



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Mémoire de Fin d'Étude
FORMATION DES INFIRMIERS GÉNÉRAUX
Jury : 30 et 31 octobre 2000

**IMPULSER, ACCOMPAGNER ET DONNER DU SENS A LA
NECESSAIRE EVOLUTION DU METIER DE CADRE DE SANTE.**

PICHON Caroline

L'École Nationale de la Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

Toute ma gratitude à Madame DUJARDIN qui m'a accompagnée dans l'élaboration de cette étude.

A Dominique, Monique et Jean pour leur écoute attentive et leurs critiques constructives.

A toutes les personnes rencontrées qui ont répondu de façons bienveillantes et spontanées à mes questions.

A Roland et Madeleine qui ont pris soin des miens pendant mes absences.

A mon conjoint, mes enfants, pour leur patience, leur compréhension et leur soutien.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION :</u>	1
<u>1 DU QUESTIONNEMENT DE DEPART VERS LA PROBLEMATIQUE</u>	3
<u>1.1 Un temps de réflexion sur la fonction d’Infirmiere Générale :</u>	3
<u>1.2 Naissance d’un questionnaire :</u>	4
<u>1.3 Un temps de réflexion sur les cadres soignants de proximité :</u>	5
<u>2 HYPOTHESE</u>	7
<u>PARTIE I : L’ANCRAGE THEORIQUE</u>	8
<u>INTRODUCTION :</u>	8
<u>1 LE CONTEXTE LEGISLATIF</u>	8
<u>1.1 Le contexte législatif au regard de l’analyse de l’activité des établissements de santé :</u> ...8	
1.1.1 La loi portant réforme hospitalière :	9
1.1.2 L’ordonnance ministérielle portant réforme de l’hospitalisation publique et privée :	9
1.1.3 Une volonté de gestion participative, les centres de responsabilité :	10
<u>1.2 Le contexte législatif au regard du service infirmier</u>	10
1.2.1 Le service infirmier, une responsabilité dans l’optimisation des moyens :	10
1.2.2 Les cadres de santé, origine d’une fonction :	11
1.2.3 Les cadres de santé, une contribution économique de la fonction :	12
<u>2 DE LA MULTICULTURALITÉ À LA COOPÉRATION</u>	13
<u>2.1 L’hôpital, face à l’interculturalité :</u>	14
<u>2.2 Identité, culture et changement</u>	14
<u>2.3 La théorie de la traduction / coopération, au service de l’efficacité</u>	15
<u>3 L’ANALYSE DE GESTION ET TABLEAUX DE BORDS PORTEURS DE SENS ET DE MOTIVATION</u>	18
<u>3.1 Le service infirmier, un service de production ?</u>	18
<u>3.2 L’analyse de gestion, au service des cadres soignants</u>	19
<u>3.3 Les tableaux de bords, un outil précieux</u>	19
<u>3.4 Le besoin de sens au cœur des métiers</u>	20

<u>3.5</u>	<u>Etre motivé pour avancer</u>	21
3.5.1	<u>Maslow et la pyramide :</u>	21
3.5.2	<u>Les travaux de Hertzberg et Hughes :</u>	22
3.5.3	<u>L'approche de L.W. PORTER et de E.E. LAWLER :</u>	22
3.5.4	<u>La direction participative par objectifs, une contribution certaine à la motivation :</u>	22
<u>4</u>	<u>DE LA FIABILITE DE L'INFORMATION A LA PRISE DE DECISION</u>	24
<u>4.1</u>	<u>Le manager, en quête d'information :</u>	24
4.1.1	<u>Les tableaux de bords, outil de construction et d'organisation de l'information :</u>	25
<u>4.2</u>	<u>Le processus décisionnel</u>	25
4.2.1	<u>Les différentes approches du processus décisionnel :</u>	26
<u>4.3</u>	<u>L'infirmière générale, l'information et le processus décisionnel :</u>	27
	<u>CONCLUSION :</u>	27
	<u>PARTIE II : METHODOLOGIE, DEPOUILLEMENT ET ANALYSE DES ENTRETIENS.</u>	28
	<u>INTRODUCTION :</u>	28
<u>1</u>	<u>METHODOLOGIE</u>	28
<u>1.1</u>	<u>Choix de l'outil :</u>	28
<u>1.2</u>	<u>La population :</u>	29
1.2.1	<u>Les cadres soignants :</u>	29
1.2.2	<u>Les directeurs :</u>	30
<u>2</u>	<u>DEPOUILLEMENT ET ANALYSE DES ENTRETIENS.</u>	30
<u>2.1</u>	<u>Rencontre avec les cadres :</u>	30
<u>2.2</u>	<u>Rencontre avec les directeurs :</u>	45
	<u>CONCLUSION :</u>	49
	<u>PARTIE III : CONTRIBUTION DES CADRES A LA GESTION EFFICIENTE DE LEUR SERVICE, ROLE DE L'INFIRMIERE GENERALE.</u>	50
	<u>INTRODUCTION :</u>	50
<u>1</u>	<u>TROIS PROBLÉMATIQUES INTERACTIVES À PRENDRE EN COMPTE</u>	50
<u>1.1</u>	<u>Une identité professionnelle en difficulté :</u>	50
<u>1.2</u>	<u>Une connaissance insuffisante du fonctionnement institutionnel :</u>	51

<u>1.3</u>	<u>Un manque de visibilité du travail accompli dans leurs services :</u>	51
<u>2</u>	<u>LE PLAN D'ACTION</u>	51
<u>2.1</u>	<u>Axe n°1 :</u>	52
<u>2.1.1</u>	<u>Construire ensemble une nouvelle identité professionnelle :</u>	52
<u>2.1.2</u>	<u>Apprendre à connaître le fonctionnement institutionnel, le rôle de leurs différents acteurs, à se positionner au sein de l'institution :</u>	57
<u>2.2</u>	<u>Axe n°2 :</u>	60
<u>2.2.1</u>	<u>Transmettre et créer avec les cadres les outils adaptés à leur missions :</u>	60
	<u>CONCLUSION :</u>	65
	<u>CONCLUSION GENERALE :</u>	66
	<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	68

INTRODUCTION :

Le droit aux soins fait partie des grands principes qui sont garantis à tous les Français. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la Constitution de 1958 montrent combien la nation y est attachée. Le droit aux soins est une exigence collective mais son coût ne cesse de s'accroître. Parler d'économie en matière de santé, c'est souvent se heurter à des obstacles d'ordre idéologique.

A l'heure actuelle, la politique de santé constitue un véritable enjeu social et économique. Il s'agit d'assurer le difficile compromis entre pression des contraintes économiques et exigences croissantes et légitimes des patients en matière de qualité et de sécurité des soins. *« Le malade évolue tout doucement d'une position captive et passive à une position d'acteur mieux informé ayant conscience du coût des prestations et donc attendant un service en échange. »¹*

La politique de santé suit dans ce contexte un long cheminement en vue de rationaliser les dépenses. Les établissements publics de santé, au sein du réseau sanitaire, sont eux aussi soumis à ces mêmes impératifs de rationalisation qui ne peuvent plus être ignorés des acteurs hospitaliers. S'interroger sur les coûts doit devenir une exigence éthique pour chaque acteur de ce système.

M. Aubry souligne également, dans un de ses discours, la nécessaire évolution du système hospitalier par la modification des rapports existants au sein de l'hôpital, voir du système de valeurs des différents acteurs :

« L'évolution du système d'organisation interne et du système d'information.

La définition des besoins au plus près des utilisateurs définis par eux-mêmes dans une logique de responsabilisation.

L'indispensable engagement réciproque, le respect mutuel des compétences.

Pour cela, il sera indispensable de substituer au principe de hiérarchie descendante un principe de subsidiarité et transversalité. »²

¹ F. GONNET, L'hôpital en question, Editions Lamarre 1992

² M. AUBRY, LA LETTRE, «réforme de l'hospitalisation », N°18 décembre 1998

La loi du 31 juillet 1991 fait du service infirmier un partenaire à part entière du système hospitalier. L'I.G., membre de l'équipe de direction de part son statut et les fonctions définies par les textes législatifs et réglementaires relatifs à l'exercice de la profession (décret n° 89 758 du 18 octobre 1989) a l'obligation de coordonner, organiser et mettre en œuvre les soins, de contribuer à l'amélioration de leur qualité et à leur évaluation, d'adapter la qualité des soins à de nouvelles techniques. Il est nécessaire d'intégrer que le directeur du service de soins infirmiers devient dans ce cadre, directeur de production.

.En effet, « l'activité de soins infirmiers comporte un aspect professionnel largement développé qu'il s'agisse de la définition de la profession d'infirmière à l'article L.473 du code de la santé publique ou des décrets de compétence qui ont pour but d'habiliter un professionnel à effectuer un acte.

Mais l'activité de soins infirmiers comporte aussi un aspect économique moins connu. Soigner c'est-à-dire : Agir pour soi-même ou pour autrui afin d'entretenir la vie, représente un poste économique important qui impose de savoir évaluer la demande et d'apporter la juste réponse. »³

Dans ce contexte, la maîtrise de la production de soins devient alors, pour l'infirmière générale, un réel problème managérial afin de concilier l'efficacité des soins, c'est à dire la maîtrise conjointe de la qualité et des coûts.

« Sous l'influence conjointe de l'économie, des techniques et de l'information, la culture hospitalière connaît d'important bouleversements culturels... A l'appareil de la charité s'est substitué celui de la gestion économique de la santé. Pourquoi ? Parce que l'exigence de santé publique a imposé une idée à laquelle on ne peut qu'adhérer, celle qui consiste à trouver les moyens pour que chacun ait la même certitude d'être soigné avec la même qualité, la même sécurité, qu'il soit pauvre ou qu'il soit riche. »⁴

Dans un premier temps, nous verrons l'ancrage théorique de notre réflexion, l'analyse de nos entretiens et le rôle de l'infirmière générale dans l'accompagnement des cadres de proximité à la nécessaire évolution de leur fonction.

³ Guide du service de soins infirmier. Documents relatifs au fonctionnement du service infirmier. Outils méthodologiques n° 3. Série organisation et gestion du service infirmier

⁴Ali Ait Abdellalek, Sciences Humaines et soins, Inter-éditions 1995.

1 DU QUESTIONNEMENT DE DEPART VERS LA PROBLEMATIQUE.

1.1 UN TEMPS DE REFLEXION SUR LA FONCTION D'INFIRMIERE GENERALE :

Il fut d'abord centré sur l'infirmière générale et ce qui nous semblait être un paradoxe entre sa culture soignante de part sa profession d'infirmière et sa nouvelle appartenance à l'équipe de direction en tant que directeur de production de soins. Elle doit acquérir à ce titre une culture de gestion. Ce questionnement de départ était d'ordre idéologique au regard de la représentation que nous avons de cette fonction.

Il nous est alors apparu indispensable de réfléchir à la représentation que nous possédions de la fonction de l'infirmière générale. Celle-ci ne doit être ni floue, ni problématique car d'après D.Génélot :

« Nos représentations ne sont pas une image de la réalité, mais une construction de notre esprit et à ce titre essentiellement subjectives, c'est à dire attachées au sujet qui les a produite(nous) plus qu'à l'objet(la réalité) qu'elles sont censées représenter. »⁵

En tant que responsable du service de soins, il nous fallait connaître les mécanismes de construction de nos représentations, car c'est à partir d'eux que nous imaginerons des solutions aux problèmes, des actions à conduire et un futur à construire.

Ce n'est qu'en ayant une vision objective de la fonction d'infirmière générale qu'il ne pourra y avoir cohérence, compréhension et rencontre avec nos semblables. Autour de projets donnés, il sera alors possible d'exercer cette fonction en toute authenticité.

La question ultime en arrière plan, restant bien celle du sens, le sens dont nous aurons envie de colorer nos projets, nos missions et nos relations avec nos collaborateurs.

« L'infirmière générale ou directeur du service de soins infirmiers est celle qui met au service du corps infirmier sa capacité d'expertise, lui permettant de créer des liens et de donner du

⁵ D. Génélot, « Manager dans la complexité », Insep éditions 1998. Page 103.

sens au soin. Il lui faut donc soutenir, coordonner, conduire, construire. »⁶

Ce temps de réflexion, les échanges avec les collègues, les différents intervenants à l'E.N.S.P., les apports théoriques ont fait évoluer notre représentation du paradoxe à celui de la richesse de la fonction. La plus-value de l'infirmière générale se trouve bien là, dans sa capacité à réunir des logiques différentes. Elle aboutira ainsi à des projets cohérents afin de donner du sens et de la visibilité aux actions des différents acteurs du service de soins infirmiers.

« En univers complexe où les logiques s'affrontent, où les causalités s'enchevêtrent jusqu'à provoquer l'incompréhension où les phénomènes s'organisent selon la représentation de celui qui les pense. Ce qui est essentiel c'est de savoir faire dialoguer les logiques différentes. »⁷

1.2 NAISSANCE D'UN QUESTIONNEMENT :

Comment l'I.G., conscient de la complexité accrue peut-elle accompagner les équipes dans l'évolution du système de santé et mener à bien ses missions ?

Comment partager les problèmes pour que le personnel soignant intègre contraintes, enjeux, et impératifs et qu'il devienne acteur à part entière au sein de l'institution ?

Comment trouver ensemble des solutions et que naissent à partir des contraintes, les ressources et les opportunités de changement ?

Comment gérer les écarts perçus par les équipes entre valeurs soignantes, qui sont plutôt de l'ordre de l'affect et de l'humain et le défi économique qui est de l'ordre du quasi comptable ?

Notre réflexion a cheminé vers le fait que les cadres de proximité pouvaient être une des clés aux réponses de ces différentes interrogations :

- Leurs positionnements au sein des services de soins les situent comme relais et vecteurs d'informations.

⁶ C. Faugier-Sauret, Objectifs soins n° 28, 1994.

⁷ D. Gévelot, « Manager dans la complexité », Insep éditions 1998.

- Ils peuvent favoriser l'expression des besoins des soignants. Leurs observations, leurs suggestions sont indispensables pour donner vie aux différents projets.
- Ils se situent au plus près des différents utilisateurs et peuvent définir leurs besoins dans une logique de responsabilisation.

De ce fait, le rôle des cadres de proximité est fondamental dans la gestion, l'animation des équipes, l'analyse des besoins de part la perception de l'organisation et des situations de travail qu'ils ont de leur unité.

Notre étude n'a donc pas porté volontairement sur les cadres infirmiers supérieurs qui ont une mission de management et de gestions beaucoup plus globale, portant sur plusieurs unités de soins. Ils ont un autre rôle à jouer que d'être surveillants des surveillants, nous leurs confierons plutôt des domaines et des projets transversaux.

1.3 UN TEMPS DE REFLEXION SUR LES CADRES SOIGNANTS DE PROXIMITE :

Les cadres sont-ils prêts à s'impliquer dans les maîtrises des dépenses de santé de leur établissement en terme de management, de connaissances en gestion ?

Le métier de cadre infirmier de proximité est-il en train de muter au niveau culturel, comportemental et des compétences exigées pour cette fonction ?

Les cadres sont-ils prêts à ces changements ?

Quelle politique l'I.G. devra t-elle mettre en place pour que les cadres deviennent partenaires à part entière du système dans un souci de qualité, d'efficience et de cohérence ?

Comment l'I.G. peut-elle faire intégrer aux cadres une dimension économique à leur fonction ?

Le questionnement autour de la gestion peut-il aller jusqu'à une réflexion sur les pratiques et le sens que l'on donne aux soins ? Ce sens fait-il place à la conciliation entre déficit économique et valeurs soignantes ?

Comment, par la stratégie qu'elle mettra en place, l'I.G. pourra amener les cadres infirmiers à développer une compétence en gestion des soins infirmiers, définir au mieux les fonctions des professionnels de santé concernés et rendre compte des activités du service infirmier ?

Comment l'I.G. peut-elle accompagner ce changement, donner du sens à cette nécessaire évolution, afin de s'entourer de collaborateurs performants pour le rester lui-même ?

Les cadres soignants ont besoin d'outils (tableaux de bords, histogrammes ...) pour assumer leur fonction de gestion telle qu'on l'attend d'eux aujourd'hui. La maîtrise de ces outils leur permettrait d'assurer leur rôle de manager gestionnaire au sein de l'institution, d'être reconnus des équipes soignantes et des responsables hiérarchiques. Ces outils et leur exploitation leur confèreraient :

- ✓ La possibilité d'établir une communication professionnelle sur l'activité de leur service et de rendre opérationnels et crédibles leurs projets.
- ✓ Un rôle propre vis à vis des équipes soignantes, les cadres ne seraient plus de « super infirmières » ne sachant toutefois pas gérer. Les chevauchements de fonction pourraient ainsi être évités.
- ✓ Un rôle d'interlocuteur privilégié des supérieurs hiérarchiques en étant un vecteur d'informations fiables. Ils seraient amenés à un travail de cogestion rendant possible la déconcentration de certaines prises de décisions.

Il existe pourtant une absence d'utilisation de ces outils au sein des unités de soins. Ceci peut être une des explications à l'origine du malaise et parfois du défaut de positionnement des cadres de proximité. Cette absence induit le risque qu'une diminution de la fiabilité de certaines décisions prises au sein de l'institution par manque d'informations objectives émanant des services de soins.

A l'heure actuelle, chacun des acteurs au sein de l'institution est porteur de sa propre légitimité, qu'il s'agisse des médecins, des paramédicaux ou de l'équipe de direction. Cette situation est souvent source de conflits et de dysfonctionnements entre centre opérationnel représenté par les unités de soins et sommet stratégique composé du directeur et de son équipe de direction (organisation décrite par Mintzberg.) Les différents acteurs travaillent le plus souvent les uns à côté des autres mais pas les uns avec les autres.

C'est au sein des services que s'expriment avec le plus d'acuité les contradictions entre ces différentes logiques, et à l'épicentre desquelles nous trouvons les cadres soignants.

2 HYPOTHESE.

Les différents éléments que nous venons de décrire nous ont conduit à poser l'hypothèse suivante :

Les contraintes économiques législatives et sociales de l'environnement hospitalier actuel, rendent indispensable la maîtrise des tableaux de bords par les cadres de proximité, véritable outil de gestion et langage commun entre culture soignante et culture de gestion.

Les tableaux de bords donneront sens et visibilité à la production de soins au sein des unités, source de motivation.

Ils amèneront les cadres de proximité à se positionner, à communiquer de façon professionnelle pour mieux coopérer. Ils deviendront ainsi partenaires à part entière dans le fonctionnement et la gestion de l'institution.

Dès lors, l'infirmière générale occupe une place déterminante dans la politique de gestion des soins infirmiers qu'elle mettra en œuvre. Elle a la responsabilité de créer auprès des cadres de proximité une culture d'organisation et de gestion selon une approche conceptuelle et culturelle propre à la gestion des soins infirmiers. Donner les moyens aux cadres infirmiers de formaliser de façon systématique leurs démarches, grâce à des outils adaptés, leur permettra de ne plus être dans la revendication mais dans l'argumentation et la négociation, à l'infirmière générale de ne plus être dans l'injonction mais dans l'accompagnement.

PARTIE I : L'ANCRAGE THEORIQUE

INTRODUCTION :

Nous avons réfléchi sur les concepts émanant de notre hypothèse de départ, sur lesquels il nous paraissait important d'approfondir nos connaissances. Pour cela, nous avons recherché l'avis de différents auteurs sur ces sujets.

1 LE CONTEXTE LEGISLATIF.

1.1 LE CONTEXTE LEGISLATIF AU REGARD DE L'ANALYSE DE L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE :

Le recours à l'hospitalisation traditionnelle est considéré à priori comme coûteux pour la collectivité.

Depuis les années 1970, l'état d'abord, puis la sécurité sociale ensuite, ont œuvré pour que des instruments de maîtrise des dépenses hospitalières soient mis en place : la planification, la tarification, l'évaluation, puis l'accréditation.

Les pouvoirs publics démontrent ainsi la nécessité de rationaliser notre système de santé pour améliorer son fonctionnement et si possible en diminuer les coûts.

Ce contexte nouveau oblige les gestionnaires à s'interroger sur la pertinence de l'utilisation des ressources et à rechercher une efficacité optimum dans ce domaine.

En sensibilisant et en responsabilisant à la gestion les personnels médicaux et paramédicaux, les décisions prises en matière d'utilisation des ressources hospitalières doivent gagner en pertinence et en légitimité.

1.1.1 La loi portant réforme hospitalière :

Le législateur de 1991 avait pourtant introduit dans la loi du 31 juillet 1991 plusieurs de ces notions :

Le développement d'une politique d'évaluation. :

L'article L.714.4 prévoit que les établissements publics ou privés « développent *une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du malade notamment d'en garantir la qualité et l'efficience.* »

L'article L.710.5 demande également que les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité : « *dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.* »

1.1.2 L'ordonnance ministérielle portant réforme de l'hospitalisation publique et privée :

En 1996 la continuité a été de mise. L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique ou privée dans un souci de rationalisation budgétaire, relance le processus de déconcentration de gestion par l'instauration de la contractualisation interne et externe.

« La contractualisation interne répondait à une demande exprimée par la communauté hospitalière et médicale. Le souhait d'être davantage responsabilisé était émis par les praticiens, appelant à décider de la dépense et de l'ordonner. »⁸

En ce qui concerne la contractualisation externe, les agences régionales de l'hospitalisation, concluent avec les établissements de santé publics ou privés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

⁸ Notes de cours, Formation sur la contractualisation CNEH.

1.1.3 Une volonté de gestion participative, les centres de responsabilité :

Avant tout, il s'agissait de responsabiliser d'avantage les acteurs de santé.

Déjà dès 1983, la notion de centre de responsabilité figurait dans les textes sur le budget global.

Le souci des pouvoirs publics est clairement exprimé dans la circulaire du 08/09/1983 relative à l'application du budget global :

« Mieux mettre en évidence la relation entre les moyens, les coûts, et les activités des établissements hospitaliers. Le législateur souhaite associer plus étroitement à la gestion tous ceux qui à travers les responsabilités qu'ils exercent et les décisions qu'ils prennent, influant directement les évolutions de ces coûts ou de ces activités. »

Il s'agit pour les responsables médicaux et paramédicaux, d'être associés à la traduction interne des priorités stratégiques afin d'éviter d'appliquer en aveugle la rigueur budgétaire au sein des services. De plus, les mesures de l'activité interne favorisent les réflexions sur les pratiques professionnelles aussi bien quantitatives que qualitatives. Les pouvoirs publics tentent ainsi de mettre en œuvre dans le domaine de la gestion, une forme de participation des hospitaliers au plus près de la décision et de rapprocher ainsi des acteurs du système que la culture professionnelle a plutôt tendance à éloigner.

1.2 LE CONTEXTE LEGISLATIF AU REGARD DU SERVICE INFIRMIER

1.2.1 Le service infirmier, une responsabilité dans l'optimisation des moyens :

Depuis 1991, le service infirmier est reconnu comme un véritable partenaire hospitalier, et à ce titre, doit largement prendre part à la rationalisation des dépenses. Les données infirmières ont leur place dans le système d'information en complémentarité des données médicales et administratives.

L'infirmière générale, membre de l'équipe de direction et responsable du service infirmier est en mesure de percevoir à la fois les enjeux financiers des établissements de santé et les besoins exprimés par le service infirmier pour les soins aux malades.

Pour une gestion soucieuse à la fois du contexte économique et de la qualité des soins, il nous est apparu essentiel de préciser le rôle de l'infirmière générale dans l'accompagnement des cadres de proximité à la gestion de leur service.

1.2.2 Les cadres de santé, origine d'une fonction :

Les cadres soignants, de par leurs responsabilités et leur positionnement au sein des services de soins, sont touchés de très près par la logique des coûts. Chaque jour, les décisions qu'ils prennent en terme de gestion des ressources humaines, de formation, d'organisation influent sur les budgets des hôpitaux et engagent à terme la qualité des soins et des conditions de travail.

Le règlement de l'hôpital Bicêtre de 1857 fait apparaître la fonction de surveillante. Elle est alors sous l'autorité du médecin-chef et chargée de maintenir l'ordre et la discipline, d'assister à la distribution des médicaments.

Nous retrouvons dans ce même règlement en 1938 une définition un peu élargie, la surveillante est devenue « responsable des matériels et des mobiliers » donnant ainsi un début de sens à la contribution économique de la fonction.

Il n'existe aucune définition précise de cette fonction dans les textes législatifs jusqu'au décret du 27 avril 1943 relatif aux hôpitaux et hospices :

« Les surveillants et surveillantes dirigent des infirmiers et des infirmières et le personnel du service sous l'autorité du directeur pour toutes les questions administratives et du médecin chef de service pour les soins à donner aux malades. »

Le titre IV de la fonction publique mentionne de façon très brève cette fonction :

« Les agents du grade de surveillant sont chargés de fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification. »

1.2.3 Les cadres de santé, une contribution économique de la fonction :

La circulaire de G. VINCENT, alors à la direction des hôpitaux, a mis en exergue la notion de contribution économique de la fonction, suite à une étude réalisée par des professionnels en concertation avec des organisations syndicales, sur les missions et activités des cadres infirmiers.

Cette contribution économique est donnée par les cadres ayant contribué à cette étude comme un des axes de l'activité de l'encadrement au même titre que la technicité, la communication-relation ou l'information.

G.VINCENT attendait de cette réflexion une meilleure définition de la fonction d'encadrement qui pouvait : *« justifier une évolution des modes de relation entre les cadres soignants, le corps médical, et l'administration, favorable à une meilleure perception des complémentarités professionnelles. »*⁹

La fonction de cadre de proximité a également toute sa légitimité dans la contractualisation interne :

« Art. L.714.26.1-Les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne.

*A cette fin, les équipes médicales et paramédicales peuvent à leur initiative proposer au directeur de l'établissement la création de centre de responsabilité (...) »*¹⁰

Les cadres infirmiers sont placés sous la responsabilité hiérarchique du directeur de l'hôpital à qui appartient le pouvoir de nomination et de notation. Il est également dans les unités de soins sous l'influence du pouvoir médical.

Au sein de la direction, les cadres ont un interlocuteur privilégié : l'infirmière générale dont les attributions ont été définies à l'article 2 du décret n° 946904 du 18 octobre 1994 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.

Nous pouvons le voir, les textes concernant la fonction de cadres de proximité sont très elliptiques. Pourtant, ces derniers ont un rôle essentiel à jouer dans cette turbulence économique à laquelle sont confrontés les hôpitaux :

⁹ G. Vincent. « Circulaire du 20 février 1990 ». Missions et rôle des surveillant(e)s et surveillants chefs hospitaliers.

¹⁰ Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

« Les cadres sont les indispensables démultiplicateurs de l'information et des véritables relais mobilisateurs des équipes pour que tous les personnels soignants participent activement à l'application du projet de soins.

C'est le réseau des cadres qui permet aux directeurs du service de soins infirmiers d'assurer la qualité de la production des soins infirmiers. »¹¹

Le service infirmier doit donc intégrer une démarche de maîtrise globale des dépenses et une assurance qualité. Pour cela, il doit mettre en place une double approche : une approche de gestion centrée sur l'organisation et les procédures permettant de délivrer des soins de qualité ; une approche centrée sur les pratiques professionnelles et leur évaluation.

« Les enjeux de la mise en place de l'amélioration de la performance sont de rassembler ces deux approches complémentaires, la qualité de la pratique professionnelle et la gestion des ressources au travers d'un objectif commun, qui est de fournir aux patients des soins efficaces en toute sécurité et au meilleur coût.

Par conséquent, des outils de gestion doivent être implantés afin de maîtriser les coûts de fonctionnement par l'accroissement de l'efficacité et par la réduction des coûts cachés. Ces outils peuvent prendre la forme de tableaux de bords regroupant des indicateurs quantitatifs et qualitatifs utilisés par chaque membre de l'encadrement pour piloter les personnes, les ressources, les activités de leur secteur de responsabilité. »¹²

2 DE LA MULTICULTURALITE A LA COOPERATION

Confrontés à une période exacerbée en matière de financement des soins de santé, les établissements publics de santé intègrent progressivement les termes coûts, efficience et efficacité.

Le concept de productivité fait apparaître chez les soignants une préoccupation nouvelle qui à priori semble s'opposer à la culture professionnelle soignante, celle-ci étant plus tournée vers une logique de besoins des patients que vers une logique de moyens.

¹¹ M.A Guérant, J.Razer , « La maîtrise de la fonction cadre de santé à l'hôpital ». Dion Editions /Edition Lamarre AP.HP. 1998.

¹² M. Hubinon, Management des unités de soins, Editions de De Boeck Université 1998.

Cette problématique doit être prise en considération dans les établissements de santé sous peine de résistance importante à ces changements et évolutions attendues et nécessaires.

2.1 L'HOPITAL, FACE A L'INTERCULTURALITE :

L'institution hospitalière se trouve confrontée à un problème d'inter culturalité professionnelle. En effet, le métier est reconnu depuis longtemps comme source de culture particulière mêlant valeurs et normes sociales. Il existe des multitudes de métiers donc de cultures professionnelles au sein des structures hospitalières.

« Nous entendons par culture : tout ce qui crée une même identité et un sentiment d'identité chez un ensemble d'individus : une histoire commune. Ce sont les croyances, un ensemble de représentations. Tout ce qui est apparent n'est que la partie visible de la culture, la partie cachée est l'ensemble des valeurs qui sous-tendent ces composantes visibles. »

R.Sainaulieu a cerné des comportements de groupe et définit des cultures, non seulement d'entreprise, mais d'atelier et /ou de catégories professionnelles.

« L'explication de ces sous-cultures est faite à partir de la position hiérarchique, des situations de travail et de l'organisation technique de la production. »¹³

Une connaissance insuffisante des cultures professionnelles ou des sous-cultures d'une organisation peut expliquer, en quoi, les pratiques de gestion rencontrent des oppositions ou génèrent des conflits.

2.2 IDENTITE, CULTURE ET CHANGEMENT

Au sein même des institutions hospitalières, une des problématiques actuelles des établissements hospitaliers reste bien celle de :

« Motiver les hommes en se penchant sur la légitimité des approches que les dirigeants mettent en œuvre aux yeux de ceux dont ils cherchent à obtenir le concours. »¹⁴

¹³ P. Bernoux. La sociologie des organisations Editions Du Seuil 1985. Page 183.

¹⁴ P. Iribarne. Revue française de gestion, mars/avril/mai 2000.

Cette problématique managériale reste actuelle et importante dans un contexte de conflits de logiques :

- La logique sanitaire et sociale que véhicule l'hôpital de par son histoire.
- La logique rationnelle gestionnaire qu'imposent les restrictions budgétaires et les choix politiques et économiques.

Le maintien d'un climat de méfiance associé à une vision dépréciative de l'autre conduit dans la majeure partie des cas à rendre sourds aux arguments de l'autre.

Cette disjonction se retrouve de façon très prononcée dans les établissements publics de santé entre les cadres de proximité véhiculant une culture soignante et l'équipe de direction se retrouvant plutôt autour d'une culture de gestionnaires.

Nos habitudes de pensées font appréhender à ces différents acteurs des éléments qui leur semblent exclusifs les uns des autres et les empêchent de ce fait de travailler de façon optimum ensemble.

Nous sommes marqués par notre culture Cartésienne qui nous a donné l'habitude de disjoindre et d'opposer les contraires plutôt que de les joindre, afin de les enrichir.

Il est possible de penser qu'une connaissance mutuelle des cultures de métiers et des catégories de personnel pourrait accroître l'efficacité de la direction et des cadres de l'institution. Ils pourraient parvenir à une réelle coopération et ainsi faciliter le changement.

La responsabilité de l'infirmière générale est d'amener les cadres infirmiers à cette inter culturalité, lieu d'échange et de négociation possible autour d'une finalité commune, la qualité des soins.

2.3 LA THEORIE DE LA TRADUCTION / COOPERATION, AU SERVICE DE L'EFFICACITE

Nous rejoignons la théorie de la traduction / coopération dont Philippe Bernoux décrit la richesse :

« La théorie de la traduction / coopération montre que les conditions d'innovations et de fonctionnement d'une organisation ne sont réunies que lorsque des logiques ou des rationalités différentes sont traduites dans le langage les unes des autres, lorsqu'elles sont rassemblées par une question commune et mise en réseau.

Dans les organisations, les logiques portées par les différents ensembles imposent des opérations de traduction pour obtenir une coopération. Le grand intérêt de la théorie de la traduction est de proposer une solution aux problèmes des rationalités et des enjeux. Le passage au changement volontaire dans une organisation suppose de mettre en relation des acteurs présents au sein d'un même ensemble mais dont les mondes sont éloignés. »¹⁵

« La coopération reste aujourd'hui l'un des sujets favoris des économistes, des sciences de la gestion et des sociologues, dans les champs du travail, de l'organisation et de l'entreprise, notamment dans une problématique d'efficience du collectif de travail.

Quatre facteurs rendent la coopération à la fois nécessaire et très difficile à réaliser : la complexité de la tâche commune à effectuer, le nombre de personnes impliquées dans le processus de production, la division sociale du travail, les différenciations individuelles, culturelles et sociales. »¹⁶

Nous retrouvons les caractéristiques des établissements publics de santé dans cette description.

Une étude ministérielle a mis en évidence l'importance de la coopération au sein des établissements de santé : *« La coopération semble être effective au plus près du malade, chacun y tissant la trame d'un anneau relationnel inter- catégoriel ou inter-service (...)*

En revanche dès qu'on remonte les lignes hiérarchiques, l'anneau relationnel se fragmente sous l'effet de la fragmentation catégorielle.

Chaque territoire dispose d'instruments de connaissance spécifiques et produit un savoir spécialisé, aucun n'est capable de transmettre aux autres une partie de sa réalité, ni de capter les problèmes et les contraintes des autres.

La segmentation handicape plus particulièrement les relations entre les services et l'administration.

Certes, diverses initiatives comme le renforcement des instances de concertation ou la conduite des projets d'établissement cherchent à introduire de la convergence entre catégories. Mais faute de prise sur le réel, la vie des services, les projets n'incarnent qu'un collectif superficiel (...)

¹⁵ P. Bernoux, Sciences humaines, hors série n° 20, mars/avril 1998.

¹⁶ M. Dadoy. Dictionnaire de sociologie, Le Grand Robert.

Les anneaux relationnels inter catégoriels n'ont pas été créés in abstracto. Ils se nourrissent au quotidien des informations et des savoirs produits par les acteurs qui interviennent autour du malade.

Quand les problèmes concrets du monde de la production ne remontent pas vers le sommet, deux dysfonctionnements majeurs apparaissent qui enrayent tout processus de changement :

- *Incapable de se nourrir de la réalité, le sommet se cantonne dans une gestion abstraite qui s'abat sur la production de manière indifférenciée.*
- *La production quant à elle cherche à se protéger des pressions qu'elle subit en générant de l'opacité sur son activité. »¹⁷*

Nous percevons combien une recherche de complémentarité et de rapprochement des cultures professionnelles contribueraient à un enrichissement réciproque et à une plus grande efficacité de gestion.

« Le travail en étroite collaboration de plusieurs métiers permettraient en outre une atténuation de la culture professionnelle ancienne des soignants au profit du développement d'une culture hôpital-entreprise ou la culture gestionnaire aurait sa place en toute complémentarité. »¹⁸

Nous pensons que le suivi de gestion des cadres de proximité à l'intérieur de leur service, grâce à des outils adaptés, choisis et négociés, sur des thèmes identifiés au regard de leur projet de soins et du projet de service, sont des éléments indispensables à la construction de la coopération entre les unités de production (unités et services de soins) et la direction de l'institution.

Nous pouvons alors imaginer les tableaux de bords comme le moyen à terme, de par leur contenu, leur analyse et leur exploitation, de mettre en relation des acteurs tels que les médecins, les cadres soignants et l'équipe de direction.

¹⁷ M. Crozier, A. Lasserre, pour une stratégie de changement à l'hôpital, Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville 1995.

¹⁸ Revue : Gestion des ressources humaines n° 28 juillet/août/septembre 1998.

« Les tableaux de bords sont éminemment fédérateurs de culture, car ils permettent, par leur construction, mais aussi par leur nécessaire homogénéité, de créer un langage commun à partir d'outils partagés autour desquels peut s'organiser une communication non cloisonnée. »¹⁹

Ces outils ne sont pas là uniquement comme traducteur entre ces deux cultures. Nous allons développer quel autre rôle ils peuvent également jouer.

3 L'ANALYSE DE GESTION ET TABLEAUX DE BORDS PORTEURS DE SENS ET DE MOTIVATION

3.1 LE SERVICE INFIRMIER, UN SERVICE DE PRODUCTION ?

Les établissements hospitaliers sont confrontés à une rigueur financière de plus en plus sévère qui oblige à justifier toute demande de moyens supplémentaires et à rechercher sans cesse des réponses en interne.

Dans ce contexte, les établissements de santé connaissent de profondes mutations au service de la demande d'une « productivité » sans cesse accrue.

Nous entendons par productivité le rapport entre les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus.

Le service infirmier est bien à ce titre un service de production en sachant que ce qui le différencie d'une entreprise, c'est la « matière » très particulière avec laquelle les hospitaliers travaillent « l'homme » et le produit qu'il fournit « le soin. »

Le service infirmier doit être en mesure d'analyser les différents éléments permettant sa production, mais de façon prioritaire savoir ce qu'il produit, comment il produit et pour qui il produit. Il doit rendre visible sa production de soins en sachant qu'elle doit être sécuritaire, permanente et continue, organisée et de qualité.

¹⁹ M. Leteurte M.Vaysse Les tableaux de bord de gestion hospitalière Ed. Beyer-Levrault 1994.

3.2 L'ANALYSE DE GESTION, AU SERVICE DES CADRES SOIGNANTS

L'analyse de gestion devient un outil précieux pour accompagner les cadres du service infirmiers dans cette tâche.

A. GRENON définit l'analyse de gestion comme : « *l'ensemble de techniques ayant pour objet la saisie de la réalité et la mesure de l'efficacité...C'est à dire s'assurer que les ressources sont employées à bon escient pour atteindre les objectifs fixés.* »²⁰

La maîtrise de gestion revêt pour le cadre infirmier de l'unité plusieurs rôles :

- « *Un rôle de mesure et d'évaluation des performances.*
- *Un rôle de motivation pour le cadre infirmier par rapport à l'évaluation de la gestion de l'unité de soins.*
- *Un rôle d'intégration en assurant la convergence des buts.*
- *Un rôle de mise en œuvre d'objectifs et de remise en question dans la réorientation des actions correctrices.* »²¹

3.3 LES TABLEAUX DE BORDS, UN OUTIL PRECIEUX.

Les tableaux de bords sont le principal outil pour cette gestion, une place particulière semble devoir leur être faite.

« *F. JUNIO les définit comme un ensemble de renseignements judicieusement choisis(chiffres, ratios, graphiques) qui constituent la synthèse de l'ensemble de l'exploitation et qui par une présentation graphique, doivent permettre aux dirigeants, sans recherche, ni perte de temps, de se faire une opinion exacte et précise de la gestion.* »²²

Leur finalité est triple :

- Ils mesurent les performances.
- Ils assurent le suivi de la réalisation des objectifs.
- Ils suivent les dérivés.

²⁰ M. Hubinon, Management des unités de soins, Editions De Boeck Université 1998.

^{21 22} M. Hubinon, management des unités de soins, Editions De Boeck Université 1998.

« Les cadres infirmiers responsables du pilotage de leur zone de responsabilité, représentent de ce fait des co-pilotes vis à vis de la direction. Chaque co-pilote a besoin de disposer d'un tableau de bord adapté à sa zone de responsabilité et à sa fonction. Le tableaux de bord représente un support aidant le cadre infirmier à piloter son unité, c'est à dire atteindre les objectifs fixés par la direction du service de soins infirmiers tout en veillant au fonctionnement optimal de son service. »²³

Ils permettent d'être dans une démarche participative, d'informer, d'expliquer, de donner du sens aux projets et aux différentes actions, de valoriser le travail effectué.

Les tableaux de bords permettent aux cadres infirmiers de régler les multiples dysfonctionnements de son quotidien en l'aidant à repérer, analyser et comprendre les problèmes en élaborant des liens et du sens pour saisir les différentes situations.

Dans ce cadre, l'analyse de gestion et les tableaux de bords sont bien porteurs de sens et de motivation.

3.4 LE BESOIN DE SENS AU CŒUR DES METIERS

« La notion de sens ne peut être perçue qu'en acceptant le mystère de la conscience individuelle. Cette notion est faite de l'ensemble des objectifs, des valeurs, et des expériences qui résonnent dans la conscience de l'individu.

Partager ce sens est le cœur même du rôle difficile et ambigu des responsables afin de mobiliser les équipes autour d'un minimum de consensus et d'une vision partagée. »²⁴

Ce terme a au moins trois acceptations :

- *« Le sens comme direction (comme on parle du sens d'une rue), ce qui correspond en entreprise aux objectifs.*
- *Le sens comme signification (comme on parle du sens d'une phrase), ce qui correspond aux valeurs.*
- *Le sens comme expérience (comme nous parlons d'une situation qui fait sens), qui affecte l'ensemble de notre conscience et de notre système de représentation, et ce qui correspond en entreprise à la motivation. »²⁵*

²³ M. Hubinon, management des unités de soins, Editions De Boeck Université 1998.

²⁴ ²⁵ V.Lenhardt, « Les responsables porteurs de sens », Insep Editions 1992.

« La production du sens, par chaque salarié est une condition déterminante pour s'impliquer dans des entreprises à l'identité floue et en perpétuel changement. Produire du sens c'est trouver un rapport positif à l'entreprise, c'est aussi pouvoir se considérer comme un agent de la transformation et de l'amélioration de l'entreprise au profit de l'intérêt collectif. »²⁶

La responsabilité de l'infirmière générale est bien de cet ordre. Elle doit orienter l'organisation du travail, le rendre visible pour que chacun dans sa tâche puisse trouver ce sens à la fois, en l'imprimant dans l'action et en le faisant émerger de l'action.

3.5 ETRE MOTIVE POUR AVANCER

La motivation ne doit pas être négligée puisqu'elle nous semble être au cœur de la productivité des équipes et de la qualité des soins, elle constitue une préoccupation importante des responsables hospitaliers.

3.5.1 Maslow et la pyramide :

Il existe un ensemble de travaux sur la motivation, A.H. MASLOW(1954), fait figure de pionnier dans ce domaine. Ses recherches sur les liens entre la satisfaction des besoins et la motivation ont abouti à en dresser une typologie et à les hiérarchiser sous forme de pyramide :

- Au niveau le plus bas, il situe les besoins physiologiques de survie (nourriture, logement.)
- Au second niveau, apparaissent les besoins de sûreté, de nécessité.
- Au troisième niveau, les besoins d'appartenance, c'est à dire faire partie d'un groupe, d'une entreprise, d'une société.
- Au quatrième niveau, besoins de l'estime de l'autre et de soi.
- Au dernier niveau de la pyramide, se situe le besoin d'épanouissement.

²⁶ JF. Claude, l'éthique au service du management. Editions Liaison 1998.

3.5.2 Les travaux de Herzberg et Hughes :

Ces recherches ont été enrichies par les travaux de HERZBERG et de HUGHES en mettant en évidence des facteurs de satisfaction et de mécontentement au travail :

- Les facteurs de satisfaction : la réalisation, la reconnaissance, le contenu du travail lui-même, la responsabilité, l'avancement.
- Les facteurs de mécontentement : les procédures et le management interne, la supervision hiérarchique, les conditions de travail, le mauvais salaire et les relations de travail difficiles.

Il est donc possible de considérer que les individus seront motivés s'ils se sentent intégrés à un groupe favorable au contrôle de gestion ou s'ils ont conscience que leur action est utile et perçue favorablement par leurs supérieurs hiérarchiques.

La motivation sera plus importante encore si l'entreprise arrive à assouvir les besoins d'estime de soi, d'épanouissement des individus, en déléguant une large part d'autorité et de responsabilité vis à vis de certains objectifs.

3.5.3 L'approche de L.W. PORTER et de E.E. LAWLER :

D'autres sociologues ont ajouté à ces approches psychologiques de la motivation, le rôle des attitudes et des comportements dans la relation homme-travail.

Pour L.W. PORTER ET E.E. LAWLER les déterminants de la motivation sont le contenu du travail, l'autonomie, la variété, l'intérêt de la tâche et les informations en retour sur la réalisation du travail.

En analysant ces facteurs de motivation, il est aisé de concevoir que différents systèmes d'animation essaient de remplacer le système bureaucratique.

3.5.4 La direction participative par objectifs, une contribution certaine à la motivation :

En effet, une recherche pour plus de motivation et de satisfaction passe dans les établissements de santé par des notions comme : direction participative et direction participative par objectifs.

Pour Meryem Le Saget le manager doit être : « *un fervent partisan du travail en équipe, qui s'attache à révéler chez ses collaborateurs des potentiels et des qualités qu'il ne connaissait pas et ne conçoit pas de style de direction autre que participatif.* »²⁷

La direction par objectifs instaure une collaboration plus étroite entre la direction et les responsables de services, dès le stade de détermination des objectifs.

« La motivation n'est donc pas un état permanent statique, une caractéristique individuelle sans rapport avec l'environnement. C'est un processus qui met en relation l'individu et le contexte social et matériel dans lequel il se trouve.

Il faut que ce contexte offre des stimulants à la motivation.

On ne fait pas d'effort sans objectif précis à atteindre ni sans représentation de ce qu'apporte l'objectif atteint.

La motivation est le processus qui fait naître l'effort pour atteindre un objectif et qui relance l'effort jusqu'à ce que l'objectif soit atteint. »²⁸

La recherche des vingt dernières années, notamment celles menées aux Etats-Unis par A.LOCKE et son équipe, ont aussi montré l'importance capitale de la présence d'un but précis. Le but, l'objectif, sa clarté, et sa précision représentent une condition essentielle et souvent suffisante pour la motivation.

Pour que la motivation ne retombe pas, il faut pouvoir situer sa performance ou ses résultats par rapport au but accepté.

Ils permettent également aux cadres infirmiers d'accéder aux notions de productivité infirmière en rendant possible l'alliance des concepts comme coût, efficience, efficacité et performance à celui d'évaluation de la qualité des soins.

Ils permettent de donner des informations sur les progrès accomplis et le chemin qu'il reste à parcourir avant d'avoir atteint l'objectif. Ils situent le travail par rapport à la vision globale des objectifs. Ils permettent d'accroître la communication, c'est à dire faire circuler l'information non seulement de haut en bas, mais aussi de bas en haut en donnant la parole à ceux qui sont trop souvent réduit au rôle d'exécutants.

²⁷ M. Le Saget, Le manager intuitif, Paris, Dunod 1992.

²⁸ C. Levy Leboyer, Sciences humaines n° 97, août/septembre 1999.

L'analyse de gestion et de l'utilisation des tableaux de bords ont un intérêt capital pour l'infirmière générale puisqu'ils donnent accès au sens des projets, actions et aux différents facteurs de motivation.

Pour donner sens et motiver, l'infirmière générale doit s'assurer qu'ils sont toutefois centrés sur le suivi de la production et de sa qualité. Ils doivent apprécier les performances et rendent compte de l'ensemble des activités, afin que chacun puisse se situer au sein de l'institution et rendre compte de l'atteinte des objectifs.

4 DE LA FIABILITE DE L'INFORMATION A LA PRISE DE DECISION

4.1 LE MANAGER, EN QUETE D'INFORMATION :

« Etre informé a toujours été une nécessité pour le décisionnaire. Faire partager l'information, informer pour mobiliser, se faire informer en retour, créer l'interaction par la communication, en interne comme en externe, est un devoir dont l'évidence, s'impose à tous aujourd'hui. »²⁹

A ce jour, l'information nous semble un des atouts majeurs et stratégique du manager, face à la nécessaire évaluation de la qualité des services rendus et à la mise en transparence des activités.

Pour les cadres du service infirmier, il est important de bien connaître son environnement et d'ajuster ses orientations en vue d'objectifs.

La maîtrise de l'information recueillie à travers leur production donnera les moyens d'objectiver leurs résultats. Cette objectivation pourra aller questionner et influencer les pratiques de soins en terme de procédure ou d'organisation.

Les informations peuvent aussi être consignées dans un outil comprenant un vocabulaire identique aux cadres soignants et aux cadres gestionnaires. Elles prendront le même sens, la négociation pourra alors être engagée afin d'aboutir à une prise de décision collective.

²⁹ Bescos C. Mendoza. « Manager cherche information utile désespérément », collection L'harmattan, Edition Economiques 1999.

4.1.1 Les tableaux de bords, outil de construction et d'organisation de l'information :

Les tableaux de bords ont là aussi leur place, en générant un nouveau mode de communication entre les différents acteurs.

En effet, les données que génère l'information n'ont de sens qu'à travers le filtre de nos connaissances et de l'intérêt que nous leur portons.

Une même donnée vue à travers des filtres différents peut générer plusieurs sens et amener ainsi au paradoxe de l'information. Pour cette raison, il nous semble essentiel pour tout manager de maîtriser le sens que l'information qu'il transmet peut prendre (surtout lorsqu'il s'agit de la transmission de chiffres...)

Le cadre infirmier peut grâce aux tableaux de bords maîtriser à la fois la production, la circulation et le traitement de l'information. Ce n'est qu'à cette condition que l'information joue un rôle capital dans les performances à court, moyen et long terme.

En effet, l'information ainsi organisée et maîtrisée, il sera en mesure de savoir rapidement si les objectifs de son projet sont atteints. S'ils ne le sont pas, il sera en mesure de localiser l'endroit d'un dysfonctionnement éventuel, ou l'origine de la non atteinte des objectifs.

Ainsi le diagnostic objectivé, construit, posé, il lui sera plus facile d'argumenter auprès de l'interlocuteur concerné.

Les dérives par rapport à sa propre gestion peuvent être, elles aussi facilement mises en évidence. Le cadre, peut à ce moment là, interroger les pratiques, l'activité, avec l'ensemble de l'équipe.

4.2 LE PROCESSUS DECISIONNEL

Nous le savons, le processus décisionnel est souvent long et complexe à l'hôpital.

BEN HEIRS décrit la décision comme : « *une des phases d'un processus mental qui s'enclenche lorsque le manager détermine quels sont les problèmes à résoudre dans le cadre de la structure qu'il dirige, et qui ne prend fin que lorsqu'il a fait tout ce qui était en son pouvoir pour permettre la bonne mise en œuvre de ces décisions.* »³⁰

³⁰ B. Heirs. P. Farel, « L'Art de la décision en équipe », Paris inter-éditions 1991.

4.2.1 Les différentes approches du processus décisionnel :

« Elles peuvent être déclinées en 4 types d'approches :

L'approche rationnelle :

Le modèle privilégie une définition précise du problème, effectue la liste systématique des choix possibles et le calcul de la meilleur efficacité. La décision prise est alors le résultat d'un choix comparatif entre plusieurs solutions possibles. Le décideur retiendra la solution ayant le meilleur rapport «coût-efficacité. »

L'approche organisationnelle :

L'approche organisationnelle est à rationalité limitée dans laquelle le décideur ne connaît pas la situation de façon complète. Ce modèle, induit par des contraintes organisationnelles semble être celui qui est privilégié en milieu hospitalier dont chacun s'accorde à reconnaître la complexité de l'organisation.

L'approche psychologique :

Dans cette approche, la personnalité du décideur tient une place importante. Plusieurs études ont démontré qu'à chaque profil de personnalité pouvait correspondre un style de décision.

L'approche composite :

Cette approche combine plusieurs aspects des modèles précédents.

Quelles que soient l'approche, les théories, les lectures que nous ayons de la décision, l'élément de base que nous retrouvons à chaque fois est bien la nécessité d'avoir de l'information. »³¹

Pour Humbert Lesca : « L'information doit être désormais considérée comme une ressource vitale de l'entreprise au même titre que l'argent, les matières ou le travail. Sans information il n'est pas d'entreprise viable. »³²

³¹ LEDOYEN J.René, « des tableaux de bords au rapport d'activité :pour une dynamique de la décision et de la motivation du service infirmier »,E.N.S.P., mémoire I.G. 1995.

³² Lesca Humbert, « Système d'information pour le management stratégique de l'entreprise », Edition Mac Graw Hill, 1986.

4.3 L'INFIRMIERE GENERALE, L'INFORMATION ET LE PROCESSUS DECISIONNEL :

L'infirmière générale, de par sa position, soit collabore aux décisions prises en équipe de direction, soit est elle-même décideur en sa qualité de directeur des soins sur tout ce qui touche à l'organisation du service infirmier.

Dans le premier cas, elle doit être en mesure d'appréhender l'impact des propositions faites, pouvoir elle-même apporter des arguments à partir de données précises telles que des résultats de charges de travail, d'évaluation de la qualité des soins...

Dans le second cas, les cadres qui entourent l'infirmière générale doivent composer une équipe opérationnelle. Pour toute décision importante, l'infirmière générale doit être en mesure de développer une démarche participative.

Il est aisé de comprendre que la participation du service infirmier au processus décisionnel de l'établissement dépend largement des indicateurs infirmiers dont il se sera pourvu et sa capacité à argumenter.

CONCLUSION :

Contexte législatif, culture professionnelle, coopération, motivation, gestion et tableaux de bords, informations et décisions, seront des concepts essentiels à prendre en compte dans notre futur management d'infirmière générale.

La richesse des écrits et des réflexions menées par les différents auteurs sur ces thèmes le démontre. Il nous ont apporté un éclairage supplémentaire et nouveau pour aborder notre étude.

PARTIE II : METHODOLOGIE, DEPOUILLEMENT ET ANALYSE DES ENTRETIENS

INTRODUCTION :

Les textes concernant les établissements de santé sont de plus en plus précis quant à la participation de tous à une gestion quotidienne rigoureuse des ressources.

Chaque acteur, au sein de l'institution, a maintenant le devoir de prendre en compte les données économiques.

Nous avons voulu savoir à travers nos entretiens comment se situaient les cadres infirmiers face à ces nouvelles exigences, ce qu'attendaient les dirigeants vis à vis d'eux, afin que nous puissions, en tant qu'infirmière générale, avoir un management adapté.

1 METHODOLOGIE

1.1 CHOIX DE L'OUTIL :

L'outil que nous avons retenu est :

L'enquête par entretien :

- L'hypothèse étant posée, nous souhaitons pouvoir confronter les données produites par les entretiens à celle-ci.
- De plus, il est admis que l'échantillon nécessaire à la réalisation d'une enquête par entretiens est, de manière générale, de taille plus réduite que celui d'une enquête par questionnaire. Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans un questionnaire.

- Pour l'analyse de nos entretiens, nous avons choisi la recherche d'une cohérence thématique inter-entretiens et donc transversale, la totalité des réponses n'est donc pas citée. Nous avons repris les exemples les plus significatifs et les avons cités entre guillemets.

1.2 LA POPULATION :

Nous avons ensuite défini deux types de population, susceptible de répondre à notre questionnement, des cadres infirmiers de proximité et des directeurs tous issus de la fonction publique hospitalière.

1.2.1 Les cadres soignants :

- Nous avons rencontré 14 cadres infirmiers, émanant de trois établissements de petite importance (400 lits environ en moyenne) et de service de courts séjours : chirurgie viscérale et générale, chirurgie spécialisée, médecine générale.
- L'analyse des réponses ne tient pas compte de la spécificité des services, le petit nombre pour chacun d'entre eux ne permettant pas d'engager des remarques pertinentes et significatives.
- L'ancienneté dans la fonction se situe entre 2 et 30 ans. Ils sont diplômés DE entre les années 1964 et 1981. 2/14 d'entre eux n'ont pas le certificat cadre.

L'ancienneté dans la fonction et l'absence du certificat ne nous sont pas apparus comme des éléments significatifs à prendre en compte ; par contre l'ancienneté dans la fonction d'IDE avant de faire l'école des cadres et le modèle de management qu'ils avaient eu nous a paru important, celui-ci ayant une incidence sur la représentation de leur fonction.

Cette fonction nous intéressait au regard de l'hypothèse posée et parce qu'elle est en interaction permanente avec la fonction d'infirmière générale.

Nous pensons que pour être efficace, une infirmière générale doit s'entourer de collaborateurs performants. Il est de sa responsabilité de les maintenir et de les accompagner à cette performance par un management adapté. Pour cela, il était important de faire un état des lieux de cette fonction.

1.2.2 Les directeurs :

Nous avons également retenu la population des directeurs qui seront nos collaborateurs. Nous avons rencontré six directeurs : un directeur général, un directeur des ressources humaines, un directeur financier et trois directeurs des services économiques. La représentation qu'ils ont des cadres de proximité et leurs attentes vis à vis de cette fonction nous semble importante à prendre en compte. Ceci pour élargir notre réflexion et situer notre analyse puis notre plan d'action sans omettre un éclairage.

2 DEPOUILLEMENT ET ANALYSE DES ENTRETIENS

2.1 RENCONTRE AVEC LES CADRES :

Question n°1 : Quel est votre ressenti par rapport à votre fonction ?

□ 14/14 cadres ont exprimé un ressenti positif de la fonction avec les patients et les équipes.

« C'est une fonction passionnante, on ne peut fonctionner qu'avec nos équipes. »

« C'est une fonction variée, différente de la fonction d'infirmière mais complémentaire. »

« Nous avons un rôle de lien entre l'administration et les équipes. »

« Très positif, surtout en ce qui concerne la gestion de l'humain, le management des équipes, travailler les projets avec elles. »

« Etre surveillante pour moi, c'est être formateur auprès des équipes au quotidien »

« Fonction valorisante par nos équipes. »

□ 12/14 remettent en question le management de la direction et du service infirmier.

▪ L'infirmière générale est évoquée en terme d'absence d'action :

« L'infirmière générale devrait avoir la même reconnaissance vis à vis de ses cadres que le cadre en a vis à vis de son équipe, ce n'est pas toujours le cas. »

« Quand les cadres sont en difficulté, il faudrait que l'infirmière générale sache entendre. »

« L'infirmière générale est loin des problèmes quotidiens. »

- Pour le management de la direction :

« Il n'y a pas assez de transparence. »

« Les cadres infirmiers ne sont pas reconnus par la hiérarchie. »

« On manque d'informations, on ne connaît pas les gens (en parlant des directeurs), la politique de gestion de l'établissement, quels sont leurs objectifs ou ils veulent aller. »

« Il existe un décalage entre l'institution et les cadres. »

« pour les recrutements les cadres devraient pouvoir être entendus. »

« On a su venir chercher les cadres pour l'accréditation, car ils ont les compétences, pourquoi ne pas aller jusqu'au bout de la reconnaissance qu'on leur accorde ? »

« On est tout seul, on n'est pas reconnu. »

« Je me sens cadre responsable de mon service mais pas cadre responsable dans l'hôpital. »

« Je me sens amputée de ma mission cadre au niveau institutionnel. »

« Le manque de responsabilisation, l'isolement, les informations incomplètes ne me permettent pas de participer pleinement aux objectifs institutionnels. On est pourtant là pour garantir la cohérence ! »

« On nous prend pour des petites mains. »

« Il y a un décalage entre l'administration et les services, ils ne comprennent pas nos préoccupations. »

Analyse globale des réponses à la question n°1 :

Les cadres se sentent dévalorisés dans leur mission institutionnelle.

A aucun moment lors des entretiens, nous n'avons entendu de remise en question par rapport à leur propre fonctionnement. Il s'agissait de l'infirmière générale et de la direction qui ne faisaient pas leur travail.

Nous avons ressenti un attachement très fort des cadres à leurs équipes qui nous a semblé bien souvent de l'ordre de l'affectif. Il est donc difficile pour eux de prendre du recul par rapport à leur fonction et ont de ce fait des difficultés à se positionner. Ils ont d'ailleurs évoqué la difficulté à se positionner à plusieurs reprises :

« J'ai du mal à me positionner entre ce que veulent les équipes et les médecins et la conception que j'avais du cadre infirmier. Je ressens aussi un décalage entre l'institution et moi. »

Les cadres au confluent des différentes logiques hospitalières ont du mal à trouver leur place. L'infirmière générale a un rôle à jouer dans ce contexte. Elle doit permettre aux cadres de comprendre qu'ils n'ont pas à subir les conflits de ces différentes logiques, mais de les intégrer à la leur pour en faire une synthèse qui leur serait propre.

Nous sommes bien là dans de la gestion de l'inter culturel « («inter» renvoyant à la mise en rapport de termes en présence). Gère de l'inter culturel toute entreprise en vue de construire une articulation entre porteurs de culture différente, visant au moins à prévenir de leur coexistence et au mieux, à les faire bénéficier des avantages qui en sont attendus. »

Les cadres ont développé un sentiment fort d'appartenance à leur service et peu ou pas du tout à celui de l'institution (nous savons pourtant que le sentiment d'appartenance est influent sur la motivation et que l'implication est indispensable pour adhérer aux objectifs institutionnels.)

Comment éviter cette situation pour préserver leur désir de s'impliquer dans les objectifs institutionnels ?

Comment éviter la gestion uniquement au regard de leur service et limiter ainsi le cloisonnement ?

Comment parvenir à la coopération, élément que nous avons décrit comme essentiel à l'efficacité d'une organisation ?

Dans le sujet que nous étudions, un sentiment de cohésion est important pour engager une dynamique collective entre cadres soignants et équipe de direction.

Question n°2 : Qu'elles sont les difficultés que vous rencontrez au cours de votre exercice professionnel ?

Deux thèmes essentiels se sont dégagés de cette question, nous allons les traiter successivement :

- Les contraintes budgétaires.
- L'augmentation de la charge de travail.

Le leitmotiv, retrouvé dans toutes les réponses des cadres :

□ 14/14 ont répondu.

Les contraintes budgétaires :

4/14 : difficultés en ce qui concerne la gestion des lits.

6/14 : difficultés en ce qui concerne la gestion du matériel.

8/14 difficultés en ce qui concerne la gestion des effectifs.

- La gestion des lits :

« La gestion des lits est de plus en plus **lourde**, à cause du manque de place, nous devons assurer des hébergements. »

Ce qui est essentiellement remis en question, c'est ce que les cadres vivent comme un paradoxe : l'exigence de qualité et la demande des directeurs d'héberger des malades d'autres services faute de place. Se pose alors le problème en terme de sécurité par rapport au suivi médical du patient et celui de la compétence des équipes soignantes :

« Un soignant ne peut être au clair avec la prise en charge de toutes les pathologies malgré les protocoles. »

Malgré cette difficulté, les cadres n'ont aucun outil de suivi pour objectiver ces situations.

- ✓ Combien de fois cette situation d'hébergement se reproduit-elle ?
- ✓ Combien de fois le suivi médical a été difficile et sur des difficultés de quel ordre ?
- ✓ Combien de fois les soignants ont-ils été en difficulté pour la prise en charge d'un patient et de quel ordre étaient ces difficultés ?

De ce fait, le discours du cadre se situe au niveau du ressenti : « de plus en plus lourde », cela ne précise pas si les difficultés se situent au niveau organisationnelle, si l'établissement fait réellement prendre des risques au patients, et si les patients eux-mêmes sont insatisfaits et souffre de cette situation. Le problème ressenti par le cadre n'étant pas identifié, il est difficile de réfléchir ensemble sur une problématique pour trouver des solutions.

- La gestion du matériel : (Il s'agit à la fois des consommables et du matériel médical).

« Les contraintes budgétaires nous empêchent d'avoir le matériel dont on a besoin. »

« On fait des commandes, la pharmacie tranche et ne donne pas si elle estime qu'on a trop commandé. »

« Avant, un bon de commande suffisait, maintenant il faut tout argumenter. »

« On nous demande d'avoir une meilleure gestion du matériel, mais concrètement on en subit que les effets négatifs. »

« Sachant que les demandes vont être systématiquement revues à la baisse, on demande plus pour être sûr d'avoir ce dont on a besoin, on est inflationniste dans nos demandes. »

On peut s'apercevoir à travers ces quelques phrases qu'un manque de confiance existe de part et d'autre des acteurs. Il y a surtout un manque de coopération et de travail en commun. Sous le terme « **argumenter** », les cadres identifient « **justifier** » alors qu'il s'agit le plus souvent de préciser et d'identifier clairement la demande. Chacun fonctionne dans son propre système et méconnaît les contraintes de l'autre.

- La gestion des effectifs :

« Les effectifs, c'est pareil, on nous impose sans arrêt, nous subissons, on n'est jamais dans le partage des décisions. »

« Je suis en difficulté essentiellement par rapport à la gestion du personnel, je ne me sens pas associée aux décisions institutionnelles et à celle du service de soins infirmiers. »

« C'est difficile d'avoir les effectifs au regard de la charge de travail. »

« C'est difficile quand les remplacements d'absence ne sont pas honorés, c'est mal vécu quand on leur demande d'aller remplacer ailleurs. »

Là encore, il y a ce sentiment très présent du manque de maîtrise de la situation. Tout semble devoir venir d'ailleurs.

Une analyse globale des réponses à la question n°2 concernant les contraintes budgétaires :

Il semble possible de dire à travers ces différentes réponses, que ce qui est pesant pour les cadres, ce ne sont pas réellement les contraintes budgétaires mais le fait de devoir les subir sans aucune prise ni possibilité d'interférer.

D'ailleurs, ils l'expriment très souvent et très fort : « Je me sens dépossédé d'une implication directe et personnelle de la gestion de mon service. Les décisions sont prises ailleurs. »

Le mot **subi** a été très souvent employé au cours des différents entretiens.

Les cadres se plaignent de ne pas être associés aux décisions institutionnelles. De ce fait, ils ne se sentent pas reconnus dans leur fonction de gestion. Ils sont demandeurs de davantage de collaboration et remettent en cause le management de la direction «qui ne leur fait pas confiance. »

Il est également possible de comprendre que les contraintes, dans ce contexte, n'ont pas de réel sens pour eux. Ils ont donc du mal à être les relais hiérarchiques de la direction auprès de leurs équipes.

« Il faudrait d'abord me persuader que ces contraintes et ces demandes soient justifiées, n'en étant pas forcément convaincue, j'ai du mal à le faire passer au niveau de mon équipe. Pourquoi ferions-nous cet effort ? Je n'ai pas l'impression que ce soit le même fonctionnement et les mêmes exigences pour tous les services. »

Ce cadre va jusqu'à poser la question d'une gestion équitable des dirigeants. La question de la confiance peut alors être posée.

L'implication des cadres peut-elle être possible sans confiance ?

En effet, le manque de confiance va donner au cadre le sentiment que lui-même en est indigne et le rendre peu coopérant. La confiance ne peut être possible que s'il y a connaissance mutuelle et approfondie et que si le niveau de professionnalisme des cadres se développe au regard des missions de l'institution. L'infirmière générale peut être la personne ressource pour cet apprentissage.

La question du positionnement de ce cadre dans son institution peut être posée. Comment peut-il, dans ce contexte, jouer son rôle de cadre relais de la direction ?

Est-il possible de parler coopération et mutualisation des compétences ?

Nous pouvons aussi voir qu'à travers les réponses aux questions les cadres sont demandeurs de davantage de responsabilités, mais qu'en même temps leur discours peut aller jusqu'au paradoxe. A la fois, ils veulent être gestionnaires et décideurs et en même temps s'opposent aux contraintes émanant de la direction, : par exemple :

« Devoir tout justifier, c'est agaçant, je ne commande pas pour moi ! Je n'ai pas le temps de tout argumenter. Pourtant, on est conscient qu'on peut faire **des efforts** lors de nos commandes de matériel. »

Comment peuvent ils être dans la négociation sans une argumentation objectivée de leur besoins ?

D'autres admettent être en difficulté pour argumenter les demandes et ne pas comprendre ce qu'on attend d'eux exactement :

« Comment évaluer l'usure des locaux ou du matériel ? On n'a pas d'échelle de comparaison, on ne sait même pas comment ça fonctionne (sous-entendu au niveau institutionnel.) C'est celui qui a la plus grande G... qui a raison. »

« Quand j'ai besoin d'un « truc » en urgence, j'envoie le chef de service et ça marche tout de suite. »

Un seul des cadres a annoncé ; « nous n'avons pas d'outil pour identifier et argumenter nos besoins. »

Le paradoxe va encore plus loin :

« On pourrait faire des économies par rapport aux pratiques. » Des exemples pertinents sont cités : « poser des intranules au lieu de gardes-veines, mieux organiser la prise de rendez-vous et d'avantage travailler en réseau pour diminuer notre durée moyenne de séjour. »

« On fait, mais on ne quantifie pas, **pleins de choses**, ne sont pas formalisées par pudeur, on trouve ça mal de compter. C'est vrai, je l'admets, on est dans le ressenti et non dans le quantifié. »

« On nous demande de tenir de plus en plus compte du contexte économique. Si j'avais la volonté de le faire, je le ferai, mais je ne donne pas la priorité à ça. L'institution ne fait pas passer le message dans ce sens là Je suivrai des objectifs annoncés par la direction mais il n'y a pas de demande claire à ce niveau là. Et pendant que je fais ça, je n'assure pas le quotidien. »

Le paradoxe du cadre de proximité se trouve bien là il a envie d'être l'interlocuteur privilégié du service dont il est responsable, mais en même temps, il place ses priorités ailleurs, en particulier dans la gestion des dysfonctionnements au quotidien.

Au regard de la première difficulté et celle qui est prépondérante dans cette question n°2, nous pouvons repérer que les cadres infirmiers sont en difficulté au niveau de leur rôle de gestionnaire, d'une part parce que ce rôle n'est ni clairement identifié, ni clairement formalisé de la part de leur encadrement, d'autre part parce qu'ils sont encore pour la plupart dans la disjonction soins / économie.

Ils sont sensibilisés au concept d'efficience mais ne l'ont pas intégré. Il y a encore beaucoup trop d'ambiguïté dans leur discours, à la fois ils sont demandeurs de responsabilité, d'autonomie et en même temps, ils sont encore dans un rôle d'exécutants et de dépendance vis à vis du corps médical (comme ils ne savent pas argumenter une demande, ils envoient le chef de service ; celui-ci a-t-il plus d'arguments objectifs ?)

Nous pensons que l'infirmière générale a un rôle prépondérant à jouer face à ces cadres un peu désorientés (la fonction de cadre soignant vit en ce moment une crise identitaire) face à l'émergence de nouvelles attentes et de nouvelles exigences au regard de leur fonction.

Il est impératif que la fonction de cadre infirmier soit clairement identifiée et que les cadres soient accompagnés dans cette démarche de changement. En effet, avec un discours aussi ambigu, paradoxal et contradictoire, qu'est le leur en ce moment :

- ✓ Comment les cadres peuvent-ils se sentir bien dans leur fonction et y être efficace ?
- ✓ Comment leur faire accepter que de s'intéresser à la question économique, ce n'est pas forcément faillir dans sa mission auprès du malade et de son équipe, mais bien au contraire que la gestion peut être au service de la qualité ?

Dans la mise en œuvre de son management auprès des cadres, l'infirmière générale doit tenir compte des références aux travaux sur la motivation des individus au sein d'une organisation, mieux comprendre ainsi leur comportement, l'intérêt qu'ils peuvent avoir à participer à un processus de contrôle et aux prises de décisions.

La deuxième difficulté liée à la charge de travail retrouvée mais de façon moins présente :

- 7/14 décrivent une augmentation de la charge de travail, liée souvent à la gestion du quotidien :

« Le quotidien est émaillé de **pleins de choses** qui pourraient être évitées. »

« Je suis accaparée par le quotidien dû à des dysfonctionnements. »

On nous demande de plus en plus de choses écrites : procédure, protocole, rapport d'activité, quand on a les malades en face de nous dans les lits, je ne trouve pas ce travail forcément justifié. »

« Au travers de tout ce qu'on nous demande en plus, on risque de se couper de l'équipe. »

« On nous demande d'être sur tous les fronts à la fois, je travaille dix heures par jours, et j'ai l'impression que la charge de travail ne cesse d'augmenter. »

« Je suis obligée de faire des soins infirmiers quand les infirmières ont trop de travail. »

« J'essaie d'organiser les choses, ce qui ne m'empêche pas de faire des prises de sang. »

« Je m'implique trop au sein du service, il y a même des jours où je brancarde. »

Analyse des réponses liées à l'augmentation de la charge de travail :

Les cadres infirmiers qui ont évoqué l'augmentation de la charge de travail étaient ceux qui effectuaient également des soins infirmiers. Nous retrouvons là, le mode de management décrit par Alex Muchielli qu'il nomme le «dévouement paradoxal » ou le cadre fait des soins pour soulager «ses filles»

Dans certains cas, le décalage existant entre les moyens donnés et les besoins du terrain peut exiger des cadres infirmiers une mobilisation excessive conduisant à la surcharge de travail qu'ils décrivent. Cependant, dans ces situations précises aucune étude de charge en soins directs ou indirects n'est effectuée pour objectiver, soit des insuffisances réelles d'effectifs, soit des dysfonctionnements organisationnels.

Les cadres infirmiers, n'effectuant pas de tâches IDE, n'ont pas évoqué la surcharge de travail mais comme les autres une difficulté à gérer le quotidien.

Pour tous, gérer le quotidien signifiait gérer les dysfonctionnements.

La gestion de ce quotidien, les empêchent disent-ils de passer du temps sur les projets.

Ils traitent les problèmes au jour le jour sans avoir la vision plus élargie de l'institution. Le privilège qu'ils accordent au court terme les empêche de mener une réflexion plus large et les démunissent ainsi de précieux éléments d'analyse que l'on obtient dans la prise de recul et auprès de personnes ressources de l'institution.

La gestion du quotidien leur fait effectuer un travail routinier, limité à des opérations strictement opérationnelles, dû le plus souvent à la pérennisation des dysfonctionnements. Ceci peut constituer un facteur de mécontentement et de démotivation. Ce mode de gestion les éloigne de la possibilité d'être présents et performants ailleurs, là où se prennent les décisions puisqu'ils se rendent indispensables sur le terrain. La coopération est alors rendue impossible par ce mode de fonctionnement, ils disent se sentir seuls, non soutenus et surchargés de travail.

A travers les réponses des surveillants, il est aussi possible de repérer différents fonctionnements. Ceux-ci, ainsi que la priorisation des activités au sein de leur unité, fait montre à la fois d'une absence de cadre formalisé ou de profil de poste clairement identifiés. Ces différences montrent que les cadres infirmiers ont une autonomie dans l'organisation et la gestion de leur service même s'ils n'en mesurent pas l'importance.

Le changement nous paraît donc tout à fait envisageable au regard de cette fonction. Il nous semble qu'il s'agit là, plus d'un problème de choix. Les cadres infirmiers ne peuvent plus tout faire, ils ont à renoncer maintenant de façon définitive à leur fonction d'IDES.

L'infirmière générale est là pour clarifier la situation, en faisant évoluer la fonction des surveillants et en les accompagnant dans le deuil d'une fonction qu'ils n'ont pas réalisé pour beaucoup d'entre eux. Les glissements de fonction entre cadres et infirmières pourront ainsi être évités, le cadre se sentira autorisé à s'accorder le temps nécessaire à l'exercice réel de sa fonction, améliorera son positionnement au sein de son unité et intégrera ainsi réellement la fonction de cadre au sein de l'institution.

Question n°3 : Quel a été l'évolution de votre métier depuis que vous l'exercez ?

Nous souhaitons à travers cette question voir si les cadres infirmiers percevaient l'évolution de leur fonction, si cette évolution leur convenait et essayer de percevoir quelle stratégie d'adaptation ils utilisaient.

- 14/14 ont répondu par une réponse positive à l'évolution du métier de cadre soignant.

Beaucoup d'entre eux ont à ce moment là de nouveau évoqué l'augmentation de la charge de travail. Certains l'ont expliqué de différentes façons :

« L'augmentation du taux d'occupation et la diminution de la durée moyenne de séjour augmentent la charge de travail, nous avons plus d'entrées et plus de sorties à gérer. »

« Les patients tournent plus vite et ils sont de plus en plus lourds. »

« Oui le métier a changé car les patients sont de plus en plus exigeants. »

« Oui, les cadres ont à gérer des contraintes de plus en plus difficiles. »

« Oui, il est en train d'évoluer, les équipes font leur planning seules, on délègue ça plus facilement. »

« Oui, maintenant, on nous demande de prendre en compte le contexte économique. »

« Oui notre métier évolue, on est de plus en plus intégré aux travaux de groupe, pour l'accréditation, les animateurs étaient souvent des cadres infirmiers. »

« Oui, notre métier doit évoluer puisque le monde hospitalier évolue, mais pour moi, ça ne change rien. »

« Il a fallu que je m'adapte à de nouveaux outils : les transmissions ciblées, l'informatique. Au départ j'ai cru que je n'y arriverais pas. Pour progresser et avoir envie de s'adapter, il faut savoir à quoi ça sert, être formé et reconnaître l'effort que l'on fournit pour ça. »

« Oui, on nous demande de plus en plus de choses écrites. »

Analyse des réponses à la question n°3 :

Nous retrouvons dans ces réponses à nouveau l'aspect de l'augmentation de la charge de travail, pour la première fois des indicateurs sont nommés : D.M.S. et Taux d'occupation. Cependant, là s'arrêtent les indicateurs qui objectivent et expliquent l'augmentation de la charge de travail et la nécessité d'un changement en terme d'organisation des soins infirmiers. La charge de travail des cadres n'est absolument pas évaluée par ailleurs.

Certains soulignent le fait de devoir s'habituer à de nouveaux outils. Le besoin de sens et de reconnaissance apparaît à nouveau dans cette situation. L'homme au travail peut s'adapter à beaucoup de choses à conditions qu'on lui explique pourquoi et que l'on reconnaisse ses efforts.

Nous pouvons dire que les cadres soignants perçoivent une évolution de leur fonction, mais qu'ils vivent ces changements comme de nouvelles contraintes ayant plus un effet cumulatif sur leur charge de travail que l'opportunité de faire autre chose et autrement.

Ils ne perçoivent pas l'importance des enjeux qui reposent actuellement sur cette fonction. Ils ont le sentiment de jouer un rôle important sans que toutefois celui-ci soit reconnu au sein de l'institution. Ils faut qu'ils soient innovateurs, qu'ils se donnent les moyens de prévoir, d'anticiper et de devenir force de propositions, pour ne plus avoir à subir, ni à s'adapter de façon systématique.

Nous avons perçu les cadres globalement dans une situation d'attente.

A nous, équipe de direction, de nous interroger sur les conditions d'exercice que nous offrons aux cadres de notre établissement.

Quelles exigences avons-nous au regard de leur recrutement, de leur évaluation, de leurs compétences et de leur positionnement au sein de l'institution ?

Quels moyens leurs sont donnés et quels moyens nous donnons-nous pour cela ?

Question n°4 : Savez-vous ce que la direction attend de vous ?

□ Aucun cadre n'a pu répondre de façon précise à cette question :

« Je ne sais pas, c'est informel et pas structuré, je crois des économies. »

« Faire comprendre à l'équipe qu'on n'est pas tout seul, faire mieux à moins cher. »

« Ouvrir le service vers l'extérieur. »

« Qu'on fasse de l'activité. »

« Qu'on gère bien notre service. »

« Qu'on obtienne de la qualité dans les soins. »

« Ils souhaitent une bonne marche du service. »

« Cela n'a jamais été dit, je le devine, que ça fonctionne bien, une paix sociale, une bonne gestion. »

« Je ne sais pas ce que la direction attend, je crois juste savoir, on ne nous l'a jamais dit. Elle attend une collaboration et une participation mais dans le détail, je ne sais pas. »

« Je ne sais pas, il n'y a pas d'objectifs clairs. »

« Gérer au mieux, à cause des budgets, une bonne gestion de l'équipe. »

« Gérer le maximum de choses, de l'autonomie. »

« Je ne sais pas. »

Analyse des réponses de la question n° 4 :

Il est intéressant de constater que les cadres d'une institution n'ont pas d'idées précises de ce qu'on attend d'eux, tout du moins en terme d'objectifs clairement formulés. On peut donc supposer que soit les objectifs institutionnels ne sont pas fixés, négociés, ou soit qu'ils ne sont pas clairement identifiés par les cadres soignants ou peut-être les deux.

Nous l'avons vu dans l'ancrage théorique, la direction participative par objectifs peut en incluant l'approche culturelle et en faisant partager à long terme les buts de l'établissement être un bon moyen de motiver les hommes au travail, qu'en est-il dans ce cas ?

Il faut pour cela que les objectifs soient clairs, connus et compris de tous. S'ils ont été formulés et posés, les dirigeants et l'infirmier général peuvent s'interroger alors sur leur stratégie de communication.

Le mot gestion, bien gérer, revient souvent dans les réponses des cadres.

Qu'entendent-ils par bien gérer ? Le dictionnaire nous donne conduire, diriger, administrer.

« Gérer veut dire organiser, exécuter, vérifier le résultat de son action et, s'il y a un problème faire le nécessaire pour qu'il ne se reproduise plus. »

La question qui reste posée pour les cadres infirmiers et les responsables de leur encadrement est bien celle du COMMENT ? Comment bien gérer ?

Que devra mettre en œuvre l'infirmière générale pour donner aux cadres infirmiers suffisamment de motivation et de moyens pour bien gérer leur service ?

Le **bien** et le **comment** restant, à notre avis, à définir au sein même de l'institution au regard des objectifs posés et des résultats souhaités.

Question n°5 : utilisez-vous des tableaux de bords ?

Nous avons posé cette question car nous l'avons décrit à la fois dans notre hypothèse et dans notre cadre conceptuel, les tableaux de bords nous paraissent un outil pertinent. En effet, ils permettraient aux cadres de développer leur capacité diagnostique d'analyse de situation aussi bien dans le domaine des soins, que de l'animation d'équipe et celui de la gestion.

Cet outil pourrait également leur faire acquérir des capacités d'évaluation, pour qu'elle ne soit plus subjective mais faite au regard des activités de soins en fonction d'indicateurs précis et déterminés.

- Tous les cadres interrogés reçoivent des tableaux de bords émanant de la direction des services économiques, de la direction des services financiers et de la pharmacie.
- Aucun d'eux n'exploite ces tableaux de bords.

▪ **Des tableaux de bords lus mais non exploités :**

Les seuls tableaux qui soient lus de façon régulière sont ceux qui comprennent les indicateurs comme : durée moyenne de séjour, taux d'occupation, nombre d'entrées. Aucune exploitation n'en est faite :

« Même si la D.M.S. augmente, le nombre d'entrées également, je n'en fait rien, il n'y a pas de réunions entre cadres infirmiers et médecins. Ils prennent les décisions de leur cotés, on ne se penche pas ensemble sur les chiffres pour les comprendre et les analyser. »

▪ **Une méfiance des chiffres :**

« oui, je reçois des tableaux de bords de la direction, mais on peut faire dire aux chiffres ce que l'on veut. »

« Les tableaux de bords, ça sert à la direction pour nous mettre «dans leur poche » en nous parlant coût et qualité, ils essaient de nous faire croire que les deux sont compatibles. »

« Ils sensibilisent les cadres infirmiers car ils n'y arrivent pas avec les médecins. »

▪ **Une difficulté à se situer et à comprendre l'outil :**

« Les tableaux de bords, ça sert à avoir un regard chiffré, ce que moi, cadre soignant, je ne suis pas habitué à faire, pour moi, c'est du chinois. »

« Qu'est-ce que ça représente pour un cadre d'avoir des tableaux de bords, pour moi ça ne représente rien. Je ne comprends pas les chiffres, je ne sais pas si c'est élevé, pas élevé. Si on veut impliquer les cadres dans des objectifs de rationalisation, il faudrait peut-être donner du sens à ces chiffres. »

« En regardant ces chiffres, rien ne me dit si je dépense trop. »

« On reçoit des tableaux de bords, mais on n'est pas capable de se situer. Comment est-ce qu'on se situe ? Est-ce que je peux faire mieux ? Il faudrait plus de transparence de ces chiffres. Les challenges permettraient aux équipes de faire mieux, mais il faudrait savoir par rapport à quoi. »

« Les tableaux de bords, je ne peux pas les analyser, je n'en suis pas là Il faudrait un cadre administratif pour gérer tout ça. Tout converge vers le cadre ; la pharmacie on envoie, le linge on envoie, le magasin idem, je fais quoi moi, avec tous ces chiffres ? »

« Au niveau d'une unité, on ne se retrouve pas, c'est trop global. »

▪ **Une résistance farouche :**

« Les tableaux de bord, je ne connais pas. » Le chef de service m'a demandé de m'en servir, pourquoi faire ? »

« Pas de tableaux de bords, pas d'outils de suivi, je ne vis pas ma vie de cadre sur des outils. Tout ce qui est administratif, le moins possible, je perds le moins de temps possible à ce qui n'est pas utile. Mon temps, je le consacre à l'équipe, aux malades et à leurs familles. »

▪ **Des chiffres qui ne correspondent pas aux attentes :**

« On nous balance des chiffres, mais moi je n'ai pas de chiffres à moi pour argumenter. »

« Je reçois des tableaux de bords de la lingerie, ils représentent le linge livré et non pas le linge nécessaire et suffisant. Les chiffres ne sont pas pertinents et sans intérêt. Pour le magasin, ce sont les dix produits les plus consommés, mais si les malades sont incontinents, ils sont incontinents. De toute façon, si je suis toute seule à le faire... Il n'y a pas de projet, ni de suivi dans ce sens. Pour la pharmacie, je ne les utilise pas car c'est lié à la prescription médicale. » « Oui, on reçoit certains tableaux de bords. Je les lis, je ne les exploite pas. Je ne sais pas m'en créer pourtant, il y a plein de choses que j'aimerais suivre et gérer, par exemple le taux d'infection urinaire, mais je ne peux pas faire ça seule. Il faudrait pouvoir croiser les données, analyser et les exploiter ensuite. »

Analyse des réponses à la question n° 5 :

Ces réponses indiquent que les cadres infirmiers n'utilisent pas de tableaux de bords pour piloter leurs services. Il est possible de penser qu'ils pilotent à vue, plutôt de façon intuitive et par habitude. L'objectivité et l'anticipation sont dans ce cas difficile à obtenir.

Les cadres infirmiers au travers des réponses précédentes sont pourtant demandeurs de décloisonnement, d'équité et de transparence. Ils souhaitent se situer par rapport aux autres et mesurer la contribution de leur activité dans un ensemble, et être acteur dans les choix.

La recherche de cohérence et de cohésion de la part des membres de l'équipe de direction, les poussent à construire un langage commun. Il se concrétise par l'envoi de tableaux de bords (comprenant des indicateurs globaux) aux cadres des unités pour les informer et les impliquer.

Les conclusions que nous pouvons extraire de cette situation, c'est que dans leur parcours professionnel les cadres infirmiers n'ont pas été confrontés à la gestion. Ils sont donc en difficulté pour analyser, voir comprendre les documents de gestion.

Les besoins en informations sont différents en fonction du poste occupé. Les informations centralisées dans les tableaux de bords émanant des différentes directions n'ont pas de sens pour les cadres infirmiers.

A l'équipe de direction, à l'infirmière générale de s'interroger sur la nature de l'information et sur le degré de détail dont les cadres ont besoin pour gérer de façon optimum leur service au regard des objectifs posés et des pratiques de soins.

« Les outils de gestion ne sont plus réservés aux spécialistes : outils de pilotages, ils doivent être entre les mains de ceux qui pilotent !

Les gisements d'efficacité ne sont plus concentrés en quelques points (ce qui justifiait autrefois la centralisation), mais disséminés dans toute l'entreprise, notamment aux articulations entre les activités. C'est pour les acteurs de ces différentes sources de performance que les outils de gestion doivent être conçus, de façon spécifique et la plus concrète possible. »

2.2 RENCONTRE AVEC LES DIRECTEURS :

Dans un second temps, nous avons rencontré différents directeurs et leur avons posé deux questions :

Qu'attendez-vous des cadres infirmiers de proximité de votre établissement ?

Comment percevez-vous cette fonction ?

Les directeurs attendent beaucoup de cette fonction. Au moment des entretiens, il n'existait pas de stratégie de management formulée à leur égard.

□ Ce qu'ils attendent :

Pour les équipes de direction, les cadres ont un double positionnement, à la fois stratégique et hiérarchique. Ils sont **les acteurs de changement** réel sur le terrain. Ils doivent être des **vecteurs de communication**.

« La direction peut avoir l'impression de faire de la communication, mais la manière essentielle d'en faire c'est en passant par les cadres infirmiers qui ont la légitimité auprès de leurs équipes parce que justement ils sont sur le terrain. Nous, nous sommes dans la logique administrative, nous sommes dans des registres différents. Le cadre doit avoir un rôle de décodeur. Pour l'accréditation c'est pareil, les cadres sont au bon niveau, ils peuvent confronter les éléments théoriques avec la réalité. »

Au quotidien, les cadres doivent fournir et valider **l'information donnée et reçue.**

« Les cadres doivent avoir également une vision claire de la politique générale de l'établissement, et à l'intérieur, une vision claire de leurs contributions aux résultats. »

Les directeurs attendent l'élaboration de projets réalistes réalisables et évaluables.

« Pour cela, les cadres doivent construire de vrais projets qui ne soient pas des vœux pieux. Il faut que ce projet soit décliné en objectifs mesurables, quantifiables et qui correspondent à des actions, là dessus on motivera le service économique. Il y aura ainsi des objectifs sur lesquels on pourra travailler ensemble et rendre réalisables. Actuellement, on n'est pas dans une démarche projet, on est dans une démarche d'incantation. »

Ils attendent un travail en collaboration et des échanges réguliers (à partir des dépenses et des consommations dans les unités de soins, par exemple).

« Ca inciterait à une bonne gestion de service. La non-qualité a un coût énorme et elle renvoie souvent à des gestes de base, à des pratiques : le tri des déchets, le tri du linge. Ces rencontres permettraient de faire prendre conscience aux cadres des choses qu'ils ne voient peut-être plus, qu'ils n'abordent pas de la même manière et qui ont une incidence en terme de coût. Un travail en commun permettrait de grosses économies sur des postes précis : transport, petit matériel, consommable. »

Ils attendent une identification des besoins dans le processus d'achat du matériel.

« Il est important de bien identifier la demande, pour choisir le bon matériel, celui qui rendra le meilleur service. Un travail du cadre sur les organisation et les pratiques de soins est indispensable. Si en amont, on réfléchit mal ensemble, on perd du temps et de l'argent par la suite. »

Ils attendent une gestion rigoureuse des ressources humaines :

« Je souhaiterais qu'ils fassent correctement leur planning et que les demandes de mensualité de remplacement ne soient pas inflationnistes comme elles le sont actuellement. »

Ils souhaitent que les cadres prennent conscience des enjeux de la comptabilité analytique.

« Les cadres devraient prendre conscience de l'importance de la comptabilité analytique. »

□ Les manques qu'ils perçoivent :

« Il y a un manque de rigueur des cadres dans la gestion des ressources humaines, les plannings que l'on reçoit ne sont pas forcément fiables, il y a un manque d'équité entre les différentes gestion des services, chaque surveillante fait à sa façon dans son service. Il y a une inflation importante dans les mensualités de remplacement sans que l'on sache dire pourquoi. »

« Il n'y a actuellement aucun suivi de gestion par les cadres, ils ne mettent jamais au regard raisonnement sur l'organisation et les coûts que cela génèrent. »

« Les cadres ont une méconnaissance de la procédure budgétaire dans le cadre des achats.

□ Un questionnaire en réaction :

Cependant au cours des entretiens, les directeurs s'interrogent également sur leur propre fonctionnement. Ils reconnaissent fonctionner encore trop « sur du non-dit et de l'opaque. »

En parlant des différents coûts : « il faut que l'équipe de direction communique plus sur ce plan là »

« Il faut que nous prenions des habitudes de circulation de l'information qui ne soient pas suspectes et des habitudes de transparence. »

« Il faudrait pouvoir intéresser les cadres pour qu'il y ait engagement réciproque. »

« Il est nécessaire qu'il y ait transparence, confiance et compréhension des contraintes mutuelles. »

Analyse des réponses des directeurs :

Nous pensons que globalement, les cadres infirmiers ne sont pas prêts à répondre à ces attentes pour plusieurs raisons :

La première et la plus évidente c'est qu'ils ne connaissent pas ces attentes. Il serait important qu'elles soient formalisées et annoncées clairement.

La direction attend des cadres un rôle d'interprète au regard de la politique institutionnelle, ils n'ont pas encore accès à la logique administrative, ils sont encore beaucoup, nous avons pu le constater à plusieurs reprises, dans la logique soignante. Les cadres ne peuvent pas être des décodeurs pour les équipes puisqu'ils n'ont pas le code eux-mêmes.

Certains directeurs ont conscience de ce manque puisqu'ils disent :

« La culture de gestion doit aller perfuser la culture soignante. »

De plus, fournir et valider de l'information leur est difficile puisqu'ils n'utilisent aucun outil pour la générer, la suivre, l'organiser. Le manque de gestion de cette information limite les cadres dans leur argumentation et dans la rigueur de gestion de leurs différentes ressources.

Une autre difficulté pour les cadres est d'avoir une vision claire de la politique institutionnelle. Ils le reconnaissent eux-mêmes, ils manquent de connaissance et de compréhension des différents rouages institutionnels, du rôle des différents acteurs qui n'effectuent pas de soins.

Certains cadres disent n'avoir appréhendé le fonctionnement institutionnel qu'en ayant participé à une mission transversale et en étant pour cela détaché de leur service quelques temps.

« Je me suis rendu compte à ce moment là, que je ne savais pas jusqu'à maintenant comment ça fonctionnait, qui faisait quoi au niveau administratif. Mais, on a travaillé ensemble et ça c'est très bien passé. On n'a fait du bon boulot. » (Il s'agissait de la préparation au bug de l'an 2000.)

Dès lors, l'infirmière générale a un rôle essentiel à jouer dans l'élaboration de sa politique de soins. Elle a la responsabilité d'amener les cadres à intégrer dans leur culture soignante une culture de gestion, de les amener à connaître le fonctionnement institutionnel, et de les former aux outils de gestion.

Ce que nous avons pu remarquer au cours de ces entretiens, c'est que chaque directeur avait des attentes au regard de ses propres champs de compétence et de responsabilité. Nous avons fait une synthèse de ses réponses, mais il n'existe pas de politique de management formalisée pour les cadres.

CONCLUSION :

Les membres de l'équipe de direction attendent désormais que les cadres mettent en valeur les ressources de leur service. Ceci implique de nouveaux modes de management, l'objectif étant maintenant la détermination de la place du cadre dans l'institution.

Nous avons pu le voir à travers les différents entretiens, les attentes des uns et des autres ne sont pas si éloignées que ça. Il apparaît que les directeurs attendent des cadres infirmiers une position et des missions que les cadres infirmiers ont envie de remplir.

La coopération de ces deux corps apportera complémentarité des compétences et des capacités d'expertise. Chacun des groupes chemine progressivement.

Le discours des cadres de direction, leur volonté de vouloir créer des zones d'échange, leur souci de vouloir renforcer un climat de confiance mutuelle, laisse envisager une coopération prochaine.

Nous allons maintenant voir comment l'infirmière générale va impulser, accompagner et mettre en œuvre ce partenariat nécessaire.

PARTIE III : CONTRIBUTION DES CADRES A LA GESTION EFFICIENTE DE LEUR SERVICE, ROLE DE L'INFIRMIERE GENERALE

INTRODUCTION :

Il est apparu de façon claire au niveau des entretiens, que nous pouvions confirmer notre hypothèse. Les tableaux de bords permettraient aux cadres d'assurer une gestion efficace, de rendre visible la production soignante au sein de leur service et, de fiabiliser l'information qu'ils ont à transmettre.

Cependant, les entretiens nous ont également permis de mettre en évidence que le manque d'outils n'est que la partie cachée de l'iceberg et que ce constat n'est en fait que le résultat de difficultés qui existent bien en amont. Nous nous sommes posé un certain nombre de questions au décours de ces entretiens, questions auxquelles nous allons essayer de répondre dans ce plan d'action.

Nous avons donc identifié trois problématiques importantes qui sont en interaction les unes avec les autres.

1 TROIS PROBLEMATIQUES INTERACTIVES A PRENDRE EN COMPTE

1.1 UNE IDENTITE PROFESSIONNELLE EN DIFFICULTE :

Amenant :

- ❖ Un problème de positionnement, avec un rôle hiérarchique qui n'est pas toujours clair vis à vis des équipes.
- ❖ Un déficit de reconnaissance.
- ❖ Une représentation de la fonction inadaptée aux attentes institutionnelles.

1.2 UNE CONNAISSANCE INSUFFISANTE DU FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL :

Provocant :

- ❖ Une faible représentation de l'ensemble de l'organisation et un sentiment de relatif isolement dans leur tâche.
- ❖ Une méconnaissance des différents acteurs et de leurs contraintes, provoquant souvent un sentiment dévalorisé à leur égard et un manque de coopération.
- ❖ Un sentiment d'appartenance à l'institution peu développé, donc peu enclin à porter les objectifs institutionnels.

1.3 UN MANQUE DE VISIBILITE DU TRAVAIL ACCOMPLI DANS LEURS SERVICES :

Créant :

- ❖ Un sentiment de ne pas faire le travail qu'on attend d'eux, faisant émerger de la culpabilité.
- ❖ Un sentiment dévalorisé de l'équipe de direction à leur égard, pouvant aller jusqu'à une remise en question de leurs compétences.

2 LE PLAN D'ACTION

Ces trois problématiques sont interdépendantes. Pour avoir un plan d'action efficace et cohérent, il nous faudra respecter un certains nombres d'étapes qui reposeront sur deux axes comprenant trois objectifs principaux.

□ Deux axes :

L'axe n° 1 portera sur l'aspect culturel et identitaire de la fonction. Un socle, des fondations, semblent importants à bâtir pour construire la pérennité de ce plan d'action. Cet axe comprendra deux objectifs :

- Construire ensemble une nouvelle identité professionnelle.
- Apprendre à connaître le fonctionnement institutionnel, leurs différents acteurs et à se positionner au sein de l'institution.

L'axe n° 2 portera plutôt sur son aspect technique et méthodologique. Il comprendra un objectif :

- Transmettre et créer avec les cadres les outils adaptés à leur mission.

□ Un préalable à ce plan d'action, l'engagement de la direction :

Le mode de management de l'équipe de direction, en donnant leur place aux cadres infirmiers au sein de l'institution, suscitera l'engagement et la coopération de ceux-ci aux différents projets institutionnels.

Il nous apparaît essentiel, avant que nous présentions et engagions un plan d'action auprès des cadres, que celui-ci soit validé par l'équipe de direction.

Il est en effet essentiel pour ce projet que l'équipe de direction se soit engagée au préalable sur un choix du rôle de l'encadrement, le niveau de responsabilité et de déconcentration qu'elle retient à leur égard.

Nous pourrons, une fois l'assentiment obtenu de l'équipe de direction, organiser une rencontre au cours d'une réunion d'encadrement.

- ◆ Le chef d'établissement pourra à cette occasion décliner ses attentes vis à vis des cadres.
- ◆ Nous pourrons exposer notre plan d'action.

Nos sommes également pour ce plan d'action parti du postulat qu'il existait un projet d'établissement, un projet de soins formalisés. Ce plan d'action sera planifié sur un à trois ans en fonction des actions. Nous faisons le choix de les travailler ensemble dans la mesure où elles sont en interaction les unes avec les autres.

2.1 AXE N°1 :

2.1.1 Construire ensemble une nouvelle identité professionnelle :

□ Pour une définition claire des missions des cadres infirmiers :

Si nous souhaitons un engagement, une responsabilisation accrue des cadres au sein de l'institution, il est indispensable de connaître les savoirs, les compétences sur lesquels nous appuierons. La condition préalable est de définir les missions des cadres avec le contenu de leur poste et les qualités requises.

Profil de postes et référentiel de compétences :

Les profils de postes et les référentiels de compétences doivent absolument traduire le niveau d'exigence de la direction vis à vis des cadres soignants.

Ils permettent d'établir clairement ce que la direction attend des cadres infirmiers de l'institution.

Nous organiserons des groupes de travail composés des cadres infirmiers et des cadres de direction.

Les profils de postes et les référentiels de compétences seront travaillés ensemble pour atteindre un double objectif :

- Apprendre à se connaître et à travailler ensemble.
- Produire un outil de travail en commun.

Apprendre à se connaître et à travailler ensemble :

- ❖ **Permettre de diminuer le poids d'une centralisation bureaucratique** bien connue de nos hôpitaux et qui crée des relations entre dirigeants et exécutants basé sur la défense, la protection. Cette stratification hiérarchique rend difficile le passage de catégorie à catégorie, et de ce fait la communication et la coopération quasiment impossible. Ces groupes de travail permettront d'aplanir, d'assouplir ses strates pour l'apprentissage d'une connaissance mutuelle et rendront opérationnelle la coopération des différents groupes.
- ❖ **Modifier les représentations mutuelles** en confrontant des représentations sur un même objet, en l'occurrence ici la fonction de cadre infirmier. Les représentations n'étant pas figées et se modifiant à partir de nos expériences, de notre vécu ; L'interpénétration de ces différents milieux au cours de ces travaux pourrait les modifier. Il y aura alors suffisamment d'échanges de représentations et de valeurs communes partagées sur ce thème pour conduire à une intégration culturelle possible autour de celui-ci. Le changement des représentations de ces différents acteurs ne pourra que conduire à un autre regard sur eux-mêmes, sur les autres, et permettre une évolution de leur identité professionnelle.

« Les forces du changement doivent trouver leur dynamisme dans le terreau des représentations collectives qui, progressivement cultivées, questionneront les traditions reçues au point de faire émerger d'autres cultures... C'est toujours dans une élaboration collective des représentations que les hommes trouveront la force de vivre ensemble pour survivre et se développer. »³³

Produire un outil de travail commun :

L'élaboration des profils de postes et des référentiels de compétences pourront devenir des outils efficaces :

Ils permettront de clarifier les règles et les attentes envers les cadres de l'institution :

- ❖ Au moment des recrutements de nouveaux cadres (ils permettent un recrutement de qualité puisqu' alors sur un poste donné, on sélectionnera le candidat qui aura la meilleur profil ; La recherche de la performance suppose en effet que sur chaque poste le meilleur potentiel possible soit recruté).
- ❖ Lorsque les infirmières auront pour projet professionnel de faire l'école des cadres elles sauront alors exactement vers quel nouveau métier elles s'engagent).
- ❖ Au moment de l'évaluation annuelle par la pose d'objectifs opérationnels et de progression claire. L'évaluation pourra alors porter sur l'analyse des résultats au regard d'objectifs négociés et définir les actions à entreprendre pour faciliter l'exercice de la fonction. (La mise en place d'un management de résultats au niveau des unités a pour but d'améliorer la performance ; la performance de chacun reposant sur son professionnalisme).

Le développement du management contractuel sera alors possible, permettant de sortir du management affectif ou technocratique pour parvenir à travailler le professionnalisme de chacun. Les tâches et missions spécifiques seront perçues de façon cohérente pour les cadres infirmiers, qui en ont la responsabilité, et l'image que leur envoie la direction dans sa réalité quotidienne.

³³ R. Sainsaulieu, « La sociologie de l'entreprise », presse de sciences politique Dalloz, 1997.

La clarification des objectifs à atteindre pour chaque cadre permettra de les associer aux projets qui contribuent au développement de l'hôpital. Leur rôle hiérarchique et leur positionnement au sein de l'institution seront ainsi renforcés.

Profils de postes, référentiels de compétences valoriseront le rôle, les tâches et les compétences des cadres infirmiers en les rendant visibles et en générant ainsi, estime de soi, reconnaissance et affirmation de leur identité professionnelle.

Ces outils seront évolutifs et pourront également servir de veille à une identification possible d'évolution de ce métier. Nous pourrons ainsi éviter à l'avenir de nous retrouver dans des situations d'inaptitudes générant malaise et insatisfaction, mais que personne ne pouvait prévoir.

Nous le voyons bien, l'évolution actuelle du monde hospitalier induit des modifications de compétences requises sur des postes. Les cadres infirmiers en poste actuellement n'ont pas forcément été recrutés sur les compétences qu'exige actuellement la fonction.

Avoir travaillé ces outils en complémentarité, permettra à chacun des acteurs de connaître la finalité de leur rôle et donnera du sens à ce qu'ils font.

« Plus il y a complémentarité et plus il y a reconnaissance des pouvoirs au sein des systèmes. »³⁴

Etre valorisé par ce que l'on fait, agir en complémentarité, générera motivation et satisfaction et permettra aux cadres infirmiers de développer un sentiment d'appartenance à l'institution. Alors seulement à leur tour, ils pourront répercuter des modèles de management mis en place par la direction.

Une fois ce travail formalisé, il sera de notre rôle de le rendre visible et connu de tous. Une présentation aux différentes instances nous semble indispensable. Ce travail pourra également être présenté en conseil de service.

Nous envisageons que ce travail soit planifié sur environ un an à dix huit mois.

³⁴ J.Hart, Gestion hospitalière, février 2000, N°159.

Audit de l'encadrement au sein de l'institution :

Nous effectuerons ensuite un travail d'audit ou d'état des lieux concernant le niveau de performance, de professionnalisme, et le potentiel de l'encadrement infirmier existant dans l'institution :

- La performance étant ce qui est attendu du cadre infirmier et ce qu'il réalise effectivement.
- Le professionnalisme étant l'ensemble des compétences qu'il mobilise pour obtenir des résultats.
- Le potentiel du cadre se définissant comme un professionnalisme reconnu sur la durée, accompagnée d'une faculté d'adaptation à des situations nouvelles.

Nous chargerons les cadres infirmiers supérieurs de cette mission, chacun dans son secteur de responsabilité.

Cet audit se fera à la fois à partir d'entretiens d'évaluation et d'auto-évaluation, mais il s'agira aussi d'évaluer la performance collective du groupe cadre.

□ Un préalable à la faisabilité de cet état des lieux :

Nous formerons les cadres infirmiers et les cadres infirmiers supérieurs à l'évaluation. Cette formation aura un double objectif :

- L'intégration par les cadres de la culture d'évaluation à laquelle ils feront sans cesse référence dans un management par objectifs.
- Créer un outil, un guide d'entretien d'évaluation dont les cadres infirmiers supérieurs se serviront pour évaluer les cadres infirmiers.

Ce guide d'entretien sera le support d'une démarche participative et évolutive. Il sera établi à partir des profils de postes et référentiels de compétence.

Il permettra aux cadres infirmiers de faire un bilan sur eux-mêmes et de valoriser leur potentiel.

Les surveillantes-chefs auront ensuite comme mission de déterminer, d'élaborer un plan de formation. Il sera centré à la fois sur les besoins individuels de chaque cadre, mais aussi sur des besoins collectifs, en relation avec l'atteinte de performance du groupe cadre selon les objectifs institutionnels.

Ces bilans interviendront dans une dynamique de projet, d'évolution personnelle et professionnelle. Les cadres infirmiers deviendront acteurs de leur propre évolution ;

Ce type d'évaluation se situant dans une dimension de reconnaissance des cadres infirmiers en évolution, en recherche de sens à leur fonction, pourra parfaire la construction de leur identité professionnelle et leur sentiment d'appartenance à l'institution.

Le but pour nous étant d'avoir des cadres infirmiers qui avancent et qui évoluent vers la performance. Nous pourrons grâce à ces outils, gérer des parcours professionnels et non plus des carrières.

Nous prévoyons trois mois pour la formation à l'évaluation des cadres à partir du moment où l'organisme de formation aura été retenu. En fonction de l'importance de l'établissement, nous donnerons trois à six mois aux cadres infirmiers supérieurs pour faire leur état des lieux.

2.1.2 Apprendre à connaître le fonctionnement institutionnel, le rôle de leurs différents acteurs, à se positionner au sein de l'institution :

A la suite de cet état des lieux, il sera possible de formuler un plan d'action adapté aux attentes de chacun.

Cependant, au cours des différents entretiens, nous avons pu mettre d'emblée certains manques en évidence, sur lesquels nous pouvons réfléchir rapidement. Il s'agira de travailler :

- Sur la pratique d'autorité des cadres.
- Sur leur connaissance du fonctionnement institutionnel.

La pratique d'autorité des cadres :

L'autorité a évolué, la démocratisation des rapports sociaux nécessite d'expliquer, de convaincre, de négocier. Les cadres soignants se trouvent souvent en difficultés face aux exigences de ce nouveau mode de management.

L'étymologie du mot autorité vient du latin « *aucheror* » : celui qui fait grandir et « *augurium* » : présage favorable lors de l'amorce d'une entreprise commerciale ou militaire ; signifie que celui qui fait autorité est donc un anticipateur et un porteur de sens.

C'est une des attentes qui a été formulée envers les cadres. Nous avons la responsabilité de les accompagner à ces changements et de créer les conditions d'exercice d'autorité au sein de leurs équipes.

Ce thème est actuellement traité dans les écoles de cadres de santé, l'apport théorique est nécessaire mais travailler ce sujet avec l'éclairage de la pratique nous semble complémentaire. De plus, tous les cadres actuellement en poste n'ont pas bénéficié de cette formation. Les connaissances livresques des uns viendront enrichir les connaissances pratiques des autres et inversement.

Nous avons choisi d'effectuer ce travail en sous-groupe avec l'aide d'un animateur extérieur à l'institution pour favoriser la confidentialité. Les échanges pourront ainsi se faire de façon spontanée sans crainte de jugement. Les cadres supérieurs seront absents de ces groupes.

Ce travail collectif permettra des échanges entre collègues sur les pratiques et les difficultés rencontrées. Il aura pour finalité :

- D'ouvrir un champ de réflexion, de prendre du recul sur une situation afin d'apprendre la prise en compte de tous les éléments avant de plaquer une solution.
- D'être un moment ressource privilégié de rencontre pour pallier le sentiment de solitude des cadres.
- De permettre pour chacun des participants à ce groupe de travailler ses attitudes personnelles, son propre positionnement au sein d'un groupe sans prise de risque.
- D'élaborer ensemble des méthodes d'analyse de situations, de résolution de dysfonctionnement et de conflits grâce à la synergie des compétences.

L'analyse croisée de l'évaluation de ces groupes de travail et de l'état des lieux effectué par les cadres infirmiers supérieurs, fera peut-être envisager un complément de formation à la gestion des conflits, à l'animation d'équipe, à la prise de décision.

Ce travail sera planifié sur une journée par trimestre pendant un an, à renouveler si nécessaire.

Travail sur le fonctionnement institutionnel :

Ce travail sera effectué un jour par mois sur un an.

Ceci aura pour but de faire acquérir aux cadres infirmiers une curiosité, un souci de compréhension des logiques, des mécanismes et des schémas institutionnels. Il clarifiera les responsabilités de chacun dans l'équipe de direction.

Pour cela, nous ferons appel à nos collègues de l'équipe de direction et avec leur approbation, ils présenteront leur service et son fonctionnement.

Nous ferons intervenir le directeur financier sur une présentation du budget hospitalier et la comptabilité analytique. Des tableaux de bords institutionnels pourront être présentés, les différentes utilisations qui en sont faites exposées, les cadres pourront poser leurs questions. Le directeur des services économiques sensibilisera les cadres sur les contraintes et la complexité des cadres de marché publics.

le médecin responsable du DIM fera une présentation du P.M.S.I, des points ISA et de la situation de l'établissement concernant ces deux thèmes.

Nous présenterons l'organisation formalisée du service infirmier avec les missions, les responsabilités de chaque cadre supérieur ainsi que celles des cadres soignants lorsqu'ils sont référents sur certains groupes de travail.

D'autres rencontres pourront être organisées en fonction des besoins et des demandes qui auront été formulés à la suite de ces premiers groupes.

Le but de ce travail étant également que chacun situe au sein de l'établissement les personnes « ressources. »

Le groupe cadre doit devenir solidaire, cohérent et unifié. Il doit avoir une identité propre. La coopération n'allant pas toujours de soi, même à l'intérieur d'un groupe de même culture professionnelle.

Ayant fait le point sur leur rôle dans l'institution, les marges de manœuvre, les possibilités d'ouverture et de progression qui leur sont laissés, nous attendons des cadres infirmiers un engagement et une implication importante.

Maintenant, nous allons voir les méthodes à acquérir pour que les cadres infirmiers apprennent à gérer l'information générée par leur service afin qu'ils puissent l'analyser de façon rigoureuse, la rendre visible et compréhensible pour chacun. Nous allons transmettre et construire avec les cadres des outils de suivi de gestion de leur service.

2.2 AXE N°2 :

2.2.1 Transmettre et créer avec les cadres les outils adaptés à leur missions :

Nous aiderons les cadres à la gestion de leurs services de deux façons :

- En formant des cadres infirmiers supérieurs à une maîtrise de gestion.
- En faisant réfléchir un groupe de travail émanant du groupe cadre sur des tableaux de bords qui regrouperaient des informations du service infirmier.

Formation des cadres infirmiers supérieurs à une maîtrise de gestion :

Dans la mesure des possibilités du budget de formation, des cadres infirmiers supérieurs seront inscrits à un cursus universitaire. Ces formations auront pour but d'apprendre à formaliser les pratiques, à les conceptualiser, à produire de nouveaux savoirs. Les cadres infirmiers supérieurs pourront ainsi mieux accompagner les surveillants dans ces différentes tâches et dans la rupture que représente l'accès à la fonction d'encadrement.

La production de ces différents savoirs devra être maîtrisée par les cadres infirmiers supérieurs, ils auront pour missions de la diffuser au sein du service infirmiers. ils deviendront alors personnes ressources.

Les tableaux de bords, outil au service de l'efficacité du service infirmier :

Les cadres infirmiers savent maintenant ce que nous attendons d'eux. Leur responsabilisation au sein de leur service aura pour objectif d'engendrer une meilleure utilisation de leurs ressources. Ils devront être en mesure, selon une périodicité déterminée, de comparer les résultats de leur gestion au regard des objectifs négociés.

Pour cela, les tableaux de bords représentent le moyen que nous choisissons. Il nous appartient de les mettre en place en collaboration avec l'ensemble des cadres du service infirmier. Ils seront pour chaque membre du service infirmier la transmission de la situation de chaque unité de soins. Ils permettront ainsi lisibilité et suivi du fonctionnement de l'ensemble des services.

Nous croyons qu'il est nécessaire pour les surveillantes d'avoir des tableaux de bords dans les domaines suivants :

- Les infections nosocomiales (c'était d'ailleurs une des demandes des cadres lors des entretiens.)
- La gestion administrative de l'unité (taux d'absentéisme, heures supplémentaires, congés de formation...)
- Les conditions de travail (nombre d'accidents de travail : lombalgies, expositions au sang.)
- L'aspect quantitatif des soins (étude de la charge de travail.)
- L'aspect qualitatif des soins (taux d'escarres, prise en charge de la douleur, satisfaction des patients...)
- Contribution du service infirmiers aux activités pédagogiques (nombre de stagiaires.)

□ Différents tableaux de bords :

- Certains seront choisis et négociés en fonction de la spécificité du service de chaque cadre et des axes prioritaires qu'il aura retenu pour son projet de soin ou qu'il aura négocié avec le chef de service au regard du projet de service. (Un service recevant plus particulièrement des personnes atteintes de pathologies psychiatriques pourra choisir de travailler sur le taux de fugues, un autre recevant des patients atteints de pathologies cancéreuses travaillera sur la prise en charge de la douleur.)

- Certains seront communs à l'ensemble du service infirmier, ils émaneront des objectifs stratégiques du projet de soins infirmiers.
- Ces différents suivis pourront mettre en évidence des résultats différents et aboutir à :
 - Des groupes de travail multidisciplinaires si les objectifs d'amélioration couvrent le champ d'autres intervenants.
Par exemple, pour la prise en charge des escarres nous pourrions faire intervenir kinésithérapeutes, diététiciennes, médecins, pharmaciens, directeur des services économiques ou un de ces collaborateurs, afin d'élaborer des protocoles qui prennent en compte toutes les dimensions du soin y compris la donnée économique (dans le cadre d'achat de matériel anti-escarres par exemple).
 - Un groupe de travail à l'intérieur du service. Prenons pour exemple : le résultat concernant le pourcentage de patients pris en charge pour la douleur n'est pas suffisant. Il peut s'avérer qu'il s'agisse d'un problème de prescription médicale, une réflexion pourra être menée en équipe, avec les prescripteurs du service. Il peut aussi s'agir d'un dysfonctionnement organisationnel.
Les infirmières n'auront pas eu le temps d'évaluer correctement les patients (effectifs non en adéquation avec la charge de travail) ou d'un manque de connaissances de certaines d'entre elles (le cadre aura alors à réfléchir sur son futur plan de formation).

Dans ces différents contextes, la gestion prendra alors tout son sens, elle sera bien au service de la qualité des soins, de la sécurité des personnels et des patients.

Le suivi de l'unité de soins ainsi établi par le cadre infirmier permettra à celui-ci d'assurer son rôle d'animateur. Il aura en effet des éléments objectifs d'information, de compréhension de fonctionnement de l'unité. En les exploitant, il mettra en oeuvre les actions d'améliorations nécessaires et adaptées.

Les résultats seront portés à la connaissance de tous. Les soignants seront ainsi informés des actions menées à travers les statistiques d'activité, mais aussi des résultats des objectifs et de l'évaluation de leur service.

En constatant qu'ils sont reconnus et soutenus dans leurs projets, les cadres infirmiers et leurs équipes deviendront de véritables partenaires acteurs de soins.

□ L'élaboration de ces outils :

Les cadres infirmiers seront accompagnés dans cette démarche par :

- Les cadres infirmiers supérieurs formés.
- Une formation/action sera organisée et accompagnée d'un organisme de formation, elle intégrera le suivi des cadres infirmiers sur le terrain.

Au cours de celle-ci :

- Une formation théorique aux tableaux de bords sera effectuée.
- Une guidance sur le terrain sera réalisée.
- A l'issue de cette formation, nous attendons des cadres infirmiers la construction de tableaux de bords. Ils seront guidés sur les choix des indicateurs au regard des objectifs qu'ils se seront fixés. Ces indicateurs choisis de façon rigoureuse pourront être des clignotants appelant à une décision.

Ils peuvent mettre en évidence soit :

- Des dysfonctionnements, bien souvent à l'origine de coûts cachés (des aller-retours à la pharmacie parce que les commandes n'auront pas été faites correctement, ou parce que les prescriptions auront été faites de façon tardives, une information que l'on ne trouve pas parce qu'elle n'aura pas été consignée au bon endroit...)
- La mise en évidence de gain de productivité.

Pour que les indicateurs soient de qualité, leur construction devra être basée sur l'élaboration d'un plan d'action stratégique avec la déclinaison et la description d'actions concrètes. Ces outils évolueront sur le terrain par une adaptation au fur et à mesure de leur utilisation. La personne soignée sera toujours au centre de ce système d'informations.

L'ensemble des indicateurs permettra alors d'analyser et de partager les résultats des actions du plan stratégique. (Les projets ne seront alors plus ni «des incantations, ni des vœux pieux » comme les décrivaient les directeurs dans nos entretiens)

En fonction de l'objectif poursuivi, les cadres infirmiers pourront avoir une vision quotidienne et opérationnelle, à court terme de leur service.

Plus les cadres infirmiers deviendront performants dans la gestion de leurs unités, plus nous ferons le choix d'élargir celle-ci aux différentes dimensions de leur fonction (organisation des soins, gestion du personnel, gestion du matériel, gestion de la formation, gestion des activités hôtelières, gestion des risques...)

Ils pourront alors aller plus loin et développer des indicateurs pour une gestion à moyen et long terme au regard des objectifs fixés par le projet de soins infirmiers ou le projet institutionnel.

Pour cela, ils auront besoin de croiser des données telles que le taux d'occupation des lits, charge de travail, taux de présence du personnel... Les cadres infirmiers supérieurs pourront eux aussi avoir ce type de gestion à moyen et long terme.

Nous organiserons pour cela à nouveau des réunions avec différents représentants des services administratifs, des directeurs, des médecins pour travailler ensemble à l'information à échanger dans le cadre des différents projets qui seront développés. Nous sélectionnerons des indicateurs communs pour établir un véritable travail en coopération. Nous pourrons alors envisager d'aller jusqu'à la budgétisation prévisionnelle de certains projets, dans un premier temps avec les équipes de services volontaires. Nous pourrons ainsi évaluer la démarche, la réajuster puis l'élargir à l'ensemble des services.

Il nous faut réfléchir dès à présent à l'informatisation de ces systèmes d'informations, nous serons présents lors de l'élaboration du projet informatique de l'établissement.

Le projet informatique devra faire partie intégrante de notre projet de soins. Il s'intégrera comme une suite logique dans l'amélioration des soins dispensés et sera une réponse à l'observation des cadres sur l'augmentation de leur charge de travail.

Nous devons rapidement disposer d'un système informatisé dans les unités de soins. Il favorisera ainsi la gestion globale de l'information et la rendra fiable.

Nous confierons la responsabilité de ce travail à une surveillante-chef qui sera chargée de sa coordination au sein des services de soins.

Ce travail fait à lui seul ferait l'objet d'une nouvelle étude.

CONCLUSION :

Le suivi de gestion des cadres infirmiers dans leur service nous permettra d'avoir une vision objective de celui-ci grâce à des informations fiables, pertinentes et régulières.

Ces résultats sous forme de tableaux, nous permettront de faire une analyse comparative des tendances, des fluctuations de travail, par équipe, par unité, par mois, par saison, par équipe médicale.

Ils seront pour nous, des aides précieuses pour nos prises de décisions.

Ces outils deviendront des aides à la gestion en prévisionnel ou en temps réel. Ils nous permettront d'anticiper des situations et de gérer plus efficacement les difficultés identifiées par les cadres au cours des entretiens.

Ces données objectivées, sous forme d'indicateurs, nous seront nécessaires pour argumenter et négocier certaines situations, être à la base de réflexions au cours de réunions d'encadrement sur l'analyse de l'activité des services et l'évaluation des pratiques professionnelles. Des groupes de travail pourront émaner de ces réflexions collectives.

Ainsi nous disposerons à chaque fois d'un peu plus d'éléments pour faire cheminer et valoriser le service infirmier.

Nous pourrons à notre tour répondre à la mission définie dans la circulaire du 31 juillet 1975 et devenir un véritable gestionnaire du service infirmier.

Notre rapport d'activité prendra du sens pour chacun et deviendra une véritable synthèse de l'activité du service infirmier tel que cela lui est demandé.

CONCLUSION GENERALE :

« La redéfinition des attributions et des moyens alloués à l'hôpital, au sein du réseau sanitaire, comme la poursuite des actions entreprises en matière de maîtrise des dépenses, passe par une appréhension plus fine du fonctionnement de l'hôpital et une participation accrue de l'ensemble des acteurs à la mutation du système hospitalier. »³⁵

La contractualisation interne est au centre des réorganisations hospitalières. Cette évolution vers une décentralisation ne peut être, à notre avis, que progressive. Nous avons pu le constater, les cadres infirmiers, véritable courroie de transmission entre le domaine conceptuel, stratégique, politique et la réalité du terrain, ne sont pas prêts à jouer ce rôle.

Il nous paraissait essentiel, en tant que responsable du service infirmier, de préparer l'encadrement à ces changements sans trop de difficultés personnelles et d'usure professionnelle. Il est nécessaire dans la situation actuelle, de faire comprendre à chacun d'entre eux, les enjeux, les contraintes et les impératifs des autres partenaires.

Ils doivent parfaitement intégrer vers quels buts, quelles nouvelles orientations se dirige l'hôpital afin d'être dans les meilleures conditions possibles pour relever ces nouveaux défis. Ces défis s'avèrent être pour les cadres infirmiers ceux de la complexité et du sens à donner à leur métier :

- La complexité : liée aux interdépendances, aux interactions et aux interfaces, fait qu'il est de plus en plus difficile de penser globalement pour agir localement.
- Le sens : pour que les cadres infirmiers, formés initialement à rencontrer l'humain, arrivent, sans souffrances ou conflits de valeurs, à la maîtrise des chiffres.

Nous souhaitons que, grâce à une identité professionnelle retrouvée et solide, de nouveaux modes de gestion et de management, les cadres deviennent pour nous des relais essentiels.

³⁵ M. ENJOLRAS, « Un nouvel outil de management. » Gestion hospitalière, mai 1989, n° 286, p 357-361.

Par leur intermédiaire, nous entrerons dans les services et serons à l'écoute des besoins réels afin d'impulser les changements nécessaires.

Cette nouvelle façon de concevoir leur fonction, à l'intérieur de l'institution et non plus d'un service uniquement, leur permettra d'acquérir un esprit d'initiative et de l'autonomie dans un climat de confiance propice à la créativité et à la motivation. La confiance retrouvée rendra possible la participation de chacun au flux des décisions et à la prise en compte collective de la responsabilité du patient. L'hôpital s'en trouvera plus performant dans la mesure où sa capacité d'action collective en sera renforcée.

Les cadres soignants, au sein de nos institutions, pourront alors remplir leur mission de positionnement et de parole. Ils conserveront une pensée personnelle tout en préservant une solidarité institutionnelle.

« Etre performant suppose d'établir des systèmes de mesure et de pilotage de l'efficacité des interfaces et des coopérations entre des entités jusque là séparées. Ce n'est pas qu'une question d'outil, c'est une révolution culturelle. »³⁶

³⁶ D. Génelot, « Manager dans la complexité », Insep éditions 1998.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

- ABDELMALEK Ali Aï t-GERARD J.Louis-« Sciences humaines et soins »-Paris-Interéditions-1995-
- BERNOUX Philippe - La sociologie des organisations – Paris - Edition du seuil -1985
- BESCOS Pierre-Laurent -MENDOZA Carla - Manager cherche informations utiles désespérément – Paris – Edition L'harmattan - Collection « Economiques. »
- BLANCHET Anne, GOTMAN Anne- L'enquête et ses méthodes :l'entretien-Paris-Edition Nathan-1992-
- BONEU François - HENRIET Bruno - D.R.H. c'est déjà demain - Paris-les éditions d'organisations-1998-
- Coordonné par CABIN Philippe.- Les organisations – Auxerre - Editions sciences humaines-1999-
- CITEAU J.Pierre-Gestion des ressources humaines-Paris-Edition Armand colin/Manon-1997-
- CLAUDE J. François - L'éthique au service du management - Paris - Edition liaisons Collection « Entreprise et carrière » - 1998
- CROZIER Michel, LASSERRE Anne, PALY Gérard-Pour une stratégie de changement à l'hôpital-Ministère des affaires de la santé et de la ville-1995-
- DEMORGON Jacques-Complexité des cultures et de l'interculturel-Paris-Editions Anthropos-1996-
- DUCROCQ Charles-Le contrôle de gestion des établissements hospitaliers-Paris-Editions Berger-Levrault-1990-

- EHRENBURG Alain-Le culte de la performance-Editions Hachette Littérature-Collection « Pluriel »-1991-
- GENELOT Dominique-Manager dans la complexité-Paris-Insep Edition-1998-
- GONNET Françoise-L'hôpital en question-Paris-Edition Lamarre-1992-
- GRATACAP Anne – La gestion de production - Paris – Edition Dunod – 1999
- HART Josette, MUCHIELLI Alex-Soigner l'hôpital-Paris-Edition Lamarre-
- HUBINON Myriam -Management des unités de soins - Paris, Bruxelles Editions De Boeck Université - Collection « Savoirs et santé » - 1998
- LENHART Vincent-Les responsables porteurs de sens-Pairs-Insep-Edition- 1992-
- LETEURTRE Hervé-VAYSSE Michel-Les tableaux de bords de gestion hospitalière-Paris- Editions Berger-Levrault-Collection « audit-hôpital »-1994-
- MATSUDA Kamematsu - Le guide qualité de la gestion de production - Paris Editions Dunod - Collection « Les réalités de l'entreprise » - 1998
- MINTZBERG Henry-Le management, voyage au centre des organisations-Paris-Les Editions d'organisation-1998-
- RAZER Josette-La maîtrise de la fonction de cadre de santé à l'hôpital- Duoin Editeurs/ Edition Lamarre/ Assistance publique-Hôpitaux de Paris-1998-
- Coordonné par RUANO-BORBALLAN J.Claude.- L'identité, l'individu, le groupe, la société Auxerre - Editions sciences humaines-1998-
- SAINSAULIEU Renaud – Sociologie de l'entreprise - Paris – Edition presse de sciences Po. Et Dalloz – 1997

OUVRAGES COLLECTIFS

- ABRAHAM J., « identité hospitalière, cultures de métiers », gestion des ressources humaines, juillet/août/septembre 1998, n°28, pp.3-14.
- ACKER Françoise, « le service infirmier à la recherche d'un positionnement », gestions hospitalières, mai 1992, pp. 368-372.
- AUBRY Martine, « réforme de l'hospitalisation », la lettre, décembre 1998, n° 18.
- AUTUORI Marie-Thérèse, BARTHES Richard, « la compétence au cœur des organisations », gestions hospitalières, février 1999, n° 383, pp.112-116.
- BONHOMME Didier, « la nomenclature des emplois-types de l'hôpital », gestions hospitalières, février 1999, n°383, pp. 116-120.
- CUZIN André, DUBOYS-FRESNEY Catherine, KRYSTON Marie-José, PASCAL Annie, TILQUIN Charles, « informatique et processus de soins infirmiers »,objectif soins, mai 1992, n° 3, pp. 21-43.
- DESTREM Hughes, « nouvelle définition du service de soins infirmiers », soins, décembre 1993, janvier 1994, n° 579/580, pp. 63-70.
- DREVET Géraldine, quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économique ? », gestions hospitalières, cahier de gestion hospitalière, février 2000, n° 159, pp. 132-144.
- ENJOLRAS M., MULSAUT T., « un nouvel outil de management : l'analyse de gestion par indicateurs », gestions hospitalières, mai 1989, n° 286, pp. 357-361.
- Dr HANSKE Henri-Arnaud, LEFEBVRE Michèle, « management et communication dans l'hôpital »,gestions hospitalières, avril 2000, pp.312-315.
- MARTIN Christine, « pour une formation participative de l'encadrement à l'hôpital », gestions hospitalières, novembre1994, n° 340, pp ;106-108.

- MONTESINOS André, « motivation, compétence, performance : des clés pour le changement », objectif soins, le cahier du management, juillet/août 1999, n° 77, pp.1-6.
- PAOLI Pierre, PERRIN Georgette, « réforme hospitalière : une nouvelle mission pour l'encadrement à l'hôpital », objectif soins, le cahier du management, février 1997, n° 50, pp.1-6.
- PARIS Marie- Chantal, « gestion hospitalière :des contraintes aux opportunités », gestions hospitalières, mai 1994, n° 336, pp.369-371.
- PICARD-JACQ Jean-Yves, « vers un processus d'évaluation en termes de diagnostics et de coûts » objectif soins, le cahier du management, juin 1997, n° 54, pp. 10-16.
- POCHELU Bruno, « motivation : un réservoir d'énergie »,objectif soins, le cahier du management, juin/juillet 2000,n° 87,pp.5-6.
- POSTEL-FERRY Brigitte, « cadres :bilan et perspectives de 40 ans de formation », objectif soins, le cahier du management, n° 75, mai 1999, pp.8.
- VALLET Guy, « responsabilité et missions de l'infirmier général », objectif soins, décembre 1994, n° 28, pp.42-49.
- VILCHIEN Danielle, « partage de la G.R.H. et modernisation de la gestion hospitalière », gestions hospitalières, février 1999, n° 383, pp. 90-91.
- WENGER François-Odilion, « l'information interactive, devoir du manager », décision santé, décembre 1993, n° 51. pp.7.

MEMOIRES E.N.S.P.

- LEDOYEN J.René, « des tableaux de bords au rapport d'activité :pour une dynamique de la décision et de la motivation du service infirmier »,E.N.S.P., mémoire I.G. 1995.
- LEFRANC Caroline, « la gestion de proximité au C.H.U. de Nantes. Enjeux et analyse du contrôle de gestion, E.N.S.P., mémoire directeur 1998 /2000.
- LODIEL M.Thérèse, « quo vadis domina ? Directeur du service de soins infirmiers, exercice quotidien de la transversalité », E.N.S.P, mémoire I.G. 1995.