



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Dates du Jury : **5 et 6 novembre 2002**

« Du malaise identitaire à la reconnaissance »

Contribution du directeur des soins à la construction
de l'identité professionnelle des cadres de santé

Béatrice BEAUCHAMPS

Sommaire

<u>INTRODUCTION</u>	3
<u>1- APPROCHE CONCEPTUELLE</u>	7
<u>1.1 DE LA COMPRÉHENSION ET DE L'ANALYSE DES DIFFICULTÉS DU GROUPE CADRE DE SANTÉ À TRAVERS L'APPROCHE DE L'HÔPITAL</u>	7
1.1.1 <u>L'hôpital : un mode d'organisation et de fonctionnement</u>	7
1.1.1.1 <u>L'hôpital : un mode d'organisation</u>	7
1.1.1.2 <u>L'hôpital : un mode de fonctionnement</u>	10
1.1.2 <u>L'hôpital : un système complexe et des jeux de pouvoir</u>	13
1.1.2.1 <u>L'hôpital : un système complexe</u>	13
1.1.2.2 <u>L'hôpital : des jeux de pouvoirs</u>	15
<u>1.2 DE L'APPORT DU CONCEPT D'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE POUR LA COMPRÉHENSION DES DIFFICULTÉS DES CADRES DE SANTÉ</u>	19
1.2.1 <u>L'identité</u>	19
1.2.2 <u>L'identité professionnelle</u>	20
1.2.2.1 <u>L'identité : processus relationnel d'accès au pouvoir et à la reconnaissance</u> . 20	
1.2.2.2 <u>Les modèles de relations au travail de Renaud Sainsaulieu</u>	21
1.2.2.3 <u>Des identités aux stratégies</u>	22
1.2.3 <u>Le sentiment d'identité</u>	23
1.2.4 <u>L'identité collective</u>	24
<u>CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE</u>	25
<u>2- ENQUÊTE DE TERRAIN</u>	26
<u>2.1 LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</u>	26
2.1.1 <u>Le choix des terrains d'enquête</u>	26
2.1.2 <u>L'échantillon interviewé</u>	27
2.1.3 <u>Le choix de l'outil de recueil d'information</u>	29
2.1.4 <u>Les limites et les points forts de l'enquête</u>	29
<u>2.2 RÉSULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS</u>	30
2.2.1 <u>Résultats des entretiens</u>	30
2.2.1.1 <u>L'analyse des parcours professionnels</u>	30

2.2.1.2	<u>L'analyse des activités des cadres de santé</u>	33
2.2.1.3	<u>Les entretiens avec les autres acteurs</u>	38
2.2.2	<u>L'analyse des stratégies d'adaptation des cadres de santé</u>	43
2.2.2.1	<u>L'hôpital A</u>	43
2.2.2.2	<u>L'hôpital B</u>	45
	<u>CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE : VÉRIFICATION DE L'HYPOTHÈSE</u>	49
3-	<u>CONTRIBUTION DU DIRECTEUR DES SOINS</u>	51
3.1	<u>UNE INSTITUTION ENQUISE DE SON ENCADREMENT</u> :	52
3.1.1	<u>Faire émerger le concept de cadre hospitalier</u>	52
3.1.2	<u>Participer à l'élaboration d'une chartre de l'encadrement</u>	53
3.2	<u>LA GPEC DES CADRES DE SANTÉ : UNE NÉCESSAIRE COLLABORATION AVEC LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES</u>	54
3.2.1	<u>Le métier de cadre de santé</u>	55
3.2.2	<u>Le référentiel de compétences</u>	56
3.2.3	<u>Privilégier l'expérience et le parcours professionnel</u>	57
3.2.3.1	<u>La mobilité</u>	57
3.2.3.2	<u>L'ouverture sur l'extérieur</u>	60
3.2.4	<u>Du projet professionnel à la fonction cadre : un accompagnement nécessaire</u> ..	61
3.3	<u>UN MANAGEMENT AU SERVICE DES CADRES DE SANTÉ</u>	64
3.3.1	<u>Développer l'autonomie des cadres de santé</u>	64
3.3.1.1	<u>Valoriser la confiance</u> ,	64
3.3.1.2	<u>Favoriser l'accompagnement, l'écoute, le dialogue</u> ,	65
3.3.1.3	<u>Renforcer la transparence par la communication et l'information</u> ,	66
3.3.2	<u>Fédérer les cadres de santé</u>	66
3.3.2.1	<u>Fédérer autour de valeurs communes</u>	66
3.3.2.2	<u>Donner le sens de l'action</u>	67
3.3.2.3	<u>Le projet du service de soins</u>	68
3.3.3	<u>Une nouvelle direction intégrant l'ensemble des cadres de santé</u>	68
3.3.3.1	<u>Respecter les métiers d'origine</u>	68
3.3.3.2	<u>Apporter une plus-value</u>	69
	<u>CONCLUSION</u>	70

INTRODUCTION

Cette étude trouve son origine dans notre propre expérience professionnelle de cadre de santé.

Les difficultés rencontrées par nos collègues et par nous même, les différents types de réponses apportées et les observations du fonctionnement de la structure hospitalière, nous ont beaucoup interrogée.

Durant plus de dix ans, nous avons vu la fonction de cadres de santé évoluer.

Les cadres de santé sont de plus en plus sollicités et nombre d'entre eux sont en difficulté.

Au carrefour des différentes logiques administrative, médicale et soignante, ils vivent souvent leur position d'interface comme une contrainte. Certains peinent à se positionner.

La gestion des exigences institutionnelles et réglementaires se traduit le plus souvent par un temps de présence important au détriment de leur vie familiale.

L'hétérogénéité d'expériences, de parcours et de formations, les multiples positionnements dans l'institution, conduisent à une grande diversité de réponses aux situations professionnelles.

Certains cadres sont réellement en difficulté, tendus, démotivés. La presse professionnelle parle de « la souffrance des cadres », de « malaise identitaire. »

D'autres, peut-être plus expérimentés, avec une conception plus claire de leur fonction, arrivent à s'adapter et s'investissent au niveau institutionnel. Ils conduisent des projets d'amélioration dans leur service, participent à des réorganisations, à des restructurations.

Le plus souvent, ils développent des stratégies plus individuelles que collectives.

Tous expriment des difficultés face aux contraintes et à la pénurie de moyens.

Tous ont le sentiment de ne pas être reconnus, que leurs valeurs ne sont pas partagées. Les cadres de santé se sentent isolés. Les cadres de santé se plaignent du manque de cohésion et de solidarité entre eux.

Or, l'hôpital a besoin de cadres de santé reconnus, motivés, avec une identité professionnelle forte, pour faire face aux changements, aux évolutions, à la montée de la complexité.

Le directeur des soins doit pouvoir s'appuyer sur un groupe de cadres de santé homogène, solidaire, bien positionné pour impulser la nécessaire politique d'amélioration et d'évaluation de la qualité des soins.

Mais, les mouvements de l'hiver 2000-2001, nouveaux par leur ampleur, ont révélé un malaise identitaire grandissant chez les cadres de santé.

Lors de ces grèves, la principale revendication, est la reconnaissance professionnelle, fonctionnelle et statutaire.

Les cadres de santé ont toujours le sentiment de ne pas être reconnus.

En réponse à cette mobilisation, paraissent plusieurs textes réglementaires concernant les cadres de santé,

- **Ils acquièrent un statut** : le décret du 31 décembre 2001¹ permet la création d'un nouveau corps, corps unique pour l'ensemble des cadres de santé, classé en catégorie A².
- **Leur formation devient obligatoire** : ils doivent maintenant être titulaires du diplôme de cadre de santé, pour se présenter aux concours sur titre ouverts dans les établissements. Cette disposition rend, de fait, la formation obligatoire pour tous les futurs cadres de santé³.
- **Ils sont revalorisés financièrement**⁴
- **Un développement de carrière leur est ouvert** par le décret du 19 avril 2002⁵ ; Ce décret ouvre des perspectives de carrière pour les cadres de santé de rééducation et médico-techniques. Jusqu'à présent, ceux ci, ne pouvaient accéder qu'à la fonction de cadre supérieur. Il crée un corps de directeurs des soins, classé en catégorie A, comprenant deux grades, ouvert aux cadres de santé des trois filières.

¹ Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

² Avant ce décret, seuls les cadres supérieurs de santé étaient en catégorie A. Les cadres de santé, dénommés infirmiers-surveillants, faisaient partie du corps des infirmiers, en catégorie B.

³ La fonction cadre avait évolué par l'intermédiaire du décret n° 1995-926 du 18 août 1995 relatif à la création du diplôme de cadre de santé, s'ouvrant aux treize professions paramédicales. Mais la formation n'était jusqu'à présent pas obligatoire.

⁴ Décret n° 2001-1376 du 31 décembre 2001 relatif au classement indiciaire des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

⁵ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

Ce décret permet en outre aux directeurs des soins, de se voir confier la charge de coordonner l'ensemble des activités de soins.

« Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction et dispose, par délégation du chef d'établissement, de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé. » (article 4)

Par contre, le métier de cadre de santé reste encore mal défini. Le décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001, très vague, ne précise ni le rôle ni les missions du cadre de santé.

« Les agents du grade de cadre de santé exercent :

- *Des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes*
- *Des missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet (...) » (extrait de l'article 4)*

Les fonctions et les missions ne sont pas précisées alors que les cadres de santé en faisaient une de leurs principales revendications pour les aider à faire face aux évolutions.

Ces derniers textes semblent répondre, en partie, au désir de reconnaissance des cadres.

Une série d'entretiens informels, lors de notre premier stage de « découverte de la fonction de directeur des soins », nous a permis d'interroger les cadres sur ces décrets les concernant.

Les cadres de santé n'ont pas le sentiment que ces nouveaux textes aient changé fondamentalement leurs conditions d'exercice. Même, s'ils reconnaissent qu'ils constituent une certaine avancée, les cadres restent confrontés aux mêmes difficultés et expriment, de manière récurrente, un sentiment de non-reconnaissance, d'incompréhension et d'isolement.

Comment expliquer le sentiment de non-reconnaissance des cadres ?

Ces textes réglementaires sont par eux même, une réponse à la demande de reconnaissance des cadres. Mais, ils ne changent ni la structure, ni le fonctionnement, ni la complexité de l'hôpital, principales causes des difficultés des cadres de santé.

En particulier, les cadres restent soumis aux logiques souvent divergentes voire contradictoires que sont les logiques administrative, médicale et soignante.

La logique administrative, gestionnaire, représentée par la direction de l'hôpital, soumise elle-même à de nombreuses contraintes externes, s'impose de façon aiguë aux cadres de santé dans un contexte de pénurie de moyens les obligeant à gérer « à flux tendus ».

La logique médicale, logique de recherche et de développement des activités, associée à une logique de territoire et à une importante poussée technologique oblige les cadres à gérer de nouvelles activités et de nouvelles organisations médicales sans moyens supplémentaires et le plus souvent sans concertation.

La logique soignante, représentée par la direction des soins, leur demande toujours plus en terme d'organisation, de qualité, de sécurité et d'évaluation des soins.

Aussi, pour répondre à notre question de départ...

Est-ce que ce sentiment de non-reconnaissance ne tient pas à l'incapacité pour les cadres d'influer sur les décisions prises par la direction, les médecins ou la direction des soins ?

Ne seraient-ce pas plutôt les attentes divergentes et contradictoires des différents acteurs hospitaliers, (qui les utilisent quand ils ont besoin d'eux, sans leur reconnaître un réel champ de compétence), qui génèrent ce sentiment ?

Les cadres de santé, capables d'intégrer ses différentes logiques et de faire de leur position d'interface un atout, ne se sentent-ils pas mieux reconnus ?

Ces quelques questions nous fondent à poser l'hypothèse suivante :

Le sentiment de non-reconnaissance des cadres de santé est lié aux attentes divergentes et parfois contradictoires des autres acteurs hospitaliers. Il tient de la difficulté des cadres d'influer sur les décisions prises au sein de l'hôpital. Jouer leur rôle d'intégrateur des différentes logiques hospitalières permettrait aux cadres de santé, de faire de leur position d'interface un atout.

Pour vérifier notre hypothèse et mener à bien notre étude, nous procéderons en trois temps. Une première partie sera consacrée au cadre théorique et conceptuel permettant de délimiter notre objet de recherche : « **le sentiment de non-reconnaissance des cadres de santé** » et de définir les enjeux théoriques de notre analyse.

Nous appuierons ensuite notre étude, sur une enquête de terrain approfondie réalisée dans deux établissements différents, lieux de stage, pour valider ou infirmer notre hypothèse de travail.

L'analyse des résultats obtenus lors de notre enquête servira de base aux propositions d'actions et préconisations quant au rôle du directeur des soins.

1 - APPROCHE CONCEPTUELLE

1.1 DE LA COMPREHENSION ET DE L'ANALYSE DES DIFFICULTES DU GROUPE CADRE DE SANTE A TRAVERS L'APPROCHE DE L'HOPITAL

Les difficultés des cadres de santé ne sauraient se comprendre sans appréhender la globalité de l'organisation hospitalière et de son fonctionnement, système complexe, en crise d'identité, où coexistent des logiques divergentes, parfois contradictoires.

1.1.1 L'hôpital : un mode d'organisation et de fonctionnement

1.1.1.1 L'hôpital : un mode d'organisation

Organisation complexe et multiforme, l'hôpital contemporain a vécu au travers de son histoire, de nombreux bouleversements. L'hyper spécialisation des activités médicales entraîne un cloisonnement des secteurs. Le malade fait l'objet d'une organisation structurée autour d'intérêts professionnels.

L'approche développée par Henry Mintzberg⁶ dans son ouvrage « Structure et dynamique des organisations » permet d'appréhender les caractéristiques organisationnelles des hôpitaux décrits comme des bureaucraties professionnelles.

1.1.1.1.1 La primauté du centre opérationnel

L'organisation hospitalière est avant tout, caractérisée par l'importance du centre opérationnel, découpé en services ou unités de soins relativement indépendants les uns des autres, dont l'activité est directement liée à la production de soins. La croissance

hospitalière de ces trente dernières années et les évolutions technologiques, ont renforcé la tendance à l'hyper spécialisation et au cloisonnement, en conduisant à une multiplicité des activités médicales.

La formation technique des personnels de santé composant le centre opérationnel (médecins et personnels paramédicaux) s'est développée. La constitution de corps professionnels possédant leurs propres règles, leur déontologie et leur forme de reconnaissance s'est renforcée. Ce sont « *les opérateurs experts, professionnels de santé qui souvent (surtout les médecins) s'identifient plus à leur métier qu'à l'hôpital où ils exercent.* »⁷

1.1.1.1.2 *L'ambiguité du sommet stratégique*

Représenté par le directeur de l'hôpital, le sommet stratégique est porteur des missions de l'organisation et de la cohésion de son fonctionnement. Avec les directeurs adjoints responsables des différents secteurs de gestion, il se trouve relativement coupé des services. Le directeur se trouve au carrefour de rationalités divergentes, il doit concilier la mise en œuvre des projets médicaux avec des contraintes réglementaires et budgétaires de plus en plus fortes.

Mais, Il ne possède ni le pouvoir, ni les compétences pour diriger les médecins responsables des services du centre opérationnel.

1.1.1.1.3 *Une ligne hiérarchique double*

La ligne hiérarchique, décrite par Henry Mintzberg, relie le sommet stratégique au centre opérationnel. « *Elle regroupe, en milieu hospitalier, de l'équipe de direction jusqu'aux cadres qui exercent la supervision directe, ceux qui ont une autorité directe sur les opérateurs, c'est à dire les surveillantes (...)* »⁸ A l'hôpital, elle n'est pas unitaire. Elle est caractérisée par une ligne hiérarchique « administrative » avec la direction : direction – logistique, direction – services administratifs, direction – via le directeur des soins – personnel soignant. A laquelle s'ajoute une ligne hiérarchique fonctionnelle, médecins chefs de service – personnels.

⁶ Mintzberg H., *Structure et dynamique des organisations*, Les éditions des organisations, Paris, 1993.

⁷ Broussillon A., *Surveillante à cœur ouvert à cris perdus, un franc parler pour un autre regard sur une profession*, Editions Seli Arslan, Paris, 1996, p. 42

1.1.1.1.4 La faiblesse de la technostructure

Dans la technostructure, on trouve les analystes qui servent l'organisation en agissant sur le travail des opérateurs du centre opérationnel. Ils mettent en place des procédures formalisées d'organisation, de standardisation et de suivi d'activité. Ils conçoivent et planifient les améliorations et les formations pour rendre le travail des opérateurs plus efficace. L'informatique, la formation, la gestion financière, la cellule d'hygiène, en font partie.

La standardisation des résultats et des pratiques, ainsi que le suivi d'activité restent peu développés à l'hôpital.

La fonction des cadres experts (hygiène, qualité des soins) s'inscrit dans le développement de la technostructure de l'hôpital.

1.1.1.1.5 Des fonctions de support logistiques importantes

Les fonctions logistiques ont une fonction de support pour les unités du centre opérationnel (buanderie, cuisine, sécurité,...). L'accroissement de la complexité des technologies hospitalières a renforcé l'importance des services médico-techniques (laboratoires, radiologie, biomédical), généraux et techniques.

Ainsi, les cadres de santé, proches du centre opérationnel, intégrés à une unité de soins, un service ou un secteur d'activité, dépendent de la direction des soins, intégrée elle-même à l'organigramme de la direction générale. Ils dépendent aussi du médecin chef responsable de leur secteur d'activité. Ils sont donc soumis à la double ligne hiérarchique administrative et fonctionnelle. Ils sont à l'interface des opérateurs, de la technostructure, des unités logistiques et des directions, position de « marginal sécant⁸ » qu'ils ont souvent beaucoup de difficultés à gérer. La primauté du centre opérationnel renforce le cloisonnement au détriment de la communication et de la coopération entre services. Elle entraîne ainsi, plus une identification au métier d'origine, qu'au métier de cadre de santé.

⁸ Ibid p.38

⁹ « "Pouvoir" d'un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'actions en relation les uns avec les autres et peut, de ce fait, jouer le rôle d'indispensable, d'intermédiaire, et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires. » Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*, cité par Gonnet F., *L'hôpital en question(s)*, Éditions Lamarre, Paris, 1992, p. 82

La description structurelle ne permet qu'une approche organisationnelle de l'hôpital. Le concept de différenciation - intégration et l'ordre négocié permettent une compréhension de son fonctionnement.

1.1.1.2 L'hôpital : un mode de fonctionnement

1.1.1.2.1 Une différenciation multiforme

« La différenciation se traduit par la partition de l'hôpital en unités relativement distinctes et autonomes qui génère une séparation de l'environnement global de l'hôpital en sous-environnements. »¹⁰ Les caractéristiques des sous-environnements de chaque type d'unité contribuent à déterminer les modes d'organisation du travail, les comportements individuels et les formes de relations interpersonnelles au sein de chacune d'elles.

La différenciation trouve également sa source dans les caractéristiques des acteurs qui peuplent les différentes parties de l'organisation. L'origine, la formation et les valeurs des individus sont différentes selon qu'ils appartiennent au monde médical, administratif, technique, logistique ou soignant.

La nature de leurs objectifs (quantitatifs ou qualitatifs), l'horizon temporel du travail (court, moyen ou long terme), et l'objet de focalisation de leur comportement sont autant de variables conditionnant les différences et la richesse de l'organisation hospitalière.

- La différenciation administration-médical

La principale différenciation qui caractérise l'hôpital public est celle qui s'exerce entre le centre opérationnel et les autres secteurs de l'hôpital, opposant un monde professionnel à un monde administratif.

- La différenciation logistique-centre opérationnel

Les secteurs logistiques médico-techniques sont à la charnière du centre opérationnel et des fonctions de support logistiques. Leurs objectifs sont à la fois de nature quantitative et qualitative. La qualité de leur prestation dépend en

¹⁰ Schweyer F.X., *Sociologie de l'organisation hospitalière*, document pédagogique, formation des infirmiers généraux et infirmières générales, promotion 2002, ENSP.

grande partie, de la formulation des besoins par les acteurs du centre opérationnel.

- La différenciation au sein du centre opérationnel

L'organisation de l'hôpital en services médicaux est affectée de facteurs quantitatifs (taille des unités) mais aussi de considérations plus subjectives (dynamisme et notoriété des chefs de services). Elle fait l'objet d'une forte spécialisation horizontale de nature technique (médecine/chirurgie) ou physiologique (fonctions/organes du corps humain.) Elle génère par conséquent une balkanisation des activités et un cloisonnement important.

- La différenciation entre corps médical et paramédical

Le corps médical, composé de professionnels autonomes, dispose d'un pouvoir propre et fonctionne de manière apparemment démocratique. Il se différencie du corps paramédical administré de manière centralisée et hiérarchisée.

Si la différenciation apporte une dynamique à l'organisation car elle permet aux gens de s'investir, l'intégration doit faire contre-poids et permettre de gérer les dysfonctionnements générés par la différenciation.

1.1.1.2.2 Une nécessaire intégration

« L'intégration consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs. »¹¹

L'intégration est fondamentale à l'hôpital. En effet, la logique interne s'appuie sur la pratique du compromis, sur une tendance à se refermer par rapport à l'environnement et sur un sentiment d'appartenance. Ce sentiment se partage entre l'organisation, le service ou le groupe professionnel, engendrant une identité culturelle, un enjeu du « nous collectif » faible.

Deux mécanismes d'intégration assurent, selon Henry Mintzberg, le fonctionnement quotidien de l'hôpital :

¹¹ Schweyer F. X., op. cit.

- L'ajustement mutuel, fréquent chez les médecins, permet une communication directe et une coordination spontanée des comportements individuels. Il est favorisé par des unités de taille réduite et permet la gestion instantanée de situations complexes et diversifiées. Les rôles du cadre de santé et du chef de service sont privilégiés dans ce mécanisme.
- La standardisation des qualifications et des procédures renforce la nature des liens engendrés par l'ajustement mutuel mais dépend de l'investissement des professionnels à s'approprier ou non les procédures. Elle est obtenue par deux moyens : la formation et la socialisation.

La coopération et la coordination, bases de la négociation, sont incontournables pour dépasser les logiques de métier et de territoire et rapprocher les professionnels pour une nécessaire complémentarité.

Aussi, est-il nécessaire pour un bon fonctionnement de l'hôpital de travailler sur les bases de la négociation

1.1.1.2.3 L'ordre négocié

« Le fonctionnement quotidien se fait au prix de négociation plus ou moins explicite sur la division du travail, ce qui doit être fait, qui travaille avec qui ? »¹²

La négociation à l'hôpital se fait sur un contrat de base partagé par tous, valeur forte qui est de « rendre le malade en meilleure forme. » Cette négociation porte sur la coopération et les adaptations nécessaires aux situations particulières des patients. Les professionnels sont ainsi contraints de négocier leur participation et leurs informations.

De plus en plus, en revendiquant leurs droits, les malades s'inscrivent dans l'ordre négocié de l'hôpital.

¹² Ibid

Mais, outre son organisation et son fonctionnement spécifique, par le fait qu'il se trouve au carrefour du technologique, du social, de l'économique, de l'éthique..., l'hôpital contemporain se trouve complètement immergé dans la complexité.

1.1.2 L'hôpital : un système complexe et des jeux de pouvoirs

1.1.2.1 L'hôpital : un système complexe

« *La complexité se manifeste à nous d'abord sous les traits de cette masse de situations, d'évènements, de phénomènes que nous n'arrivons ni à comprendre ni à maîtriser.* »¹³ La complexité est source de difficultés mais aussi source de progrès dans le sens ou l'évolution va dans le sens de la complexification.

Selon Dominique Génétot, celle-ci se manifeste notamment par l'amplification des interdépendances, la recherche de nouvelles valeurs et l'explosion des modèles de management.

1.1.2.1.1 L'amplification des interdépendances

Les interdépendances de l'hôpital avec son environnement ne cessent de croître. Du fait de la pression des pouvoirs publics, des restrictions budgétaires, de l'évolution des technologies, l'hôpital doit établir des accords de coopération et des réseaux d'alliance et de réciprocité de plus en plus denses.

De même, les évolutions sociales influent considérablement sur les organisations hospitalières. L'hôpital doit faire face aux nouvelles attentes des patients mais aussi de ses propres agents.

Les patients, outre la volonté d'être informés, attendent des prises en charge de qualité et de sécurité. Les personnels hospitaliers réclament l'amélioration de leur contexte de travail et des conditions d'exercice de leur métier.

¹³ Génétot D., *Manager dans la complexité – réflexions à l'usage des dirigeants*, I.N.S.E.P. Éditions, Paris, 1998, page 22

Les cadres de santé sont au cœur de cette interdépendance. Ils doivent faire le lien entre les différents services de l'hôpital, répondre aux attentes des patients et des familles, satisfaire aux revendications de leurs équipes.

1.1.2.1.2 La recherche de nouvelles valeurs

L'hôpital se trouve aujourd'hui au carrefour d'une double injonction paradoxale : accroître la qualité des prestations hospitalières tout en maîtrisant l'évolution de ses coûts et en rationalisant les dépenses.

Dans une ère de restructuration, de reconversion, de fermetures et de redéploiements, l'hôpital doit aujourd'hui fonder son image sur des valeurs de professionnalisme et de productivité avec une ambiguïté majeure : soigner mieux en dépensant moins.

1.1.2.1.3 La mise en œuvre de nouvelles formes de management

Les managers hospitaliers, en particulier les cadres de santé, doivent gérer les pressions contradictoires de l'environnement tout en tenant compte de la diversité des logiques et des motivations des individus qu'ils dirigent.

*« On assiste à une désaffection de masse envers les grands idéaux publics et les grands mouvements militants, au profit d'un investissement sans précédent dans la vie privée et les choix individuels ».*¹⁴

Les cadres ne peuvent plus espérer mobiliser leur personnel autour de valeurs autrefois admises par tous. Ils doivent se mettre à l'écoute des motivations très diverses des individus qu'ils dirigent et inventer de nouvelles formes d'organisation du travail plus participatives, responsabilisant chaque acteur.

Mais, *« point d'organisations sans relations de pouvoirs, l'organisation a besoin pour se développer de puiser dans des compétences différenciées. Le pouvoir est indispensable, mais en même temps il génère de la complexité et de l'incertitude. »*¹⁵

¹⁴ Génélet D., op. cit. p. 31

¹⁵ Burckel M.F., Muller J.L., *Encadrement hospitalier – Un nouvel exercice du pouvoir*, Éditions hospitalières, Vincennes, 1996, p. 23

La question des pouvoirs à l'hôpital est probablement un domaine où s'exprime le plus clairement la complexité de l'organisation.

1.1.2.2 L'hôpital : des jeux de pouvoirs

« *L'hôpital public est remarquable par sa polyarchie* ». ¹⁶ Ce n'est pas un pouvoir qui prédomine, mais plusieurs pouvoirs qui coexistent.

« *On constate que des individus ou des groupes, différents de par leur formation et leur fonction, ont des objectifs qui ne coïncident jamais exactement. Chacun a sa vision des moyens nécessaires pour assurer le fonctionnement de l'ensemble. Cette vision différente entraîne des stratégies pas toujours concordantes. Il y a conflit de pouvoir. Et ce conflit entraîne à son tour le besoin d'un pouvoir régulateur de ces conflits. Double nécessité d'un pouvoir.* » ¹⁷

1.1.2.2.1 *Dans les rapports de force qui se jouent à l'hôpital, chaque groupe d'acteurs développe sa propre rationalité.*

➤ **Le pouvoir des malades**

Du statut de simple malade placé dans un contexte de dépendance absolue, le patient revendique aujourd'hui les droits d'usager, voire de client. Les évolutions récentes (influence des associations, contestations devant les tribunaux, droit d'accès au dossier) témoignent d'une évolution du rapport de force des patients, par rapport à l'hôpital.

La prise en compte de leurs exigences concernant la qualité et la sécurité, des soins mais aussi des prestations hôtelières et administratives, devient incontournable.

➤ **Le pouvoir médical**

Les médecins interviennent au niveau du centre opérationnel.

¹⁶ Clément J.M., *Les pouvoirs à l'hôpital*, Éditions Berger-Levrault, Paris, 1995, p. 25.

¹⁷ Bernoux P., *La sociologie des organisations*, Éditions du seuil, Evreux, 1985, p. 156

Comme le souligne François Peigné, leur poids dans l'hôpital s'est accru au fil des années avec les progrès de la médecine et de la technologie. « *Ils sont le cœur de l'hôpital et y incarne le pouvoir par excellence.* »¹⁸

Pour Jean-Marie Clément¹⁹, le pouvoir médical se caractérise par un pouvoir individuel, pouvoir dont l'origine est essentiellement technique. Il se caractérise aussi par un pouvoir collectif dû à un esprit de corps très développé qui s'oppose si nécessaire au pouvoir décisionnel du conseil d'administration et du directeur.

➤ **Le pouvoir du directeur**

Le directeur dispose d'un pouvoir de décision mais qu'il partage avec le conseil d'administration, organe délibérant dont les actes sont soumis aux tutelles.

La multiplicité des instances constitue plus un frein à son pouvoir décisionnel, par le fait qu'elle exacerbe les problèmes corporatifs, qu'une dynamique de projet.

De même, la répartition des pouvoirs entre directeur et médecins n'est soumise à aucun arbitrage. Bien souvent ils s'opposent voire s'annulent ; Le directeur ne peut imposer ses décisions directement et les médecins ne peuvent rien pour s'opposer aux décisions du directeur.

➤ **Le pouvoir paramédical**

La création par la loi de 1991²⁰ du Service de soins infirmiers a légitimé de façon institutionnelle une profession qui connaissait depuis plusieurs années le développement de sa professionnalisation et de son positionnement.

« *Pour certains médecins, la création du service de soins infirmier, consacre l'émergence d'un nouveau pouvoir qui, renforçant l'esprit de corps du personnel soignant, pourrait rajouter à la cacophonie ambiante amplifiée par la multiplication des revendications catégorielles.* »²¹

¹⁸ Peigné F., *Notre système hospitalier et son avenir*, Éditions ENSP, Rennes, 1991, cité par Broussillon A., op. cit., p. 31

¹⁹ Clément J.M., op. cité

²⁰ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

²¹ Broussillon A., op. cit., p. 34

En fait, comme le souligne Jean-Marie Clément, l'enjeu de la reconnaissance pleine et entière du pouvoir paramédical dépasse les seuls intérêts de la profession et va dans le sens de l'intérêt des malades.

➤ **Le pouvoir technique et médico-technique**

À cause de la rapide technicisation dans les domaines de l'information médicale, de la communication, des technologies nouvelles et de la maintenance des équipements, le pouvoir technique et médico-technique s'accroît.

« Cette multiplicité des pouvoirs conduit à des fonctionnements de chapelles où chacun défend sa logique et ses intérêts sans se préoccuper des conséquences pour les autres et pour la cohérence d'ensemble. »²²

1.1.2.2.2 *Le pouvoir, c'est aussi la maîtrise des zones d'incertitude*

Pour Françoise Gonnet²³, la vision extrêmement découpée des pouvoirs à l'hôpital, aboutit à cloisonner et à augmenter les tensions entre les groupes d'acteurs. Elle préfère s'appuyer sur les concepts de l'analyse stratégique et systémique²⁴ qui *« permettent de porter un autre regard sur le pouvoir à l'hôpital par le truchement des relations de pouvoir autour des zones d'incertitude. »²⁵*

La source des pouvoirs provient de la maîtrise des zones d'incertitude clés qui sont au nombre de trois à l'hôpital : l'évolution et le devenir du malade, les aspects économiques et financiers et la complexité de l'organisation mettant en jeu les logiques contradictoires.

Comme le souligne Françoise Gonnet, tous les acteurs, en mesure de réduire l'incertitude liée au devenir du malade, détiennent un pouvoir fort et en particulier le médecin grâce à son expertise médicale et technique.

²² Tavernier N. et coll., *La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics*, rapport d'étude du ministère des affaires sociales et de la ville, janvier 1994.

²³ Gonnet F., op. Cit.

²⁴ Françoise Gonnet emprunte les concepts d'analyse stratégique et systémique, et en particulier le concept de zone d'incertitude, à Michel Crozier et Eric Friedberg dans *« L'acteur et le système »*

²⁵ Gonnet F., op. cit. p. 220

La maîtrise du devenir économique de l'hôpital confère un pouvoir important au directeur et à ses adjoints car ils en détiennent le pouvoir de décision. Mais, comme la « vie n'a pas de prix », cette maîtrise induit des conflits de valeur inévitables entre les acteurs de l'hôpital.

Quant à la maîtrise de l'articulation entre les différentes logiques, pour Françoise Gonnet, ce sont les cadres qui en disposent.

Les cadres de santé sont confrontés à une gestion du quotidien de plus en plus prégnante, aux revendications des personnels et des patients, aux logiques contradictoires des médecins et des directeurs. Ils sont en difficulté face à cette multitude de pouvoirs et ils n'ont pas réellement « la maîtrise de l'articulation entre les différentes logiques ».

Ils doivent trouver de nouvelles formes de management face à des professionnels qui changent.

Leur position d'interface leur confère surtout un rôle ingrat de devoir dire « non » pour rappeler à chacun les contraintes et les limites du possible ou du souhaitable.

Ainsi, la structure même et l'organisation de l'hôpital sont générateurs de difficultés pour les cadres. La montée de la complexité et la multiplicité des pouvoirs renforce leur difficile position entre la direction, les médecins, les équipes et les malades.

Comment, dans ce contexte, les cadres de santé peuvent-ils affirmer leur identité professionnelle ?

1.2 DE L'APPORT DU CONCEPT D'IDENTITE PROFESSIONNELLE POUR LA COMPREHENSION DES DIFFICULTES DES CADRES DE SANTE

« Ce concept est intéressant à double titre, d'abord parce qu'il apporte un complément utile dans la perception des acteurs sur leur propre travail et sur les relations qu'ils tissent autour de ce travail. Ensuite, il est particulièrement pertinent dans le contexte hospitalier en pleine évolution et en pleine mutation. »²⁶

1.2.1 L'identité

Dans leur ouvrage « Méthodes pour une sociologie de l'entreprise », Piotet et Sainsaulieu définissent deux types d'identité : l'identité pour soi et l'identité pour autrui.

« Par identités, il faut entendre un ensemble de représentations mentales permettant aux individus de retrouver une cohérence, une continuité entre leurs expériences présentes et celles du passé. C'est l'identité du soi. (...) L'identité est aussi un système de repères conduisant à la découverte que l'on est proche de certains et différent des autres. C'est l'identité pour autrui. »²⁷

L'identité pour soi se construit à partir des processus biographiques, très liés au parcours de l'emploi, de la formation. D'autres caractéristiques (ethnie, sexe, classe, parenté) donnent du sens à cette dynamique fondamentale qu'est l'identité.

²⁶ Ibid p. 351

²⁷ Piotet F., Sainsaulieu R., *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*, Presses de la fondation nationale des sciences politiques et ANACT, Paris, 1994, p. 202.

L'identité pour autrui est un processus identitaire relationnel. Elle s'analyse par l'adhésion à des systèmes de valeurs, de normes et de logiques existant en un lieu donné. « *L'identité pour autrui est ainsi le résultat de transactions entre soi et les autres dans divers contextes sociaux de relations concrètes d'échanges ou de pouvoir.* »²⁸

1.2.2 L'identité professionnelle

Renaud Sainsaulieu démontre la construction du processus identitaire à partir d'une analyse des relations de travail.

1.2.2.1 L'identité : processus relationnel d'accès au pouvoir et à la reconnaissance

La dimension relationnelle dans la construction des processus identitaires est un élément fondamental de l'approche de Renaud Sainsaulieu.

Il définit l'identité professionnelle comme la façon dont les différents groupes de travailleurs s'identifient aux pairs, aux chefs ou au groupe.

Son approche permet de cerner des comportements de groupe et de définir des cultures non seulement d'entreprises, mais aussi de catégories professionnelles. Il insiste sur le lien existant entre reconnaissance et identité, permettant la constitution de logiques d'acteurs au travail. Reconnaître l'autre dans le champ du travail, c'est le reconnaître comme partenaire susceptible de développer sa propre stratégie d'acteur.

Il existe dans le travail divers types de processus identitaires et différentes logiques d'acteurs. L'autre n'est jamais un partenaire neutre ou indifférent et chacun doit être capable de reconnaître et d'accepter sa différence.

R. Sainsaulieu souligne que dans les modèles de relations au travail « *se développent constamment des phénomènes d'identification projective ou imitative, en fonction des moyens que l'on a de prendre de la distance avec les chefs ou de collaborer avec ses collègues.* »²⁹

Le pouvoir apparaît comme une dimension essentielle de l'identité. « *Trouver le pouvoir quotidien d'exercer une influence et de mettre en œuvre ses forces et ses compétences*

²⁸ Ibid, p. 202

²⁹ Sainsaulieu R., *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, Paris, 1988, p. 304

dans les relations aux autres, contribue à façonner l'image de soi et les représentations des autres. »³⁰

Ainsi, l'identité suppose à la fois une capacité à se faire reconnaître et la permanence des moyens sociaux de la reconnaissance. « *La reconnaissance et la distinction mutuelle s'élaborent autant par les échanges de la vie quotidienne entre collègues, avec des chefs, des adjoints et des subordonnés, que par les manières même de communiquer et d'intervenir sur le travail, qui fournissent aux uns et aux autres des indications sur la façon dont ils vous considèrent et vous admettent.* »³¹

Renaud Sainsaulieu, à partir d'études sociologiques sur les relations de travail, a constaté l'existence de quatre façons de se définir par rapport aux collègues, chefs, groupes et leaders.

1.2.2.2 Les modèles de relations au travail de Renaud Sainsaulieu

Les modèles de relations au travail permettent de définir quatre modèles identitaires, manières dont les individus et les groupes se socialisent dans l'entreprise.

- **Le modèle de la fusion** se rencontre dans un cadre de travail très rationalisé caractérisé par de faibles marges de liberté. « *Les relations entre collègues sont nombreuses et intenses (...) fortement affectives, (...) on ne peut concevoir de décision qu'unanime. Le chef autoritaire comme le leader, (...) sont nécessaires.* »³²
- **Le modèle de la négociation** est celui de la professionnalité mais aussi de l'encadrement. C'est un modèle démocratique d'acteurs en mesure de se différencier et de communiquer de façon contradictoire. « *Les relations entre collègues sont à la fois nombreuses, intenses et sensibles aux différences. Le groupe a une existence forte, c'est un lieu de confrontation "démocratique" régi par la loi de la majorité.* »³³
- **Le modèle affinitaire** privilégie les connivences affectives et les relations affinitaires. C'est un modèle individualiste visant la promotion sociale où l'on est acteur pour soi

³⁰ Piotet F., Sainsaulieu R., op. cit., p. 203

³¹ Ibid, p. 202

³² Ibid, p. 206

³³ Ibid, p. 206

même. Le chef est nécessaire, car de son soutien, dépend le projet promotionnel. Le leader, par contre, est rejeté.

- **Le modèle du retrait** est caractérisé par un désinvestissement vis à vis du travail et une valorisation des activités non professionnelles. Ce modèle supprime la capacité de s'investir dans les relations de pouvoir.

A partir de ces quatre modèles identitaires, Renaud Sainsaulieu définit des stratégies d'acteurs.

1.2.2.3 Des identités aux stratégies

- Le modèle affinitaire conduit à une action individualisée, centrée sur sa propre ascension sociale.
- Le modèle fusionnel conduit à l'action collective, par la mobilisation d'un grand nombre d'individus
- Le modèle de négociation débouche sur une réelle capacité stratégique
- Le modèle du retrait supprime la capacité de s'investir dans les relations de pouvoir.

Le schéma suivant situe les positions d'acteurs au croisement des identités et des actions collectives.

Comportements de relations au travail	Modèles théoriques			
	Fusion	Négociation	Affinités	Retrait
<u>Relations entre collègues</u>				
Proximité (nombre d'années).....	+	+	+/-	-
Ouverture.....	+	+	+	-
Sensibilité aux différents points de vue.....	-	+	+	-
<u>Relations dans les groupes de travail</u>				
Homogénéité du groupe.....	+	+	-	-
Mode décision unanime.....	+	-	-	-
Majoritaire.....	-	+	-	-
Séparé.....	-	-	+	+
<u>Relations d'autorité</u>				
Acceptation du principe hiérarchique....	+	-	+	+
Chef « autoritaire ».....	+	-	-	-
Chef « libéral ».....	-	-	+	-
Chef « réglementaire ».....	-	-	-	+
<u>Relations avec un leader informel</u>				
Acceptation du leader.....	+	+	-	-
Leader charismatique.....	+	-	-	-
Leader expert.....	-	+	-	-
Les signes + ou – indiquent l'existence forte ou faible du type de relation considéré dans la logique théorique du modèle. Schéma d'après les enquêtes de R. Sainsaulieu, <i>l'identité au travail</i> , op. cit.				

Types d'identités relationnelles au travail³⁴

1.2.3 Le sentiment d'identité

Pour Alex Mucchielli³⁵, l'on trouve à la fois chez les individus, les groupes ou les cultures, ce qu'il appelle, le sentiment d'identité. Ce sentiment repose sur un ensemble de sentiments et de processus, il donne la cohérence et l'orientation dynamique à l'être ou au groupe tout entier. Il se décompose en une série de sentiments : sentiment de son « être matériel »,

³⁴ Ibid, p. 209

³⁵ Mucchielli A., *L'identité*, Presses Universitaires de France, 1999, collection Que Sais-je ?, n° 2288

d'appartenance, de cohérence, de continuité temporelle, de différence, de valeur, d'autonomie, de confiance et d'existence.

Alex Mucchielli relie la crise d'identité à une frustration ou atteinte quelconque de l'un ou de plusieurs de ces sentiments. « *Les sentiments d'appartenance, de valeur et de confiance semblent plus importants que les autres, car ils prennent leur racine dans l'identité communautaire qui constitue, quant à elle, le fond anthropologique de la participation affective de tout homme à un groupe social.* »³⁶

Toute identité cherche normalement à s'affirmer. Mais, « *permettre, aux individus, comme aux groupes ou aux cultures, d'atteindre la maturité de leur identité – qui les verra abandonner leurs comportements défensifs agressifs pour des comportements de négociation – c'est les aider à créer les conditions qui permettront aux sentiments constitutifs du sentiment d'identité de se développer.* »³⁷

1.2.4 L'identité collective

Renaud Sainsaulieu fonde les identités collectives sur le fait que « *les individus ont en commun une même logique d'acteurs*³⁸ ».

L'intégration de l'individu à un groupe permet l'action collective, lui donne une place dans un ensemble social et un réseau d'échanges. Surtout, il permet la participation à des convictions et des valeurs communes.

Selon Philippe Bernoux, l'identité collective se traduit par des comportements spécifiques dans l'organisation. Un type de comportement n'est pas exclusif d'un autre dans la mesure où « *un individu se rattache à plusieurs groupes sociaux, rattachements qui constituent autant de racine de son identité.* »³⁹

Ainsi, l'identité collective apparaît comme le signe d'une cohésion de groupe. Elle se présente comme le point nodal autour duquel s'accrochent les prérogatives et les enjeux des uns et des autres. Elle permet l'action commune autour de valeurs et de convictions partagées.

³⁶ Ibid p. 121

³⁷ Ibid p. 122

³⁸ Sainsaulieu R., op. cit., p. 303.

³⁹ Bernoux P., op. cit., p. 267

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

L'organisation hospitalière, à travers sa structure de bureaucratie professionnelle, sa complexité et ses jeux de pouvoirs, explique que les cadres de santé, à l'interface des différentes logiques, ont des difficultés à se positionner.

Les logiques de territoires et de métiers renforcent le cloisonnement et la balkanisation de l'hôpital. Elles portent les cadres de santé à se refermer sur leur environnement, à développer des stratégies individuelles et à se replier sur leur métier d'origine.

A l'articulation des interdépendances, ils doivent développer des capacités de négociation et d'adaptation avec les autres acteurs hospitaliers pour faire de leur position d'interface un atout. Les contraintes et les évolutions rendent ce rôle de plus en plus difficile.

Par ailleurs, dans la mesure où les histoires professionnelles varient, où les métiers d'origine diffèrent, où les formations ne sont pas communes, chaque cadre de santé construit sa propre identité.

A travers les relations aux autres, les attentes des autres acteurs de l'hôpital, les relations entre eux, les cadres de santé développent des stratégies identitaires parfois très différentes. Toute la question pour les cadres de santé est de construire leur identité professionnelle sur des bases de négociation et de compromis de manière à exercer une influence et à développer leurs compétences. Ainsi, ils disposeront d'une réelle capacité stratégique.

Leur identité collective doit se construire sur des points d'ancrage stables qui leur donnent une cohésion et leur permettent une action commune.

Grâce à cette approche théorique, nous pouvons mieux comprendre les difficultés des cadres de santé, mieux expliquer leur sentiment de non-reconnaissance et affirmer qu'il est directement lié à leur identité professionnelle.

Nous pouvons alors rappeler notre hypothèse :

Le sentiment de non reconnaissance des cadres de santé est lié aux attentes divergentes et parfois contradictoires des autres acteurs hospitaliers. Il tient à la difficulté des cadres d'influer sur les décisions prises au sein de l'hôpital. Jouer leur rôle d'intégrateur des différentes logiques permettrait aux cadres de santé, de faire de leur position d'interface un atout.

Une enquête de terrain effectuée dans deux établissements auprès des principaux acteurs de cette étude devrait nous permettre de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse.

2 - ENQUETE DE TERRAIN

L'approfondissement conceptuel a montré sur le plan théorique que les difficultés des cadres découlent en partie, de l'organisation hospitalière, de sa complexité et de ses jeux de pouvoirs. Il a montré aussi que le sentiment de non-reconnaissance des cadres est lié à l'identité professionnelle.

Notre hypothèse formule que le sentiment de non-reconnaissance des cadres de santé tient tant aux attentes divergentes des autres acteurs qu'à des difficultés à influencer sur les décisions prises.

Aussi, à travers notre enquête de terrain, allons nous tenter d'explorer des éléments qui permettent de vérifier notre hypothèse :

- Le parcours, la formation et l'attachement au métier d'origine, des cadres de santé ;
- L'exploration de leur métier de cadre et des difficultés qu'ils rencontrent ;
- Les attentes des autres acteurs de l'hôpital, en particulier des directeurs, des médecins et des directeurs des soins et leurs relations avec les cadres de santé ;

2.1 LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2.1.1 Le choix des terrains d'enquête

Pour confronter notre hypothèse à la réalité du terrain, nous avons choisi d'enquêter sur deux établissements de taille, de structure et d'organisation différentes.

L'un, centre de lutte contre le cancer, établissement privé participant au service public hospitalier, dispose de 184 lits et places. Il nous a paru intéressant, dans la mesure où l'équipe de direction y est relativement réduite ainsi que l'équipe des cadres de santé (23). Les cadres supérieurs, cadres de département, sont très peu nombreux (service de soins, laboratoire et radiodiagnostic). Le directeur est un médecin. La direction du service de soins est occupée depuis un an. Auparavant, elle avait été vacante pendant environ deux ans de façon intermittente. Il n'y a pas dans cet établissement de politique spécifique envers les cadres. L'établissement vient à ce jour de s'inscrire dans la procédure d'accréditation et démarre sa démarche d'auto évaluation. Nous le dénommerons : « hôpital A »

L'autre, « hôpital B », est un centre hospitalier universitaire de 677 lits et places, faisant partie d'un groupe hospitalier de 39 établissements. C'est un centre axé sur la cancérologie et l'hémato-immunologie, spécialités comparables à l'hôpital A.. Il est géré par une direction centrale commune aux 39 établissements, et par une direction locale propre. L'équipe des cadres de santé est importante (105) dont de nombreux cadres supérieurs de santé (29 infirmiers, 1 rééducation et 4 médico-techniques). L'établissement vient d'être accrédité avec les félicitations notamment, pour la direction des soins, dont la politique s'appuie sur l'évaluation de la qualité des soins. Chaque service a la responsabilité de son budget. L'hôpital n'a pas développé une politique d'encadrement structurée, mais la direction s'est engagée, vis à vis des cadres, à les associer le plus possible aux décisions. Le directeur des soins est présent dans l'hôpital depuis 5 ans et a mené une politique forte de démarche qualité et de valorisation des cadres.

Ce choix nous a paru pertinent. Il peut nous permettre de comparer, sur deux établissements, dont les spécialités sont proches, l'influence de l'organisation, des structures et de la complexité, sur les cadres de santé.

2.1.2 L'échantillon interviewé

Nous avons porté notre choix sur quatre types d'acteurs hospitaliers.

- Des cadres de santé : nous avons choisi d'enquêter auprès d'un échantillon de cadres de santé très diversifié tant par les positionnements que par les filières. Il est intéressant d'étudier, si le positionnement et le métier d'origine ont un impact sur la fonction et les difficultés, ainsi que sur le sentiment de non-reconnaissance
- Des directeurs : les cadres de santé sont les porteurs des projets de la direction. Ils sont situés sur la ligne hiérarchique reliant le sommet stratégique au centre opérationnel. Il est incontournable de connaître les attentes des directeurs vis à vis des cadres. D'autant que souvent, le sentiment de non reconnaissance des cadres de santé, est tourné vers la direction.
- Des médecins : les médecins, experts du centre opérationnel, porteurs de la logique médicale, sont les interlocuteurs privilégiés des cadres. Avec eux, les cadres doivent négocier et savoir se positionner.

- Les directeurs de soins : Managers des cadres de santé, les directeurs de soins sont les acteurs en prise directe avec leurs difficultés. Leurs attentes doivent à ce titre être prises en compte.

Volontairement, nous avons limité notre choix à ces quatre types d'acteurs car ils nous paraissaient être les plus représentatifs, dans le cadre de notre enquête.

Nous avons rencontré :

➤ **Pour l'hôpital A :**

- Le directeur du service des soins infirmiers
- Le directeur des ressources humaines
- Le secrétaire général
- 2 médecins chefs de service
- 8 cadres de santé : 5 de la filière infirmière (2 cadres de santé en mission transversale, 2 cadres de santé d'unité de soins, 1 cadre supérieur de département), 1 cadre supérieur de laboratoire, 1 cadre supérieur de radiologie, 1 cadre kinésithérapeute.

➤ **Pour l'hôpital B :**

- Le directeur du service de soins infirmiers
- Le directeur des ressources humaines
- Le directeur financier
- 2 médecins chef de service
- 8 cadres de santé : 5 cadres de santé de la filière infirmière (1 cadre expert en mission transversale, 2 cadres supérieurs, 2 cadres d'unité de soins), 1 cadre supérieur de laboratoire, 1 cadre diététicien, 1 cadre supérieur kinésithérapeute.

Le choix des personnes enquêtées s'est effectué de manière aléatoire, le plus souvent avec le directeur des soins infirmiers et en fonction de la disponibilité des personnes. Ainsi, les cadres de santé, que nous avons interrogés, ne constituent pas, dans l'optique de cette étude, un échantillon représentatif au sens classique, car non construit statistiquement. Notre objectif était plus, d'avoir « une population cible diversifiée », tant par les positionnements, les fonctions, que les métiers d'origine.

2.1.3 Le choix de l'outil de recueil d'information

La démarche que nous avons choisie nous a conduit à mener des entretiens semi-directifs sous la forme d'interviews à partir d'un guide d'entretien adapté aux différents acteurs (voir annexes). Cette technique nous a semblé plus appropriée que l'enquête par questionnaires. D'une part, elle permet de s'effectuer sur un échantillon plus restreint, d'autre part, elle permet d'accéder à une densité et à une qualité d'informations en laissant toute liberté à l'interviewé.

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des acteurs, dans leur bureau. Ils ont duré en moyenne une heure.

2.1.4 Les limites et les points forts de l'enquête

➤ Les limites

Les limites tiennent au nombre de personnes interrogées (26) et aux établissements enquêtés (2). L'un et l'autre ne sont pas suffisamment représentatifs pour que les résultats de cette étude soient généralisables.

De même, notre statut, directeur des soins en formation auprès du directeur du service de soins de l'établissement, a pu influencer sur le discours des acteurs.

Enfin, le choix des acteurs interviewés, volontairement circonscrit, occultant les équipes, les patients et les familles, ne peut que limiter le cadre de notre étude.

➤ Les points forts

Cette étude, nous a permis, de rencontrer des personnes d'un grand professionnalisme et d'une grande richesse. Leur disponibilité, leur aisance dans la discussion et leurs remerciements nous l'ont témoigné. Les cadres de santé, en particulier, ont accepté avec beaucoup de simplicité de parler de leur vécu et de leurs difficultés, voulant nous faire, « implicitement », le porteur de leur message vers la direction.

D'autre part, cette étude, au regard des nouveaux textes relatifs aux cadres de santé et aux directeurs des soins, nous semble bénéficier d'une circonstance favorable intéressante.

2.2 RESULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS

2.2.1 Résultats des entretiens

La question de l'identité professionnelle nous est apparue centrale lors de notre approche conceptuelle. Le sentiment de non-reconnaissance semble y être directement lié.

L'analyse des parcours professionnels nous permettra de connaître « l'identité pour soi. » Puis, à travers le travail de cadre de santé, nous cernerons « l'identité exprimée. » Enfin, l'étude des attentes des médecins, des directeurs et des directeurs des services de soins nous permettra d'aborder « l'identité attendue » des cadres de santé.

2.2.1.1 L'analyse des parcours professionnels

Le choix de l'échantillon de cadres de santé interrogés étant de fait particulièrement varié, l'analyse des parcours professionnels n'apparaît pas homogène à travers le discours des personnes interrogées. Nous y distinguons néanmoins, des points divergents et convergents

2.2.1.1.1 *Les points de divergence*

Les cadres interrogés ont des parcours professionnels très variés tant en formation d'origine, qu'en mobilité géographique ou en mobilité fonctionnelle.

Les cadres ont des métiers d'origine très différents, technicien, kinésithérapeute, diététicien, infirmier. Seuls les cadres soignants ont une même origine de métier, mais leurs parcours sont très diversifiés, hôpital public, privé, intérim, libéral, encadrement, enseignement, spécialisation ...

Ce métier d'origine est important. Les cadres doivent s'en détacher. Ils passent d'une fonction technique sur le terrain, à une fonction d'expert capable d'analyser et de contrôler la technique des autres. Avec les évolutions technologiques, cette fonction de contrôle et d'expert sera de plus en plus dure à assurer. Ils devront développer d'autres compétences plus spécifiques à la fonction cadre pour garder leur légitimité auprès des équipes et des autres acteurs hospitaliers.

Le passage de cette identité professionnelle d'origine, (souvent durement acquise, comme pour les infirmières), à l'identité de cadre de santé peut s'avérer difficile.

Ils ont aussi à ce jour des positionnements très divers au sein de leur hôpital, situés sur la ligne hiérarchique ou non, proches du centre opérationnel, dans la technostructure ou la logistique.

Ils sont soit cadre d'unité de soins, cadre supérieur responsable d'un département ou d'un secteur, cadre expert en mission transversale, cadre chargé de mission à la direction des soins. Ils sont en position hiérarchique encadrant une équipe ou en position transversale, dans une fonction d'expert. Les cadres de soins sont plus proches du centre opérationnel et les cadres experts (qualité, hygiène, chargé de formation) se situent plus dans la technostructure. Les cadres médico-techniques (laboratoire, radiodiagnostic) appartiennent à la logistique tandis que les cadres de rééducation sont à l'articulation du centre opérationnel et de la logistique.

Ces divergences de positionnement génèrent des profils de fonction divers, qui requièrent des compétences communes et d'autres plus spécifiques. Les cadres de soins, encadrant des équipes, doivent développer des compétences managériales plus importantes. Les cadres experts s'appuient sur des compétences plus techniques, compétences en méthodologie et conduite de projet.

Leur positionnement dans la structure organisationnelle de l'hôpital les conduit à gérer des contraintes et des interfaces diverses, et donc à collaborer et à négocier de manières différentes.

2.2.1.1.2 Les points de convergence

Les cadres de santé tiennent un discours assez homogène, quant à leur accès à la fonction. Il s'agit pour eux, d'un processus logique d'évolution de carrière. La motivation la plus répandue est alors un désir d'évolution vers davantage de responsabilités et une vision plus globale du fonctionnement de l'institution.

« J'ai passé le concours de cadre pour occuper des fonctions plus stratégiques et être plus impliqué dans les décisions institutionnelles » (un cadre d'unité de soins)

Est-ce qu'il n'y a pas déjà, dans l'idée que les cadres se font de leur futur métier, un décalage entre les attentes institutionnelles et la réalité de la fonction ? D'autant, que ce choix a été parfois très volontaire.

« J'ai fait l'école des cadres de mon propre chef, avec une bourse. » (un cadre de département de radio)

« J'ai demandé un congé individuel de formation pour faire l'école des cadres que j'ai financée en partie. » (un cadre kiné)

Les cadres de santé ont tous une formation. Ils ont en majorité fait l'école des cadres.

Un seul a passé l'examen professionnel. Deux d'entre eux ont suivi un diplôme universitaire en management hospitalier et économie de la santé.

Néanmoins, quatre seulement d'entre eux ont eu une formation commune de cadre de santé.

Pour les cadres, la nécessité d'être formés, est acquise. Ils en font une partie de leur légitimité, comme ce cadre supérieur médico-technique qui a tenu à passer une maîtrise en gestion. Nommé à l'ancienneté, il voulait « *asseoir sa position.* »

La formation est génératrice d'identité pour soi. Comme nous l'avons vu dans notre première partie, elle ne suffit pas pour générer de l'identité professionnelle et de la reconnaissance. Nous le constatons, sur le terrain, avec les nombreux professionnels qui suivent des diplômes universitaires et aimeraient les voir reconnus.

Ainsi, malgré des points de convergence, l'identité pour soi des cadres, « qui se construit à partir des processus biographiques, très liés au parcours de l'emploi, de la formation... »⁴⁰, est hétérogène. C'est aussi une identité professionnelle d'origine forte que les cadres doivent abandonner pour se construire leur nouvelle identité de cadre de santé.

Cette identité d'origine, peut être source d'enrichissement mutuel pour le groupe cadre, pour peu que l'on soit capable de reconnaître et d'accepter sa différence. Elle peut être aussi objet d'opposition et d'éloignement.

La diversité des positionnements au sein de la structure hospitalière, n'est pas source de rapprochement et encore moins de collaboration. Elle oblige les cadres à développer des stratégies identitaires différentes. Ils doivent ancrer leur action sur des valeurs et des conceptions communes de leur fonction, pour faire corps et se constituer une identité collective.

L'analyse des activités des cadres devrait nous permettre d'évaluer, où ils en sont de leur métier d'origine, comment il se positionne et quelle identité de cadre ils expriment.

⁴⁰ En référence à Renaud Sainsaulieu dans notre approche conceptuelle page 16

2.2.1.2 L'analyse des activités des cadres de santé

« En quoi consiste votre travail de cadre de santé ? » Telle est l'une des questions que nous avons posée aux cadres. La diversité de l'échantillon renforce la multiplicité des réponses, mais il existe des dominantes.

2.2.1.2.1 Certains cadres ont des difficultés à quitter leur métier d'origine

Ce sont surtout les cadres d'unité et les cadres médico-techniques.

Les cadres d'unité très proches des soins, des infirmiers et des patients ont plus de difficultés à quitter leur métier d'origine. Ils tirent encore une partie de leur légitimité de leur expertise technique.

« Je suis une référence médicale et de soins pour l'équipe. Elle me demande des conseils sur les prescriptions, les protocoles à mettre en route. »

Ils leur arrivent de pallier le manque d'effectif et de *« mettre la main à la patte. »*

Un cadre de kinésithérapie exerce encore *« une petite activité auprès des patients »* et assure des gardes, non pas de cadre, mais de kinésithérapeute.

Les cadres médico-techniques sont aussi très sollicités pour leur expertise professionnelle d'origine. *« On m'appelle quand il y a des problèmes sur les machines, mais cela devient de plus en plus difficile de suivre. »*

Les glissements de tâches vers le métier d'origine sont plus fréquents quand le cadre est proche du centre opérationnel ou que le métier d'origine est technique.

Ces glissements sont favorisés par le contexte de pénurie en personnel (combien de fois n'a-t-on pas demandé à un cadre de pallier lui-même le manque de personnel ?). Ils maintiennent les cadres dans leur identité d'origine. Ils restent alors pour leur équipe des experts techniques.

2.2.1.2.2 Ils ont investi massivement les activités de gestion,

Les cadres de santé gèrent. Ils gèrent des lits, des effectifs, des plannings, des stocks, du matériel, des budgets...

« Je suis responsable de la gestion du temps et des absences. Je gère les réactifs et le matériel de labo ainsi que les contrats de maintenance. » (un cadre supérieur de laboratoire)

« J'ai une fonction de gestion budgétaire, une fonction de gestion des ressources humaines » (un cadre supérieur de secteur)

« Je gère le quotidien (...) » (un cadre d'unité de soins)

Il semble que quelle que soit leur fonction, leur lieu d'exercice et leur positionnement, les cadres « gèrent ». Seuls deux cadres, en position transversale, n'abordent pas cette activité de gestion. Ils sont plus impliqués dans la conduite de projets.

Les contraintes budgétaires et réglementaires de ces dernières années ont fortement renforcé ces exigences de gérer au mieux avec des moyens toujours plus réduits. Les directions d'établissement ont particulièrement appuyé sur cette fonction. Les cadres contribuent par leur action à faire des économies et surtout aident les gestionnaires officiels que sont les directeurs à faire au mieux leur travail.

D'ailleurs, dans l'hôpital A, les cadres de département médico-technique ont entière délégation de signature pour gérer leur budget de fonctionnement ; De même, dans l'hôpital B, la mise en place des budgets de service a beaucoup impliqué les cadres, notamment les cadres supérieurs.

La structure et l'organisation même de l'hôpital renforce cette activité. Une bureaucratie professionnelle, très hiérarchisée, et de plus en plus complexe, ne peut plus tout gérer et tout contrôler uniquement par son sommet stratégique. Cela impose donc que les cadres gèrent, mais aussi qu'ils rendent des comptes à tout moment. Le sommet stratégique a besoin de «savoir », combien d'entrées, combien de congés, combien de commandes, combien de présences, combien de maladies...La différenciation administratif/soignant s'estompe et l'éloignement sur la ligne hiérarchique joue un rôle fondamental.

Les évolutions sociales, organisationnelles, technologiques renforce cette activité de gestion. Il faut trouver un lit, remplacer une infirmière, faire le tri dans les informations...

2.2.1.2.3 et la conduite de projets,

Nos entretiens avec les cadres de santé montrent qu'ils sont aussi très investis dans la conduite de projets. Ils s'en sentent valorisés.

« J'ai travaillé sur des gros projets. Je monte le projet, les groupes de travail, j'organise les visites à l'extérieur, je monte les dossiers, je négocie, je propose le projet à la direction avec

le médecin chef et négocie les coûts (...) je suis chef de projet informatique (...) je travaille sur le projet d'IRM⁴¹. » (un cadre supérieur de radio)

« Je suis responsable de la mise en place du projet de service, en accord avec le chef de service et en adéquation avec les projets institutionnels. »

Mais parfois, ils s'en plaignent. *« C'est le système du millefeuille. Il s'en rajoute de façon continue, on s'adresse un peu trop aux personnes ressources. L'institution initie beaucoup trop de projets, souvent à gérer au lance-pierre » (un cadre supérieur de laboratoire)*

« J'ai le sentiment qu'on en demande de plus en plus aux cadres et toujours aux mêmes. Le souci c'est que les projets transversaux prennent du temps sur le service. Il y a conflit entre les projets institutionnels et les projets de service. » (un cadre supérieur de radiologie)

D'autres réclament une participation plus importante *« Je souhaiterais que les cadres soient plus sollicités pour mettre en place le projet d'établissement en terme d'élaboration et au niveau des décisions. » (un cadre kinésithérapeute)*

Le contexte réglementaire a fortement influé sur le développement de la culture de projet à l'hôpital et l'implication de ses acteurs. La loi de 1991⁴² portant réforme hospitalière, les ordonnances de 1996⁴³, l'accréditation sont autant d'obligation à la conduite de projet : projet d'établissement, projet social, projet de soins, projet médical, démarche d'amélioration de la qualité.

Les cadres sont très sollicités sur tous les projets, parfois trop, parfois pas comme ils le voudraient.

Il est vrai, qu'ils doivent mettre en œuvre (le projet d'établissement, le projet de soins), mais aussi conduire (la démarche d'auto évaluation pour l'accréditation) ou encore initier (des plans d'amélioration de la qualité des soins).

La difficulté pour les cadres est de concilier toutes les exigences.

Comment mettre en œuvre, conduire ou initier des projets qui demandent prise de recul et distance, avec un quotidien toujours plus prégnant, des équipes à animer, des soins à encadrer ?

Serait-ce pour cela que les activités de management et d'organisation des soins tiennent si peu de place dans leurs propos ?

⁴¹ Imagerie à résonance magnétique

⁴² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

⁴³ Ordonnances 96-344, 96-345, 96-346 du 24 avril 1996

2.2.1.2.4 L'animation d'équipe

Sauf pour un cadre d'unité, « *« Pour moi, le plus important, c'est le management participatif. Chacune fait son planning, elles sont obligées de s'entendre. Cela permet d'avoir une équipe qui se parle (...) elles doivent savoir tout faire quand je ne suis pas là (...) je leur fais énormément confiance, elles sont autonomes mais savent que je contrôle (...) je suis un manager humain. » (un cadre d'unité de soins)*

L'animation d'équipe ne semble pas être une priorité pour les cadres. C'est même parfois plutôt une difficulté.

« Mon quotidien est un souci permanent, j'ai deux cadres qui ont vraiment du mal à s'y mettre ce qui m'oblige à contrôler en permanence » (un cadre supérieur de secteur)

« Ma plus grosse difficulté, c'est l'équipe. Elle est ancienne et n'a jamais bougé et ne veut pas changer car elle dit qu'avant ça marchait bien, pourquoi changer. J'ai du mal aussi avec le cadre de proximité qui n'a pas évolué. Il y a le problème des acquis et de la tournure d'esprit » (un cadre supérieur kinésithérapeute)

Les cadres ont du mal à prendre en compte les évolutions, évolutions sociales et évolutions des professionnels.

« Le travail a changé, les pathologies sont plus lourdes, la charge de travail plus importante. La mentalité des soignants aussi a évolué, ils sont moins disponibles, beaucoup plus individualistes » (un cadre d'unité de soins)

« Une de mes difficultés, c'est le personnel, il faut être de plus en plus à l'écoute. On a un rôle social de plus en plus important, c'est difficile. » (un cadre supérieur de laboratoire occupant en même temps les fonctions de cadre)

Les cadres mettent en évidence dans leur propos, toute la difficulté à conduire le changement, à faire face aux résistances mais aussi à prendre en compte les évolutions.

Or, les professionnels changent. Comme les cadres, ils veulent plus d'autonomie, plus de responsabilités, plus d'implication. Ils sont beaucoup plus formés, souvent titulaires de diplômes universitaires et développent des stratégies identitaires plus individuelles.

Parce que leurs centres d'intérêts sont multiples, ils réclament des conditions de travail et d'exercice de leur métier, différentes.

Aussi, comme le souligne Dominique G n lot⁴⁴, les cadres doivent rechercher de nouvelles formes de management plus impliquantes et plus responsabilisantes.

D'autant que, pour mettre en œuvre, conduire et initier des projets, la participation des équipes est essentielle.

2.2.1.2.5 L'organisation et l'encadrement des soins

Seuls deux cadres d'unité de soins abordent clairement la prise en charge du patient et en font un objectif central de leur activité. « *J'insiste sur la prise en charge globale du patient (...) sur la prise en charge de la douleur (...) ma philosophie, c'est que l'organisation soit au service du malade.* » (un cadre d'unité de soins)

« *Mon travail c'est avant tout d'organiser le service pour que le patient soit pris en charge le mieux possible.* » (un cadre d'unité de soins)

L'encadrement et la formation ne sont abordés que 4 fois sur l'ensemble des entretiens.

Même, s'ils sont en position d'encadrement, l'animation d'équipe n'apparaît pas comme une priorité pour les cadres. Les projets de soins, l'encadrement et l'organisation de la qualité et la sécurité des soins sont plutôt absents de leurs propos.

Seul les cadres d'unité de soins, la cadre diététicienne et les cadres kinésithérapeutes, plus proches du centre opérationnel, donc des patients, abordent ses deux aspects essentiels de la fonction de cadre de santé.

Les cadres supérieurs de soins ont quitté leur identité de soignant. Plus éloignés des unités de soins, ils semblent être beaucoup plus investis dans la gestion et la conduite de projets, projet médical ou projet institutionnel. Ils parlent très peu de l'animation de leur équipe de cadres.

Les cadres médico-techniques apparaissent plus comme des experts techniques, s'appuyant beaucoup sur leur métier d'origine pour mener des projets très spécialisés, en relation très étroite avec le médecin chef de service.

D'après nos résultats, les cadres de santé, quelle que soit leur filière, sont plutôt des cadres « gestionnaires pilotes de projet » proches de la logique administrative. C'est l'identité qu'ils expriment le plus clairement.

⁴⁴ En référence avec notre cadre conceptuel page 11

Serait-ce pour cela qu'ils demandent à être plus associés aux décisions ?

Serait-ce de cette identité qu'ils attendent la reconnaissance ?

Cette identité est-elle en adéquation avec les attentes des autres acteurs, médecins, directeurs, directeurs des soins ?

L'étude des attentes des autres acteurs devrait nous permettre de répondre à ce questionnement.

2.2.1.3 Les entretiens avec les autres acteurs

2.2.1.3.1 Des attentes divergentes

Pour les médecins, c'est indispensable, les cadres doivent être sur le terrain, « *Le cadre de soins doit être à la disposition des malades pour le soin. Il doit être présent en salle, participer concrètement à l'activité quotidienne, aux visites médicales, aux visites sur dossiers. Il faut que les cadres soient dans le soin* »

Comme nous le dit Mintzberg, le service (centre opérationnel) où se trouve le malade, où l'on soigne, est prioritaire. C'est là que doivent se tenir les cadres de santé. Les cadres doivent être dans les services car c'est là que sont les patients, c'est là que l'on soigne. Les cadres y sont indispensables car ils informent, ils s'occupent des équipes, des dysfonctionnements, des urgences, des familles.

Pour les directeurs, « *Le cadre doit s'impliquer dans une dimension transversale de l'hôpital, dans les groupes de travail, il doit être promoteur du projet d'établissement* »

Pour mener à bien leurs projets, les directeurs ont besoin de représentants des services, car toute l'action est tournée vers le malade. Il est très difficile de mobiliser les médecins sur des projets transversaux.

Par ailleurs, « *Les cadres doivent être plus mobiles, plus ouverts sur l'extérieur. Il faut qu'ils se confrontent à l'extérieur* » (un directeur des soins)

Ainsi, les cadres de santé doivent être dans les services, sur l'hôpital et à l'extérieur !

2.2.1.3.2 Des attentes contradictoires

Pour les directeurs, les cadres doivent être impliqués au niveau institutionnel, mobiles, ouverts sur l'extérieur, mais ils doivent surtout être présents dans les services pour servir de relais et leur remonter les informations dont ils ont besoin. « (...) *Qu'ils soient des relais d'informations auprès de leurs équipes et me remontent des informations sur leur vécu et celui de leurs équipes.* »

Ils doivent être autonomes, responsables, capable de gérer seuls les problèmes « *mais leur faire remonter les difficultés qu'ils peuvent avoir avec les médecins et les équipes.* »

2.2.1.3.3 Chacun raisonne selon sa propre logique,

« *J'attends des cadres qu'ils soient la courroie de transmission des décisions stratégiques et opérationnelles* » (un directeur)

« *Pour privilégier la qualité des soins, la meilleure stratégie est de prendre ensemble la vision médicale* » (un médecin)

« *J'attends qu'ils mettent en œuvre les projets définis ensemble (...) qu'ils aient une véritable logique de projets, la capacité à analyser un contexte pour valider les choix qu'ils font, définir les actions mises en place afin de mesurer les résultats obtenus* » (un directeur des soins)

2.2.1.3.4 Les logiques sont quelquefois en concurrence,

Les médecins sont en concurrence avec l'administration qui leur prend leurs cadres, en temps et en activités.

L'administration se décharge de plus en plus sur les cadres. « *Il y a un glissement des tâches de gestion des ressources humaines sur les cadres.* » (un médecin)

Les médecins pensent qu'on demande un peu trop aux cadres d'être des gestionnaires. Les cadres vont devenir des technocrates. Ils sont très sceptiques par rapport aux actions transversales. « *Il y aurait une réflexion à avoir, un audit externe sur la rentabilité du temps passé dans les actions transversales* »

Ces propos nous renvoie à l'approche conceptuelle et à la faiblesse de la technostructure. Il est vrai que des cadres experts, en mission transversale sur l'hôpital, rencontrent parfois l'opposition ferme de certains chefs de service pour mettre en place de nouveaux protocoles de soins. Nous l'avons constaté dans l'hôpital A.

Les médecins sont en concurrence avec le directeur des soins, d'un point de vue hiérarchique.

Ils regrettent le temps où ils étaient les seuls patrons. « *Avant, les cadres étaient plus libres, ils dépendaient des patrons. Actuellement, avec la direction des soins, il y a une deuxième hiérarchie qui s'est créée. C'est dissociant pour eux.* »

Les médecins sont conscients de cette double hiérarchie que supportent les cadres, mais plutôt nostalgiques du temps où ils étaient les seuls à l'assurer.

Par contre, pour les directeurs des soins, la dépendance des cadres aux médecins persiste
« *Les cadres sont encore sous la coupe de la hiérarchie médicale, ils n'ont pas tout à fait compris qu'ils pouvaient penser par eux-mêmes.* » Les cadres ont encore beaucoup de mal à se positionner dans leur fonction et par rapport aux différentes logiques.

Pour les directeurs de soins, les cadres ont encore du mal à se détacher de leur métier d'origine et de leur histoire professionnelle.

Les directeurs des soins pensent aussi que les cadres sont trop dans la gestion et ont un peu trop oublié qu'ils étaient cadres de santé. « *les cadres de soins ont perdu le sens de leur mission, car ça fait quinze ans au moins, qu'on valorise la gestion alors que je voudrais les convaincre d'évaluer les pratiques, les prestations de soins (...)* »

2.2.1.3.5 *Tous attendent des cadres, une collaboration étroite, en particulier avec les cadres supérieurs.*

« *Avec le cadre supérieur, on s'entend très bien, on a une collaboration étroite, on discute beaucoup des orientations stratégiques (...) si la collaboration est mauvaise, cela crée un clan médical et un clan administratif* » (un médecin)

Ce médecin reconnaît, dans ses propos, l'importance du rôle d'interface du cadre.

Un directeur financier de l'hôpital B⁴⁵, parlant des budgets de service, insiste sur cette nécessaire collaboration : « *Le cadre a un rôle majeur, c'est un garde fou, un garant des*

⁴⁵ Nous rappelons que l'hôpital B a mis en place la gestion des budgets par service avec des objectifs fixés annuellement, mais sans délégation de signature.

échanges avec le médecin. Il a les pieds sur terre et observe ce que l'on a dit de faire. Les cadres ont cette fonction de vigilance au quotidien. Ils sont rigoureux. »

Ce directeur compte beaucoup sur les cadres pour faire respecter les décisions prises et jouer auprès du médecin un rôle de contrôle.

Nous voyons bien là, toute l'ambiguïté dans laquelle se trouvent les directeurs. Ils sont dans une logique gestionnaire, comptable, mais ils n'ont pas le pouvoir de la faire appliquer par les médecins. Ils sont obligés d'impliquer très fortement les cadres supérieurs pour faire appliquer les décisions et contrôler que ce qui est décidé, est bien respecté. Nous retrouvons l'ambiguïté du sommet stratégique décrite par Mintzberg⁴⁶.

2.2.1.3.6 Directeurs administratifs et directeurs du service de soins, membres de l'équipe de direction, ont souvent un langage commun

Les cadres ont un rôle de relais importants pour les directeurs administratifs et les directeurs du service de soins. Éloignés des services, ils ne peuvent disposer d'informations ni en transmettre, sans les cadres de santé.

« Les cadres ont un rôle de relais très important, j'attends beaucoup des remontées et des échanges avec les cadres » (un directeur B)

« Il faut que les cadres soient les relais montants et descendants entre la direction, la direction des soins, le corps médical et les équipes » (un directeur des soins B)

Ils veulent des cadres novateurs, à la pointe des évolutions,

« Qu'ils soient créatifs, participatifs, force de proposition, qu'ils parlent, qu'ils aient des idées. Ils doivent être des porteurs de changements, de messages » (un directeur A)

« Qu'ils soient force de propositions et de réflexion. Qu'ils s'instruisent, s'informent, soient capables d'aller voir ailleurs » (un directeur des soins A)

Situés au sommet stratégique, membres de l'équipe de direction, les directeurs et les directeurs des soins ont des attentes communes. Ils ont absolument besoin des cadres pour connaître ce qui se passe dans les services et pour porter le changement et les projets vers le centre opérationnel. Plus la ligne hiérarchique est longue, plus ce rôle de relais des cadres est important.

⁴⁶ En référence à notre cadre conceptuel page 6

2.2.1.3.7 Médecins, directeurs et directeurs des soins s'accordent tous sur le nécessaire rôle de manager des cadres de santé

« Elles doivent anticiper les problèmes avec les patients, (...) soutenir les infirmières, (...) faciliter le travail en organisant les choses, pallier la mauvaise organisation médicale, répondre aux urgences » (un médecin)

« Les cadres doivent se dégager du quotidien pour être de vrais managers capables de voir que les choses changent et qu'il faut maintenant, non plus gérer des équipes, mais une somme d'individualités » (un directeur)

« (...) Qu'ils motivent, qu'ils animent, qu'ils fassent évoluer les professionnels, les reconnaître, les valoriser. Qu'ils sachent négocier et gérer les conflits. » (un directeur des soins)

Pour tous, les cadres doivent animer les équipes, organiser les soins et anticiper le changement, dans l'intérêt du patient.

L'étude des attentes des médecins, des directeurs et des directeurs de soins, nous montre que le rôle attendu du cadre n'est plus prioritairement celui de gestionnaire, même s'il reste très important pour les directeurs administratifs.

Le rôle prioritaire est celui de pivot, d'interface, de relais, car les logiques, même tournées vers un même but, restent très marquées. La structure et le fonctionnement de l'hôpital l'obligent.

D'autre part, les médecins, les directeurs ou les directeurs de soins, attendent principalement des managers, des leaders, qui donnent le sens et anticipent le changement.

Il existe donc un décalage entre l'identité exprimée en priorité par les cadres et celle attendue par les autres acteurs.

De même, nous l'avons souligné, les attentes des autres acteurs sont souvent divergentes, contradictoires ou concurrentes. Il est alors bien difficile aux cadres de santé de se situer dans cette diversité et cette contradiction.

Face à ce constat, comment les cadres de santé réagissent-ils ?

Quelles sont les stratégies identitaires qu'ils vont adopter ?

2.2.2 L'analyse des stratégies d'adaptation des cadres de santé

Ils nous a semblé important, au regard des entretiens et des différences de structures, de faire une distinction entre « l'hôpital A » et « l'hôpital B ».

2.2.2.1 L'hôpital A

L'hôpital A, nous le rappelons, est un petit établissement, centre de lutte contre le cancer, qui dispose de 184 lits et place.

L'équipe de cadres de santé y est relativement réduite (23) avec seulement 3 cadres supérieurs responsables de département.

La direction du service de soins, vacante depuis près de deux ans, vient d'être occupée.

Il n'y a pas dans cet hôpital, de politique d'encadrement spécifique.

Le directeur est un médecin. La recherche médicale est un axe très important de l'activité.

Dans l'hôpital A, les cadres de santé sont particulièrement vindicatifs par rapport au pouvoir médical, en particulier les cadres de soins et les cadres en mission transversale.

« Le cadre doit pallier tous les dysfonctionnements de l'organisation médicale, il doit être soumis au sens large et adhérer sans états d'âme aux valeurs médicales qui sont omniprésentes » (un cadre en mission transversale)

En même temps, ils sont conscients qu'ils disposent d'un pouvoir fort *« n'importe comment, ils ne peuvent pas faire sans nous. »* Mais, ils ont le sentiment qu'on ne prend pas suffisamment en compte leur avis et ne se sentent pas reconnus.

Les cadres de soins sont en difficulté. Ils sont en permanence confrontés, avec leurs équipes, à la maladie et à la mort. La charge affective qu'ils doivent gérer est forte. Ils doivent accompagner les personnels, les familles, et sont très impliqués dans la prise en charge des patients.

Ils ont peu de possibilité de sortir de leur quotidien. Ils sont submergés par la gestion et très sollicités sur des projets qu'ils ont beaucoup de mal à mener.

Les médecins sont peu présents et très investis dans la recherche. Ils disposent d'un pouvoir fort renforcé par la spécialité médicale unique sur l'hôpital.

Les cadres de soins sont solidaires et ont adopté plutôt une stratégie d'opposition et de revendication.

La proximité générée par la taille de la structure, leur petit nombre, le nombre d'années de présence dans l'hôpital (les cadres interrogés avaient en moyenne plus de dix ans d'ancienneté), l'homogénéité du groupe, ont favorisé le développement d'une identité relationnelle fusionnelle⁴⁷. Cette identité les mène à l'action collective, action qui prend la forme d'une opposition au pouvoir médical et à la direction.

Le nouveau directeur des soins, récemment arrivé, doit prendre en compte cette modalité identitaire et se poser plutôt en leader charismatique pour les conduire vers un modèle identitaire de négociation.

Un cadre de soins a pu développer une stratégie de négociation dans son unité. Elle a privilégié son rôle de manager et d'encadrement des soins et a travaillé spécifiquement sur la douleur. Ce qui a renforcé sa légitimité et sa reconnaissance vis à vis de l'équipe et des médecins. Elle est dans le rôle attendu et bénéficie d'une réelle capacité stratégique individuelle.

Le cadre de département, seul cadre supérieur de soins sur l'établissement, est en grande difficulté. Isolée, à l'interface de manière beaucoup plus aiguë avec les attentes divergentes des autres acteurs et particulièrement soumise à l'autorité médicale, elle a renoncé à exercer son pouvoir. Elle veut quitter son poste et prendre un poste de nuit. Elle adopte une identité de retrait.

Les cadres experts, cadres de santé en position transversale, dont les fonctions sont mal définies, sont eux aussi dans un déficit de reconnaissance. Ils n'ont pas la légitimité hiérarchique ni le pouvoir qu'elle confère. Ils n'appartiennent pas directement au centre opérationnel car ils sont dans la technostructure.

Leur rôle, qui est de favoriser le décloisonnement et l'harmonisation des pratiques, va à l'encontre du fonctionnement traditionnel de l'hôpital. Il est mal accepté, en particulier par les médecins. De ce fait, dans l'hôpital A, où ils n'ont pas le soutien de la direction, ils sont rejetés par les cadres d'unité qui les vivent comme des adversaires. Ils adoptent alors une identité affinitaire, essayant de créer des alliances avec certains cadres et certains médecins.

⁴⁷ En référence à Renaud Sainsaulieu dans notre cadre conceptuel Pages 18 et 19

Il est important pour le nouveau directeur des soins d'expliquer tout l'intérêt de leur position transversale. L'apport méthodologique et l'harmonisation des pratiques qu'ils peuvent apporter, permet de lutter contre la différenciation au sein du centre opérationnel. Le directeur des soins doit aussi les intégrer au groupe cadre.

Seuls les cadres médico-technique ont le sentiment de collaborer et d'être impliqués dans les projets médicaux et les projets institutionnels.

Il est vrai, qu'ils ne sont pas soumis aux mêmes contraintes que les cadres de soins. Ils sont moins impliqués dans la charge affective que génèrent la maladie et la mort.

Ils sont beaucoup plus proches du centre décisionnel car ils négocient directement avec les directeurs administratifs. Ils ont même, délégation de ce pouvoir, par la délégation de signature budgétaire de leur service.

Leur reconnaissance s'appuie surtout sur leur expertise technique. Leur identité « gestionnaire pilote de projet » répond aux attentes des médecins et de la direction. Ils développent une identité de négociateur avec les médecins et les directeurs.

Mais, ils négligent leur rôle d'animateur de l'équipe cadre et d'organisation de la prise en charge du patient.

2.2.2.2 L'hôpital B

Rappelons, que l'hôpital B est une structure de soins plus importante (677 lits), axée sur la même spécialité que l'hôpital A, mais pas uniquement. Le groupe cadre de santé y est conséquent (105). Il comprend 24 cadres supérieurs de santé.

La direction a instauré les budgets par service qui impliquent particulièrement les cadres supérieurs et les médecins chefs puisque des contrats d'objectifs sont passés chaque année. Ils ne disposent pas de la délégation de signature.

Le directeur du service de soins est en poste depuis 5 ans et conduit une politique forte de valorisation des cadres de santé. La démarche qualité et la politique d'évaluation des soins mises en place par les cadres ont été reconnues lors de l'accréditation.

La direction n'a pas mené dans l'établissement, une politique d'encadrement structurée, mais elle s'est engagée, suite aux mouvements de grève des cadres, de façon formalisée, à les associer, le plus possible, aux décisions.

Dans l'hôpital B, il existe une forte différence entre les cadres supérieurs et les cadres de proximité.

Les cadres supérieurs forment un groupe reconnu surtout par ses qualités de gestionnaire car ces cadres sont très impliqués dans la gestion financière des budgets de service. Ils sont en relation étroite avec le directeur des services financiers qui les implique fortement, les informe, les rencontre fréquemment. Comme nous l'avons souligné, ils sont les relais indispensables, de ce directeur avec les médecins.

Mais, les cadres de santé ne sont pas satisfaits. Ils revendiquent une identité de « gestionnaire pilote de projet », identité que le contexte externe (restrictions budgétaires) et interne (budgets de service) les a poussés à adopter. Ils attendent, non seulement une reconnaissance importante de la direction mais aussi d'être associés aux décisions notamment, aux décisions stratégiques concernant l'établissement.

Leurs propos nous montrent le décalage entre des discours qui se veulent novateurs (propos des directeurs notamment) et la réalité de la structure et de l'organisation hospitalière.

Les décideurs, gestionnaires, chargés des décisions politiques et stratégiques, ce sont les directeurs. Ils ont besoin des cadres supérieurs pour abaisser l'ambiguïté de leur positionnement par rapport aux médecins. Pour cela, ils ont largement favorisé l'implication des cadres de santé, dans leur territoire. Il n'est bien sûr pas question de leur en donner toutes les prérogatives. Sinon, il risque d'y avoir confusion des rôles. Ce que les médecins et le directeur des soins ont compris d'ailleurs. Ils n'acceptent pas vraiment la trop grande part que l'activité gestionnaire a pris dans l'activité des cadres supérieurs, les détournant de leurs activités d'encadrement des équipes et des soins.

La politique de la direction des soins, axée sur une forte valorisation des cadres de santé, compense ce manque d'implication dans les décisions.

Les cadres supérieurs ont d'autres signes de reconnaissance plus spécifiques à leur identité professionnelle, telle la démarche qualité, à travers l'évaluation de la qualité des soins.

Le directeur du service de soins les pousse à négocier directement avec les directeurs administratifs et avec les médecins chefs. Il les positionne de façon très forte dans leur rôle d'interface incontournable. Chaque fois qu'il est possible, ils renvoient les médecins et les directeurs vers les cadres supérieurs.

L'ensemble de cette stratégie et de la politique du directeur des soins leur permet de se sentir reconnus et de commencer à développer une identité de négociateur leur donnant un réel pouvoir stratégique.

Reste, que leur forte implication institutionnelle se fait au détriment, de l'animation de leur équipe de cadres.

Les cadres d'unité de soins sont beaucoup plus en difficulté. Ils se sentent isolés, très éloignés des décisions, ne comprenant pas toujours pourquoi elles sont prises.

Ils éprouvent un fort sentiment de non-reconnaissance.

Éloignés de la direction, très proches des unités de soins, ils sont « au cœur de la complexité hospitalière. »⁴⁸ Ils sont tiraillés par tous les acteurs, les équipes, les malades, les médecins. Ils se sentent incapables de jouer leur rôle pivot car ils sont soumis à trop d'incertitudes et de contraintes. Ils ont le sentiment de « subir » à tous les niveaux et de ne disposer d'aucun pouvoir stratégique et décisionnel.

Ils adoptent alors une identité de retrait, renoncent à leur pouvoir et préfèrent s'investir en dehors de leur travail.

Ils ne sont pas les interlocuteurs directs ni des directeurs ni du directeur des soins. Si les cadres supérieurs n'assurent pas leur fonction de relais, d'animateur et de soutien, ils sont en difficulté. La réunion mensuelle qu'organise le directeur des soins, ne suffit pas à les valoriser.

Le directeur des soins doit prendre en compte les difficultés des cadres de soins. Il doit repositionner les cadres supérieurs dans leur fonction d'animation et d'information de l'équipe cadre. Il doit travailler avec eux à réduire les contraintes.

Aider à la cohésion du groupe cadre permettrait aux cadres de soins de se sentir moins isolés et plus soutenus.

Les cadres médico-techniques, pour les mêmes raisons que dans l'hôpital A, se sentent reconnus.

⁴⁸ Le Bonniec B., *Les cadres de proximité au cœur de la complexité hospitalière*, mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, filière infirmiers généraux, 2000

Les cadres de rééducation comme les cadres experts sont très impliqués par la direction des soins, sur les projets des unités et dans la politique globale de démarche qualité. Ils se sentent reconnus et intégrés à un groupe. Ils vivent leur position de transversalité comme un atout contre le cloisonnement et comme une ressource pour les cadres de services.

En comparant ces deux hôpitaux, nous avons pu mettre en évidence, toute l'importance de la structure, de l'organisation et de la répartition des pouvoirs.

Les politiques mises en place tant par la direction, que par la direction des soins sont essentielles pour que se développe l'identité professionnelle des cadres de santé qui permet la négociation et leur donne un réel pouvoir stratégique.

Le directeur du service de soins de l'hôpital A doit, comme le souligne Alex Mucchielli, « *permettre, aux individus, comme aux groupes ou aux cultures, d'atteindre la maturité de leur identité – qui les verra abandonner leurs comportements défensifs agressifs pour des comportements de négociation – c'est les aider à créer les conditions qui permettront aux sentiments constitutifs du sentiment d'identité de se développer.* »⁴⁹

⁴⁹ Bernoux P., op. cit. p. 122

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE : VERIFICATION DE L'HYPOTHESE

Rappel de notre hypothèse : « le sentiment de non-reconnaissance des cadres de santé est lié aux attentes divergentes et parfois contradictoires des autres acteurs hospitaliers. Il tient à la difficulté des cadres de santé d'influer sur les décisions au sein de l'hôpital. Jouer leur rôle d'intégrateur entre les différentes logiques hospitalières permettrait aux cadres de santé de faire de leur position d'interface un atout. »

Nous pouvons dire que notre hypothèse est en partie confirmée mais elle demande à être précisée.

Notre étude montre que le sentiment de non-reconnaissance est lié principalement à un problème identitaire.

C'est l'écart entre l'identité adoptée par les cadres de santé et l'identité attendue par les autres acteurs qui crée un malaise générateur du sentiment de non-reconnaissance.

De même, les attentes des autres acteurs renforcent ce sentiment, dès lors que les cadres ont des difficultés à se positionner et à affirmer leur rôle d'encadrement des soins et d'animation d'équipe.

Car, les attentes, même si elles sont parfois divergentes, voire contradictoires, sont toutes tournées vers un même but, « soigner au mieux le malade ».

Les cadres de santé, conscients que leur objectif est le même, et qu'ils peuvent, dans leur champ de compétences, développer des actions spécifiques qui vont dans ce sens, se sentent reconnus.

Leur rôle d'interface, de relais, de pivot entre les différentes logiques peut conférer aux cadres de santé une zone de pouvoir importante. Ceux qui savent l'utiliser, comme les cadres supérieurs de l'hôpital B, en retirent un sentiment de reconnaissance, mais limité quand les décisions dépassent leur domaine d'actions (décisions budgétaires).

C'est à travers un de leur domaine de compétences, l'évaluation de la qualité des soins, qu'ils ont pu se sentir le mieux reconnus (accréditation).

Cette étude nous montre aussi toute l'importance d'une politique institutionnelle et d'une politique de la direction des soins qui favorisent leur encadrement.

Le directeur des soins doit créer les conditions de cette reconnaissance pour que les cadres de santé adoptent une identité de négociateur, identité qui leur octroie un réel pouvoir stratégique.

La troisième partie de ce travail abordera le plan d'action que nous proposons de mettre en place pour aider, à cette nécessaire construction de l'identité professionnelle des cadres de santé.

3 - CONTRIBUTION DU DIRECTEUR DES SOINS

À la construction de l'identité professionnelle des cadres de santé

Comme nous l'avons montré dans notre étude, Le cadre de santé est en « mal » d'identité professionnelle. Entre l'identité qu'il s'est construite et qu'il exprime, et l'identité attendue par les autres acteurs hospitaliers, il existe un décalage, à l'origine d'un malaise identitaire, générateur du sentiment de non-reconnaissance.

Est-ce l'institution, les contraintes, les exigences réglementaires, la formation, qui ont poussé les cadres de santé à s'investir de plus en plus dans la gestion et la conduite de projets ? Cette question ferait à elle seule l'objet d'une nouvelle étude.

Il apparaît surtout, que cet investissement est moins en adéquation avec les attentes des autres acteurs hospitaliers et peu générateur de reconnaissance.

Aussi, comment aider les cadres de santé à retrouver et à construire une identité qui intègre leurs aspirations de reconnaissance et de collaboration ?

Comment les aider à répondre aux attentes des autres acteurs, à leurs propres attentes, dans une organisation complexe aux multiples interactions avec l'environnement ?

Nous proposerons trois axes d'actions :

- **Participer à la reconnaissance institutionnelle des cadres hospitaliers**: la politique institutionnelle doit prendre en compte la spécificité cadre. Elle doit mener une politique, dans son projet d'établissement, à travers son projet social notamment, qui permet la reconnaissance et la prise en compte de son équipe d'encadrement. Cette politique doit impliquer l'ensemble des acteurs, définir les valeurs et les attentes.... soit, **enclencher la reconnaissance**.
- **Collaborer avec la direction des ressources humaines pour mener une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) des cadres de santé** : Le directeur des soins, avec son équipe cadre, doit collaborer à une politique de gestion prévisionnelle des cadres : Affectation, recrutement, intégration, référentiel, évaluation, mobilité, formation.... Cette politique permettra de travailler sur les

missions, le rôle des cadres, de détecter les potentiels, de travailler sur les profils de cadres attendus, d'anticiper les évolutions...soit, **enclencher le processus d'identité professionnelle ...**

- **Développer un style de management** permettant aux cadres de santé de se sentir reconnus, de se positionner, de prendre conscience qu'ils disposent d'une zone d'autonomie, qu'ils peuvent s'entraider...**pour qu'ils construisent leur propre identité professionnelle.**

3.1 UNE INSTITUTION ENQUISE DE SON ENCADREMENT :

Enclencher la reconnaissance...

Les cadres de santé nous l'ont dit, ils attendent beaucoup de l'institution. Les acteurs hospitaliers nous l'ont dit, ils attendent beaucoup des cadres.

Aussi, le directeur des soins doit axer son action, avec celle des autres acteurs hospitaliers, sur cette nécessaire reconnaissance des cadres hospitaliers au niveau institutionnel.

3.1.1 Faire émerger le concept de cadre hospitalier

Tout le monde s'accorde à le dire, dans un contexte en pleine mutation, « *il est incontestable que l'encadrement, en particulier l'encadrement infirmier, est le fer de lance du changement.* »⁵⁰

Ceci paraît d'autant plus incontestable quand nous parlons de l'encadrement au sens large, quel que soit son domaine de compétences, soignant ou non soignant.

Cette notion d'encadrement au sens large est essentielle. « *L'hôpital de demain impose aux cadres de jouer un rôle commun au sein de l'établissement. Il exige que les cadres disposent d'une culture commune, qu'ils partagent les mêmes valeurs, qu'ils adhèrent au même projet d'établissement, qu'ils développent des interactions au quotidien, dans une même démarche d'innovation et de progrès à la recherche de l'efficience* »⁵¹.

⁵⁰ Tavernier N., op. cit., p. 14

⁵¹ Calmes G., Abbad J., Pour l'émergence du concept de cadre hospitalier, *Gestions Hospitalières*, Août-Septembre 1995, p.546

Il nous semble important de faire émerger, au sein de l'institution, en partenariat avec les directeurs, les médecins chefs et l'ensemble des cadres, ce concept de cadre hospitalier.

L'objectif est de construire une identité collective qui donne aux cadres de santé le sentiment d'appartenance à un corps, sentiment fondateur de l'identité. C'est aussi de privilégier la mise en relations d'acteurs opposés le plus souvent dans un conflit de logiques catégorielles.

Cette conscience de former un même groupe peut-être initiée par des formations communes, séminaires ou conférences. Elle peut se construire lors de rencontres bi-annuelles réunissant l'ensemble des cadres de l'établissement, rencontres préparées pour informer, expliquer et répondre aux interrogations.

Les projets (projet d'établissement, projets de soins), l'accréditation, sont autant d'occasion de concertation, de travaux en commun, qui privilégient la transversalité et la construction de l'identité cadre.

La reconnaissance peut aussi être renforcée par l'élaboration d'une chartre de l'encadrement engageant les différents acteurs.

3.1.2 Participer à l'élaboration d'une chartre de l'encadrement

Elaborer une chartre de l'encadrement est un signe de reconnaissance fort qui engage l'ensemble des acteurs. Aussi, nous pensons que le directeur des soins doit impulser une dynamique dans ce sens et participer à l'élaboration de cette chartre avec la direction, les chefs de service et l'équipe d'encadrement.

Cette chartre doit permettre de fédérer les cadres hospitaliers autour de valeurs communes telles qu'elles découlent de la chartre du patient hospitalisé et des missions du service public. L'objectif prioritaire est la qualité de la prise en charge globale de l'usager.

Elle doit prendre en compte, les besoins et les attentes des cadres en matière d'implication et de reconnaissance, à l'appui des missions et des responsabilités qui leur sont confiées. Elle doit traduire la volonté de l'institution de favoriser leur participation et leur responsabilisation par des pratiques efficaces basées sur le partenariat, la transparence et la transversalité.

Elle doit garantir la mise à disposition continue des informations, de formations adaptées et des outils nécessaires à l'accomplissement des missions des cadres.

Cette chartre est un engagement fort, un contrat permanent qui doit traduire la confiance et la reconnaissance réciproque des directions et des chefs de service vis à vis des cadres.

Cette chartre s'inscrit naturellement dans le projet d'établissement, mais doit s'accompagner, d'une politique de gestion des ressources humaines. Cette politique est formalisée dans le projet social et assortie d'une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Le directeur des soins joue un rôle prépondérant dans la GPEC des cadres de santé et va, avec le directeur des ressources humaines, collaborer efficacement à sa mise en place.

3.2 LA GPEC DES CADRES DE SANTE : UNE NECESSAIRE COLLABORATION AVEC LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Enclencher le processus d'identité professionnelle...

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est une approche dynamique. Elle permet **d'anticiper**. Cette notion, donnée centrale pour les cadres, « *souvent mise à mal par la pression du quotidien, est pourtant essentielle en matière de gestion des hommes car le temps y est une variable prédominante, tant en termes objectifs (exigences réglementaires d'ancienneté, durée des formations diplômantes, délais des procédures), que subjectifs (durée inhérente à la modification des habitudes et des comportements)*⁵²

La GPEC s'appuie sur **un plan stratégique**, définit par les orientations générales de l'institution. Elle permet de **réduire les écarts** pour favoriser la plus exacte adéquation entre les besoins et les ressources dans une perspective d'avenir, ressources qualitatives et quantitatives (effectifs, compétences). Elle permet ainsi de travailler sur les profils de cadres attendus.

Elle permet surtout **d'impliquer les agents** par une prise en compte de leurs aptitudes et de leurs aspirations individuelles, donnée tant réclamée par les cadres..

⁵² Derenne O., Lucas A., *Le développement des ressources humaines*, Editions ENSP, Rennes, 2002, p. 21

Cette approche est d'autant plus intéressante qu'elle permet d'intégrer les évolutions démographiques, structurelles, sociologiques et organisationnelles. Avec la GPEC, nous pouvons réduire les écarts générateurs de malaise identitaire.

Le métier et la compétence sont deux des concepts qui caractérisent la GPEC. La mobilité, l'évaluation et l'accompagnement en sont des moyens.

3.2.1 Le métier de cadre de santé

Nous devons, avec le directeur des ressources humaines et les cadres, contribuer à définir le métier de cadre.

La mise en place d'un groupe pluridisciplinaire impliquant directeurs, médecins, et cadres permettra de définir les missions et activités des cadres de santé, cadres d'unité, cadres supérieurs, cadres experts.

Ce groupe doit faire une analyse de l'existant. Cette analyse sera basée sur des données quantitatives et qualitatives : l'histoire du métier de cadre de santé, sa description à travers ses activités, l'énoncé des compétences actuelles nécessaires pour le maîtriser, et les principaux problèmes qui y sont liés.

Il est important aussi d'effectuer une analyse prospective en identifiant les facteurs d'évolution et leur impact sur le métier.

Le métier de cadre de santé est sensible. C'est un métier « *dont la nature, le positionnement ou les effectifs connaîtront de fortes évolutions à court et moyen termes* »⁵³

Aussi, pour déterminer de quels professionnels nous aurons besoin, pour réduire les écarts, il nous semble essentiel d'effectuer cette analyse.

Ce premier travail en commun permettra aux différents acteurs de collaborer, de se concerter et d'exprimer chacun leurs attentes.

Nous pourrons ainsi déterminer les compétences nécessaires pour les futurs cadres de santé et les adapter aux évolutions.

⁵³ Donius B., *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences – Enjeux, concepts et illustrations*, document pédagogique ENSP, janvier 2002

3.2.2 Le référentiel de compétences

Élaborer un référentiel de compétences va permettre d'identifier les compétences nécessaires au métier de cadre de santé.

La notion de compétence englobe non seulement les qualifications requises mais encore l'ensemble des comportements observables jugés nécessaires. « *Dans cette perspective, la compétence peut être définie comme l'ensemble des connaissances, des capacités d'action et des comportements structurés nécessaires pour réaliser une activité donnée.* »⁵⁴

Ce référentiel permettra d'identifier des compétences communes à l'ensemble des cadres de santé (exemple : La conduite de projet) et des compétences spécifiques (liées au métier d'origine).

Il sera alors possible de repérer les niveaux de compétences, niveaux attendus et maîtrisés.

Notre enquête a montré que les attentes sont nombreuses en matière de compétences et que celles développées par les cadres de santé ne sont pas toujours en adéquation.

Les cadres de santé doivent pouvoir affirmer leur identité de négociateur et savoir se positionner face aux différents acteurs de l'hôpital. Ils doivent répondre aux fortes évolutions et gérer des situations professionnelles de plus en plus complexes.

« *L'encadrement doit aujourd'hui concevoir son rôle d'une façon différente. Son expertise technique n'est plus sa seule raison d'être ; elle doit céder le pas aux tâches de coordination, de développement des compétences, de tutorat, de médiation.* »⁵⁵

Au regard de notre analyse, les cadres de santé doivent développer des savoirs sociaux pour acquérir un réel pouvoir stratégique et une reconnaissance.

Les savoirs sociaux⁵⁶ sont les capacités à développer des compétences professionnelles adaptées, comportements professionnels (*dynamiser et motiver son personnel, apprendre à faire des propositions,...*), attitudes (*capacité d'écoute, d'argumentation, à gérer l'incertitude, à improviser,...*), capacités créatives (*capacité à oser, à faire face à l'imprévu, à élaborer des stratégies nouvelles,...*), attitudes existentielles et éthiques (*capacité d'analyse critique, d'auto-formation,...*). La difficulté, c'est que ces savoirs sont difficilement formalisables et

⁵⁴ Derenne O., Lucas A., op. Cit., p. 28

⁵⁵ Génélet D., op. cit. p. 202

⁵⁶ Barthès R., *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, document pédagogique, formation des directeurs de soins, ENSP, 2002, p. 29

transmissibles et s'apprennent majoritairement dans l'action. Ils sont très liés au parcours personnel et professionnel, aux représentations et croyances.

Ils sont donc très liés à la formation et à l'expérience.

Aussi, contribuer à la construction de l'identité professionnelle des cadres de santé, c'est, pour le directeur des soins, anticiper auprès des futurs cadres et mener une politique de gestion prévisionnelle qui privilégie l'expérience, la formation, le parcours professionnel et ainsi la transmission et l'acquisition des savoirs sociaux.

3.2.3 Privilégier l'expérience et le parcours professionnel

L'expérience est formatrice. Elle permet de développer les compétences managériales, de plus en plus indispensables, à l'exercice du métier de cadre de santé.

Les compétences managériales associent techniques de management (outils utilisés en management : Techniques de formation, conduite de projet, qualité...) avec les comportements managériaux (savoirs sociaux utilisés en management : Anticipation, communication,...)⁵⁷.

La mobilité, sous toutes ses formes⁵⁸, et l'ouverture sur l'extérieur sont de bonnes opportunités d'acquisition d'expérience.

3.2.3.1 La mobilité

Dans notre enquête, les cadres de santé interrogés sont en moyenne depuis 12 ans dans l'établissement et depuis plus de 8 ans dans leur poste. Ils ont fait peu de formation, surtout dans l'hôpital A. Seul deux d'entre eux ont occupé plus de deux postes de cadre depuis qu'ils sont en fonction. Ils ont été très peu mobiles dans leur fonction de cadre.

Favoriser la mobilité sous toutes ses formes nécessite quelques préalables.

⁵⁷ Ibid. p. 152

⁵⁸ Dans son mémoire : « La mobilité : Quels enjeux pour l'institution et les infirmiers ? », écrit durant sa formation d'infirmière générale en 1999, Martine Imbert décrit huit formes de mobilité : La mobilité liée au statut hiérarchique (mobilité verticale et horizontale), la mobilité liée à la nature du travail effectué (mobilité thématique et fonctionnelle), la mobilité liée à l'appartenance organisationnelle (mobilité interne et mobilité externe) et la mobilité liée au lieu de travail (mobilité spatiale et géographique). Elle souligne, que ces formes de mobilité ne sont pas exclusives les unes des autres, mais au contraire cumulables.

La mobilité est organisée et intégrée à la politique institutionnelle. Elle s'inscrit dans la politique de gestion des ressources humaines et la GPEC.

De plus, la mobilité « repose sur un triptyque connaissance des besoins institutionnels, connaissance des motivations des acteurs, connaissance des profils des acteurs. »⁵⁹

➤ La connaissance des besoins institutionnels

La connaissance des besoins institutionnels s'opère d'un point de vue quantitatif (nombre de postes vacants, prévision de départs à la retraite, mutation) et qualitatif (compétences et expériences nécessaires pour le poste).

Quelles sont les compétences requises du cadre de santé dans un poste donné à un instant T et les compétences attendues, à développer dans le cadre d'un projet d'établissement, d'un projet social, d'un projet de soins, d'un projet de service, d'ici T+5 ?

Le profil de poste peut répondre en partie à cette question, mais il ne suffit pas. Disposer de profil de services et d'unités permettrait d'aborder la future fonction sous l'angle d'un contexte d'action et de compétences à mettre en œuvre ou à développer.

Par exemple : quelle est l'organisation de soins ou de travail, la démarche qualité, le management, où en est-on de la mise en place des projets ? Quels sont les points forts, les points faibles, les difficultés ? Quelles sont les attentes des équipes, du chef de service ? ...

Ce profil serait élaboré annuellement par l'équipe de cadres et les médecins responsables et soumis au conseil de service. Il permettrait au sein de chaque service une évaluation des projets, des organisations, et la mise en place de plan d'amélioration de la qualité. Il serait fédérateur, objet de collaboration et de concertation entre les acteurs.

Pendant du rapport d'activité, il serait plus complet, car se déclinerait en termes d'objectifs, de moyens à mettre en œuvre et de résultats attendus.

⁵⁹ Crémadez M., Grateau F., *Le management stratégique hospitalier*, InterÉditions, Masson, Paris 1997, p. 424

Ainsi, les cadres pourraient percevoir la spécificité de la situation dans laquelle ils vont devoir interagir, quelles compétences ils vont mobiliser, quelles compétences ils vont pouvoir développer dans les postes proposés à la mobilité.

La mobilité peut s'entendre aussi en terme de flexibilité et permettre d'organiser le décloisonnement, les échanges d'expérience.

Favoriser la flexibilité, c'est rechercher, non plus la différenciation, mais les facteurs d'intégration et de proximité. Cela peut se traduire par l'organisation de remplacements entre cadres, l'organisation de gardes

« L'objectif de la mobilité est de donner la possibilité, à un individu placé dans une telle situation, de renouveler sa motivation c'est à dire de trouver un nouveau terrain pour enrichir ses compétences. »⁶⁰

La mobilité, même inscrite dans la politique de l'établissement doit restée basée sur le choix et la motivation.

➤ **La connaissance de la motivation et du profil des cadres de santé : l'évaluation**

La connaissance de la motivation et du profil des cadres de santé nécessite la mise en place d'un système d'évaluation inscrit dans la politique de gestion des ressources humaines de l'établissement.

Il nous apparaît comme essentiel que ce système d'évaluation repose sur une valeur forte qui est *« de considérer les personnels non seulement comme des ressources (uniques, rares, fragiles), mais comme ayant⁶¹ des ressources (inépuisables, mobilisables, insoupçonnées). »⁶²*

Pour le directeur des soins, l'organisation et l'encadrement, l'évaluation est une approche dynamique :

- Elle permet de suivre la contribution de chacun à la réalisation des objectifs et des projets du service de soins.

⁶⁰ Ibid., p. 426

⁶¹ souligné dans le texte

⁶² Derenne O., Lucas A., op. cit., p. 180

- Elle permet de connaître les niveaux de compétences, les potentiels et ainsi de rationaliser les décisions.
- Elle permet de repérer les dysfonctionnements, d'améliorer la communication.

« L'évaluation est un ajustement permanent entre le rôle attendu par l'institution (...) et le rôle effectivement tenu. »⁶³

Basée sur le référentiel de compétences et les profils de poste et de service, l'évaluation donne au cadre un espace de communication et de responsabilisation. Elle lui permet de faire le bilan régulier de ses compétences, de connaître ce qu'on attend de lui, de travailler sa motivation et son projet professionnel avec l'évaluateur (cadre supérieur ou directeur des soins).

L'évaluation, bien menée, peut renforcer le sentiment d'appartenance et par là même, le sentiment d'identité.

L'évaluation sert la motivation et les compétences des cadres, elle est ainsi outil pour favoriser la mobilité et l'ouverture sur l'extérieur

3.2.3.2 L'ouverture sur l'extérieur

« J'aimerais que les cadres soient plus mobiles, plus ouverts sur l'extérieur, qu'ils aillent voir ailleurs comment cela se passe. »

Cette attente, exprimée par un directeur lors de notre enquête, reflète la nécessaire ouverture de l'hôpital sur son environnement.

Il nous semble important, à nous aussi, directeur des soins, que les cadres de santé aient cette démarche.

Cette ouverture sur l'extérieur doit être favorisée de manière individuelle ou institutionnelle.

- par des rencontres organisées avec d'autres professionnels de la santé (infirmiers ou médecins libéraux, responsables de réseau, associations...)
- Par des confrontations de pratiques avec d'autres structures publiques ou privées

⁶³ Ibid. p.182

- Par l'organisation et la participation à des congrès, des séminaires, des formations avec des professionnels cadres responsables, extérieurs ou non au milieu de la santé

Nous aimerions constituer au sein d'une même région, un réseau d'échanges qui permettrait aux cadres de santé de se confronter à d'autres cultures et à d'autres organisations.

Nous pourrions envisager des stages ou des échanges sur des temps courts. Ces stages permettraient de rencontrer d'autres situations de travail et de management, de renforcer les expériences, les parcours et ainsi l'identité de cadre.

L'identité professionnelle est un processus dynamique qui, s'il doit se construire et se renforcer tout au long du parcours cadre, doit aussi s'anticiper à travers la préparation des futurs cadres de santé.

3.2.4 Du projet professionnel à la fonction cadre : un accompagnement nécessaire

Le métier de cadre de santé est un métier sensible. C'est un métier dont la nature, le positionnement et les effectifs connaissent ou vont connaître de fortes évolutions à court ou moyen terme.

Le contexte de diminution de la démographie soignante n'épargne pas les cadres, de nombreux départs à la retraite sont prévus dans les prochaines années. De plus, il semble que le « malaise des cadres » et les difficultés qu'ils rencontrent, provoquent plutôt un effet de désaffection qu'un effet d'attractivité.

De même, et nous l'avons vu dans notre enquête, c'est un métier soumis fortement aux évolutions, évolutions sociales (individualisation⁶⁴, attente participative forte et besoin d'implication), évolutions structurelles et organisationnelles (augmentation des interdépendances, développement des modes coopératifs, des approches transversales), évolutions économiques et réglementaires (manque de moyens, accréditation, 35 heures), évolutions technologiques (changements dans les modes de communication, rapidité des échanges). Toutes ces évolutions induisent un déséquilibre entre les compétences détenues et les compétences requises ce qui provoque un sentiment de non-reconnaissance et un malaise identitaire, comme nous l'avons montré dans notre enquête.

⁶⁴ « *L'individualisation est un développement de l'autonomie individuelle, c'est à dire de la capacité à déterminer ses règles de conduite en fonction de l'environnement et en vue de finalités connues et voulues* » Génélot D., op. cit. p. 207

Dans ce contexte, nous devons mettre en place une démarche spécifique à la filière « cadres de santé » : pour repérer les potentiels, favoriser l'expérience, effectuer une sélection appropriée, faciliter l'accompagnement des futurs cadres avant, pendant et après la prise de fonction ; Toute cette démarche permettant de générer de l'identité pour les futurs cadres de santé.

➤ **Repérer les potentiels**

Les cadres de santé en fonction doivent repérer les potentiels, faire émerger la demande des agents et l'analyser. L'entretien d'évaluation et l'observation régulière permettront ce repérage.

➤ **Favoriser l'expérience et les situations de professionnalisation (1)**

Dès l'expression du projet professionnel, le cadre doit stimuler l'expérience professionnelle :

- la participation à des groupes de travail
- des interventions en instituts de formation
- des expériences de postes diversifiées (pool de remplacements, changement de service)
- la participation aux projets (projet de soins, plan d'amélioration de la qualité)

A partir de l'expérience et du projet professionnel du candidat, un jury pluridisciplinaire comprenant un représentant de la direction, des médecins, des cadres de santé et le directeur des soins, prend la décision d'inscrire l'agent à la préparation cadre.

➤ **Favoriser l'expérience et les situations de professionnalisation (2)**

A nouveau, l'expérience et les mises en situation vont être favorisées par :

- la désignation d'un cadre tuteur, différent du lieu d'exercice, choisi par l'agent, parmi une liste de cadre agréé par la direction des soins (les missions et le profil du tuteur sont définis sur un document formalisé)
- compte tenu de son expérience professionnelle, il peut être demandé à l'agent de changer de service
- L'agent effectue une semaine de stage auprès de son cadre tuteur chargé, avec le cadre supérieur du secteur, de lui fournir des apports théoriques et pratiques
- Il obtient des délégations d'activité par le cadre de son secteur
- Il participe à des groupes de travail

- Il peut occuper un poste de faisant fonction cadre selon des modalités définies

➤ **Accompagner jusqu'à la réussite au concours**

L'agent a la possibilité de suivre une préparation au concours organisée par l'institut des cadres de santé. Il nous semble important que l'ensemble des acteurs puissent intervenir, directeurs, médecins et cadres, pour préparer les cadres à leur future fonction. Le cadre tuteur est chargé de faire le point régulièrement avec l'agent et de lui donner les moyens de la réussite ou de l'abandon du projet si cela lui semble nécessaire.

➤ **Favoriser l'expérience et les situations de professionnalisation (3)**

En fonction des agents, et en concertation avec l'institut de formation, il peut être envisagé deux modalités de formation :

- Une formation en continu, prévue sur 10 mois consécutifs, pour les agents ayant besoin de s'extraire de leur pratique professionnelle pour mieux l'analyser
- Une formation en discontinu sur une période de deux ans, pour les agents qui apprécient de garder un ancrage dans la réalité tout en bénéficiant d'espaces d'analyse de pratiques

➤ **Accueillir, intégrer et accompagner les nouveaux cadres**

L'accueil, l'intégration et l'accompagnement des nouveaux cadres de santé sont essentiels. Ils doivent permettre aux cadres d'exprimer leurs attentes, leurs difficultés pour éviter l'isolement et les positions de retrait. Une semaine d'accueil commune à toutes les nouvelles arrivées de l'année est organisée. Un tutorat est mis en place. Des entretiens réguliers, tous les trois mois, sont réalisés avec le cadre tuteur et le cadre supérieur. Le nouveau cadre rencontre le directeur des soins au bout de six mois de prise de fonction ou avant à sa demande. Les cadres supérieurs doivent être fortement impliqués dans cet accompagnement.

➤ **Favoriser l'expérience et les situations de professionnalisation (4)**

Le directeur des soins favorise, dès la prise de fonction, les rencontres avec d'autres professionnels, les remplacements, les gardes, l'implication dans des groupes de travail, les échanges. Elle favorise l'évaluation régulière des compétences et les formations.

Ainsi, cette démarche aide les cadres de santé à réussir leur passage entre leur métier d'origine et leur nouveau métier de cadre. Elle leur permet d'acquérir, au long de cette

préparation, un certain nombre de compétences, de connaître et de mieux répondre aux attentes des autres acteurs. Dès l'initiation de leur démarche, ils peuvent alors, commencer à construire leur identité de cadre de santé.

Le directeur des soins, comme les cadres de santé, est soumis aux facteurs d'évolution et à la complexité. De ce fait, il doit proposer à son équipe d'encadrement un management pour qu'elle se sente reconnue, valorisée. Ce management va contribuer à construire l'identité professionnelle des cadres de santé et à faire d'eux la véritable force de proposition attendue par l'hôpital.

3.3 UN MANAGEMENT AU SERVICE DES CADRES DE SANTE

Pour que les cadres de santé construisent leur identité professionnelle.

Trois axes sont, à notre avis, prioritaires : développer l'autonomie, fédérer autour de valeurs communes et du sens et construire une nouvelle direction de soins renforçant le sentiment d'appartenance au corps des cadres de santé.

3.3.1 Développer l'autonomie des cadres de santé

Développer l'autonomie des cadres de santé, c'est leur permettre d'être dans un dialogue constructif avec les autres acteurs hospitaliers, c'est leur donner davantage de responsabilités, d'initiatives, de liberté. C'est leur donner plus de pouvoir, car ils sont les mieux placés pour répondre et réagir promptement aux besoins des patients.

C'est leur permettre de développer leur capacité à coopérer et à innover.

C'est donc, en premier lieu, baser notre management sur la confiance ;

3.3.1.1 Valoriser la confiance,

« La confiance se trouve dans la certitude que la personne va tout faire pour réussir, pas dans le fait qu'elle va réussir. Confiance dans l'être, pas dans le faire »⁶⁵

⁶⁵ Martin B., Lenhardt V., Jarrosson B., *Oser la confiance*, INSEP Editions, Paris, 1996, p. 121

Le directeur des soins doit faire confiance à ses cadres. Il doit travailler cette relation de confiance qui permettra aux cadres de santé de prendre des risques, quitte à ce que des erreurs soient parfois commises.

Car, « *n'apprend-on pas plus de ses propres expériences et expérimentations que par n'importe quel autre processus ?* »⁶⁶

Ainsi, la confiance sera le résultat d'une coopération qui favorise les apprentissages et développe la compétence professionnelle des cadres de santé.

Cette confiance suppose que les cadres de santé puissent sans problèmes, parler ouvertement de leurs difficultés et des problèmes rencontrés, sans que leurs capacités soient remises en cause.

3.3.1.2 Favoriser l'accompagnement, l'écoute, le dialogue,

La confiance et l'autonomie ne se décrètent pas. Le directeur des soins doit mettre en œuvre les conditions pour faciliter ce passage, pour que les cadres de santé ne se sentent pas « abandonnés » comme certains nous l'ont exprimé lors des entretiens.

L'accompagnement, l'écoute et le dialogue sont nécessaires à tous les niveaux.

Le directeur des soins, suivant la taille de l'établissement, ne pourra pas seul, assurer cet accompagnement de l'ensemble des cadres de santé.

Aussi, il nous semble important, et notre enquête nous l'a confirmé, de repositionner les cadres supérieurs dans ce rôle indispensable « *d'accompagnateurs des cadres de santé.* » Comme le souligne Chantal Faugier-Seuret⁶⁷, la place du cadre supérieur est essentielle. Il a une vision plus globale des choix et des projets. Il peut aider le cadre de proximité à progresser. Le cadre de proximité « *a besoin qu'on lui propose un arrêt qui favorise le questionnement sur les pratiques de soins, sur les choix, sur les incidents significatifs qui éclairent, renforcent ou démentent les conceptions avec lesquelles il travaille.* »⁶⁸

Faire confiance et favoriser l'autonomie c'est instaurer avec les cadres de santé des relations qui laissent place à la concertation, au dialogue, à l'écoute. C'est aménager sa propre disponibilité dans une position plus fonctionnelle que hiérarchique.

⁶⁶ Art McNeil cité par Crozier M., Sérieyx H., *Du management panique à l'entreprise du XXIème siècle*, Maxima, 1994, p. 70

⁶⁷ Faugier-Seuret C., Le management en arrière-plan, *Objectif Soins* n°50, Février 1997, p. VII à XI.

⁶⁸ Ibid p. X

C'est passer « *du commandement, du contrôle et du traitement direct de l'information, au conseil, à la coordination, et au soutien.* »⁶⁹

Favoriser l'autonomie, c'est aussi donner aux cadres de santé les moyens de cette autonomie par plus de transparence, de communication, d'information.

3.3.1.3 Renforcer la transparence par la communication et l'information,

Les cadres de santé nous l'ont dit lors de notre enquête, souvent, ils ne sont pas informés du « pourquoi » des décisions prises et « comment » ces décisions sont prises. Ce n'est pas tant les décisions qu'ils contestent, que le manque d'informations sur ces décisions.

Aussi, nous devons instaurer des temps et des lieux pour communiquer avec les cadres de santé et des moyens pour les informer, pour qu'ils s'informent, pour qu'ils nous informent.

La transparence et la communication sont des éléments indispensables pour développer l'autonomie des cadres de santé. Ce sont des éléments nécessaires pour permettre que cette autonomie trouve une cohérence dans le projet collectif des cadres de santé.

La cohérence, le directeur des soins doit la construire par la co-élaboration avec les cadres de santé, des valeurs communes et du sens.

3.3.2 Fédérer les cadres de santé

Développer l'autonomie des cadres de santé ne doit pas conduire à renforcer l'individualisme et le cloisonnement. Aussi, est-il nécessaire, pour assurer une cohérence d'action, de définir avec eux des valeurs communes de fonctionnement et de donner le sens de l'action.

3.3.2.1 Fédérer autour de valeurs communes

Les valeurs, élaborées avec les cadres de santé, permettent de remplacer des règles rigides si nous basons notre management sur la confiance.

⁶⁹ Lefalgoux V., Les 7 défis du management de demain, *Maîtriser*, Le mensuel de l'encadrement, Décembre 1999, p. 20

Clairement établies, connues et respectés de tous les cadres, elles permettent à tous, d'avoir une marge de manœuvre suffisamment grande pour résoudre un problème, sans en référer à un supérieur hiérarchique.

Elles instaurent un climat de confiance entre tous les cadres de santé entraînant une augmentation de la motivation et du sentiment d'implication dans la vie quotidienne de l'hôpital.

Les valeurs communes sont gages de qualité, elles définissent les priorités, donnent le sens. Elles permettent d'établir une charte fonctionnelle basée sur la confiance, le respect de l'autre, de ses limites et de ses compétences. Elles valorisent la fonction des cadres de santé, les rapprochent et les fédèrent.

En cela, elles sont une des bases constituantes de l'identité professionnelle des cadres de santé.

3.3.2.2 Donner le sens de l'action

Le directeur des soins, pour tous les cadres de santé, doit être « *le porteur de sens* ». Cela nous semble d'autant plus important, qu'au regard de notre enquête, nous avons le sentiment que les cadres de santé ont perdu quelque peu le sens de leur action et leur mission.

Parce qu'il a une vision plus globale et plus large, le directeur des soins peut considérer la réalité selon des niveaux de logiques et des angles de vue différents. Il doit donc aider les cadres de santé à comprendre le sens de ces différentes logiques dans le projet d'ensemble.

« Les individus ne rechignent pas à travailler s'ils trouvent du sens à ce qu'ils font, car tout être humain est en quête de sens. Il s'agit là de préciser les finalités, les valeurs, les missions et rappeler souvent ce qui est important, échanger sur ces points. »⁷⁰

En cela, tout cadre de santé doit être porteur de sens auprès de l'équipe qu'il anime et veiller à assurer avec ses collaborateurs la cohérence du projet collectif.

Le projet de soins va permettre de fédérer les cadres de santé et les acteurs du service de soins, par l'élaboration de valeurs communes, et la construction du sens de l'action collective des cadres de santé.

⁷⁰ Chaboissier M., Quelle(s) formation(s) pour relever les défis ?, *Objectif Soins* n° 98, Août/Septembre 2001, p.VII

3.3.2.3 Le projet du service de soins

Le directeur des soins doit solliciter et organiser une réelle participation à l'élaboration du projet de soins. Le projet de soins implique tous les acteurs du service de soins. Il fédère les cadres de santé autour des valeurs et donne le sens de leur action.

« L'espace pour construire le sens est aussi dans la possibilité de mettre sa marque sur le projet auquel on participe. »⁷¹

A travers le projet de soins, lui-même intégré au projet d'établissement et au projet médical, les cadres de santé développent une même logique d'acteurs.

Cette même logique d'acteurs va être génératrice d'identité collective pour le nouveau groupe des cadres de santé.

3.3.3 Une nouvelle direction intégrant l'ensemble des cadres de santé

Les cadres de santé que nous avons rencontrés, comme nous l'avons montré dans notre étude, ont des parcours, des métiers d'origine, et des positionnements très diversifiés.

Créer une nouvelle direction de soins qui intègre l'ensemble des cadres de santé de l'établissement (infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens, laborantins, manipulateurs radio...) va constituer un défi important pour le directeur des soins.

3.3.3.1 Respecter les métiers d'origine

Lors de notre enquête, les cadres de santé médico-techniques et de rééducation nous ont exprimé leurs craintes par rapport à la nouvelle direction des soins para-médicaux. Ils craignent *« d'être noyés dans la masse des cadres infirmiers »* et que l'on ne reconnaisse plus la spécificité de leur métier d'origine.

Comme nous l'avons souligné, les cadres de santé ne sont plus des experts techniques au regard du développement rapide des technologies. Mais, leur connaissance du métier et les compétences techniques, qu'ils ont acquis, restent un des fondements de leur activité et de leur légitimité.

⁷¹ Génélet D., op. cit., p. 205

En effet, comme le souligne Jean-Pierre Legoff⁷² « *s'il existe des caractéristiques propres à l'activité de management, cela ne signifie pas pour autant que la technique y soit totalement absente.* »⁷³

Même, si le cadre n'intervient pas directement dans l'action, sa connaissance lui permet de comprendre les situations et les problèmes et de poser les bonnes questions.

« (...) *ses connaissances dans le domaine constituent toujours un arrière-fond mobilisable* »⁷⁴

3.3.3.2 Apporter une plus-value

La nouvelle direction des soins doit apporter une plus-value aux cadres de santé et aux patients.

Cette plus-value devra s'orienter en direction du patient et des prestations dispensées (amélioration des circuits, de l'accueil, de l'information, de la coordination des actions autour du patient).

La nouvelle direction des soins doit améliorer la coordination des services entre eux, urgences, radiologie, laboratoire,... et ainsi favoriser le décloisonnement et la transversalité.

Enfin, les cadres de santé doivent y trouver une nouvelle forme de reconnaissance et de valorisation de leurs compétences. Ils doivent y conduire des projets communs qui les rapprochent et renforcent leur identité professionnelle et collective.

⁷² Legoff J.P., *Les illusions du management – Pour le retour du bon sens*, Éditions La Découverte & Syros, Paris, 2000

⁷³ Ibid p. 62

⁷⁴ Ibid p. 63

CONCLUSION

Entreprendre une nouvelle étude concernant les cadres de santé paraît d'une banale originalité.

Nombre de directeurs des soins en formation se sont intéressés au sujet. Sous un angle d'attaque chaque fois différentes, ils ont traité des cadres de proximité, des cadres supérieurs. Leurs difficultés, leur autonomie, leur positionnement, leurs compétences, sont autant de thèmes qu'ils ont abordés.

Cette étude, traitant du sentiment de non-reconnaissance des cadres de santé, nous a permis de comprendre pourquoi ils expriment ce sentiment de façon récurrente. Elle ne prétend pas bien sûr, répondre en totalité à notre questionnement, mais elle tente d'en donner un début d'explication.

Cette réflexion sur le thème des cadres de santé, nous le pensons, doit se poursuivre.

D'une part, le métier de cadre de santé va continuer d'évoluer. Il va devoir sans cesse s'adapter et anticiper les changements et les évolutions. La prise en compte des droits des patients et des familles, les revendications et les exigences des professionnels, les réorganisations structurelles et organisationnelles, les exigences de qualité et de sécurité, sont autant de facteurs à prendre en compte dans « *la nécessaire évolution du métier de cadre de santé.* ».⁷⁵

D'autre part, les directeurs des soins doivent s'inquiéter de rendre le métier plus attractif et plus valorisé au regard de la pénurie et de la désaffection qui s'annoncent.

En cela, si les hôpitaux s'efforcent, avec les directions de soins, de valoriser et de reconnaître leurs équipes d'encadrement, ils permettront à celles-ci de se construire une identité professionnelle forte. De futurs professionnels pourront alors s'identifier aux cadres de demain. Ils deviendront, à leur tour, les garants d'une prise en charge globale de qualité, des patients et de leurs familles

⁷⁵ Pichon C., *Impulser, accompagner et donner du sens à la nécessaire évolution du métier de cadre de santé*, Mémoire infirmier général, ENSP, 2000

Bibliographie

OUVRAGES

BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, Evreux : Éditions du Seuil, 1985, 382 p.

BROUSSILLON A., *Surveillantes à cœur ouvert à cris perdus, un franc parler pour un autre regard sur une profession*, Paris : Éditions Seli Arslan, 1996, 190 p.

BURCKEL M.F., MULLER J.L., *Encadrement hospitalier – un nouvel exercice du pouvoir*, Vincennes : Éditions Hospitalières, 1996, 144 p.

CLEMENT J.M., *Les pouvoirs à l'hôpital*, Paris : Éditions Berger-Levrault, 1995, 191 p.

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

CROZIER M., SERIEYX H., *Du management panique à l'entreprise du XXIème siècle*, Paris : Éditions Maxima, 1994, 142 p.

DERENNE O., LUCAS A., *Le développement des ressources humaines*, Rennes : Éditions ENSP, 2002, 294 p.

GENELOT D., *Manager dans la complexité – réflexions à l'usage des dirigeants*, Paris : I.N.S.E.P. Éditions, 1998, 363 p.

GONNET F., *L'hôpital en question(s)*, Paris : Éditions Lamarre, 1992, 359 p.

LEGOFF J.P., *Les illusions du management - Pour le retour du bon sens*, Paris : Éditions La Découverte & Syros, 2000, 163 p.

MARTIN B., LENHARDT V., JARROSON B., *Oser la confiance - propos sur l'engagement des dirigeants*, Paris : INSEP Éditions, 1996, 165 p.

MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Les éditions des organisations, 1996, 434 p.

MUCCHIELLI A., *L'identité*, Paris : Presses Universitaires de France, 1999, 127 p. Collection Que sais-je ? n° 2288

PIOTET F., SAINSAULIEU R., *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*, Paris : Presses de la Fondation nationale des Sciences Politiques et Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, 1994, 377 p.

RAZER J., *La maîtrise de la fonction cadre de santé à l'hôpital*, Paris : Doin Éditeurs, Éditions Lamarre / Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 1998, 105 p.

RUANO-BORBALAN J.C., *L'identité, l'individu, le groupe, la société*, Auxerre : Editions Sciences Humaines, 1998, 394 p.

SAINSAULIEU R., *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*, Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences politiques, 1998, 476 p.

DOSSIERS DE REVUE

« Infirmier surveillant ou cadre de santé ? », *Soins Psychiatrie*, Janvier/Février 2001, n°212, pp.13-37

« Être cadre en l'an 2000, réflexion et théorie », *Soins Cadres*, La revue de l'encadrement et de la formation, 2^{ème} trimestre 2000, n°34, pp. 2-37

« Être cadre en l'an 2000, approches pratiques », *Soins Cadres*, La revue de l'encadrement et de la formation, 3^{ème} trimestre 2000, n°35, pp. 2-45

« Le cadre infirmier manager en mutation », *Objectif Soins*, Octobre 1995, n°36, pp.23-36

« Comprendre les organisations, un siècle de réflexion sur les organisations », *Sciences Humaines*, Mars/Avril 1998, Hors-Série n°20, pp 3-71

ARTICLES DE REVUE

ABRAHAM J., Identité hospitalière, cultures de métier, *Revue de gestion des ressources humaines*, Juillet-Août-Septembre 1998, n°28, pp.3-14

CAGNOLI S., Crise et remaniement identitaires des cadres hospitaliers, *Gestions Hospitalières*, Avril 1996, pp. 297-300

CALMES G., ABBAD J., Pour l'émergence du concept de cadre hospitalier, *Gestions hospitalières*, Août/Septembre 1995, pp. 546-557

CHABOISSIER M., Quelle(s) formation(s) pour relever les défis ?, *Objectif Soins*, Août/Septembre 2001, n°98, pp.VI-IX

DUBOYS FRESNEY C., La direction du service de soins infirmiers et la place des cadres, *Objectif Soins*, Août/Septembre 2001, n°98, pp.II-IV

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

HART J., Positionnez-vous !, *Gestions Hospitalières*, Février 2000, pp.122-127

JEAN P., Le malaise des cadres soignant...ou le défi de la complexité, *Gestions Hospitalières*, Novembre 1999, pp.680-682

LEFALGOUX V., Les 7 défis du management de demain, *Maîtriser*, Le mensuel de l'encadrement, Décembre 1999, pp.17-24

LIPIANSKY E.M., Comment se forme l'identité des groupes, *Sciences Humaines*, Mars 1995, n°48, pp. 18-21

LOUBAT J.R., L'émergence de la fonction cadre, *Gestions Hospitalières*, Avril 1996, pp.292-296

RAPPORT

TAVERNIER N. et Coll, La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics, *Rapport d'étude du ministère des affaires sociales et de la ville*, janvier 1994, 67 p.

DOCUMENTS PEDAGOGIQUES

BARTHES R., *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, document pédagogique, formation des directeurs de soins, ENSP, 2002

DONIUS B., *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences - Enjeux, concepts et illustrations*, document pédagogique, ENSP, Janvier 2002

SCHWEYER F.X., *Sociologie de l'organisation hospitalière*, document pédagogique, formation des directeurs de soins, promotion 2002, ENSP

MEMOIRES

IMBERT M., *La mobilité : Quels enjeux pour l'institution et les infirmiers ?*, mémoire infirmier général, ENSP, 1999

LE BONNIEC B., *Le cadre de proximité : un acteur au cœur de la complexité du système hospitalier*, Mémoire infirmier général, ENSP, 2000

LEGOURD B., *L'infirmier général, directeur des soins paramédicaux*, Mémoire infirmier général, ENSP, 2000

PICHON C., *Impulser, accompagner et donner du sens à la nécessaire évolution du métier de cadre de santé*, Mémoire infirmier général, ENSP, 2000

PLAETEVOET J.M., *L'autonomie des cadres infirmiers de proximité*, Mémoire infirmier général, ENSP, 1999

TURBIAUX D., *l'infirmier général et les cadres supérieurs infirmiers : une compétence collective au service du patient*, Mémoire infirmier général, ENSP, 2001

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

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

Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996, ordonnance portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2001-1376 du 31 décembre 2001 relatif au classement indiciaire des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

Liste des annexes

- Annexe n° 1 : Questionnaire destiné aux cadres de santé
- Annexe n° 2 : Questionnaire destiné aux directeurs
- Annexe n° 3 : Questionnaire destiné aux médecins chefs
- Annexe n° 4 : Questionnaire destiné aux directeurs du service de soins

Annexe n°1

Questionnaire destiné aux cadres de santé

1. Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? Pourquoi vouliez-vous devenir cadre de santé ?
2. En quoi consiste votre travail de cadre de santé ?
3. Rencontrez-vous des difficultés dans votre travail de cadre, lesquelles ?
4. A qui faites-vous appel en cas de difficultés ?
5. Quelles sont vos relations avec la direction, les médecins, le directeur des soins ?
6. A votre avis, qu'attendent-ils de vous ?
7. Quelles sont vos relations avec vos collègues cadre de santé ?
8. Avez-vous le sentiment de faire partie d'un groupe cadre et pourquoi ?
9. Que pensez-vous de la fonction cadre dans votre établissement, pensez-vous être reconnu ?
10. Les nouveaux statuts cadre de santé et directeur des soins changent-ils quelque chose pour vous ?

Annexe n° 2

Questionnaire destiné aux directeurs

1. Quelles sont vos relations de travail avec les cadres de santé ?
2. Qu'attendez-vous des cadres de santé ?
3. A votre avis, les cadres de santé ont-ils des difficultés, lesquelles ?
4. Y-a-t-il une politique spécifique pour les cadres dans votre établissement ?

Annexe n° 3

Questionnaire destiné aux médecins chefs

1. Quelles sont vos relations de travail avec les cadres de santé ?
2. Qu'attendez-vous d'eux ?
3. A votre avis, les cadres de santé ont-ils des difficultés, lesquelles et pourquoi ?

Annexe n°4

Questionnaire destiné aux directeurs des soins

1. Quelles sont vos relations de travail avec les cadres de santé
2. Qu'attendez-vous des cadres de santé ?
3. A votre avis, les cadres de santé ont-ils des difficultés, lesquelles et pourquoi ?
4. Qu'attendent-ils de vous ?
5. Avez-vous le sentiment qu'il existe un groupe cadre de santé sur l'hôpital ?
6. Y-a-t-il une politique spécifique pour les cadres de santé dans l'établissement ?
7. A votre avis, quels sont les changements que vont apporter les nouveaux textes réglementaires concernant les cadres de santé et les directeurs de soins ?