



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2012**

Date du Jury : **décembre 2012**

**Le management des cadres de santé
dans la nouvelle gouvernance des
établissements: enjeux et
perspectives pour la direction des
soins**

Régis CAILLAUD

Remerciements

Nous tenons à remercier tous les professionnels interviewés, qui par leur disponibilité et leur expertise ont fait de ce travail une expérience enrichissante.

Nous remercions également les intervenants de l'EHESP pour leur accompagnement, ainsi que tous les élèves de la promotion Simone Veil pour la cohésion développée dans le groupe.

Enfin, nous n'oublions pas tous nos proches, qui nous ont encouragé et soutenu durant ces deux années passées.

Sommaire

Introduction	1
1 Cadre conceptuel	5
1.1 Un contexte historique.....	5
1.1.1 Qui sont les cadres et d'où viennent-ils ?	5
1.1.2 Les cadres de santé : un historique d'hésitations entre le soin et la gestion.	6
1.2 Les activités du cadre.....	7
1.2.1 Mais que font réellement les cadres ?	7
1.2.2 Les activités du cadre.....	8
1.2.3 Différents métiers au sein d'une même profession	12
1.3 Les facteurs d'évolution de la fonction de cadre de santé	13
1.4 La direction des soins et l'encadrement.....	14
1.5 La communication managériale un élément clé.....	15
1.6 Les pièges à éviter	15
2 L'exploration conduite sur le terrain	17
2.1 La méthodologie d'exploration mise en œuvre	17
2.1.1 Les outils sélectionnés et la méthodologie d'analyse	17
2.1.2 Les sites retenus pour l'enquête.....	18
2.1.3 La population enquêtée.....	19
2.1.4 Les limites de l'enquête.....	19
2.2 Résultats des analyses	20
2.2.1 Analyse de l'expression des cadres	20
2.2.2 Analyse de l'expression des cadres de pôle.....	25
2.2.3 Analyse de l'expression de la direction des soins.....	29
2.2.4 Analyse de l'expression des directeurs d'hôpitaux	31
2.2.5 Analyse de l'expression du chef de pôle	32
2.3 Synthèse et diagnostic	32

3	Un projet de management des cadres de santé piloté par la direction des soins.	35
3.1	Axe 1 : Une consommation optimale d'une ressource rare et précieuse... ..	36
3.1.1	Transférer les activités qui ne relèvent pas du management de proximité. .	36
3.1.2	Formaliser l'organigramme de la direction des soins et de l'encadrement ..	38
3.1.3	Concevoir une cartographie des activités de l'encadrement	38
3.2	Axe 2 : Une communication managériale pour un autre positionnement... ..	40
3.2.1	Identifier et sacraliser les temps de communication	40
3.2.2	Introduire de l'information stratégique dans les réunions de l'encadrement	41
3.2.3	Informers et former les cadres sur les politiques de santé	41
3.3	Axe 3 : Le développement d'une culture d'objectifs et de résultats dans le management des cadres de pôle	42
3.3.1	Formaliser la sélection, le recrutement et la formation des cadres de pôle .	42
3.3.2	Utiliser le contrat de pôle comme levier à la culture d'objectifs.	43
3.3.3	Systématiser l'entretien d'évaluation professionnelle	44
3.4	Axe 4 : L'accueil et l'intégration des cadres	44
3.4.1	Formaliser un classeur d'accueil dédié à l'encadrement	45
3.4.2	Organiser des parcours d'intégration spécifiques.	46
3.4.3	Structurer un compagnonnage lors de la prise de fonction	47
3.5	Les perspectives.....	48
	Conclusion.....	49
	Sources et bibliographie	51
	Liste des annexes.....	I
	Annexe I	II
	Annexe II	III
	Annexe III	IV
	Annexe IV	VI
	Annexe V	VI
	Annexe VI.....	VII

Liste des sigles utilisés

CGS	Coordonnateur général des soins
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CP	Cadre de pôle
CS	Cadre de santé
CSS	Cadre supérieur de santé
DG	Directeur général
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DS	Directeur des soins
HPST	La loi Hôpital-Patient-Santé et Territoire
IFCS	Institut de formation des cadres de santé
MCO	Médecine - chirurgie - obstétrique

Introduction

Positionné comme faisant-fonction de directeur des soins dans un centre hospitalier universitaire en janvier 2011, nous avons vécu peu de temps plus tard un mouvement de grève des cadres de santé en unité de soins. Il est suivi très massivement et porté par deux organisations syndicales de l'établissement. Il s'inscrit dans les suites d'un plan de retour à l'équilibre programmé sur trois ans et qui se termine. Le facteur déclenchant est un projet de réorganisation de la permanence des cadres de santé. Dans les revendications, les cadres expriment un manque de concertation, une réduction de leurs marges de manœuvre, un manque de reconnaissance et une perte de confiance dans l'équipe de direction dont la direction des soins. Ce mouvement reste circonscrit aux cadres de santé des unités de soins.

Chantal de Singly dans son rapport sur la mission des cadres hospitaliers de septembre 2009 écrit en introduction : « *Maillon central, pilier du service, clef du changement, référence permanente et solide ... les mots ne manquent ni aux directeurs ni aux médecins pour souligner le rôle essentiel que jouent les cadres à l'hôpital. Ces mots, les cadres les connaissent; ils et elles les ont tant entendus, eux qui ne comptent ni leurs heures ni leur énergie, pour soutenir leurs équipes, repenser les organisations de travail autour de la qualité et de l'efficacité ou répondre aux nombreuses priorités qui s'imposent à eux. Mais au-delà des mots, quelle place occupent réellement les cadres dans l'organisation hospitalière ? Quelle confiance leur est-elle faite dans leur capacité à conduire leurs équipes ? Comment sont-ils associés aux décisions stratégiques de l'établissement ? Quelle reconnaissance reçoivent-ils et perçoivent-ils de ceux qui les encadrent et de ceux dont ils sont partenaires ?* »¹

Ce malaise des cadres connu et reconnu depuis quelques années, est majoré par une situation paradoxale. En effet, ils se disent happés en permanence par de plus en plus de gestion imposée par l'organisation de l'établissement. Cette gestion les éloigne de l'activité de soins et des équipes qu'ils managent, alors que l'employeur les attend de plus en plus sur les questions de l'organisation des soins, de la pertinence de soins, et dans une relation de proximité avec les équipes et les patients. Ces mêmes attentes des employeurs, sont parfois les raisons premières d'une mise à distance par les cadres de

¹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Rapport «Mission Cadres Hospitaliers », présenté par Chantal de Singly, 11 septembre 2009, p5.

santé, de situations de proximité difficiles à gérer et beaucoup plus exposantes qu'un exercice « à distance » de la fonction.

Dans son rapport sur la mission des cadres hospitaliers, Chantal de Singly formule trente-six propositions catégorisées en cinq thématiques autour « *de la définition d'une réelle politique managériale au sein de chaque établissement..., d'une reconnaissance universitaire de la formation des cadres et le renforcement du lien avec le métier..., d'une dynamique régionale du développement des compétences managériales et de soutien des cadres..., d'un accompagnement national des projets et des innovations conduits par les cadres..., d'une valorisation des niveaux de responsabilités des cadres par les statuts et les rémunérations* »². Toutes ces recommandations ont fait naître de l'espoir puis de la désillusion devant le statu quo observé.

D'autre part, s'il est vrai que la question de la formation des cadres de santé doit être repensée au regard de l'évolution des activités exercées et des compétences attendues, comme le préconise le rapport « Quelles formations pour les cadres hospitaliers » de Michel Yahiel et de Céline Mounier³, il n'en demeure pas moins que dans la symbolique, s'interroger sur la formation des cadres de santé, renvoie à des manques observés et renforce probablement un sentiment de « non compétence » que l'encadrement paramédical entend régulièrement au niveau des équipes soignantes, médicales et parfois sur sa propre ligne hiérarchique.

Depuis la loi de 1970, toutes les lois, décrets ou ordonnances liés aux évolutions de l'hôpital ont impacté plus ou moins fortement les fonctions de l'encadrement. Dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), la nouvelle gouvernance des établissements de santé est très précisément définie sur les plus hauts niveaux de décision, que ce soit en central ou au niveau des pôles. Force est de constater qu'elle « oublie » les niveaux de management intermédiaire, ce qui renforce probablement cette impression de non reconnaissance des cadres de santé et génère en plus des incertitudes sur leurs pratiques managériales futures. Quels seront les attendus des structures et des acteurs, les liens fonctionnels avec les chefs de pôle, les liens hiérarchiques avec la direction des soins ? Autant de questions qui taraudent en permanence l'encadrement de proximité et l'encadrement intermédiaire des structures hospitalières.

Au regard de ces constats nationaux et de notre expérience locale, au regard des difficultés préexistantes antérieurement à 2009, ainsi qu'au regard des modifications de

² Ibidem

³ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. Rapport « Quelles formations pour les cadres hospitaliers ? », établi par Michel YAHIEL et Céline MOUNIER, novembre 2010.

l'organisation hospitalière depuis 2009 et des facteurs d'incertitudes qu'elles génèrent, notre question de départ est la suivante :

Pour le Directeur des soins, quels sont les enjeux du management des cadres de santé en unité de soins dans la nouvelle gouvernance des établissements de santé?

La loi HPST, en positionnant le directeur des soins comme membre de droit du directoire, pose le soin comme l'un des socles de l'organisation de l'hôpital, en lien avec le projet médical. Dans les activités attribuées au directeur des soins, nous notons dans le référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation « *qu'il participe à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins* »⁴

Demain, l'un des enjeux pluri-professionnels dans lequel le directeur des soins sera au cœur de la question, consiste à pouvoir adapter l'offre de soins aux besoins de la population, à partir de l'évaluation réalisée par les cadres de santé sur la pertinence des soins, la pertinence des parcours patients, la pertinence des organisations, pour que l'établissement demeure une organisation efficiente. Pour mettre en œuvre les évolutions inéluctables des activités de soins et accompagner les équipes qui les vivent, les cadres deviennent des professionnels incontournables sur qui repose une grande part de la réussite de ces changements, changements de plus en plus nombreux et de plus en plus complexes. Dans un système où le périmètre d'intervention du directeur des soins peut dépasser celui d'un seul établissement, dans une organisation où sa proximité avec le soin devient de plus en plus difficile, il apparaît fondamental de maintenir les liens fonctionnels de cette ligne hiérarchique.

Définir et piloter un projet de management comme le préconise Chantal de Singly dans le rapport de la mission des cadres hospitaliers de septembre 2009, nous semble un élément de réponse possible dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance. Dans un environnement en pleine mutation, où les liens fonctionnels entre les acteurs évoluent, notamment avec la place accordée au chef de pôle dans la gestion des ressources humaines, redéfinir la place et les activités des cadres dans l'organisation de l'hôpital devient un impératif. Il appartient donc à chaque hôpital, et tout particulièrement au directeur des soins, d'organiser les conditions nécessaires à l'exercice des activités des cadres de santé. Mais quelles sont ces conditions ? Quels sont les besoins des structures ? Quels sont les besoins et attentes des acteurs ? Quelles sont les

⁴ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS – CENTRE NATIONAL DE GESTION, « Référentiel métier de Directeur (trice) des soins », mars 2010, p 5.

ressources et les contraintes de ces professionnels ? Ce sont les questions et les axes de réflexion que nous allons explorer dans ce travail, au travers de l'analyse de dix-huit entretiens réalisés sur deux établissements différents, un Centre Hospitalier (CH) et un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

La première partie de ce travail consiste à apporter un éclairage théorique du sujet, notamment par une approche conceptuelle. La deuxième partie est consacrée aux résultats de l'exploitation des données collectées lors des entretiens. Puis, à partir du diagnostic posé, nous formalisons dans une dernière partie les actions à mettre en œuvre dans un rôle futur de directeur des soins en gestion.

1 Cadre conceptuel

1.1 Un contexte historique

1.1.1 Qui sont les cadres et d'où viennent-ils ?

Selon P. Bouffartigue « *le mot cadre appliqué à un ensemble d'individus qui exercent une fonction sociale est d'origine militaire...à la fin du XVIIème siècle, il désigne des officiers et sous-officiers qui s'interposent entre l'état-major et le soldat* »⁵. Fin du XVIIIème siècle, le mot commence à être utilisé pour désigner les cadres de l'économie et de la nation. Il se diffuse au cours du XXème siècle et tout particulièrement dans les années 1930 au niveau des industries dont les organisations se sont taylorisées. L. Boltanski explique que la catégorie des cadres s'est développée dans les années 1930, suite à la crise financière de 1929 et la montée du socialisme, pour « *créer un lien entre une classe ouvrière montante et radicalisée et un patronat français de droit divin* »⁶. Ainsi, les cadres sembleraient être nés en France d'un besoin de liens et d'interpositions entre des groupes sociaux différents.

Dans les années 1960, les représentations sociales des cadres se sont profondément transformées. « *Ces modifications sont liées à l'importation des systèmes de valeurs, des technologies sociales et des modèles d'excellence d'origine américaine...il y a là une remise en cause du modèle historique des cadres à la française... D'une dénomination unificatrice de cadre apparaît alors le terme manager, qui creuse un fossé entre l'élite de la classe dirigeante formée dans les grandes écoles et la masse des autres cadres* »⁷. En 1997, la Confédération française de l'encadrement (CGC) qui avait contribué à imposer la représentation de ce groupe comme un groupe distinct, perd la première place au collège de l'encadrement aux élections prud'homales. En plus de cette évolution, P. Bouffartigue⁸ note comme significative, la participation ponctuelle des cadres à certains conflits collectifs (France Télécom en octobre 1993, SNCF en octobre 1995, Crédit Foncier en décembre 1997). Le modèle de cadre semble ainsi quelque peu déstabilisé, sa fonction commence à être interrogée, les doutes et les problèmes de reconnaissance débutent.

⁵ BOUFFARTIGUE P., 2001a, *Les cadres : fin d'une figure sociale*, Paris, La dispute, p57.

⁶ BOLTANSKI L., 1982, *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, les Editions de Minuit, p 65

⁷ ibidem

⁸ BOUFFARTIGUE P., 2001a, *Les cadres : fin d'une figure sociale*, Paris, La dispute.

1.1.2 Les cadres de santé : un historique d'hésitations entre le soin et la gestion.

Dès le Vè siècle de nombreux établissements sont créés pour accueillir les pauvres, les malades et les déshérités. La vie dans ces hôpitaux est rythmée par la vie monastique, les normes religieuses sont la référence. Dès le début, une partie de ces religieuses n'assure pas les soins mais clairement des fonctions d'intendance et de vérification d'un certains nombres de normes. P. Bourret nous explique « *si la première responsabilité commune à toutes les sœurs est l'accueil du malade....les religieuses ont une fonction que nous nommerions aujourd'hui de maîtrise des dépenses... Elles assurent un rôle au quotidien dans le contrôle des dépenses, veillant à faire des économies par une gestion rigoureuse tant auprès des malades que du personnel* »⁹. Sous la révolution, les religieuses ont continué à assurer leur service sous réserve de le faire à titre individuel et sous l'habit laïc, ce qu'elles feront pour beaucoup d'entre elles. Elles resteront également dans cette période sur cette double fonction de soins et de gestion. M. Poisson évoque « *des religieuses qui surveillent plus qu'elles ne soignent* »¹⁰ et ancre déjà dans l'histoire de cette profession la question que se pose depuis des décennies dans l'organisation hospitalière, et que P. Bourret résume ainsi « *la surveillante (le cadre) a-t-elle avant tout une fonction soignante ou, au contraire sa fonction doit-elle être totalement indépendante de l'activité soignante ?* »¹¹.

L'évolution de la fonction de surveillante se fait en lien avec le développement de la médecine scientifique (1950-1990). Dans les années 1960, les religieuses ont progressivement disparu et sont remplacées par des infirmières laïques, recrutées parmi les meilleures et qui bénéficient soit de l'ancienneté dans le service, soit de cinq ans d'ancienneté et du certificat cadre consécutif à une formation de huit mois. C'est la période des progrès médicaux, des grandes constructions du parc hospitalier, de la création de plateaux techniques qui positionne l'exercice des surveillantes dans une fonction soignante. Être reconnue comme l'infirmière la plus experte est un atout à cette époque pour être nommée surveillante.

De 1990 à nos jours, l'évolution de la fonction de surveillante est liée à la rationalisation gestionnaire. F.-X. Schweyer évoque « *la lente mais irrésistible montée de l'esprit gestionnaire* »¹². Le consumérisme médical associé aux contraintes économiques

⁹ BOURRET P., 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital*, Paris, édition Seli Arslan, p 20.

¹⁰ POISSON M., 1988, *Origines républicaines d'un modèle infirmier*, Vincennes, Edition Hospitalières, p 53.

¹¹ BOURRET P., 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital*, Paris, édition Seli Arslan, p25.

¹² SCHWEYER, F.-X, 2000, « Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail du soin », in *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, ENSP, p 149-170.

importantes pour P. Bourret suppose « *une rationalisation des prises en charge des malades et reconfigure le travail des médecins et des personnels...Il se traduit par un nouveau programme de formation des cadres en 1995 qui parachève une orientation totale de la fonction vers une dimension gestionnaire* »¹³. Les connaissances en médecine et chirurgie ne sont plus testées au concours d'entrée en institut de formation des cadres de santé, les savoirs enseignés sont liés à l'économie de la santé et à la gestion, la fonction de cadre de santé s'éloigne ainsi de la clinique et de la fonction soin.

Mais la loi HPST du 21 juillet 2009 et le contexte médico-économique fixent de nouveau pour les cadres de santé des attentes sur la dimension du « soin » et tout particulièrement sur la question de l'organisation des soins et des parcours de soins, de l'éducation et de la promotion de la santé.

Ainsi, l'histoire de cette profession qui oscille entre le soin et la gestion, traduit des doutes, des interrogations, des craintes et une faible affirmation de la place et du rôle des cadres dans l'organisation hospitalière.

1.2 Les activités du cadre

1.2.1 Mais que font réellement les cadres ?

Il s'agit à priori d'une question simple, dont la simplicité pourrait même paraître provocatrice. Mais cette question est ancienne et les réponses ne semblent pas aussi évidentes qu'il n'y paraît.

Force est de constater qu'il est difficile de définir le rôle et les activités d'un cadre. Chantal de Singly pose la question dès l'introduction de son rapport sur la mission des cadres hospitaliers : « *Mais que font-ils vraiment ?* »¹⁴. La question est également posée dans ce rapport quand elle parle du « *travail invisible des cadres* »¹⁵, qui sous-entend que des acteurs internes et externes aux structures hospitalières n'ont pas de vision précise sur ce que font les cadres de santé en unité de soins. Ce problème de visibilité du travail des cadres était déjà existant au début du siècle dernier et commun à la fonction cadre dans de nombreux secteurs d'activité.

En effet, H. Mintzberg en 1973 notifiait également dans l'introduction de son ouvrage : « *Que font les cadres ? Il s'agit d'une question simple, adressée aux cadres par leurs*

¹³ BOURRET P., 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital*, Paris, édition Seli Arslan, p 37.

¹⁴ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Rapport «Mission Cadres Hospitaliers », présenté par Chantal de Singly, 11 septembre 2009, 124p

¹⁵ ibidem

enfants, par les spécialistes fonctionnels qui travaillent pour eux et par les étudiants qui aspirent un jour à les remplacer. Si vous poser cette question, il est probable qu'on vous répondra en reprenant les termes qu'utilisait Fayol en 1916 : les cadres planifient, coordonnent et contrôlent. Bien répondez-vous. Mais que font-ils vraiment ? »¹⁶ Ainsi il semblerait que depuis plus d'un siècle, la question de ce que font les cadres interroge les auteurs et un grand nombre de professionnels qui parfois côtoient ces cadres au quotidien, sans réellement savoir ce qui remplit leurs journées.

1.2.2 Les activités du cadre

A) Les activités du cadre catégorisées en dix rôles principaux.

H. Mintzberg¹⁷ classe les activités du cadre au travers de dix rôles observables qu'il regroupe en trois catégories. Les rôles de symbole, d'agent de liaison et de leader sont classés dans les rôles interpersonnels, les rôles d'observateur actif, de diffuseur et porte-parole représentent les rôles liés à l'information, tandis que les rôles d'entrepreneur, de régulateur, de répartiteur des ressources et de négociateur sont les rôles liés à la décision. H. Mintzberg¹⁸ explique que cette description va bien au-delà de la simple description de Fayol en 1916 « les cadres planifient, coordonnent et contrôlent », qui ne permettait pas de classer un grand nombre d'activités comme celles où un cadre remet une médaille du travail à un subordonné, donne une information à l'un de ses collaborateurs, ou bien encore lorsqu'il écoute et prend connaissance des revendications d'un groupe de salariés.

Mais plus que le classement en catégorie de ces dix rôles, H. Mintzberg rajoute « Ces dix rôles forment un gestalt - un ensemble total. Les trois rôles interpersonnels découlent de l'autorité formelle et du statut du cadre ; ils donnent naissances aux trois rôles liés à l'information, qui à leur tour permettent au cadre d'assumer les quatre rôles décisionnels. »¹⁹. Ainsi, H. Mintzberg nous explique qu'une seule activité même de l'ordre du symbolique, considérée comme une des activités les plus simples, contribue à l'exercice des activités les plus complexes dans les rôles liés à la décision. Participer à une remise de médaille, c'est montrer une attention particulière à l'autre, qui sera peut-être génératrice de confiance, confiance qui sera peut être utile dans un moment de

¹⁶ MINTZBERG H., 1973, *Le manager au quotidien*, deuxième édition mise à jour et complétée, Eyrolles : Editions d'organisations, p15.

¹⁷ MINTZBERG H., 1973, *Le manager au quotidien*, deuxième édition mise à jour et complétée, Eyrolles : Editions d'organisations, pp 65-104.

¹⁸ ibidem

¹⁹ MINTZBERG H., 1973, *Le manager au quotidien*, deuxième édition mise à jour et complétée, Eyrolles : Editions d'organisations, p 107.

négociation qui précèdera une prise de décision. Toutes les activités du cadre deviennent au service des objectifs des cadres.

B) Des activités aux services des objectifs du cadre... dans un contexte d'incertitudes.

H. Mintzberg complète son analyse, et après avoir défini les rôles du cadre, il s'intéresse aux objectifs des cadres et se demande pourquoi les organisations ont besoin de cadres. Il dit « *le travail du dirigeant n'est pas celui de l'organisation; c'est le travail particulier qui consiste à maintenir l'organisation en fonctionnement* »²⁰ et rajoute le commentaire de D. Braybooke « *les cadres sont nécessaires que parce que l'organisation est imparfaite* ». ²¹ : Toujours pour H. Mintzberg, il apparaît que lorsqu'un cadre assure une activité clairement identifiable, alors celle-ci peut être faite par un subordonné, dans le cadre d'une délégation faite à un spécialiste et ne relève plus du leadership. A tel point que D.Katz et R. Kahn identifient quatre raisons d'être du leadership, toutes liées à des imperfections et des imprévisibilités, intérieures ou extérieures à l'organisation : « *une organisation incomplète, un environnement changeant, la dynamique interne de l'organisation, la nature des personnes composant l'organisation* »²². H. Mintzberg en suggère six : « *assurer la production efficiente de biens et de services, organiser les opérations de l'organisation et en assurer la stabilité, adapter l'organisation de façon contrôlée à son environnement changeant, garantir que l'organisation serve les objectifs de ceux qui la contrôlent, servir de lien clef dans le domaine de l'information entre l'organisation et son environnement, et faire fonctionner le système statutaire* ». ²³ Il s'agit donc ici des objectifs réels et forts qui justifient la présence des cadres de santé au sein des unités de soins, à l'inverse des objectifs « *mous, vagues et ambigus...comme rendre les malades au monde extérieur en meilleure forme* »²⁴ cités par I. Sainsolieu, et souvent traduit par l'encadrement comme le formule le cadre C « *mon rôle est de garantir la bonne prise en charge du malade* »²⁵.

Ainsi les cadres deviennent des éléments incontournables dans l'organisation car ils maîtrisent par leur expertise le champ des aléas, au sens de la « *maîtrise des zones*

²⁰ MINTZBG H., 1973, *Le manager au quotidien*, deuxième édition mise à jour et complétée, Eyrolles : Editions d'organisations, p 105.

²¹ ibidem

²² KATZ D. and KAHN R.L., 1966, *The social Psychology of organizations*, New York : Wiley.

²³ MINTZBG H., 1973, *Le manager au quotidien*, deuxième édition mise à jour et complétée, Eyrolles : Editions d'organisations, p111.

²⁴ SAINSOULIEU. I., 2007, *L'hôpital et ses acteurs, Appartenances et égalités*, Paris : Edition Belin, p 100

²⁵ Entretien du cadre C – annexe I

d'incertitudes »²⁶ selon M. Crozier. Cela signifie donc également que la place que les cadres occupent dans cette nouvelle organisation, leur donne du pouvoir, c'est-à-dire des moyens de pressions, d'actions, et de négociation sur les autres membres.

C) Une charge de travail importante qui aboutit à des profils différents...

Toutes les études montrent que les cadres ont beaucoup de travail et un rythme soutenu, au point qu'ils sont souvent contraints à travailler chez eux. H. Mintzberg nous dit en 1973 : « *ce travail est caractérisé par la brièveté, la variété, et la fragmentation* »²⁷. Il est évident que les nouvelles technologies et tout particulièrement la messagerie électronique, accentuent ces caractéristiques d'un travail conséquent et dans l'immédiateté. La question qui se pose pour l'auteur est pourquoi les cadres adoptent-ils ce rythme et cette charge de travail? Il y répond en évoquant « *l'absence de définition précise du travail* » et il explique « *qu'à contrario de l'ingénieur qui a terminé sa pièce, de l'avocat qui a perdu ou gagné son affaire, le cadre n'a jamais terminé son travail. Il n'est jamais sûr d'avoir réussi, il n'est jamais certain que son organisation ne s'effondrera pas, en conséquence il est perpétuellement préoccupé, et peut toujours penser que ça irait mieux s'il en faisait un peu plus* »²⁸. Si les activités du cadre sont soutenues, il n'en demeure pas moins pour H. Mintzberg que certains profils se dégagent et se caractérisent par un type d'activité majoritaire. Il évoque ainsi le cadre « *homme de contact* » dont les rôles clés seront focalisés sur l'agent de liaison et le symbole, le « *cadre politique* » qui sera plus porte-parole et négociateur, le cadre « *entrepreneur* », le cadre « *interne* » qui se situe comme répartiteur de ressources, le cadre « *en temps réel* » comme régulateur, le cadre « *équipier* » comme leader, le cadre « *expert* » comme observateur actif et porte-parole, le cadre « *nouvellement nommé* » comme agent de liaison et observateur.

D) Alors, que font les cadres de santé au sein de l'organisation hospitalière?

« *Que font les cadres de santé au quotidien ?* »²⁹ C'est également la première phrase qu'écrit Paule Bourret dans son livre « *Les cadres de santé à l'hôpital* ». C'est une véritable question qui se pose quel que soit le temps et l'espace de travail du cadre. Sujet du siècle dernier il reste et demeure d'actualité. Sujet sur le métier de cadre-dirigeant en général, il l'est donc également sur le métier de cadre de santé à l'hôpital.

²⁶ CROZIER.M, FRIEDBERG.E, l'acteur et le système, édition du seuil, 1977

²⁷ MINTZBG H., 1973, *Le manager au quotidien*, deuxième édition mise à jour et complétée, Eyrolles : Editions d'organisations, p 63.

²⁸ ibidem

²⁹ BOURRET P., 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital*, Paris : Seli Arslan, p11.

P. Bourret rajoute : « A cette question : que font les cadres ? Eux-mêmes ne le savent pas; en tout cas ils ont du mal à le dire. Ils quittent leur travail épuisés, tout en se demandant ce qu'ils ont fait. Ils déplorent l'envahissement de leurs journées par des choses à régler, comme si « ce qu'ils ont à faire les empêchait de faire ce qu'ils veulent faire »³⁰.

Rendre compte de ce que font les cadres de santé nécessite de différencier la tâche de l'activité. P. Bourret nous dit « c'est la différence entre ce que l'on me demande (la tâche) et ce que cela me demande (l'activité) »³¹. Plus que dans tous les autres métiers, il faut effectivement ajouter à la tâche toute l'énergie que les cadres mobilisent pour maîtriser les aléas, qui produira in fine l'activité du cadre de santé. Elle complète par : « Approcher le travail du cadre de santé c'est tenter de mettre en évidence la façon dont ils s'y prennent, l'intelligence qu'ils mobilisent pour atteindre leurs objectifs »³².

L'activité des cadres de santé est une activité de lien qui n'est quasiment jamais répertoriée dans les fiches de poste des cadres : « Aujourd'hui le nombre d'informations et de connaissances à manipuler est devenu très important. Personne ne détient ni la totalité des informations, ni la totalité des compétences pour obtenir la performance... L'activité de l'hôpital requiert de travailler ensemble, car l'action d'une seule personne, fût-elle médecin, ne suffit pas pour atteindre le résultat »³³. La nécessité de coopération, de collaboration, d'interdisciplinarité, de travail d'équipe, de mutualisation est une idée largement acceptée.

P. Zariffian distingue la coordination et la coopération : « la coordination est la version faible de la coopération. Elle consiste à ordonner ensemble des actes de travail...elle permet de créer une organisation en juste à temps au niveau de la prestation de soins. La coopération, version forte, implique de communiquer, au sens de construire et de développer un espace d'intersubjectivité, de compréhension réciproque...d'établir des accords solides »³⁴. Le travail des cadres de santé relève assez rarement de la coopération, mais beaucoup plus souvent de de la coordination et d'un travail d'articulation. Tout se passe comme si ce travail de lien, essentiellement constitué d'un travail de coordination, soit dans les trajectoires malades, soit dans la gestion du personnel ou bien encore dans la gestion des ressources matérielles, envahissait leur journée au détriment de ce qu'il voudrait faire, un autre travail de lien, un travail de coopération au travers du management et la conduite de projet. Cette situation est à relier

³⁰ BOURRET P., 2006, Les cadres de santé à l'hôpital, Paris : Seli Arslan, p 147

³¹ BOURRET P., 2006, Les cadres de santé à l'hôpital, Paris : Seli Arslan, p 46.

³² ibidem

³³ BOURRET P., 2006, Les cadres de santé à l'hôpital, Paris : Seli Arslan, p 52.

³⁴ ZARIFFIAN, P., 1998, Travail et communication. Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle, Paris : PUF, p 14.

à la multiplication du nombre d'infirmières référentes ou d'infirmières coordinatrices que l'on observe au sein des organisations de soins, et qui consistent le plus souvent à décharger les cadres de ces activités chronophages.

E) Un référentiel d'activité des cadres de santé en cours de validation

Ainsi, définir les activités du cadre en unité de soins devient une priorité. C'est pourquoi, un groupe de travail chargé de réfléchir à la réingénierie de la formation des cadres de santé, conduit sous l'égide de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) élabore actuellement le référentiel d'activités et le référentiel de compétence des cadres de santé. Ces documents demeurent pour l'instant des documents de travail, mais devraient être diffusés prochainement. Dans sa dernière version, il fait état de sept catégories d'activités :

- *« La conception et la coordination des organisations de soins et des prestations associées,*
- *la gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activité,*
- *le management, l'encadrement et l'animation des équipes pluri-professionnelles,*
- *la gestion et le développement des compétences,*
- *l'animation de la démarche qualité et la gestion des risques, ainsi que le contrôle de la qualité et de la sécurité des soins,*
- *la mise en place et l'animation de projets,*
- *la veille professionnelle, les études et travaux de recherche et d'innovation »³⁵*

1.2.3 Différents métiers au sein d'une même profession

Pour R. Barthès, cadre de santé n'est clairement pas un métier mais une profession, c'est-à-dire *« un construit culturel dans lequel se mêle, comme dans toutes les professions (enseignant, architecte, avocat, notaire, médecin...), sentiment d'appartenance (ordinaire par exemple), formation de base et finalités communes. »³⁶*

Par contre il identifie plusieurs métiers concernant le management des soins: cadre d'unité de soins, formateur, chef de projet, chargé de missions... Parallèlement, il explique que les niveaux de management sont structurants des compétences managériales attendues et des métiers exercés. Encadrer une équipe de professionnels de soins ne recouvre pas les mêmes activités et surtout ne requiert pas les mêmes compétences qu'encadrer une équipe de cadres. *« Le management de proximité définit un profil type*

³⁵ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, « Cadres de santé – référentiel d'activités », version document de travail de juin 2012.

³⁶ BARTHES, R., 2010, « dessine- moi le cadre de demain... », Soins Cadres, n°75, pp 20-23)

assez différent du management intermédiaire pour que l'on puisse parler de deux métiers distincts. Dans le management de proximité, l'opérationnel et le court terme prime, les décisions sont prises au jour le jour... Dans le management intermédiaire, le moyen terme prime et l'évaluation de ses décisions ne peut souvent intervenir qu'après quelques mois »³⁷. Dès lors, pour R. Barthès, le premier profil est celui d'un manager de terrain ayant besoin de maîtriser des compétences immédiatement opérationnelles et plutôt mobilisables en temps réel. Le second profil de cadre intermédiaire est plus politique et stratégique.

1.3 Les facteurs d'évolution de la fonction de cadre de santé

C'est le contexte de crise économique, de consumérisme et d'augmentation des dépenses de santé qui a poussé le législateur à modifier les règles de fonctionnement des établissements de santé. La modification de ces règles imposées de fait a eu un impact sur les pratiques professionnelles hospitalières et notamment sur celles de l'encadrement. Il a été demandé aux professionnels de santé d'intégrer une dimension économique à leurs pratiques et de participer à la gestion de l'hôpital. Les évolutions technologiques, les réformes successives des modes de financement, les enjeux du parcours patient, ou bien encore la démographie des professions de santé avec ses impacts sur l'évolution des métiers, sont autant de facteurs issus de ce contexte qui ont participé et participent encore à l'évolution des activités des cadres de santé en unité de soins.

Le champ des évolutions futures, réside principalement au travers des améliorations des systèmes d'informations, qui devraient faire évoluer considérablement le métier de cadre. Les systèmes d'information des ressources humaines sont encore aujourd'hui naissants, il en est de même pour la gestion de tous les processus supports et de prise en charge du patient. Pour R Barthès « *Le cadre de demain existe peut-être déjà, mais les contraintes techniques, organisationnelles et sociologiques sont telles aujourd'hui qu'il ne peut, telle la chrysalide, encore déplier ses ailes. La simplification administrative dans la gestion arrivera bien un jour et libèrera du temps managérial* »³⁸.

Dès lors, toujours pour R. Barthès³⁹ le profil managérial va évoluer considérablement autour de trois orientations structurantes:

- Une maîtrise attendue de la gestion quotidienne en confortant les fondamentaux qui constitue la base du métier de cadre de santé : l'organisation du travail et la répartition des tâches, la gestion administrative et financière avec un développement des compétences en analyse médico-économique, la gestion des ressources humaines et particulièrement celle des compétences individuelles et collectives.

³⁷ ibidem

³⁸ BARTHES, R., 2010, « dessine- moi le cadre de demain... », Soins Cadres, n°75, pp 20-23)

³⁹ ibidem

- Une capacité d'animation des équipes et des projets où les compétences "dures" du management seront déterminantes : capacités à gérer des projets, à conduire le changement, à argumenter et convaincre, à négocier et arbitrer, à traiter des situations conflictuelles. C'est probablement sur ces compétences que se feront de plus en plus les déterminants des carrières professionnelles et de leur évolution.
- Un positionnement fort de pédagogue et de producteur de sens où les capacités d'influence, d'anticipation, de détection, d'accompagnement, de soutien et de valorisation structureront un style managérial nouveau.

1.4 La direction des soins et l'encadrement

« La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) introduit des changements importants dans le système de soins....L'organisation de l'hôpital évolue vers un mode plus managérial où les relations au sein de l'établissement deviennent contractuelles passant par la définition d'objectifs et d'évaluation des résultats. »⁴⁰. Ce mode de relations contractuelles s'entend aux niveaux des organisations de l'établissement, mais aussi entre les acteurs qui les composent. Ainsi, dans le référentiel d'activité du directeur des soins, et tout particulièrement dans le champ de ses compétences propres, le directeur des soins « anime et coordonne les activités des cadres soignants, définit leurs objectifs en matière de politique de soins et évalue leurs résultats »⁴¹. Il appartient donc au directeur des soins, d'instaurer dans ses relations avec l'encadrement un mode managérial fondé sur ces principes. La direction des soins devient donc une direction d'objectifs et d'expertise et non une direction opérationnelle ayant simplement pour tâche d'affecter le personnel au sein de l'établissement.

D'autre part, un des enjeux pour le directeur des soins aujourd'hui à l'hôpital est indéniablement de générer des liens et de la cohérence entre les acteurs afin de contribuer à l'efficacité de l'établissement. Les cadres doivent bénéficier tout particulièrement de cette attention puisque l'activité du cadre est elle-même une forte activité de liens comme nous l'avons précisé précédemment. Cette cohérence au sein du groupe cadre ne peut s'obtenir qu'au prix d'une structuration de l'encadrement et d'une communication managériale efficace.

⁴⁰ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS – CENTRE NATIONAL DE GESTION, « Référentiel métier de Directeur(trice) des soins », mars 2010, p 1.

⁴¹ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS – CENTRE NATIONAL DE GESTION, « Référentiel métier de Directeur(trice) des soins », mars 2010, p 5

1.5 La communication managériale un élément clé

Après l'analyse des différents entretiens, il nous paraît nécessaire de compléter le cadre théorique par le concept de la communication managériale. Elle s'affiche au fil des années comme une valeur stratégique au sein de l'entreprise et commence à être perçue comme un véritable outil du management. Pour M. Imbert « *La tendance actuelle des entreprises à s'intéresser à la communication managériale correspond aux besoins de redonner un sens et des valeurs à des encadrants qui n'y croient plus et à des salariés égarés* »⁴². L'implication de l'encadrement s'avère indispensable pour faire comprendre et faire adhérer les équipes aux décisions stratégiques, très souvent inintelligibles, parfois paradoxales, voire en contradiction avec les valeurs des professionnels.

Maurice Imbert rajoute « *La communication managériale est une fonction partagée entre les managers et les professionnels de la communication...car ce n'est pas le communicant qui porte les messages, mais bien la ligne managériale et en toute cohérence* ». Il poursuit par : « *La relation qui s'établit entre le manager et le communicant nécessite de la confiance, donc du temps, et se construit dans une relation d'authenticité réciproque.* »⁴³

Dans l'organisation des établissements de santé, le directeur des soins par son positionnement stratégique notamment au niveau du directoire devient porteur de ce rôle de communicant des orientations et de la politique de soins de l'établissement, et les cadres de santé sont, ou doivent devenir, les diffuseurs et les démultiplicateurs de ces messages. La condition pour que cette communication managériale fonctionne et bénéficie aux professionnels de santé, et indirectement aux usagers, dépend donc de la qualité des relations qui existent entre la direction des soins et l'encadrement. Ainsi, le directeur des soins dans le management des cadres de santé, doit à la fois développer une culture d'objectifs et de résultats chez l'encadrement, mais aussi veiller au positionnement institutionnel des cadres et utiliser un mode relationnel qui favorise la qualité des interactions avec les cadres, car ils ne sont pas seulement des exécutants d'activités de planification, de gestion ou bien encore de contrôle, ils sont les véritables vecteurs des orientations stratégiques de l'établissement.

1.6 Les pièges à éviter

Si la direction des soins doit être attentive à la nature de ses relations avec l'encadrement, elle doit l'être également dans l'attribution des missions qu'elle confie aux

⁴² IMBERT M., La communication managériale : une nouvelle discipline, (visité le 20.08.2012), disponible sur internet : http://www.club-procom.fr/?page_id=26

⁴³ ibidem

cadres. Dans son étude sur la santé au travail, M. Detchessahar met en évidence dans son enquête que : « *le facteur de fragilisation des individus au travail n'est pas l'hyper-présence du management mais son absence...les salariés appellent à un retour au management y compris dans sa dimension d'évaluation* »⁴⁴. Dans les éléments qui expliquent la non présence des cadres en proximité, il identifie un facteur qui interroge la nature des activités des cadres confiées par les équipes de direction : « *Les équipes de direction sont extrêmement sollicitées par un travail aux frontières de l'organisation (tutelles, législateur, notateur...) et consomment la ligne hiérarchique pour les soutenir dans ce travail* »⁴⁵. L'organisation hospitalière n'échappe pas à ces dérives. La direction des soins doit être attentive à ce que les cadres de santé ne soient pas absorbés par des activités extérieures à l'unité de soins, pour « *ne pas créer un management de proximité empêché parce qu'aspiré sur d'autres scènes que celles de l'organisation interne du travail* »⁴⁶

Cette première partie décrit le contexte historique, culturel, et institutionnel de l'exercice des cadres de santé en unité de soins dans l'organisation hospitalière. Nous allons maintenant analyser dans une deuxième partie l'expression des cadres, des cadres de pôle, des équipes de direction et de l'encadrement médical.

⁴⁴ DETCHESSAHAR M., Quand le management n'est pas le problème mais la solution, (visité le 20.08.2012), disponible sur internet : www.has-sante.fr/.../diaporama-quand-le-management-n-est-pas-le-p...

⁴⁵ ibidem

⁴⁶ ibidem

2 L'exploration conduite sur le terrain

2.1 La méthodologie d'exploration mise en œuvre

2.1.1 Les outils sélectionnés et la méthodologie d'analyse

Nous avons choisi l'entretien semi-directif comme principal outil de recueil de données car il est le plus adapté aux éléments recherchés. Ainsi les informations recueillies concernent les thématiques suivantes:

- la description et la perception des activités du cadre de santé,
- les ressources et les manques à la réalisation des activités des personnes interrogées,
- les attentes des cadres par rapport aux acteurs de la nouvelle gouvernance (directeur général, directeur de site, coordonnateur général des soins, directeur des soins, chef de pôle, cadres de pôle) et la perception qu'ils ont des attentes de ces acteurs,
- les attentes de ces mêmes acteurs par rapport aux cadres de santé et la perception qu'ils ont des attentes des cadres de santé par rapport à leur propre fonction,
- la formation des cadres de santé,
- les enjeux à venir

Tant pour des raisons pratiques en termes de possibilité de lecture rapide, que comparatives, des grilles d'entretiens (confère annexe II) et une grille d'analyse des données (confère annexe III) ont été conçues permettant ainsi une harmonisation des restitutions. Le corpus des entretiens a été traité selon la méthode de l'analyse thématique à partir des thèmes abordés. Nous avons également essayé de recouper les éléments du discours des personnes interviewées avec des situations concrètes observées pour illustrer les propos tenus ou mettre en évidence les écarts au discours. Il s'agit principalement de deux réunions organisées par la direction des soins à l'intention des cadres de santé dont les ordres du jour figurent en annexe V.

En parallèle, des recherches documentaires ont permis d'appréhender le contexte législatif, institutionnel et social des établissements enquêtés, mais également d'affiner et de compléter les propos recueillis au cours des entretiens. Ces recherches ont pour but de replacer les paroles dans le contexte qui les a produit afin de mieux expliquer parfois la teneur de certains propos.

2.1.2 Les sites retenus pour l'enquête

Nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative sur deux établissements différents, un Centre Hospitalier (CH) et un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), implantés dans deux régions distinctes. L'organisation polaire pour ces deux structures est récente et date de 2009. Il ne s'agissait pas de réaliser une comparaison car chaque établissement vit une histoire et un contexte différent, mais bien de recueillir les interprétations des différents acteurs sur la place et le management de l'encadrement dans l'organisation hospitalière qui est la leur.

Le CH résulte de la fusion en 2003 de trois établissements. Il s'agit donc d'un établissement multi sites qui est à la fois un établissement de proximité avec ses trois services d'urgences, et un établissement de référence avec son plateau technique localisé sur le site principal. Il est situé au cœur de l'offre de soins du territoire. Il dispose⁴⁷ de 1551 lits et places dont 768 en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO). Ce CH réalise 41745 entrées directes, 445156 journées d'hospitalisation, 20735 hospitalisation de jour, 255747 consultations externes, 14834 interventions chirurgicales. L'hôpital est en équilibre financier, il est également certifié V 2010 sans réserve ni recommandation. Le CH est organisé en 7 pôles d'activités cliniques (cancérologie, médecine gériatrique, médecine spécialisée, chirurgie, soins critiques et post-urgence, femmes et enfants, médicotechnique), sous la responsabilité d'un chef de pôle qui est assisté d'un cadre de pôle.

Le CHU est composé de deux structures architecturales principales: un bâtiment monobloc où se situe l'activité de court séjour, ainsi qu'un hôpital pavillonnaire composé des activités de soins de suite, de réadaptation et de psychiatrie. S'ajoutent trois structures périphériques pour personnes âgées. Il s'agit donc également d'un établissement de proximité avec son SAMU et ses urgences situés au cœur de la ville, et d'un établissement de référence avec son plateau technique et ses activités de recours (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, transplantation, oncologie, hématologie...). Il dispose⁴⁸ de 3062 lits et places dont 774 de MCO. Ce CHU réalise en MCO 32557 séjours, 239052 journées d'hospitalisation, 43116 hospitalisation de jour, 47801 passages aux urgences. L'hôpital est en équilibre financier en 2011 et en cours de démarche de certification V 2010. Il est organisé en 9 pôles cliniques et médico-techniques (les pôles neurolocomoteur, médico-chirurgical cardiaque et vasculaire, médecine interne-gériatrie-urgences-spécialités, anesthésie-réanimation, psychiatrie,

⁴⁷ Données 2010 issues du document « les chiffres clés 2010 de l'établissement » du CH considéré.

⁴⁸ Données 2010 issues du document « les chiffres clés 2010 de l'établissement » du CHU considéré.

onco-transplantation-immunité, fonction image et thérapeutique, recherche clinique, biologie). Ils sont sous la responsabilité d'un chef de pôle assisté d'un cadre de pôle et d'un cadre administratif.

Ces deux établissements ont été respectivement premier et deuxième terrain de stage durant notre formation.

2.1.3 La population enquêtée

Nous avons interviewé dix-huit acteurs de ces organisations hospitalières. Il s'agissait en premier lieu de donner la parole aux cadres de santé en unité de soins, mais également aux acteurs principaux qui dans le cadre de leurs fonctions, collaborent plus ou moins étroitement avec ces cadres de santé dit de proximité. Pour des raisons pratiques et ne pas alourdir la rédaction de ce travail, quand nous écrivons « cadre de santé » ou « CS » », il convient de lire « cadre de santé en unité de soins ».

Ainsi nous avons interrogé⁴⁹ :

- six cadres de santé, dont quatre sont en CHU et deux en CH,
- cinq cadres de pôle dont trois sont en CHU et deux en CH,
- trois directeurs des soins en CHU dont un comme Coordonnateur Général des Soins (CGS),
- un chef de pôle en CHU,
- un directeur de site du CH,
- un directeur des ressources humaines en CHU
- le directeur général du CHU.

En accord avec les interviewés, les entretiens font l'objet d'un enregistrement et d'une prise de notes. Ils sont programmés sur rendez-vous et durent approximativement une heure. Les interviewés sont informés que l'anonymat est préservé. Les documents collectés sont également présentés en annexe de manière anonyme. Chaque catégorie professionnelle dispose d'une grille d'entretien spécifique mais elle est élaborée à partir des mêmes thèmes identifiés (confère annexe II).

2.1.4 Les limites de l'enquête

Compte tenu du caractère unique de l'entretien du chef de pôle, les propos recueillis ne peuvent représenter qu'une tendance et en aucun cas être pris pour des affirmations reproductibles et généralisables. Après l'analyse de son entretien, nous trouvons plus pertinent d'interroger également un chef de service ou un responsable d'une unité de soins pour disposer de la parole d'un médecin qui collabore en direct avec l'encadrement des unités de soins.

⁴⁹ Annexe I : liste des entretiens

2.2 Résultats des analyses

2.2.1 Analyse de l'expression des cadres

A) Quelles activités les cadres de santé disent-ils assumer?

Il s'agissait dans un premier temps d'analyser la description que les cadres font de leurs activités au travers des dix rôles identifiés par H. Mintzberg et du nouveau référentiel d'activité des cadres en cours de validation.

Tous les cadres interrogés décrivent dans leurs activités des tâches que l'on peut classer dans la catégorie « *conception et coordination des organisations de soins et prestations associées...* » du référentiel d'activité des cadres de santé qui est en cours de validation. Cependant, si tous utilisent des termes qui font référence à l'organisation des soins « *j'organise les staffs de soins palliatifs* », la gestion « *je gère les lits, entrées, sorties, transferts...pour articuler toute l'activité programmée et non programmée* », et à la coordination « *je fais les liens avec les services d'hospitalisation, ... je fais les liens avec les assistantes sociales...* », aucun d'entre eux n'utilise un vocabulaire en référence à la conception. Tout se passe comme si les cadres s'étaient totalement appropriés le champ de l'organisation des soins sur le versant de la mise en œuvre, mais ne s'autorisaient pas la possibilité de sa conception.

Le champ « du management, de l'encadrement et la gestion d'équipe » est également décrit de manière unanime par les cadres comme étant une composante importante de leur activité « *j'évalue les personnels, j'anime des groupes de travail... je suis assez proche du personnel, je reçois les agents s'ils ont besoin, je n'attends pas pour les recadrer... je fais participer les infirmières à des travaux pour des congrès, je gère les absences...* ».

Par contre, la gestion et le développement de compétences sont cités comme activité du cadre dans seulement deux tiers des entretiens « *j'accueille les nouvelles infirmières et je construis leur parcours de formation* ». Il s'agit exclusivement des cadres qui travaillent en CHU, ce qui est à mettre en lien avec des problématiques d'attractivité et de fidélisation de cet établissement. Seulement un tiers des cadres évoque comme activités les dispositifs de formation, la gestion de l'information, l'animation de la démarche qualité et la gestion des risques, la formation et la transmission de connaissances et de savoir-faire. Plus étonnant encore, un seul d'entre eux aborde la mise en place et l'animation de projet, et aucun n'évoque la conduite de travaux de recherche.

Ainsi, si globalement les cadres assument et exécutent les activités en lien avec l'organisation des soins et le management des équipes, il semblerait qu'ils s'approprient peu les activités qui génèrent les évolutions et le changement, telles que la conception de l'organisation des soins, l'animation de projet et la conduite de travaux, qui positionnent le cadre dans un autre rôle que celui d'exécutant.

Au travers de leurs propos, les cadres s'approprient les rôles interpersonnels, les rôles liés à l'information, et les rôles liés à la décision mais ils ne se conçoivent pas comme des « symboles » et des « entrepreneurs » au sens de H. Mintzberg. Si nous analysons ce qu'ils disent de leurs activités au travers de ces trois rôles, globalement les cadres répartissent quantitativement de manière égale leurs activités dans les rôles interpersonnels « *je fais les liens avec ...* », dans les rôles liés à l'information « *j'anime des réunions d'information...* » et dans les rôles liés à la décision « *...il y a aussi la régulation des équipes... la coordination du parcours patient...* ».

Les cadres décrivent essentiellement ces activités en termes d'exécution sur ces trois rôles avec des verbes d'actions tels que « je fais », « j'organise », « j'accueille », « j'évalue », « j'assiste », « je gère », « je coordonne », mais aucun ne positionne ses activités dans les catégories « cadre symbole » et cadre entrepreneur ». Ils n'ont pas lors des entretiens fait référence à leurs capacités à être force de proposition, à des actions de réflexion sur les organisations, à des participations aux orientations de leur service ni à leur représentation de l'institution. Ils n'évoquent ni projet de soins, ni projet d'établissement. Cette analyse corrobore la précédente, les cadres se positionnent dans un rôle d'exécution mais ne se conçoivent pas d'attributions stratégiques, d'innovation et de représentation.

B) Que disent les cadres de santé de ce qui les aide et de ce qui leur manque pour la réalisation de leurs missions ?

Les cadres de santé formulent trois éléments qu'ils considèrent comme une ressource pour la réalisation de leurs missions. En premier lieu, ils décrivent tous le collectif des cadres et la ligne hiérarchique CP/ CSS/DS comme leur ressource principale : « *le travail en commun avec les cadres...* », « *les CSS et cadres de pôle qui connaissent bien le service* », « *la ligne directive claire, fixée par la DS avec le soutien qui va avec...* ». La moitié d'entre eux évoque l'accès à l'information comme une ressource importante, soit par le mode des réunions, l'accès aux procédures, ou bien encore la messagerie électronique. Un tiers d'entre eux évoque la constitution de leur réseau et leur

connaissance du service et des pathologies comme une aide à la réalisation de leurs activités.

En ce qui concerne les manques, si quelques-uns évoquent le souhait d'un positionnement plus affirmé de certains acteurs, qu'ils soient médicaux ou membre de l'équipe de direction, tous formulent le manque de temps comme l'obstacle principal à la réalisation de leurs activités : « *un manque de temps pour assister à toutes les réunions, du coup je perds de l'information* », « *du temps pour faire bouger les équipes, faire accepter les changements...* », « *du temps pour mieux analyser et mieux manager [...] actuellement je passe quatre-vingt pour cent mon temps à la résolution de problèmes et vingt pour cent de mon temps à la conduite de projets...* ».

C) Quelles sont les attentes des cadres par rapport aux professionnels avec qui ils collaborent?

Si les attentes sont clairement formulées par rapport aux cadres de pôle, à la direction des soins et à l'encadrement médical, elles sont moins précises par rapport au chef de pôle.

Les attentes par rapport à l'encadrement supérieur sont formulées selon trois axes. Ils attendent en premier lieu que les CP véhiculent les orientations stratégiques de l'établissement et fassent le lien avec l'équipe de direction « *j'attends du cadre de pôle qu'il nous donne la ligne directrice* » - « *qu'ils soient nos interlocuteurs et qu'ils facilitent nos liens avec les membres de la direction* ». Ils attendent également des CP qu'ils fixent les objectifs à atteindre, définissent les délégations et les évaluent dans l'atteinte de leurs objectifs « *j'attends de mon CSS qu'il me fixe les objectifs, que les délégations soient pleines et entières, définies et respectées...* ». Enfin, ce qui est attendu de l'encadrement supérieur est formulé en termes de soutien, d'écoute, de guidance ou bien encore d'aide et d'accompagnement dans la poursuite des objectifs.

Par rapport aux directeurs des soins, les attentes dans les propos des cadres de santé sont également précises et consensuelles. Ils attendent du directeur des soins « *qu'il donne une vision politique et stratégique des orientations de l'établissement* », et qu'il assure le lien entre les différents acteurs de l'établissement « *c'est la seule personne à avoir une vision globale des situations* ». Ils expriment également des attentes en termes de soutien tout particulièrement sur les situations complexes, et d'impulsion de dynamique « *il doit impulser une dynamique soignante, faire bouger les cadres, nous obliger à travailler sur d'autres missions....c'est important...* ».

Les attentes par rapport à l'encadrement médical sont également assez précises en ce qui concerne les chefs de service ou responsables d'unité. Elles sont exprimées comme « *un besoin de collaboration* », « *un nécessaire travail d'équipe* » ou bien encore « *d'écoute sur des difficultés et d'échanges sur des projets* ». Les attentes par rapport, aux chefs de pôle sont beaucoup moins précises et moins consensuelles. Si certains mentionnent la gestion des différents médecins, l'articulation des différentes disciplines et le développement de certains projets, d'autres expriment un certain scepticisme « *je n'attends pas grand-chose du chef de pôle...on a gardé notre fonctionnement avec le chef de service* », « *les attentes par rapport au chef de pôle... c'est une grande question... jusqu'à maintenant je ne vois pas bien son rôle* ».

Les cadres de santé des unités de soins ont des attentes assez précises et consensuelles par rapport à l'encadrement supérieur, par rapport à la direction des soins et par rapport à l'encadrement médical. Ce n'est pas le cas envers le chef de pôle. Ceci peut probablement s'expliquer par la « jeunesse » de certaines organisations polaires des établissements enquêtés. Cet environnement professionnel est explicitement formulé comme ce qui aide principalement les cadres de santé dans la réalisation de leurs activités.

- D) Comment les cadres de santé conçoivent les attentes des cadres de pôle, de la direction des soins et de l'encadrement médical?

Que nous reprenions les dix rôles de Mintzberg pour classer les activités des cadres ou le référentiel d'activité de la DGOS, les cadres de santé formulent dans leurs propos, et ce de manière exhaustive, les activités sur lesquelles l'encadrement supérieur, la direction des soins et l'encadrement médical sont susceptibles de les attendre. Que ce soit dans le champ des rôles interpersonnels, des rôles liés à l'information ou des rôles liés à la décision, ils nomment précisément toutes les activités qui leurs sont attribuées et sur lesquelles ils sont attendus.

Ils ont donc une vision relativement précise de leur rôle et des activités qui devraient être les leurs au sein de l'organisation hospitalière, mais comme nous l'avons mentionné précédemment, ils ne s'approprient pas la totalité de leur champ de compétence. Aucun d'entre eux n'en évoque explicitement les raisons. Faut-il y voir des raisons internes aux organisations, intrinsèques à l'individu, ou bien encore une combinaison des deux comme le formule M. Detchessahar lors de son intervention au congrès 2012 de l'Association Française des Directeurs des Soins ?

- E) Comment perçoivent-ils la formation et l'accompagnement qu'ils ont reçu pour l'exercice de cette fonction ?

Globalement les cadres expriment une satisfaction par rapport à la formation dispensée dans les Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS), qu'ils soient récemment diplômés ou plus anciens dans la fonction : *« la formation nous apprend beaucoup de choses sur le management....elle nous apporte toute une partie théorique, des outils et surtout elle nous permet de réfléchir sur nous-mêmes... comment je réagis dans telle ou telle situation... »* - *« c'est une formation utile, qui nous permet de travailler notre positionnement et de passer de la fonction d'infirmière à la fonction cadre... »*.

Cependant, tous rajoutent que si la formation est nécessaire, elle demeure insuffisante. Beaucoup d'entre eux expriment un manque et un besoin d'accompagnement sur l'année de la prise de fonction : *« ...un accompagnement par un collègue cadre m'a manqué sur la prise de fonction...je me suis appuyé sur mon ancien réseau d'infirmières et j'ai dû me constituer progressivement un nouveau réseau de ressources... »* - *« j'avais l'impression d'aller tout le temps à la pêche aux informations....on a des bases mais on doit continuer à construire notre mallette....les stages ne sont pas suffisants pour appréhender tous les aspects pratiques de la fonction et le bon positionnement de cette nouvelle fonction »*.

Ainsi, plus que le contenu de la formation destinée à les préparer à cette nouvelle fonction, les cadres remettent surtout en cause les capacités de l'établissement à les accompagner dans leur prise de fonction.

- F) Quels sont les enjeux perçus par les cadres de santé dans les années qui viennent?

Outre celui des craintes d'être absorbé par une dimension médico-économique croissante qui écarterait les cadres de l'organisation des soins et d'une proximité des équipes, c'est la question du passage d'un simple travail de coordination des professionnels à celui de leur coopération avec les autres professionnels, notamment des cadres de direction et de l'encadrement médical, qui est soulevée dans l'un des propos des cadres interrogés : *« ...le cadre peut être un lien au travers de certains projets pour que les professionnels travaillent ensemble...chacun à sa place dans l'institution, à chaque niveau, or on a souvent chacun notre manière de faire, de voir les choses....on a un rôle à prendre nous les cadres pour créer de la cohésion dans tout cela.... »*. Ce propos corrobore celui de P. Bourret quand elle dit *« le travail des cadres de santé relève assez rarement de la*

coopération, mais beaucoup plus souvent de de la coordination et d'un travail d'articulation »⁵⁰.

G) Synthèse de l'analyse du propos des cadres de santé

Les cadres de santé connaissent précisément et de manière exhaustive les activités sur lesquelles ils sont attendus dans leur fonction. Ils décrivent ce qu'ils font comme étant essentiellement dans le champ de l'organisation des soins et le management des équipes. Ils s'approprient peu les activités de conception, de conduite de projet ou de travaux de recherche, qui génèrent les évolutions, le changement et l'innovation. Les cadres évoquent peu leurs relations aux professionnels dans le développement et la gestion des compétences. Ils ont des attentes fortes en termes de diffusion des orientations stratégiques, de définition et d'évaluation des objectifs à atteindre et d'accompagnement par rapport à l'encadrement supérieur et la direction des soins, qu'ils considèrent comme étant des ressources à la réalisation de leurs missions. Le manque de temps est formulé unanimement comme le principal obstacle. Ils perçoivent leur formation comme globalement adaptée mais insuffisante pour permettre une première prise de fonction, car ils ne bénéficient pas d'un accompagnement organisé et structuré par l'établissement d'accueil. Ils situent la question de leur coopération avec les autres cadres de direction et l'encadrement médical comme un enjeu fort des organisations actuelles et futures.

2.2.2 Analyse de l'expression des cadres de pôle

A) Quelles activités les cadres de pôle disent-ils assumer ?

Comme pour les cadres de santé, les cinq cadres de pôle interrogés positionnent unanimement les activités qu'ils réalisent dans la catégorie « management, encadrement et gestion d'équipe », mais seulement trois d'entre eux évoquent des activités dans le champ de la « conception et coordination des organisations des soins et des prestations associées ». D'autre part, si tous évoquent une part importante de leur activité dans la gestion de l'information, seulement un tiers des cadres de pôle évoque les autres domaines d'activités du référentiel tels que l'animation de la démarche qualité et de la gestion des risques, la mise en place et l'animation de projet, la gestion et le développement des compétences ou bien encore la conduite et les travaux de recherche.

⁵⁰ BOURRET P., 2006, Les cadres de santé à l'hôpital, Paris : Seli Arslan, p 52.

Ainsi, comme pour les cadres de santé, les cadres de pôles semblent peu s'approprier les activités de conception et d'innovation susceptibles de véhiculer le changement et les évolutions d'organisation.

- B) Que disent les cadres de pôle de ce qui les aide et de ce qui leur manque pour la réalisation de leurs missions ?

Comme les cadres de santé, les cadres de pôle positionnent la direction des soins et l'encadrement médical comme étant le principal élément d'aide à la réalisation de leurs missions : *« ce qui m'aide c'est le soutien et la disponibilité de la direction des soins....le fait d'avoir un directeur des soins référent...mais également une proximité avec les équipes médicales et le trio de pôle.... »*. La ligne hiérarchique et le champ des coopérations entre acteurs est donc vécu comme une ressource. Le manque de temps et l'accès à l'information sont formulés comme des obstacles à la réalisation de leurs missions.

- C) Qu'attendent-ils des cadres de santé ?

Les cadres de pôle formulent de multiples attentes par rapport aux cadres de santé mais ce qui est surprenant, c'est qu'elles sont toutes situées dans le domaine de l'action: *« j'attends des cadres de santé de la réactivité, un fonctionnement transparent, une information qui circule....qu'ils veillent à la sécurité des patients et aux conditions de travail des agents...qu'ils soient responsable de la gestion des plannings et des lits »* - *« J'attends d'eux qu'ils utilisent les outils à disposition, qu'ils soient en proximité, à l'écoute de leurs équipes..., qu'ils soient capables de gérer leur service et qu'ils véhiculent les messages de l'institution.... »*. Aucun des cadres de pôle interrogés n'évoque des attentes en termes de réflexion, de créativité, ou bien encore de propositions, ce qui est totalement en lien avec les propos des cadres de santé.

Tout se passe comme si les cadres de pôle positionnent les cadres de santé comme des exécutants d'activités ciblées et variées, mais n'attendent pas d'eux qu'ils s'approprient la dimension du cadre que Mintzberg qualifie « de cadre entrepreneur ». Nous pouvons poser l'hypothèse qu'il n'y aurait pas d'attente de la ligne hiérarchique dans ce domaine, ce qui ne semble pas être le cas comme nous le constaterons dans l'analyse des propos de la direction des soins et de la direction générale.

- D) Comment les cadres de pôle conçoivent les attentes des cadres de santé par rapport à leurs propres fonctions?

Tous les cadres de pôle formulent et limitent les attentes des cadres à un soutien, une écoute, une aide ou un accompagnement : « *ils attendent de moi que je les soutienne dans leurs difficultés...que je les accompagne en proximité...tout en les laissant autonomes....* ». Aucun d'entre eux n'évoque des attentes en termes de diffusion des orientations stratégiques de l'établissement, ni de détermination et d'évaluation d'objectifs à atteindre comme les cadres de santé semblent le solliciter dans leurs propos. Il y aurait donc un écart important entre les attentes des cadres de santé et ce qu'en perçoivent les cadres de pôle.

- E) Comment les cadres de pôle conçoivent les attentes de la direction des soins et de l'encadrement médical par rapport à leurs fonctions?

A l'image des cadres de santé, les cadres de pôle ont une vision très précise et très exhaustive des attentes de la direction des soins par rapport à leur fonction : « *la direction des soins attend de moi que je mette en musique la politique de l'établissement, que j'applique cette politique et que j'atteigne les objectifs... je dois organiser le projet de soins de l'hôpital, sécuriser les soins et rendre compte de ce qui se passe....* » - « *la direction des soins attend de l'autonomie dans la gestion du pôle, une mise en œuvre de décisions et un reporting sur les différentes situations...elle attend également que je conduise des projets au niveau du pôle mais aussi des projets transversaux aux pôles tels que sur la qualité des soins par exemple* ». Si les cadres de pôles ont une vision précise des attentes de la direction des soins, ils appréhendent plus difficilement les attentes du chef de pôle. « *Les attentes du chef de pôle ? ... c'est pas clair pour moipeut-être un éclairage sur les organisations* » ou bien encore « *je ne sais pas...que je sois son adjoint sur des préoccupations très terrain...* ».

Au niveau de la ligne hiérarchique DS/CP/CS, il apparaît que les cadres de pôle possèdent une vision assez précise de ce que la direction des soins peut attendre d'eux, et qu'inversement ils n'appréhendent pas totalement les besoins de leurs équipes de cadres, ni ceux du chef de pôle. Tout se passe comme si la fonction de cadre de pôle était intégrée et comprise en termes d'attente, mais que ses modalités d'application demeurent approximatives.

F) Quels sont les enjeux perçus par les cadres de pôle pour les années à venir?

Si les enjeux futurs sont bien perçus par les cadres de pôle en terme de maintien de la qualité et de la sécurité des soins dans un contexte médico-économique en tension, un des enjeux identifié et nommé est aussi la structuration de l'encadrement : « *on appartient à la direction des soins, il s'agit donc de donner un sens aux organisations de soins, dans lesquelles l'encadrement à toute sa place, mais pour faire en sorte de donner du sens à l'ensemble, il faut qu'on définisse comment on collabore, pour valoriser les cadres et les faire sortir le nez du guidon* ». Ainsi pour ce cadre de pôle, la définition et la répartition des rôles semblent un élément fondamental, ce qui est totalement en adéquation avec les propos sur les coopérations entre les professionnels soulevées par les cadres de santé.

G) Synthèse de l'analyse du propos des cadres de pôle

Tout comme les cadres de santé, les cadres de pôles semblent peu s'approprier les activités de conception susceptibles de véhiculer l'évolution des organisations. Ils considèrent la direction des soins et l'encadrement médical comme une ressource, le manque de temps comme la contrainte principale. Ils n'évoquent pas d'attente des cadres de santé en termes de diffusion des orientations stratégiques de l'établissement, ni de définition et d'évaluation d'objectifs à atteindre alors que les cadres de santé le sollicitent fortement. Un parallèle pourrait être fait avec les cadres de santé qui n'évoquent pas le champ du développement des compétences des professionnels dans lequel ils fixent des objectifs aux professionnels de santé qu'ils évaluent ensuite. Ils ont une vision exhaustive des attentes de la direction des soins mais limitée par rapport aux attentes des chefs de pôle et aux besoins de leurs équipes de cadres.

Ils attendent beaucoup des cadres de santé dans la gestion du quotidien, mais ne formulent pas d'attentes de la ligne hiérarchique sur la dimension « cadre entrepreneur », c'est à dire sur leur capacité à innover, à être force de propositions, à anticiper des évolutions ou à participer à des réflexions de fond. Ceci positionne l'encadrement dans un rôle d'exécutant du quotidien mais ne lui permet pas de développer une vision prospective et de la créativité, source d'épanouissement et de mobilisation professionnelle des personnels d'encadrement. Or c'est également dans ce domaine que l'encadrement peut trouver, voire se créer ses propres marges de manœuvre qu'ils revendiquent si fortement. Enfin la définition et la répartition des rôles entre les acteurs de l'encadrement semblent un élément fondamental pour les cadres de pôle pour un bon positionnement des acteurs dans l'organisation hospitalière.

2.2.3 Analyse de l'expression de la direction des soins

A) Qu'est- ce que les directeurs des soins attendent des cadres de santé?

Les attentes des directeurs des soins envers les cadres de santé embrassent les différents axes du référentiel d'activité des cadres. Elles sont importantes et formulées par les directeurs des soins interrogés en terme d'organisation des soins, de management des équipes, de gestion des risques, de gestion et de développement de compétences, de gestion de l'information ou bien encore de conduite de projet. Par contre, à la différence des cadres de pôle, les directeurs des soins expriment d'autres attentes que la simple exécution de tâches. Ils veulent des cadres de santé « entrepreneur » selon Mintzberg, des initiateurs de réflexion et des acteurs forces de propositions. Je citerai le propos d'un des directeurs des soins interrogés qui illustre ces différents points abordés : *« je veux qu'ils gèrent la qualité et la sécurité des prises en charge...qu'ils travaillent à la professionnalisation des équipes et à la conscientisation des professionnels(lles), à la prise en charge des malades....qu'ils soient dans la prise en charge singulière du patient pour être toujours dans la qualité ...les cadres de pôle doivent driver leurs équipes pour qu'ils aillent dans ce sens, je veux qu'ils travaillent ce petit plus, c'est là où il y a de la valorisation....quand on a cet espace c'est valorisant....si on ne fait que suivre les protocoles c'est démotivant...c'est là où l'on développe de l'attractivité, de la fidélisation, des conditions de travail, où l'on prépare les générations nouvelles...beaucoup d'entre eux sont encore dans l'administration et non dans la gestion ».*

Il semble donc exister une attente de la direction des soins envers les cadres de santé qui se situe dans le champ d'un travail sur le changement et les évolutions de l'organisation des soins, bien au-delà de la simple exécution d'activités. Cette attente correspond à la perception qu'ont les cadres de santé de leur mission, mais ne semble ne pas être comprise et/ou diffusée au niveau des cadres de pôle.

B) Qu'est- ce que les directeurs des soins pensent que les cadres de santé attendent de la direction des soins ?

Les trois directeurs des soins interrogés expriment les mêmes attentes des cadres de santé. Comme les cadres de pôle, ils formulent essentiellement des attentes en terme de soutien, d'accompagnement et d'écoute : *« ils attendent parfois que je puisse faire infléchir certaines décisions...un appui quand c'est nécessaire, une écoute, des conseils dans la construction de projet... »* - *« je ne sais pas trop ce qu'ils attendent...un soutien*

face aux syndicats, de l'écoute, de la compréhension parfois...ils veulent aussi de la reconnaissance, qu'on leur donne une place dans l'institution... » - « du soutien dans la décision, de la cohérence, que la direction des soins soit décideurs...ils tiennent beaucoup à notre rôle de décideur.... ». Aucun des directeurs des soins n'exprime des possibles attentes des cadres de santé en termes de diffusion des orientations stratégiques de l'établissement ou de pédagogie sur le contexte, les causes et les conséquences de ces orientations. De même, aucun des directeurs des soins n'évoque des attentes en termes d'objectifs fixés à l'encadrement et d'évaluation de l'atteinte de ces objectifs alors que ces attentes sont expressément formulées par les cadres de santé. L'expression des directeurs des soins sur les attentes des cadres est ainsi identique à celle des cadres de pôle.

D'autre part, sur les deux établissements enquêtés, nous avons réalisé des entretiens mais également observé une réunion dans chaque établissement, animée par le coordonnateur général des soins à l'intention des cadres de santé et des cadres de pôle. Les ordres du jour de ces réunions trimestrielles (confère annexe V) mettent en évidence que la part laissée à la stratégie d'établissement est faible. Elle est totalement absente pour la réunion en CHU, et présente au travers du premier point abordé dans la réunion du CH. Mais il faut considérer qu'il s'agissait de l'intervention annuelle du directeur général destinée à faire le bilan de l'année écoulée et des perspectives envisagées pour l'année à venir. Après renseignement pris auprès de la direction des soins, il s'avère que cette intervention reste unique dans l'année. Néanmoins, cette intervention est celle qui a provoqué le plus de débats de la part de l'encadrement avec six questions posées par les cadres et trois questions posées par les cadres de pôle (confère annexe VI). Cette observation corrobore l'intérêt formulé par les cadres pour une véritable pédagogie sur les orientations stratégiques de l'établissement.

En outre, nous avons souhaité évaluer le niveau d'information donné à l'encadrement au sein de chaque institution, notamment lors de leur recrutement sur une fonction de cadre ou leur positionnement en faisant-fonction de cadre de santé. Sur le CHU, les documents donnés sont ceux délivrés à l'ensemble du personnel sous forme de plaquettes de présentation de l'établissement. Il n'existe pas de document spécifique remis à l'encadrement de façon systématique. Par contre sur le CH, un livret d'accueil élaboré spécifiquement pour l'encadrement est systématiquement remis à chaque nouveau cadre ou faisant-fonction. L'analyse de ce document dont le sommaire figure en annexe (confère annexe IV) met en évidence qu'il n'existe aucun chapitre d'information sur les orientations stratégiques de l'établissement. Le projet médical, le projet de soins et le projet social sont nommés une seule fois au travers d'une information sur sa localisation dans le système d'information. Il n'existe pas non plus sur ces deux établissements, un

temps d'information oral à l'attention des nouveaux cadres, qui explique le contexte et les orientations stratégiques de l'établissement.

Tout se passe comme si la direction des soins n'avait pas pris la mesure du besoin des cadres en termes d'information et de pédagogie sur les orientations stratégiques de l'établissement et les objectifs à atteindre. Objectifs sur lesquels l'établissement sera évalué, ainsi qu'eux-mêmes dans leur propre champ de compétence.

2.2.4 Analyse de l'expression des directeurs d'hôpitaux

« Je gère ma petite entreprise selon les normes de l'établissement...je suis au contact des familles, des patients, des professionnels...je gère les équipes, les plannings...ils ont un rôle terrain qui demande beaucoup de leadership... pour moi ils tiennent le drapeau de la parade des jeux olympiques... plus l'organisation est grosse plus on a besoin des cadres car plus on perd le sens de la proximité.... ». Ce sont les propos du directeur général de CHU sur ses attentes par rapport aux cadres de santé en unité de soins. Le directeur de site interrogé s'exprime avec des propos équivalents. Quant aux cadres de pôle, le directeur de CHU rajoute : *« mes attentes par rapport aux cadres de pôle... c'est un peu compliqué...ils devraient être force de propositions mais ils ne le sont que très peu... les chefs de pôle sont plus imaginatifs.... »*. Il conclut son entretien par ces mots *« je ne suis pas moi (cadre de santé en unité de soins ou cadre de pôle), à la fois le concepteur, le décideur, l'imaginateur, le chef d'orchestre car j'exploserai de contradiction... à moi chef d'établissement de répartir ces différents rôles pour permettre aux cadres d'exercer leurs fonctions, c'est-à-dire de mettre en œuvre la politique de soins de l'établissement »*.

Ainsi, ces directeurs d'hôpitaux interrogés confirment la nécessaire définition des rôles et coopérations des acteurs de l'encadrement dans les organisations hospitalières. Ils ont aussi des attentes non satisfaites à ce jour par rapport aux cadres de pôle en termes de stratégie et de positionnement. Par contre, ils positionnent les cadres de santé en unité de soins dans un rôle d'exécutant de la politique de soins de l'établissement. Ce positionnement traduit une certaine distance avec l'encadrement de proximité dont le maintien du lien repose pour ce directeur de CHU sur la direction des soins via l'intermédiaire des cadres de pôle : *« le directeur des soins...doit faire les liens avec les cadres de pôle ... »*.

Sur les attentes de l'encadrement de proximité, les trois directeurs interrogés évoquent un besoin d'accompagnement, de soutien et de reconnaissance. Aucun d'entre eux ne soulève un besoin d'information, de pédagogie sur les orientations stratégiques de

l'établissement ou de définition d'objectifs. Par contre, le besoin est exprimé comme tel par rapport aux attentes des cadres de pôle.

2.2.5 Analyse de l'expression du chef de pôle

Le chef de pôle exprime son attente par rapport aux cadres de santé exclusivement en termes de management des équipes. Il y reconnaît là un exercice difficile pour lequel il considère qu'il doit être un soutien. Il n'évoque aucune autre activité du cadre, même pas celle de l'organisation des activités de soins. Quant au cadre de pôle, ses attentes sont très globalisées : *« il doit être un collaborateur de qualité et de confiance qui accepte le projet médical et qui accepte que la direction de pôle soit médicale...avec une répartition des tâches...la demande est gigantesque, le trio de pôle doit donc être de qualité... le cadre de pôle doit pouvoir être choisi par le chef de pôle »*. Il n'attribue pas au cadre de pôle d'activités de management d'équipe ni de participation à la stratégie. Cette vision unique ne permet pas d'exprimer une tendance mais elle illustre cependant, d'une part le caractère souvent « invisible » de l'activité des cadres et cadres de pôle au regard des acteurs qui les côtoient, et d'autre part le faible niveau de définition de la coopération entre chef de pôle et cadre de pôle.

2.3 Synthèse et diagnostic

Au travers de l'analyse de ces entretiens, nous apercevons du point de vue d'un directeur des soins en établissement, qu'un certain nombre de besoins non satisfaits sont exprimés par les cadres en unités de soins.

- A) Un besoin de structuration de l'encadrement partagé par tous les acteurs qui définit les rôles de chacun, le champ des coopérations, et qui optimise le temps cadre.

La ligne hiérarchique CS/CP/DS est vécue comme l'élément principal d'aide à la réalisation des activités de l'encadrement. Cependant, les cadres de santé et cadres de pôle situent la question de leur coopération avec les équipes de direction et l'encadrement médical comme un des enjeux des organisations actuelles et futures; les équipes de direction interrogées ont bien identifié les risques de confusion des rôles. Le manque de temps est exprimé par les cadres de pôle et les cadres de santé comme un des obstacles

majeurs à la réalisation de leurs missions. La charge de travail des cadres est importante et le temps cadre est morcelé.

La structuration de l'encadrement dans les nouvelles organisations polaires est un enjeu pour la direction des soins. Il faut définir le champ des coopérations entre les acteurs, extraire les tâches confiées aux cadres qui ne relèvent pas du management de proximité, et penser l'utilisation du temps cadre comme la consommation d'une ressource rare et précieuse.

B) Un besoin d'intégration des dimensions stratégiques de l'établissement pour un bon positionnement des cadres

Les cadres, par les activités qu'ils réalisent, se positionnent dans un rôle d'exécution alors qu'ils se conçoivent des attributions stratégiques. D'autre part, les cadres de pôle semblent peu s'approprier les activités stratégiques susceptibles d'initier le changement et l'évolution des organisations. Les cadres de pôle attendent beaucoup des cadres de santé dans la gestion du quotidien. Ils ne formulent pas d'attentes de la ligne hiérarchique sur la dimension « cadre entrepreneur » au sens de Mintzberg, c'est à dire sur leur capacité à « *prendre l'initiative et assurer la conception d'une bonne partie des changements contrôlés de son organisation* »⁵¹ à innover, à être force de proposition, à anticiper des évolutions ou à participer à des réflexions de fond. Alors que cette demande existe au niveau de la direction des soins, elle ne semble pas traverser le niveau de l'encadrement intermédiaire. Cette situation positionne l'encadrement dans un rôle d'exécutant du quotidien mais ne lui permet pas de développer une vision prospective et créative, source d'épanouissement et de mobilisation des personnels d'encadrement.

L'information des cadres en matière de stratégie est faible. Tout se passe comme si la direction des soins n'avait pas pris la mesure du besoin des cadres en termes d'information et de pédagogie sur les orientations stratégiques et les objectifs à atteindre.

Il semble donc très important pour la direction des soins de structurer et de développer une réelle communication managériale à destination des cadres de santé en unité de soins sur la stratégie de l'établissement. Diffuser une information sur le contexte du système de santé, l'environnement de l'établissement et les choix stratégiques de l'institution est nécessaire mais pas suffisant. Il faut inclure l'encadrement, et tout particulièrement l'encadrement intermédiaire, dans de réelles réflexions de stratégie des

⁵¹ MINTZBG H., 1973, *Le manager au quotidien*, deuxième édition mise à jour et complétée, Eyrolles : Editions d'organisations, p109

activités de soins, notamment au travers du projet de soins, à des fins pédagogiques et pour le bon positionnement des acteurs.

- C) Une culture renforcée d'objectifs et de résultats dans le management des cadres de santé par les cadres de pôle

La direction des soins exprime des attentes par rapport aux cadres de santé sur leurs activités. Ces attentes sont connues des cadres mais ne diffusent pas toutes au niveau de l'encadrement intermédiaire. Les cadres de pôles n'attendent des cadres de santé qu'un rôle d'exécutant et ne les conçoivent pas comme des collaborateurs sur lesquels ils peuvent s'appuyer sur le plan stratégique. D'autre part, alors que les cadres de santé en unité de soins demandent des objectifs précis sur lesquels ils seront évalués, les cadres de pôle n'expriment pas réellement d'attente des cadres en termes d'objectifs et d'évaluation. Ils évoquent seulement un besoin d'accompagnement et de soutien à la réalisation de leurs activités.

Dans la logique de la prime de fonction et de résultats, la direction des soins doit développer une culture d'objectifs et de résultats dans le management des cadres de santé en unité de soins via les cadres de pôle, en s'appuyant tout particulièrement sur les contrats de pôles et l'entretien professionnel d'évaluation. La sélection, le recrutement et la formation des cadres de pôle devient donc également un enjeu fondamental pour la direction des soins

- D) Un besoin d'accompagnement des cadres de santé à leur prise de fonction

La formation des cadres de santé est jugée globalement satisfaisante par les cadres eux-mêmes. Néanmoins, ils expriment des difficultés à la prise de fonction et évoquent un besoin d'accompagnement sur cette période qu'ils jugent difficile. Le processus d'accompagnement à la prise de fonction est un enjeu pour la direction des soins et aussi un moyen d'encourager des candidats potentiels sur un projet professionnel en management.

L'ensemble de ces axes, constitue la base du projet de management que nous proposons de mettre en œuvre dans un rôle futur de directeur des soins, que nous allons décliner dans la troisième partie de ce travail.

3 Un projet de management des cadres de santé piloté par la direction des soins.

En fonction du diagnostic posé nous proposons la formalisation et le pilotage d'un projet de management articulé autour de quatre axes principaux :

- **Axe 1** : Structurer l'organisation des missions de la direction des soins et de l'encadrement dans les nouvelles organisations polaires pour optimiser le temps cadre et le champ des coopérations.
- **Axe 2** : Concevoir une communication managériale qui positionne les cadres de santé en unité de soins comme les diffuseurs principaux de la stratégie de l'établissement auprès des professionnels de santé.
- **Axe 3** : Développer une culture d'objectifs et de résultats auprès des cadres de santé en unité de soins via le management des cadres de pôle.
- **Axe 4** : Organiser l'accompagnement des cadres en structurant l'accueil, l'intégration et le suivi des cadres en unités de soins au sein de l'établissement.

L'ensemble de ces axes a pour objectif principal d'accompagner les cadres vers ce que Mathieu Detchessahar appelle «*un retour sur la scène de la régulation du travail*»⁵²

Ce projet de management est construit avec les acteurs de l'institution que sont les équipes de direction, l'encadrement supérieur, les cadres de proximité et l'encadrement médical. Il est validé par la direction générale et piloté soit par le coordonnateur général des soins, soit par un directeur des soins en charge du projet. Le début de sa construction s'appuie sur la restitution de l'analyse réalisée dans le chapitre précédent auprès de l'équipe de direction dans un premier temps, des cadres de pôle dans un second temps, pour terminer par les cadres en unités de soins.

Un comité de pilotage composé du coordonnateur général des soins et de l'ensemble des directeurs des soins de l'institution, du directeur des ressources humaines, de deux cadres de pôles et d'un représentant de la CME est constitué. Quatre groupes projets animés par un trinôme directeur des soins/cadre de pôles/cadre de santé formalisent les quatre axes du projet, et organisent sa communication, sa mise en œuvre et son évaluation. Chaque groupe projet fait l'objet d'un appel à candidature. Il est constitué de

⁵² DETCHESSAHAR M., Quand le management n'est pas le problème mais la solution, (visité le 20.08.2012), disponible sur internet : www.has-sante.fr/.../diaporama-quand-le-management-n-est-pas-le-p...

cadres de santé en unité de soins, de cadres de pôle et de personnes ressources selon les axes traités.

Le projet de management est présenté au directoire et en CTE, ainsi que dans les réunions de cadres et cadres de pôle au fur et à mesure de ses avancées. Il est intégré au projet d'établissement et projet social. En fonction du contexte de l'établissement et de la volonté de la direction générale, ce projet de management ciblé à l'attention des cadres de santé, peut devenir le volet d'un projet de management plus global destiné à l'ensemble des cadres hospitaliers.

3.1 Axe 1 : Une consommation optimale d'une ressource rare et précieuse...

Nous avons constaté que le temps cadre est une ressource nécessaire et précieuse pour le bon fonctionnement des services de l'institution. Plus cette ressource est centrée sur des activités de management de proximité, plus elle est efficiente. Il est de la responsabilité de la direction des soins d'organiser les missions de l'encadrement autour du référentiel d'activités des cadres en tenant compte des nouvelles organisations polaires. Au regard des situations observées sur les terrains, nous proposons :

- De recenser et d'envisager le transfert de toutes les activités « connexes » assurées par les cadres, qui n'ont pas de valeurs ajoutées en termes de management et qui pourraient être assurées par d'autres alternatives, pour aboutir à l'élaboration d'une fiche de poste conforme au référentiel d'activité élaboré par la DGOS
- De formaliser l'organigramme de la direction des soins et de l'encadrement de l'institution tout en veillant à maintenir les liens entre les acteurs et le positionnement hiérarchique de la filière.
- De concevoir une cartographie des processus qui donne à visualiser ce que l'institution attend des cadres dans le pilotage des unités de soins.

3.1.1 Transférer les activités qui ne relèvent pas du management de proximité.

Nous avons constaté lors de nos entretiens que les cadres sont phagocytés par des activités qui ne relèvent pas spécifiquement de leur mission, mais selon les propos d'un cadre interrogé : « *qu'il faut bien assurer puisque personne d'autre ne le fait* »⁵³. En tant que directeur de soins, nous sommes vigilant à recenser ces activités qui occupent le

⁵³Entretien du cadre de santé E

temps cadre, à concevoir les conditions qui permettent leurs transferts sur d'autres ressources et à éviter l'attribution de nouvelles tâches. Dans les activités concernées, nous identifions tout particulièrement la gestion des approvisionnements et des stocks, ainsi que la gestion et la maintenance du matériel de soins, qui, dans beaucoup de services, reposent en grande partie sur l'encadrement.

L'identification de « référent hôtelier » à l'échelon du pôle, voire de plusieurs pôles, nous semble une piste pertinente et possiblement généralisable à l'échelle d'un établissement. Elle nécessite d'identifier quantitativement et qualitativement les ressources nécessaires sur des profils d'agents des services hospitaliers, pouvant être ouvert également à des aides-soignants en reclassement professionnels.

Les objectifs sont :

- en lien avec les directions des services techniques et logistiques, de concevoir les organisations et les interfaces entre les services de soins et les services techniques et logistiques.
- en lien avec la direction du personnel, d'envisager lors de ces créations de postes, les redéploiements possibles, la priorisation donnée aux professionnels ayant des restrictions médicales, les compétences minimales requises et les formations nécessaires.
- en lien avec la direction qualité-risques, de formaliser les procédures, modes opératoires et fiches de postes qui structurent les organisations, et de définir les modalités d'évaluation avec une attention particulière pour l'encadrement (satisfaction des professionnels, analyse des événements indésirables, gains de productivité).

Les moyens mis en œuvre :

- Positionnement d'un cadre supérieur de santé pour la conduite du projet,
- validation des organisations par le comité de pilotage et la direction des services techniques et logistiques,
- présentation de l'organisation en CTE, CHSCT et conseil de pôle,
- présentation de l'organisation dans les unités de soins concernées, ainsi qu'aux services techniques et logistiques,
- évaluation à 6 mois, 1 an et 2 ans de fonctionnement: analyse des événements indésirables à chaque échéance et enquête de satisfaction à 1 an et 2 ans.

Perspectives d'évolution :

- Envisager le déploiement de cette organisation sur l'ensemble des pôles de l'institution,
- étudier l'extension possible du parc de matériel géré et du périmètre des approvisionnements assurés.

3.1.2 Formaliser l'organigramme de la direction des soins et de l'encadrement

Structurer l'organisation des missions de la direction des soins et de l'encadrement dans les nouvelles organisations polaires nécessite de disposer d'un organigramme qui structure les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les acteurs, notamment pour optimiser le temps cadre et le champ des coopérations. Nous concevons une organisation qui formalise le lien hiérarchique entre la direction des soins et les cadres des unités de soins. En effet, même si la loi HPST identifie dans les attributions du chef de pôle le pouvoir d'affectation au sein du pôle, le directeur des soins « *anime et coordonne les activités des cadres soignants, définit leurs objectifs en matière de politique de soins et évalue leurs résultats* »⁵⁴.

Au niveau de la direction des soins chaque directeur des soins possède en référence un certain nombre de pôles, afin de garder une proximité qui favorise l'accompagnement des pôles. Le coordonnateur général des soins n'a pas de pôle en référence si la taille de l'établissement et le nombre de postes de directeur des soins le permet.

Les cadres de pôle sont en lien hiérarchique et fonctionnel avec les directeurs des soins. Ils animent, managent et évaluent les cadres des unités de soins. En fonction du dimensionnement des pôles, des cadres de santé ou cadres supérieurs de santé peuvent être positionnés exclusivement en missions transversales sur des thématiques telles que l'organisation des activités de soins, l'ambulatoire, la qualité et la gestion des risques, l'encadrement des cadres rééducateurs et diététiciens ou bien encore en appui sur la gestion des ressources humaines. Ces derniers sont rattachés à la direction des soins et sont une ressource à disposition des pôles et des directions fonctionnelles. D'autre part, en fonction du parcours professionnel des cadres des unités de soins et cadres de pôle, des missions transversales peuvent également leur être confiées pour leur donner une dimension institutionnelle tout en étant vigilant au temps qu'ils y consacrent. Ce dernier point sera contractualisé avec les cadres lors de l'entretien d'évaluation professionnel. Cette organisation est validée par le directeur général et formalisée au travers d'un organigramme actualisé, diffusé et qui intègre la gestion documentaire de l'établissement.

3.1.3 Concevoir une cartographie des activités de l'encadrement

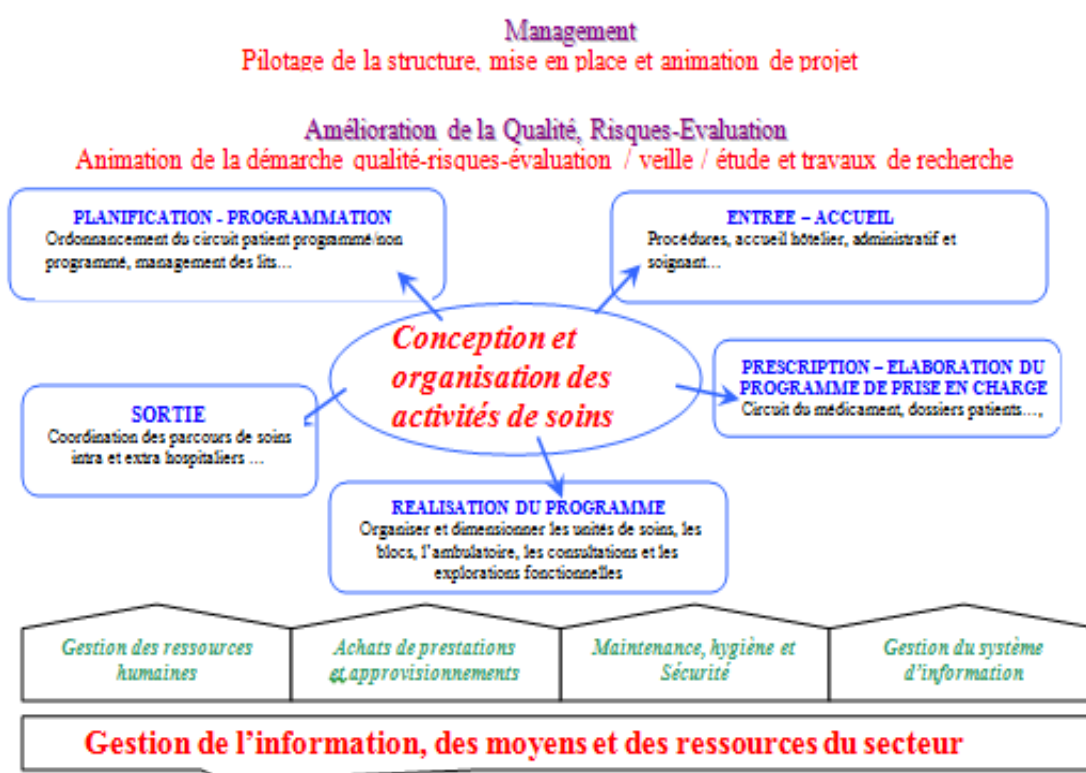
Comme nous l'avons exprimé précédemment, l'activité du cadre est peu visible pour les professionnels de santé et difficilement décrite par les cadres eux-mêmes. Il est impératif

⁵⁴ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS – CENTRE NATIONAL DE GESTION, « Référentiel métier de Directeur(trice) des soins », mars 2010, p 1

de pouvoir répondre clairement à la question posée par P. Bourret « *Mais que font les cadres de santé ?* »⁵⁵. Il est même nécessaire de concevoir une organisation dans laquelle la question ne se pose plus. Il est de la responsabilité du directeur des soins de définir et de faire connaître les missions de l'encadrement.

Nous concevons une cartographie des activités du cadre de santé en unité de soins qui donne à visualiser les missions du cadre à partir des activités recensées dans le référentiel en cours d'élaboration par la DGOS⁵⁶. L'objectif de cette cartographie est de permettre aux cadres de connaître leur périmètre d'activité, de le faire connaître aux acteurs qui les entourent, et de disposer d'une vision partagée par l'ensemble de l'encadrement des rôles et missions du cadre.

Cartographie des activités du cadre de santé en unité de soins



Cette cartographie décrit les processus de prise en charge du patient et les processus supports de l'organisation des unités de soins, et positionne les activités du cadre sur chacun d'entre eux. La fiche de poste vient compléter les attendus par rapport aux cadres pour chacun des processus en fonction du poste occupé. Chaque processus, qu'il soit de prise en charge ou processus support fait d'autre part l'objet d'indicateurs prédéfinis par

⁵⁵ BOURRET P., 2006, Les cadres de santé à l'hôpital, Paris : Seli Arslan, p11.

⁵⁶ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, « Cadres de santé – référentiel d'activités », version document de travail de juin 2012.

lesquels les cadres assureront le pilotage de la structure. Les indicateurs du processus de prise en charge du patient sont intégrés dans le projet de soins. L'élaboration des fiches de postes ainsi que les fiches processus doivent faire l'objet d'un travail dans lesquels des cadres sont impliqués et chargés de sa communication.

3.2 Axe 2 : Une communication managériale pour un autre positionnement...

Le directeur des soins, notamment par la place qu'il occupe au sein du directoire, possède une vision précise des orientations stratégiques de l'établissement. Pour que les orientations choisies soient comprises par les professionnels de santé, elles doivent être diffusées et expliquées par les cadres de proximité qui les côtoient au quotidien. Le préalable, est que ces orientations soient totalement intégrées par l'encadrement. Ainsi nous proposons :

- d'identifier et de sacraliser les temps de communication à tous les niveaux de la filière selon un modèle pertinent, réaliste, et cohérent avec l'organigramme,
- d'introduire systématiquement de l'information sur la stratégie d'établissement dans les réunions d'encadrement,
- de former et d'informer les cadres sur les politiques et évolutions du système de santé afin de leur donner des clés de compréhension.

3.2.1 Identifier et sacraliser les temps de communication

A tous les échelons, direction des soins, cadres de pôle ou cadres des unités de soins, assister aux réunions nécessite un investissement des participants. Ils doivent y trouver des bénéfices et un retour sur investissement. Il est important pour la direction des soins de veiller à la structuration de ces temps, tant sur la forme que dans leur contenu, afin que l'intérêt soit permanent et que le temps cadre ne soit pas gaspillé. D'autre part, en tant que directeur des soins nous sommes vigilants pour que ces temps respectent le positionnement des acteurs et favorisent la simplicité et la facilité des échanges. S'il est du rôle du cadre de pôle de diffuser l'information entre la direction des soins et les cadres des unités, la parole du coordonnateur général des soins en direct avec l'encadrement demeure fondamentale.

A l'échelle d'un CHU, nous formalisons les temps d'information selon le schéma suivant :

Le CGS se coordonne toutes les semaines avec les directeurs des soins, et une fois par mois avec les cadres rattachés à la direction des soins qui sont en missions transversales. Tous les deux mois, le CGS réunit les cadres de pôle pour diffuser de l'information stratégique. La direction générale intervient lors de ces réunions au minimum une fois par an pour le bilan de l'année écoulée et les perspectives de l'année suivante, et les directions fonctionnelles sont invitées selon l'actualité des dossiers de l'établissement. Toutes les semaines, le directeur des soins référent des pôles se coordonne avec les cadres de pôle.

La direction des soins rencontre l'ensemble des cadres quatre fois par an sur une réunion de trois heures. La structuration de l'information est formalisée, programmée et diffusée pour l'année en cours. Elle fait annuellement l'objet d'une évaluation de la satisfaction de l'encadrement.

3.2.2 Introduire de l'information stratégique dans les réunions de l'encadrement

Comme nous l'avons observé au travers de l'analyse des observations et des documents, l'information d'ordre stratégique est peu diffusée à l'encadrement via la direction des soins. Si les cadres de pôle accèdent parfois à cette information par leur positionnement au niveau de la direction de pôle, elle demeure aléatoire, inéquitable entre les pôles et non structurée. Les cadres des unités de soins accèdent peu à cette information. Les quatre réunions de la direction des soins à destination de l'encadrement sont donc également structurées dans leur contenu. La moitié du temps est consacrée à de l'information stratégique, l'autre moitié du temps aux pratiques professionnelles. Nous accordons une vigilance particulière à la clarté de l'énoncé des objectifs, nous favorisons les débats et la confrontation des points de vue autour de ces objectifs, et sommes également attentifs aux suivis de ces dossiers dans la durée. Selon les thématiques, la présence de la direction générale et/ou des directions fonctionnelles est sollicitée autant que de besoin pour donner le poids nécessaire à l'information et la reconnaissance qui l'accompagne. Ces temps de réunion font l'objet de compte rendus qui sont diffusés dans un délai maximum de quinze jours. Le délai de diffusion du compte rendu est intégré comme indicateur de suivi du processus.

3.2.3 Informer et former les cadres sur les politiques de santé

Nous avons mis en évidence le nécessaire travail de pédagogie à réaliser auprès des cadres. La demande en soins et les contraintes médico-économiques font évoluer de manière permanente l'organisation du système de santé et son environnement

réglementaire. Donner aux cadres des unités de soins les éléments de compréhension et les clés de lecture sur les perspectives d'évolution nous semble fondamental, si l'on souhaite qu'ils puissent être les vecteurs du changement auprès des professionnels de santé. Cette formation des cadres doit être compatible avec leur agenda. L'absence des cadres sur des journées entières de formation pénalise l'organisation du travail des professionnels de santé et des cadres eux-mêmes. Aussi nous privilégions des temps courts de deux heures sur une fréquence mensuelle, avec des thématiques annoncées et planifiées à l'année, et une participation laissée à l'appréciation des cadres. Ces temps de formation/information sont ouverts en interne aux autres cadres hospitaliers, en externe aux établissements partenaires de la structure et aux cadres des instituts de formation. Les intervenants sont sollicités sur des ressources externes à l'établissement (Agence Régionale de Santé, juristes, experts...) pour donner aux problématiques traitées une dimension qui ne soit pas exclusivement locale. Les thèmes portent sur la santé publique, le droit hospitalier et le management. Le programme est élaboré à partir des attentes des professionnels. L'évaluation de ces temps de formation est réalisée immédiatement par la diffusion d'un questionnaire qui est renseigné lors des cinq dernières minutes de l'intervention, mais également au travers de l'enquête annuelle de satisfaction réalisée auprès de l'encadrement.

3.3 Axe 3 : Le développement d'une culture d'objectifs et de résultats dans le management des cadres de pôle

L'organisation de l'hôpital évolue vers un mode plus managérial ou les relations internes et externes deviennent contractuelles. Le management des cadres de pôle doit intégrer cette dimension. Ils se doivent de développer une culture d'objectifs et de résultats auprès des cadres de santé en unité de soins. Nous proposons pour le directeur des soins de :

- formaliser la sélection, le recrutement et la formation des cadres de pôle,
- d'utiliser le contrat de pôle comme un levier au développement de cette culture,
- de mettre en place l'entretien d'évaluation professionnel.

3.3.1 Formaliser la sélection, le recrutement et la formation des cadres de pôle

La loi HPST donne la possibilité au chef de pôle de «choisir» les collaborateurs qui l'assistent dans le pilotage de la structure. Il est effectivement important pour le directeur des soins d'être vigilant aux éléments qui favorisent cette coopération avec le chef de

pôle pour permettre le bon fonctionnement de la structure polaire. Néanmoins, l'institution se doit de veiller à la cohérence des parcours professionnels, et tout particulièrement à celui de l'encadrement. Il appartient à la direction des soins, en lien avec l'encadrement médical, de déterminer qui des cadres en unités de soins possèdent le potentiel pour évoluer vers une fonction de cadre de pôle. Nous ciblons en lien avec les propos de R. Barthès, des cadres ayant développés « *la maîtrise attendue de la gestion quotidienne, une capacité d'animation des équipes et des projets et un positionnement fort de pédagogue et de producteur de sens où les capacités d'influence, d'anticipation, de soutien et de valorisation marquent fortement le style managérial* ». ⁵⁷

Ces candidatures sont ciblées au regard des besoins futurs avec une vision prospective à cinq ans. Dès l'apparition d'un poste vacant, en fonction du profil de poste, une candidature est proposée au chef de pôle. Il peut s'agir d'un cadre de pôle qui souhaite une mobilité, d'un recrutement externe ou du positionnement d'un faisant-fonction de cadre de pôle. Dans ce dernier cas, le candidat doit bénéficier au minimum d'une expérience de management d'une unité de soins et si possible s'engager dans un Master en management de la santé. Si l'expérience est concluante, le concours sur titre officialise la nomination du faisant fonction. Un processus d'intégration et de tutorat est formalisé et mis en œuvre conformément à l'axe quatre de ce projet de management décrit dans le paragraphe 3.4.3.

3.3.2 Utiliser le contrat de pôle comme levier à la culture d'objectifs.

Dans les activités liées à son positionnement institutionnel, le directeur des soins « *participe à la négociation des contrats de pôle ; il propose et évalue les objectifs des pôles dans le domaine de la politique de soins* ». D'autre part, dans le champ de ses compétences propres, « *il anime et coordonne les activités des cadres soignants, définit leurs objectifs en matière de politique de soins et évalue leurs résultats* » ⁵⁸.

Le contrat de pôle est devenu l'instrument de la relation interne entre l'équipe de direction et l'encadrement des pôles. Il doit maintenant devenir un outil de management que s'approprient les cadres de pôle pour décliner la politique de soins de l'établissement et manager les cadres. Il appartient au directeur des soins d'être vigilant aux contenus du contrat de pôle, qui doit pouvoir légitimer les cadres de pôle dans les objectifs qu'ils fixent aux cadres des unités de soins. Ces objectifs peuvent s'exprimer en termes d'évolution

⁵⁷ BARTHES, R., 2010, « dessine- moi le cadre de demain... », Soins Cadres, n°75, pp 20-23)

⁵⁸ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS – CENTRE NATIONAL DE GESTION, « Référentiel métier de Directeur(trice) des soins », mars 2010.

des organisations et structures de soins, d'évolution des pratiques professionnelles ou d'évolution des ressources à disposition de l'unité. Des réunions mensuelles du trio de pôle sont formalisées pour le suivi du contrat de pôle en termes d'activités, de recettes, de dépenses et d'avancement des projets. Le directeur des soins référent du pôle participe à ces réunions, au moins dans un premier temps. En fonction de la maturité de l'organisation polaire et de l'organisation de la direction des soins, la présence du directeur des soins peut ensuite se limiter à un bilan intermédiaire et au bilan final. Le contrat de pôle, par la qualité de son contenu et son appropriation, doit pouvoir devenir une véritable « feuille de route » à disposition des cadres de pôle, qui structure un management d'objectifs et de résultats à destination des cadres.

3.3.3 Systématiser l'entretien d'évaluation professionnelle

Pour développer cette culture d'objectifs et de résultats auprès des cadres en unités de soins, il convient également de s'appuyer sur la réglementation et les travaux en cours au niveau du ministère de la santé. L'objectif cible est de supprimer la notation et de généraliser à partir de 2014 l'entretien d'évaluation professionnelle, à partir d'un support unique à la fonction publique hospitalière. Ce document est expérimenté sur certains établissements et en cours de finalisation. Le rôle de la direction des soins, en lien avec la direction du personnel, est de mettre en place les conditions de réalisation de ces entretiens et de former l'encadrement supérieur, puis l'encadrement de proximité à la conduite de ces entretiens. Un des aspects fondamentaux pour la direction des soins est également de structurer et de réaliser les entretiens d'évaluation professionnelle des cadres de pôle, sur ce modèle attendu des objectifs et de la mesure des résultats obtenus. D'autre part, en lien avec la direction du système d'information et la direction des ressources humaines, il faudra également penser le développement du système d'information capable d'assurer de manière ergonomique le suivi de ces objectifs.

3.4 Axe 4 : L'accueil et l'intégration des cadres

La formation en Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) est jugée par les cadres interrogés comme globalement satisfaisante et adaptée à leurs besoins. Par contre, ils expriment un besoin d'accompagnement sur la période de prise de fonction, qu'ils soient faisant-fonction ou cadre de santé nouvellement diplômé. Dans notre rôle de directeur des soins, nous proposons :

- De formaliser un livret d'accueil destiné spécifiquement à l'encadrement,
- d'organiser des temps d'information et un parcours d'intégration dédiés aux cadres récemment recrutés,
- de structurer un compagnonnage sur la première année de la prise de fonction.

3.4.1 Formaliser un classeur d'accueil dédié à l'encadrement

Lorsque les cadres évoquent leurs difficultés dans la prise de fonction, ils formulent le manque de connaissances des circuits internes, des personnes ressources ou bien encore des outils. A l'échelle d'un établissement, le nombre d'informations à intégrer est important, il paraît donc nécessaire de mettre à disposition de l'encadrement les conditions d'une obtention aisée des informations utiles. La conception d'un classeur d'accueil dédié à l'encadrement est le moyen choisi pour répondre à ce besoin. Ce classeur constitué de « fiches techniques » indépendantes les unes des autres afin d'en faciliter la mise à jour, peut constituer à terme « le référentiel cadre » de l'établissement. Ces fiches sont gérées dans le cadre de la gestion documentaire de l'établissement. Le classeur est remis par la direction des soins lors de l'entretien d'accueil, première étape du parcours d'intégration décrit dans le paragraphe suivant. L'idée secondaire dans la remise de ce document, est aussi d'acter symboliquement l'attention particulière portée aux cadres lors de leur arrivée dans l'institution ou dans la fonction. D'autre part, la direction des soins reste vigilante à l'aspect dynamique de ce document qui doit s'enrichir progressivement et s'adapter aux évolutions de l'institution. Pour garder de la cohérence entre les actions du projet de management, et à des fins pédagogiques, les thématiques abordées dans ce classeur sont classées par l'intermédiaire des catégories déclinées au niveau de la cartographie des activités du cadre en unité de soins :

- Management :
 - pilotage de la structure / mise en place et animation de projet
- Conception et organisation des activités de soins :
 - entrée-accueil / prescription et élaboration du programme de prise en charge / planification et programmation / réalisation du programme / sortie
- Amélioration de la qualité – risques – évaluation
 - animation de la démarche qualité / veille/ étude et travaux de recherche
- Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur :
 - gestion des ressources humaines / achat de prestations et approvisionnements / maintenance, hygiène et sécurité / gestion du système d'information.

Ce classeur une fois élaboré, est remis également à l'ensemble des cadres en unités de soins et cadres de pôle, pour faire de ce document le référentiel partagé de l'encadrement des unités de soins.

3.4.2 Organiser des parcours d'intégration spécifiques.

Pour favoriser la prise de fonction des cadres nous proposons de structurer un dispositif d'accueil et d'intégration. Ce dispositif s'articule autour de trois types d'actions : des temps d'information et d'échanges / des temps de formation / des temps de rencontres des partenaires.

Ces différents temps se formalisent au travers d'un document remis aux cadres récemment recrutés. Ils sont organisés par le secrétariat de la direction des soins et le cadre de pôle sur un échancier de quatre semaines et constitués :

- D'un entretien d'accueil par le coordonnateur général des soins avec remise du classeur cité ci-dessus, présentation de l'établissement, des instances et du projet de soins. Lors de cet entretien, la cartographie des activités du cadre est présentée et argumentée comme étant les attendus par rapport à la fonction des cadres.
- D'un entretien d'accueil avec le cadre de pôle qui présente la structure polaire et plus spécifiquement le service d'affectation.
- De deux à trois demi-journées de formation destinées à la présentation des logiciels utilisés par les cadres dans l'établissement. Ces temps sont assurés en priorité par des cadres de santé volontaires et identifiés comme ressources au sein de la structure.
- Une à deux demi-journées de présentation de la gestion des ressources humaines de l'établissement (outils, référentiels, tableaux de bord, attendus par rapport à la fonction cadre). Cette demi-journée ou journée est animée par la direction des ressources humaines.
- Une demi-journée de présentation des modalités de suivi d'activités, de dépenses et de recettes animée par la direction des services financiers.
- Une demi-journée de présentation de la politique qualité-risques de l'établissement et de ses modalités d'organisation, animée par la direction de la qualité et de gestion des risques.
- Des rencontres avec les collaborateurs qui se situent aux interfaces de la structure : responsables des approvisionnements (pharmacie, blanchisserie, magasins, services techniques...), responsables des processus de maintenance, d'hygiène et de sécurité, responsables des systèmes d'information.

- D'un temps d'échange et d'évaluation de la période d'intégration mené conjointement par le directeur des soins référent et le cadre de pôle. Ce temps permet d'évaluer la pertinence du parcours d'intégration au travers de l'entretien, mais également d'un questionnaire formalisé et analysé annuellement. Il permet de déterminer également la nature du compagnonnage mis en œuvre sur la première année de prise de fonction.
- L'entretien d'évaluation professionnel poursuit cette logique d'accompagnement.

3.4.3 Structurer un compagnonnage lors de la prise de fonction

Il nous semble important de créer les conditions d'une dynamique cadre qui favorise un « esprit de corps » au sein de l'établissement, et qui positionne l'encadrement dans une posture d'adaptation permanente au changement. Les résistances aux changements proviennent le plus souvent d'une installation dans un quotidien qui n'est plus interrogé. Les objectifs dans la structuration du compagnonnage sont triples : permettre aux cadres recrutés d'être accompagnés sur la prise de fonction, inciter les cadres « compagnons » à interroger leurs propres pratiques, créer un climat relationnel entre les cadres qui favorise l'entraide et la solidarité face aux évolutions permanentes et complexes.

L'accompagnement des cadres recrutés se veut être un compagnonnage plus qu'un tutorat. En effet, le tuteur renvoie à l'image du bâton qui permet à la plante naissante de tenir debout. Il y a dans cette vision celle de « celui qui sait » et celle de « celui qui ne sait pas ». Or les situations de management sont à l'image de celles du soin, elles sont à chaque fois uniques et non reproductibles car les individus, les dynamiques, et l'environnement sont chaque fois différents. Le compagnonnage positionne les deux acteurs sur un même niveau, le compagnon n'étant que celui qui écoute et qui interroge la pratique décrite par l'un de ses pairs.

Les temps d'accompagnement sont fixés tous les mois le premier trimestre, puis à six mois, neuf mois et à un an de la prise de fonction. En fonction des besoins exprimés, ces temps de rencontre peuvent être plus nombreux. Ces temps s'adressent aux cadres qui terminent leur formation et qui vont intégrer leur premier poste et aux infirmières qui sont positionnées dans un rôle de faisant-fonction. Il est également proposé aux cadres de santé qui viennent d'un autre établissement et qui souhaitent un accompagnement. Dans ce cas, les modalités sont modulées selon les besoins de la personne. Il n'y a volontairement pas de supports formalisés pour structurer ces temps de rencontre. Par contre un questionnaire de satisfaction est remis à l'issue de la période d'intégration, à l'ensemble des cadres ayant bénéficiés du dispositif d'accompagnement.

Les « compagnons » seront des cadres de santé volontaires bénéficiants si possible d'au moins deux à trois années d'expérience dans l'établissement. Un portefeuille de candidatures se constitue pour répondre aux besoins au fur et à mesure des nouveaux recrutements. Un questionnaire d'évaluation à destination des cadres en position d'accompagnateur est également élaboré et analysé annuellement.

Une réunion annuelle, animée par le directeur des soins en charge du projet de management, permet de restituer le bilan des évaluations réalisées et de déterminer les évolutions à prévoir pour cet accompagnement.

3.5 Les perspectives

L'ensemble de ces axes et actions s'inscrivent dans un véritable projet, qui doit être partagé et porté par les acteurs de l'établissement. Il ne peut pas être le projet du directeur des soins ou de la direction des soins, il doit devenir celui des cadres et cadres de pôle de l'établissement. Il nécessite donc d'être totalement intégré et approprié par les cadres de l'établissement. Il se doit d'être dynamique et capable de s'enrichir des évolutions de la structure et de l'environnement.

A maturité des acteurs et des organisations, il est probablement possible d'aller plus loin dans ce projet. Nous pensons tout particulièrement au suivi des cadres et cadres de pôle qui peuvent être en difficulté à un moment de leurs parcours. Il est important de penser prudemment cet accompagnement spécifique qui ne doit pas stigmatiser les personnes ciblées, et qui doit être pour l'établissement un des moyens pour afficher son soutien indéfectible aux cadres concernés.

Conclusion

Chantal de Singly dans le rapport de la mission des cadres hospitaliers préconise en proposition n°9 «*rendre obligatoire l'identification d'un projet managérial comme une des composantes du projet d'établissement afin de préciser les engagements de l'établissement en matière de politique de l'encadrement*»⁵⁹. Force est de constater que trois ans plus tard, peu de projet de management sont réellement structurés dans les établissements de santé.

Les raisons sont probablement multiples. Quelle est la définition réelle d'un projet de management et quelle vision partagée en ont les acteurs ? Quel intérêt et quelle priorité donne-t-on à ce projet dans un environnement où le temps est la contrainte principale de ces professionnels? Comment structurer un projet de management dans un environnement où la gouvernance est en perpétuelle mutation ? Quelle place les équipes de direction et les médecins souhaitent réellement laisser à cet encadrement ? Toutes ces questions sont autant de freins au développement de véritables projets de management structurés, formalisés et affichés.

L'absence de projet de management provoque des effets parfois très prégnants dans les institutions hospitalières. Nous les avons observés lors de nos expériences professionnelles précédentes mais aussi sur les différents terrains d'enquête. Plus que les liens fonctionnels et hiérarchiques, les liens relationnels entre les cadres des unités de soins, les cadres de pôle et les directeurs de soins demeurent fragiles. Ils génèrent beaucoup de « précautions » de tous ces acteurs qui ne sont pas favorables à l'installation du climat de confiance nécessaire au bon fonctionnement des organisations.

A l'inverse, le contexte nous semble maintenant très favorable à l'élaboration d'une réflexion sur l'animation du management des cadres. L'organisation interne des établissements se stabilise progressivement. A trois ans de la loi HPST, les mises en pôle sont maintenant constituées. Certains établissements pilotes sont mêmes dans une deuxième, voire troisième phase de structuration des pôles. Quelle que soit la situation de l'établissement, il nous apparaît désormais opportun et possible de poser les bases d'un projet de management partagé par les acteurs.

Le directeur des soins doit porter au plus haut niveau de l'établissement ce projet. Son positionnement institutionnel, sa vision stratégique des besoins de santé et de l'évolution de l'offre de soins, ses missions en lien avec les pôles, ses collaborations avec les différentes directions fonctionnelles et sa proximité avec l'encadrement médical des unités

⁵⁹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Rapport «Mission Cadres Hospitaliers », présenté par Chantal de Singly, 11 septembre 2009, p15.

de soins, permettent au directeur des soins d'impulser et de structurer cette dynamique au sein de l'établissement.

Mais l'enjeu se situe probablement sur sa capacité à porter et faire vivre cette dynamique au plus près de l'encadrement paramédical, dans le souci permanent de la juste utilisation d'une ressource précieuse, parfois rare, souvent exposée et fragilisée, et qui mérite par conséquent une attention particulière et bienveillante.

Il est de la responsabilité du directeur des soins de créer et de veiller aux conditions qui favorisent l'exercice de l'activités des cadres, qu'ils soient cadres intermédiaires, cadres de proximité ou chargés de missions. De l'accueil qui leur est donné lors de l'intégration dans l'établissement, de la qualité de la communication qui est instaurée avec eux, de la précision et de la clarté de leurs missions, dépend le bon positionnement des cadres au sein de la structure hospitalière.

Par conséquent, la question de la juste distance entre la direction des soins et l'encadrement devient également fondamentale. Dans un environnement où le périmètre d'intervention du directeur des soins risque de s'élargir avec la mise en place des projets médicaux de territoire et des Communautés Hospitalière de Territoire, dans un environnement où les directeurs de soins se raréfient et les pratiques en multi-sites se multiplient, conserver la bonne distance qui favorise le lien fonctionnel et relationnel entre les acteurs de cette même ligne hiérarchique nous semble complexe mais prioritaire. La structuration de la direction des soins et de l'encadrement, ainsi que le bon positionnement des cadres dans la régulation du travail sont les conditions nécessaires pour relever ce défi majeur que représente un management durable et bienveillant, management qui interroge par la même, le bon positionnement du directeur des soins au sein de la structure.

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009.
- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°0227 du 30 septembre 2010.

Ouvrages :

- BOLTANSKI L., 1982, Les cadres. La formation d'un groupe social, Paris, les Editions de Minuit, 523 pages.
- BOUFFARTIGUE P., 2001a, Les cadres : fin d'une figure sociale, Paris, La dispute, 245 pages.
- BOURRET P., 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital*, Paris : Seli Arslan, 284 pages.
- CRESSON G., SCHWEYER, F-X, 2000, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes : ENSP, 222 pages.
- CROZIER.M, FRIEDBERG.E, 1977, *L'acteur et le système*, édition du seuil, 443 pages.
- KATZ D. and KAHN R.L., 1966, *The social Psychology of organizations*, New York : Wiley, 489 pages.
- MINTZBERG H., 1973, *Le manager au quotidien*, deuxième édition mise à jour et complétée, Eyrolles : Editions d'organisations, 283 pages.
- POISSON M., 1998, *Origines républicaines d'un modèle infirmier*, Vincennes : Edition Hospitalières, 150 pages.
- SAINSOULIEU. I., 2007, *L'hôpital et ses acteurs, Appartenances et égalités*, Paris : Edition Belin, 229 pages
- SCHWEYER, F.-X, 2000, « Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail du soin », in *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, ENSP, p 149-170.
- ZARIFFIAN, P., 1998, *Travail et communication. Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*, Paris : PUF, 224 pages.

Article :

- BARTHES R., 2010, « dessine- moi le cadre de demain... », *Soins Cadres*, n°75, pp 20-23.

Rapports :

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Rapport «Mission Cadres Hospitaliers », présenté par Chantal de Singly, 11 septembre 2009, 124pages.
- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. Rapport « Quelles formations pour les cadres hospitaliers ? », établi par Michel YAHIEL et Céline MOUNIER, novembre 2010, 74 pages.

Référentiels :

- DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS – CENTRE NATIONAL DE GESTION, « Référentiel métier de Directeur(trice) des soins », mars 2010.
- DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, « Cadres de santé – référentiel d'activités », version document de travail de juin 2012.

Sites internet consultés :

- IMBERT M., *La communication managériale : une nouvelle discipline* [visité le 20.08.2012], disponible sur internet : http://www.club-procom.fr/?page_id=26.
- DETCHESSAHAR M., *Quand le management n'est pas le problème mais la solution*, [visité le 26.08 2012] disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr/.../diaporama-quand-le-management-n-est-pas-le-p>.

Liste des annexes

Annexe I : Liste des entretiens

Annexe II : Grilles d'entretien des cadres de santé, cadres de pôle, encadrement médical et équipes de direction

Annexe III : Grille d'analyse

Annexe IV : Sommaire livret d'accueil des cadres

Annexe V : Ordre du jour des réunions de cadres

Annexe VI : Grille d'observation

Annexe I

LISTE DES ENTRETIENS		
Entretien n°1	Cadre de santé A	Cadre de santé IBODE en CHU, 8 ans d'ancienneté dans la fonction et depuis 6 ans sur un poste au bloc opératoire
Entretien n°2	Cadre de santé B	Cadre de santé en CHU, 8 ans dans la fonction en cardiologie
Entretien n°3	Cadre de santé C	Cadre de santé en CHU, 3 ans dans la fonction, depuis 6 mois sur un service de réanimation
Entretien n°4	Cadre de santé D	Cadre de santé en CHU, 1 an dans la fonction en chirurgie cardiaque.
Entretien n°5	Cadre de santé E	Cadre de santé en CH, 5 ans dans la fonction en Gastro-entérologie
Entretien n°6	Cadre de santé F	Cadre de santé en CH, 11 ans dans la fonction, depuis 7 ans en chirurgie orthopédique
Entretien n°7	Cadre de pôle A	Faisant-fonction de cadre du pôle « Anesthésie » en CHU depuis 8 mois, 10 ans dans la fonction cadre de santé.
Entretien n°8	Cadre de pôle B	Cadre du pôle « Médico-technique » en CHU depuis 4 ans, 5 ans dans la fonction de santé.
Entretien n°9	Cadre de pôle C	Cadre du pôle « Gériatrie » en CH depuis 1 an, 5 ans dans la fonction cadre de santé.
Entretien n°10	Cadre de pôle D	Cadre du pôle « Médecine et spécialités » en CH depuis 4 ans, 5ans dans la fonction cadre de santé
Entretien n°11	Cadre de pôle E	Cadre du pôle « Cancérologie » en CHU depuis 5 ans, 3 ans dans la fonction cadre de santé
Entretien n°12	Directeur des RH	CHU
Entretien n°13	Directeur de site	CH
Entretien n°14	Directeur général	CHU
Entretien n°15	Chef de pôle	CHU
Entretien n°16	CGS	CHU
Entretien n°17	DS	CHU
Entretien n°18	DS	CHU

Annexe II

GRILLE D'ENTRETIEN DES CADRES DE SANTE ET CADRES DE POLE	
1	Pouvez-vous nous décrire votre parcours professionnel ?
2	Quelles sont vos fonctions actuelles et votre périmètre d'intervention dans l'organisation de l'établissement ?
3	Quelles sont vos activités de cadre de santé au sein de ce périmètre ?
4	Qu'est-ce qui vous aide aujourd'hui à réaliser vos activités? quelles sont les ressources sur lesquelles vous pouvez vous appuyer ?
5	Qu'est-ce qui vous manque pour la réalisation de vos activités ?
6	Qu'est-ce qui pourrait vous aider dans la réalisation de vos missions et que vous n'avez pas aujourd'hui ?
7	Qu'attendez-vous des acteurs avec qui vous collaborez ? (directeur des soins / directeur fonctionnel / médecin référent / chef de service / chef de pôle) (cadre de pôle ou cadre de santé selon la personne interrogée)
8	Que pensez-vous que ces acteurs attendent de vous ?
9	Pensez-vous que votre formation vous a suffisamment préparé à l'exercice de votre fonction ou au contraire ressentez-vous des besoins particuliers
10	Souhaitez-vous rajouter autre chose à cet entretien

GRILLE D'ENTRETIEN DE L'ENCADREMENT MEDICAL ET DES EQUIPES DE DIRECTION	
1	Quelles sont vos fonctions actuelles et votre périmètre d'intervention dans l'organisation de l'établissement ?
2	Qu'est-ce qui vous aide aujourd'hui à réaliser vos missions (missions de management exclusivement) ? Quelles sont les ressources sur lesquelles vous pouvez vous appuyer ?
3	Qu'est-ce qui vous manque pour la réalisation de vos missions de management?
4	Qu'attendez-vous des cadres de pôle avec qui vous collaborez ?
5	Selon vous quelles sont les activités des cadres de pôle ?
6	Qu'attendez-vous des cadres de santé en unité de soins?
7	Selon vous quelles sont les activités des cadres de santé en unité de soins ?
8	Que pensez-vous que les cadres de santé et les cadres de pôles attendent de vous ?
9	Quels sont pour vous les principaux enjeux des années à venir dans votre collaboration avec les cadres de santé et les cadres de pôle ?
10	Souhaitez-vous rajouter autre chose à cet entretien ?

Annexe III

GRILLE D'ANALYSE				
Thèmes	Sous Thèmes	Entretien 1	Entretien 18	Lectures
Description de l'enquête	Son Parcours			
	Son périmètre			
Activités du cadre selon Mintzberg	Rôles interpersonnels = cadre symbole, leader, agent de liaison			
	Rôles liés à l'information = cadre observateur actif, diffuseur, porte-parole			
	Rôles liés à la décision = cadre entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources, négociateur			
Activités du cadre selon référentiel DGOS	1- conception organisation, gestion et coordination des soins et prestations			
	2- conception organisation, et mise en œuvre des dispositifs de formations initiales et continues			
	3- Animation de la démarche qualité et de gestion des risques			
	4- Management, encadrement et gestion d'équipes			
	5- gestion de l'information, élaboration de rapports			
	6- Mise en place et animation de projets			

	7- Gestion et développement des compétences			
	8- Formation et transmission de connaissances et de savoir-faires			
	9- Conduite et travaux de recherche			
Aide ou manque pour la réalisation des activités	Ressources			
	Manques			
	Qu'est-ce qui pourrait vous aider ?			
Qu'attendez-vous des acteurs avec qui vous collaborez ?	Par rapport aux CS			
	Par rapport aux Cadres de pôle			
	par rapport à la DS			
	par rapport à la direction			
	par rapport aux chefs de pôle			
	par rapport aux médecins			
Que pensez-vous que ces acteurs attendent de vous ?	Par rapport aux CS			
	Par rapport aux Cadres de pôle			
	par rapport à la DS			
	par rapport à la direction			
	par rapport aux chefs de pôle			
	par rapport aux médecins			
Perception de la formation des cadres de santé				
ENJEUX				
DIVERS				

Annexe IV

Sommaire du livret d'accueil des cadres de santé du CH

- 1- Présentation du CH.
- 2- Les ressources humaines.
- 3- Les liens fonctionnels avec les différents prestataires intra-hospitaliers.
- 4- Les liens fonctionnels avec les différents prestataires extra-hospitaliers.
- 5- Lexique pratique.
- 6- Le calendrier et les différentes échéances annuelles.
- 7- Les missions transversales des cadres.
- 8- Lexique.

Annexe V

Ordre du jour de la réunion des cadres de santé du CH

- 1- Le CH ...2 ans après la loi HPST
- 2- Bilan d'activité du CLIN
- 3- Dossier évaluation du personnel
- 4- Groupe gestion des déchets
- 5- Informations diverses

Ordre du jour de la réunion des cadres du CHU

- 1- Présentation du manuel de prélèvement
- 2- Présentation du logiciel P
- 3- Présentation de la charte des remplacements
- 4- Groupe escarres
- 5- Document unique et risques chimiques
- 6- Présentation du dispositif de formation des FF de cadres

Annexe VI

GILLE D'OBSERVATION DES REUNIONS DES CADRES:			
Date de la réunion :		Heure de début / de fin / durée	
Nombre de CS :	Nombre de CP :	Nombre de DS :	Autres :
Temps de parole institué (ordre du jour de la réunion)	A QUI ?	POUR QUOI ? (thème)	DUREE
Temps de parole pris (questions/remarques)	QUI ?	POUR QUOI ? (question/ observation ?)	DUREE
Temps de parole donné	PAR QUI	POUR QUOI ?	DUREE

CAILLAUD

REGIS

décembre 2012

Directeur des soins

Promotion 2012

LE MANAGEMENT DES CADRES DE SANTE DANS LA NOUVELLE GOUVERNANCE DES ETABLISSEMENTS: ENJEUX ET PERSPECTIVES POUR LA DIRECTION DES SOINS.

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Paris 7, faculté de médecine Denis Diderot

Résumé :

La loi HPST dans son titre I définit l'organisation interne des établissements sans aborder la place de l'encadrement paramédical. Ce travail, au travers d'une enquête menée dans deux centres hospitaliers, recherche les enjeux pour le bon positionnement de ces acteurs au sein de l'institution et propose des axes de vigilance et d'intervention pour la direction des soins. Répondre aux besoins exprimés par les cadres sur les terrains enquêtés, nous semble des conditions possibles au bon fonctionnement des structures et à la réalisation des acteurs qui les composent.

Structurer l'organisation de l'encadrement, rendre visible l'activité des cadres, favoriser une communication managériale et les impliquer dans la stratégie de l'établissement, développer une culture d'objectifs et accompagner les cadres dans leur parcours, sont autant de moyens à disposition de la direction des soins pour repositionner les cadres de santé dans la régulation du travail.

Mots clés :

<Projet de management, cadres de santé, direction des soins, communication managériale, encadrement, accompagnement, positionnement.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.