmier général.

- ✓ Il est évident que **la disponibilité** est un point délicat dans l'organisation hospitalière, il existe un risque d'être toujours sur occupé et de plus être disponible, de fonctionner uniquement sur rendez-vous. François-Xavier SCHWEYER³⁷ précise que "*Très peu d'infirmiers généraux tiennent une permanence pour rencontrer le personnel soignant (moins de 2%) l'usage étant (pour 77% des infirmiers généraux) de recevoir sur rendez-vous*"

³⁷ Op. cit. page 143

Par exemple, si un agent en difficulté désire rencontrer l'infirmier général et n'obtient un rendez-vous que dans un délai de deux semaines, il est certain que celui ci aura résolu son problème lors de l'entretien.

C'est une stratégie, mais qui n'engendre certainement pas la confiance. Nous avons relevé lors de l'enquête des cadres infirmiers de proximité qui sont reçus que lors de leur affectation, c'est, selon nous, insuffisant. Il faut prendre le temps d'être disponible, cela part d'une gestion du temps efficiente. Bien qu'il serait illusoire de penser que l'on puisse recevoir tous les cadres et n'importe quand, il est possible de libérer des créneaux de disponibilité, par exemple se libérer une heure en matinée et recevoir sans rendez-vous.

4. DONNER DU SENS.

L'autonomie même si elle est interdépendante ne doit pas tomber dans le piège de l'indépendance qui renforce le cloisonnement et où chaque cadre infirmier de proximité ferait ce que bon lui semble. La notion de sens devient rapidement indispensable pour fédérer les acteurs, le sens peut être assimilé à une finalité partagée, l'hôpital à des objectifs que les acteurs partagent. C'est l'infirmier général qui doit, subtilement, concilier une prise d'initiative, de responsabilité et d'autonomie avec les objectifs collectifs de l'établissement.

En clair, l'infirmier général est un donneur de "sens", il impulse une cohérence, un fil conducteur. La métaphore du capitaine qui indique le chemin à suivre pour l'équipage me paraît appropriée.

Le projet de soins infirmiers peut, à ce titre, représenter ce fil conducteur pour l'ensemble des cadres et de tous les soignants. La formalisation d'un système de valeurs sert de base aux définitions des objectifs poursuivis par le service infirmier. Ces objectifs transversaux et globaux à l'établissement sont des éléments porteurs de "sens". Au-delà du projet de soins infirmiers, le projet médical et le projet d'établissement renforcent le fil conducteur.

Cette notion de "sens" devra être clairement comprise par les cadres infirmiers de proximité et les surveillants chefs. Le "sens" ne doit pas être assimilé à des injonctions, il risque d'avoir contradiction entre la notion d'autonomie et de sens.

CONCLUSION

Dans les périodes de changement, la place des cadres infirmiers est déterminante. Même si cette étude porte sur les cadres infirmiers de proximité, les solutions proposées intéressent toute la hiérarchie infirmière. Donner davantage d'autonomie aux cadres sur le terrain, c'est obligatoirement repositionner les surveillants chef et l'infirmier général.

La contractualisation interne prévue par l'ordonnance du 24 avril 1996 va modifier les zones de pouvoir au sein de l'organisation hospitalière. L'infirmier général ne pourra plus raisonner en terme de pouvoir et de hiérarchie.

Nous devons, en position d'infirmier général, nous préparer à ce changement de mentalités. Mais, nous devons, également, préparer l'encadrement infirmier dans sa globalité.

L'étude, même si elle n'est pas généralisable, corrobore quelques tendances déjà remarquées dans d'autres études, notamment, un infirmier général coupé du terrain, l'importance du travail administratif pour le cadre infirmier de proximité. Nous prendrons en compte ces dysfonctionnements qui entravent la prise d'initiatives pour le cadre infirmier de proximité.

Il est évident que l'étude n'est pas terminée, ce n'est qu'une étape et une contribution, nous souhaitons passer à la phase opérationnelle et mettre en place les solutions proposées dans cette étude. La réflexion va se nourrir des expériences sur le terrain, nous avons conscience de la difficulté que va entraîner ce changement de mentalité, mais c'est le prix à payer pour que les cadres infirmiers puissent être des "personnes ressources " à tous niveaux.

Nous citons une phrase d'un article³⁸ qui résume bien notre état d'esprit : ***"Le management des cadres de proximité, par les infirmiers généraux et cadres supérieurs, est aujourd'hui un enjeu considérable dont nous devons être conscients"***

³⁸ Chantal FAUGIER-SEURET - Le management en arrière plan - Objectifs soins - n°60 - Février 1997 - page VII-XI

BIBLIOGRAPHIE

**OUVRAGES
ARTICLES DE REVUES
TEXTES LEGISLATIFS
MEMOIRES**

OUVRAGES

ARY Brousillon - Surveillantes à cœur ouvert à cris perdus : un franc-parler pour un autre regard sur une profession. - Paris - Editions Seli Arslan - 1996

CLAUDE Jean-François - L'éthique au service du management : concilier autonomie et management pour l'entreprise - Edition Liaison - 1999

CREMADEZ M, GRATEAU F - le management stratégique hospitalier" - Inter Editions - 1997

DERENNE Odile, LAMY Yves, LUCAS André - fichier permanent des corps et grades des établissements publics sanitaires et sociaux. Textes de base actualisés, mise à jour au 30 septembre 1996 - Editions Ecole Nationale de la Santé Publique, 1996.

KITOUS Bernhard - Soigner l'hôpital. Management pour l'autonomie au quotidien - Ramonville-Saint-Agne : Erès, 1994

LETONDAL Anne Marie - L'encadrement de proximité Quels rôles dans les changements d'organisation ? - Collection outils et méthodes - 1998

MARTIN Bertrand, LENHARDT Vincent, JARROSSON .B - Oser la confiance : Propos sur l'engagement des dirigeants - INSEP Editions - 1997

MARECHAL Jean-Pierre - Réformer l'hôpital : direction médicale, pivot de la réorganisation. Paris : éditions Hermès, 1996

SCHWEYER François-Xavier - l'infirmière qui devient "directeur" profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics. in « La compétence en question – Presse universitaires de RENNES – 1993 – pages 127-148

TAVERNIER Nicole, MAHE Marie-claude, BARATAY Pascal, GUERIN Thierry - La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics - Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville - 1994

ARTICLES DE REVUES

AUTUORI Marie-Thérèse, BARTHES Richard - GPEC : un outil et/ou un état d'esprit ? - Technologie Santé - septembre 1998 - n°33 - page 61-68

BARTOLETTI Martine - La dimension pédagogique de la fonction d'infirmière générale - Soins formation pédagogie encadrement - n°20 - 4° trimestre 1996 - page 30-35

DUBOYS-FRESNEY Catherine - Réflexions sur la fonction de directeur du service de soins infirmiers- Techniques hospitalières - n°627 - Juin 1998.

FAUGIER-SEURET Chantal - Le management en arrière plan - Objectifs soins - n°60 - Février 1997 - page VII-XI

FAUGIER-SEURET Chantal - Encadrer les cadres soignants - Objectifs soins - n°47 - Décembre 1994 - page 47-49

FORMARIER Monique - L'analyse de contenu - Hors série spécial méthodologie - Recherche en soins infirmiers - ARSI - Novembre 1994 - page 97-105

GALANT Marie-Odile - La fonction d'encadrement à l'aube du 21° siècle- Soins Formation Pédagogie Encadrement - n°27 - 3° trimestre 1998 - page 28 - 30

GARDIES Marie Gentile - L'autonomie des cadres de proximité - Soins Formation Pédagogie Encadrement - n°21 - 1° trimestre 1997.

GROULEZ Claire - Le service infirmier dans le changement - Gestions Hospitalières - février 1998 - page 108-112

MONTESINOS André - Le malaise des cadres infirmiers, comment en sortir ? - Objectifs soins - n°59 - Décembre 1997 - page X-XII

MUCCHIELLI Alex - Nouveau point de vue sur les "défaillances" permanentes en management des cadres infirmiers- Gestions Hospitalières - Juin, Juillet 1997 - page 439-442.

PELJAK Dominique - Le management de subsidiarité au service des hôpitaux - Gestions Hospitalières - Juin-Juillet 1997 - page 421-424

POSTEL-FERRY Brigitte - Cadres : bilan et perspectives de 40 ans de formation - Objectifs soins - n°75 - Mai 1999 - page VIII

POSTEL-FERRY Brigitte - Cadres : entre le droit et l'éthique - Objectifs soins - n°75 - Mai 1999 - page IX.

VALLET Guy - Responsabilité et missions de l'infirmier général - Objectifs soins - n°28 - Décembre 1994 - page 42-47

VILCHIEN Danielle - Les cadres de santé et le changement à l'hôpital - Les cahiers Hospitaliers - n°119 - Décembre 1996 - page 11-12

WEIL Marie-Thérèse - Les cadres hospitaliers : images ou réalité ? - Gestions hospitalières - mai 1999 - page 631-362

TEXTES LEGISLATIFS

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme du cadre de santé

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

Lettre circulaire du 20 février 1990 de la Direction des Hôpitaux (DH-8A-PK-CT-n° 000030).

MEMOIRES

PASTOL Nicole - Faire évoluer la culture managériale au sein du service infirmier : un défi pour l'Infirmière Générale. Etude de la fonction de Cadre Supérieur Infirmier, centrée sur la prise de fonction. - Mémoire ENSP d'Infirmier Général - 1997 .

PELJAK Dominique, NICOLAS Christian - L'encadrement infirmier et le management de proximité dans la perspective de l'hôpital européen Georges Pompidou - Mémoire ENSP Elève Directeur Hôpital - 1996/12

ANNEXES

PROGRAMME

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 leur compétence, qui est déterminante 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 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 conduisant au diplôme de cadre de santé a pour ambition de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles indispensables à la cohérence des prestations. Elle met en œuvre à cette fin un programme identique pour l'ensemble des filières professionnelles et vise à encourager de façon progressive la mise en œuvre d'une dispensation commune, interprofessionnelle ou par famille professionnelle. Cette démarche s'effectue dans le respect des caractéristiques propres à chacune des filières professionnelles.

La formation instituée a pour objectif de préparer les étudiants conjointement à l'exercice des fonctions d'animation et de gestion d'une part, de formation et de pédagogie d'autre part, dévolues aux cadres de santé, en leur apportant les concepts, les savoirs et les pratiques nécessaires, et en favorisant leur application à leur domaine professionnel. Ainsi l'objectif de décloisonnement poursuivi ne saurait en aucun cas conduire à remettre en cause d'identité de chacune des professions ni à autoriser l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle.

La formation s'adresse à des professionnels, possédant une expérience technique confirmée et des aptitudes à la prise de responsabilités d'encadrement. Elle les prépare à assumer pleinement des dernières dans l'exercice de leurs figures fonctions, notamment par l'étude des outils techniques et dévaluation propres à chaque filière professionnelle.

Dans le respect du programme institué, elle est organisée et dispensée en fonction des besoins des candidats et selon un projet pédagogique faisant appel à des principes de pédagogie d'adulte. Le travail personnel de recherche et de documentation et le travail de groupe seront notamment utilisés au maximum afin de respecter, de favoriser et de développer l'autonomie et la créativité des étudiants. Les stages devront leur permettre un apprentissage pratique et approfondi de leurs fonctions de cadre par une application concrète et un transfert à leur domaine d'exercice professionnel.

La formation est dispensée par les seuls instituts de formation des cadres de santé agréés à cet effet qui par ailleurs, sont habilités à participer à des missions de formation continue et d'adaptation à l'emploi de l'encadrement, de recherche et de conseil.

La formation se compose de 6 modules. L'alternative prévue aux modules 4 et 5 doit, dans le cadre du projet pédagogique de l'institut, garantir une stricte égalité des durées respectives de formation théorique et de stages entre les deux modules considérés.

Module 1 : Initiation à la fonction de cadre :

Trois semaines d'enseignement théorique ;
Trois semaines de stage hors secteur sanitaire.

Module 2 : Santé publique :

Trois semaines d'enseignement théorique.

Module 3 : Analyse des pratiques et initiation à la recherche :

Trois semaines d'enseignement théorique.

Module 4 : Fonction d'encadrement :

Cinq semaines d'enseignement théorique ;
Quatre semaines de stage en établissement sanitaire ou social, ou
Six semaines d'enseignement théorique ;
Trois semaines de stage en établissement sanitaire ou social.

Module 5 : Fonction de formation :

Cinq semaines d'enseignement théorique ;
Quatre semaines de stage en établissement de formation sanitaire ou social, ou
Six semaines d'enseignement théorique ;
Trois semaines de stage en établissement de formation sanitaire ou social.

Module 6 : Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels :

Cinq semaines d'enseignement théorique réparties de la façon suivante :

- soit cinq semaines d'approfondissement du module 4 ;
- soit cinq semaines d'approfondissement du module 5 ;
- soit trois semaines d'approfondissement du module 4 et deux semaines d'approfondissement du module 2 ;

- soit trois semaines d'approfondissement du module 5 et deux semaines d'approfondissement du module 2 ;

Quatre semaines de stage soit en établissement sanitaire ou social, soit en établissement de formation, soit en structure de santé publique,

soit :

Enseignement théorique semaines	24 semaines	ou	26
Stages semaines	15 semaines	ou	13
Travail personnel, de recherche et de documentation	2 semaines		2 semaines
Congés	1 semaine		1 semaine
Total	42 semaines		42 semaines

Annexe n°3

Grille de questions servant de support à l'entretien semi-directif pour l'infirmier général, les surveillants chefs et les cadres infirmiers de proximité

Cadre infirmier de proximité

1. Pouvez vous décrire brièvement votre travail ?

2. Voyez-vous une évolution de votre fonction, travail ?

3. Le cadre de proximité est souvent décrit comme un acteur clef du changement. (Exemples : accréditation contrat d'objectifs, projet d'établissement,)

Qu'en pensez vous ?.

(Relance si oui pourquoi et quels sont les obstacles, si non pourquoi et quels seraient les éléments favorisant.

4. pensez vous disposer d'une autonomie suffisante pour prendre une décision.

(exécutant des décisions ou prise de décisions)

5. Pouvez vous décrire vos relations de travail avec

- le cadre supérieur, relance pourquoi ?

(Peuvent-elles être améliorées ?)

- avec l'IG, relance pourquoi

(Peuvent-elles être améliorées ?)

Surveillant chef

1. Voyez-vous une évolution de votre fonction ? De la fonction cadre ?

2. Le cadre de proximité est souvent décrit comme un acteur clef du changement. (Exemples : accréditation contrat d'objectifs, projet d'établissement,...)

Qu'en pensez vous ? .

(Relance si oui pourquoi et quels sont les obstacles.

Si non pourquoi et quels seraient les éléments favorisant.

3. Pensez vous laisser une autonomie suffisante au cadre de proximité.

4. Pensez vous avoir du «pouvoir » ? Une autonomie de décision ?

7. Pouvez vous décrire vos relations de travail avec

- le cadre de proximité, relance pourquoi ?

(Peuvent-elles être améliorées ?)

- avec l'IG, relance pourquoi

(Peuvent-elles être améliorées ?)

L'infirmier général

1. Le cadre est souvent décrit comme un acteur clef du changement. (Exemples : accréditation contrat d'objectifs, projet d'établissement,.....)

Qu'en pensez vous ? .

(Relance si oui pourquoi et quels sont les obstacles, si non pourquoi et quels seraient les éléments favorisant.

2. Pensez vous que le cadre de proximité dispose d'une autonomie, d'une zone décision, de compétences

3. quel est le management à mettre en place (si une réponse négative) ou quel est le management utilisé ?