



EHESP

Filière directeur d'hôpital

Promotion : **2011-2013**

Date du Jury : **Décembre 2012**

**Conflits de rôle des cadres de santé à
l'hôpital: réflexions pour une amélioration de
l'unité et de la performance managériale,
le cas du CHU de Rennes**

Loïc DELASTRE

Remerciements

Je souhaite ici, en premier lieu, exprimer mes remerciements aux cadres de direction et aux cadres de santé du CHU de Rennes qui m'ont permis de réaliser cette étude. Tous font un métier difficile avec une conscience professionnelle qui force l'admiration. J'espère apporter un point de vue utile à leur métier par ma réflexion.

Madame Laëtitia Laude, comme directrice de mémoire, vous avez été de bon conseil et d'une grande disponibilité. Vous cherchez en permanence à confronter vos travaux universitaires à la réalité hospitalière, en particulier celle d'un établissement de santé d'Ile-de-France, cela m'a été très précieux lors de la rédaction de ce mémoire professionnel. Soyez-en vivement remerciée.

En dernier lieu, je souhaite remercier mon maître de stage, Patrick Plassais, dont le passage récent du CHU de Rennes à l'EHESP illustre particulièrement l'enrichissement mutuel que doivent avoir la réflexion théorique et la pratique professionnelle. Je lui souhaite le meilleur accomplissement professionnel possible dans ses nouvelles fonctions.

Sommaire

Introduction	1
Encadré 1 : La méthode des incidents critiques et les raisons de son utilisation	7
1 Les récentes évolutions hospitalières favorisent le développement de conflits de rôle chez les cadres de santé.....	9
1.1 L'apport de la notion de conflit de rôle pour décrire la situation des cadres de santé à l'hôpital.....	9
1.1.1 Une pluralité de conflits de rôle.....	9
1.1.2 Réflexion sur l'origine des conflits de rôle des cadres de santé à l'hôpital	14
1.2 Des conflits de rôle difficiles à surmonter et à l'origine d'une perte de sens dans le travail chez les cadres	22
1.2.1 Les stratégies des cadres de santé pour faire face aux conflits de rôle	22
1.2.2 Des modes de résolutions à l'origine d'une perte de sens dans le travail.....	27
2 La prévention et la gestion des conflits de rôle des cadres de santé, une responsabilité commune des cadres et de l'encadrement de direction.....	31
2.1 La prévention et la gestion des conflits de rôle par la réflexion sur la formation et le positionnement opérationnel des cadres.	31
2.1.1 Développer une réflexion stratégique sur les fonctions, la formation et les parcours des cadres de santé	31
2.1.2 Promouvoir un positionnement opérationnel des cadres de santé et un dialogue managérial permanent.....	37
2.2 La prévention et la gestion par l'encadrement de direction des conflits de rôle des cadres de santé	47
2.2.1 Encadrement de direction et principe de subsidiarité.....	48
2.2.2 Management de la confiance : congruence, communication interne et effectivité.....	50

Conclusion	58
Bibliographie.....	61
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADH : Association des Directeurs d'Hôpital

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens

DQRU : Direction de la Qualité et des Relations avec les Usagers

EDH : Elève Directeur d'Hôpital

HPST : loi Hôpital, Patients Santé Territoires

IFSI : Institut de Formation aux Soins Infirmiers

ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

PRS : Programme Régional de Santé

T2A : Tarification A l'Activité

Introduction

Les directeurs d'hôpital ont-ils encore le temps d'être managers ? De nombreuses grèves des cadres relativement ces dernières années (Tours en 2010, Nantes en 2011, Rennes en 2011 etc.) semblent montrer une carence managériale. De telles manifestations de mécontentement venant de la part d'une partie de l'encadrement préoccupent les directeurs d'établissement de santé.

Pourtant l'on constate ici un des nombreux paradoxes de l'hôpital public français entre l'importance reconnue par les directeurs d'hôpital aux cadres de santé¹ d'une part et la focalisation concrète de l'action de la profession², y compris les EDH³, sur d'autres sujets d'autre part. Selon une étude de l'Association des Directeurs d'Hôpital (ADH) en 2010, les directeurs d'hôpital n'identifient pas le malaise des cadres de l'hôpital et plus particulièrement des cadres de santé parmi les difficultés premières dans la mise en œuvre de projets. Cette étude ne signifie évidemment pas qu'ils ignorent ce malaise mais qu'ils ne le considèrent pas, en général, comme un obstacle majeur dans la poursuite de leurs objectifs et la conduite de leurs établissements.

Les explications à ce paradoxe sont multifactorielles et nécessitent une grande prudence vue la variété des situations particulières. Néanmoins, l'étude de l'ADH montre que le degré de complexité perçu par les directeurs d'hôpital dans leurs missions est inversement proportionnel au degré de maîtrise qu'ils ont sur les éléments considérés. Les contraintes réglementaires et financières reconnues comme très délicates sont celles sur lesquelles les directeurs ont le moins de prise tandis que les relations internes, sont identifiées comme moins problématiques du fait de la maîtrise que les directeurs estiment avoir sur ces sujets.

¹ « *Autant dire que leurs missions sont décisives et que leur préparation pour les exercer est capitale* » in Projet de management 2012-2016 du CHU de Rennes

² Interrogés sur plusieurs problématiques, les répondants jugent avant tout les « contraintes budgétaires » très complexes (46 % des réponses et même 89 % si l'on additionne tous les indices positifs). On remarque une forte polarisation (65 % de complexe) autour des contraintes réglementaires. En revanche, les situations où entrent en jeu des interactions sociales et humaines (relations avec les partenaires, relations avec le corps médical, climat social) sont rationalisées puisque plus du tiers (36 %) des répondants jugent notamment ces deux derniers items peu ou pas complexes. Résultat quasi identique pour la gestion des risques.

³ A titre d'illustration, en 50 ans, seulement 10 mémoires d'élèves directeur d'hôpital sur les 2535 publiés par l'ENSP/EHESP ont porté sur les cadres de santé.

Chantal de Singly, éclairée à n'en pas douter par son itinéraire professionnel, constate dans son rapport de la mission Cadres Hospitaliers du 11 septembre 2009 : « *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 ?⁴ »

Culturellement assez rare, les manifestations du malaise rencontré dans leur métier par les cadres de santé semblent plus fréquentes ces dernières années (au CHU de Rennes, des mouvements sociaux d'ampleur variable ont eu lieu en 2009, 2010 et 2011).

Il existe pourtant chez les cadres une difficulté consubstantielle à faire grève ou à contester l'autorité. En effet, « *les formes de contestation et de résistance des cadres sont toujours ambivalentes comme l'est leur fonction même. S'ils contestent quelque chose, ce qu'ils contestent est une partie d'eux-mêmes*⁵ ». Ceci notamment parce qu'ils sont, selon les mots du Directeur Général du CHU de Rennes à une Assemblée Générale des cadres de santé du 6 avril 2012, « *détenteurs d'une parcelle de l'autorité du chef d'établissement* ». Leur grève manifeste la contestation de ce qu'ils sont pour une part : l'autorité de l'institution. Ceci est d'autant plus vrai depuis l'évolution de leur dénomination de cadre infirmier vers celle de cadre de santé suivant ainsi une évolution plus managériale que soignante⁶.

L'unité managériale entre cadres de direction et cadres de proximité des établissements de santé est mise à mal par ces grèves. Ces dernières apparaissent comme un dysfonctionnement entre cadres de santé et cadres de direction. La « question des cadres » comme on l'entend souvent, est donc, une problématique de cadres mais aussi de directeur d'hôpital.

⁴ SINGLY (de) C., Rapport de la mission Cadres Hospitaliers, 2009

⁵ MISPELBOM BEYER F., 12ème journée d'étude du GDR CADRES Lyon - 15 décembre 2006

⁶ DIVAY S., GADEA, C. Communication aux XIVème Journée d'études du GDR CADRES, "Encadrer sous contrainte : les encadrants des organisations publiques" IMUS, institut du management de l'Université de Savoie, Annecy, décembre 2007

Il faut, dès lors, renoncer à relier uniquement les difficultés rencontrées par les cadres à leur formation, leurs capacités, bref leur responsabilité, exclusivement de celle du management hospitalier.

L'expression d'un mécontentement par une catégorie de personnel culturellement non coutumière du fait, interpelle. A quoi est donc dû ce malaise exprimé par des contestations parfois importantes (la grève des cadres du CHU de Nantes a duré plusieurs mois en 2011) ?

De toutes les hypothèses possibles, la plus invoquée pour expliquer ce phénomène est la tension budgétaire devenue chronique dans le système de santé en France. Le modèle social français, au regard de la conjoncture économique actuelle, ne permet plus un financement aussi exhaustif de dépenses hospitalières en augmentation. La réduction des coûts et l'amélioration des organisations sont devenues le leitmotiv des établissements et aucun d'eux ne peut se passer pour cela d'un travail de management de proximité. L'hypothèse la plus entendue est donc que ce management de proximité subit la pression sociale accompagnant les décisions budgétaires difficiles.

Pourtant, les cadres savent que ce contexte budgétaire n'est que partiellement contrôlé par les directeurs d'hôpital. Les entretiens réalisés pour cette étude montrent que les cadres de santé peuvent être une force de proposition, qu'ils sont rarement dans une position de demandeur systématique de moyens supplémentaires et qu'ils intègrent très bien, au moins théoriquement, l'exigence de maîtrise budgétaire⁷.

Les grèves successives ne peuvent donc avoir pour seul motif la contestation d'une tension budgétaire par des cadres de santé qui reconnaissent que cette tension n'est pas principalement le fait du directeur de l'établissement.

En 2011, les cadres du CHU de Rennes, ont élaboré un document d'expression destiné à la direction de l'hôpital. Ce « manifeste des cadres » montre plusieurs éléments. Les cadres ne voulaient pas être associés à un mouvement syndical de contestation (signe de leur loyauté consubstantielle). Ensuite, selon l'un des cadres de santé représentant ses collègues à la suite du mouvement, les cadres souhaitaient proposer une réflexion constructive portant plus sur leur condition d'exercice que sur le fond des décisions qu'ils ont à porter.

Ce qui a généré la grève des cadres n'est donc pas une contestation sur l'action de la direction et des cadres mais sur le mode d'action et de collaboration de la direction et des cadres. Le document d'expression des cadres du CHU de Rennes en 2011 n'est

⁷ Document d'expression des cadres de santé du CHU de Rennes en 2011 : « *Nous sommes conscients que les orientations de la politique de santé actuelle conduisent les établissements à prendre des mesures stratégiques et économiques difficiles.* »

pas une succession de revendications liées à un contexte budgétaire mais un ensemble de propositions de réflexion sur leur collaboration professionnelle avec la direction.

Ainsi, il s'agit d'étudier le rôle et les attentes à l'égard des cadres de santé, mais également, les rôles et attentes des cadres eux-mêmes à l'égard de l'hôpital et de ses acteurs notamment sa direction.

Ceci particulièrement parce que le métier de cadre est un métier de relation. Il n'est pas un métier de production au sens industriel du terme, il est principalement un métier de structuration des relations. Ainsi, le terme « cadre », du latin *quadrum*, carré⁸, indique une notion de délimitation, de limite, de régularité, d'unité (quatre côtés identiques et reliés entre eux). Comme pour un tableau, le cadre est à la fois distinct du sujet encadré mais en prise et indissociable de ce dernier au risque de perdre son objet.

Sur le plan méthodologique, même s'il est très probable que d'autres cadres de l'hôpital connaissent des situations similaires, la nécessité d'homogénéisation de l'étude réalisée conduit à n'étudier que les cadres de santé. Ceci du fait de leur importance numérique mais aussi parce qu'ils encadrent le cœur du métier de l'hôpital. Dans cette étude, le terme de « cadre » renverra donc, systématiquement au métier de cadre responsable d'unité de soins⁹ souvent dénommé également cadre de santé.

Le constat réalisé en stage, cause initiale de cette étude, porte sur le positionnement des cadres. Les grèves montrent qu'ils ne trouvent pas leur positionnement, ou le connaissent mais ne parviennent pas à le tenir, ou encore ne le connaissent ni ne parviennent à le tenir. A ce titre, la grève des cadres du CHU de Rennes en 2011 est une demande de réflexion sur leur positionnement face aux contraintes qu'ils connaissent.

Le sentiment de solitude face aux équipes, à qui ils doivent expliquer des décisions difficiles, interroge sur les conflits de rôle qu'ils connaissent et sur leur prévention et leur gestion. L'hypothèse de départ de cette analyse est donc l'existence de conflit de rôle chez les cadres perturbant leur travail.

⁸ A ce titre, la souplesse que le métier de cadre de santé implique selon les entretiens réalisés, questionne singulièrement le terme de « cadre », donc de carré, qui renvoie plus à une certaine rigidité...

⁹ Cf. Code métier 05U20 du référentiel des métiers de la fonction publique hospitalière.

Le Larousse définit le conflit comme « *une opposition d'intérêt entre deux ou plusieurs parties dont la solution peut être recherchée soit par des mesures de violence, soit par des négociations, soit par l'appel à une tierce personne.* »

Anne-Marie Rocheblave-Spenlé¹⁰ propose une définition du rôle comme « *un modèle organisé de conduites, relatif à une certaine position de l'individu dans un ensemble interactionnel* ». En 1964, Daniel Katz et Robert Kahn définissent les rôles organisationnels comme « *l'ensemble des activités, des comportements et des attentes ou demandes communément associés à un poste de travail dans une organisation donnée* ».

La notion de conflit de rôle a été développée par ces deux psychologues sociaux américains. Un conflit de rôle peut-être défini *comme "l'occurrence simultanée de deux (ou plus) transmissions de rôles tels que la prise de l'un ...rend difficile ...(voire totalement impossible)...la prise de l'autre"*. Le conflit de rôle est donc la « *perception de la présence de deux ou plusieurs ensembles de pressions et/ou d'attentes relatives au travail, telle que l'adaptation de l'une entrave celle des autres*¹¹ ».

Le conflit de rôle ne doit donc pas être confondu avec les conséquences d'une incompetence ou d'une faute professionnelle. Il s'agit d'une situation dans laquelle les acteurs tiennent, la plupart du temps, les rôles qui sont les leurs mais dont les contours se heurtent. Par conséquent, il ne s'agit pas de désigner un individu incompetent et donc responsable de l'émergence de conflits de rôle chez les cadres de santé, mais d'émettre et de vérifier l'hypothèse qu'à l'hôpital, le travail des uns génère des conflits de rôles chez les autres et d'envisager les actions possibles pour limiter ces conflits. L'hypothèse formulée est donc que les acteurs de l'hôpital notamment les directeurs d'hôpital, les médecins et les cadres de santé, prennent des décisions valables *stricto sensu*, mais qui ont chacune des interactions mutuelles parfois néfastes du fait d'un travail trop désynchronisé.

L'hypothèse des conflits de rôle implique donc que la difficulté des cadres de santé n'est pas seulement d'obtenir un soutien managérial face à une tension budgétaire ou de combler l'espace existant entre leur formation initiale et les exigences actuelles de leur métier, même si cela est nécessaire.

Il s'agit de porter une réflexion sur le mode de fonctionnement et d'interactions entre les cadres de santé et les autres acteurs, en particulier dans le cadre d'un mémoire

¹⁰ ROCHEBLAVE-SPENLE A-M., *La notion de rôle en psychologie sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, 1962.

¹¹ LOUBES A., *Contribution à l'étude des tensions de rôle des agents de maîtrise en milieu industriel*, Thèse de doctorat, Université de Montpellier II, 1997.

professionnel d'élève-directeur d'hôpital, entre les cadres de santé et les cadres de direction.

Aujourd'hui, dans les hôpitaux, les cadres de santé sont souvent sollicités pour régler des problèmes très divers, de préférence en urgence, rarement pour participer à une réflexion de plus long terme. De nombreuses questions découlent de ce constat. En particulier, une telle situation n'aboutit-elle pas à se priver d'une compétence essentielle : la connaissance du terrain ? N'est-ce pas se priver de la richesse du dialogue managérial et de la variété des compétences des personnels d'encadrement hospitalier ?

Cette étude porte donc sur la possibilité de mieux faire travailler ensemble les cadres de direction et les cadres de santé. Ceci parce que le management d'un hôpital est un ensemble indivisible. Les difficultés d'un maillon de la chaîne managériale doivent donc interpeler tous les autres. La question des conflits de rôles rencontrés par les cadres de santé est donc éminemment un sujet de préoccupation d'un directeur d'hôpital qui y voit l'affaiblissement chronique de son action.

Puisque les conflits de rôle perturbent autant l'organisation des structures de soins, qu'ils pénalisent la performance globale de l'hôpital dans la poursuite du projet d'établissement, l'ensemble des cadres de direction, direction des soins incluse, doit s'interroger sur la réponse managériale à apporter à ces conflits de rôle.

L'évolution du métier de cadre de santé provoquée par les différentes réformes hospitalières s'accompagne de conflits de rôles, importants en nombre et en intensité, que les cadres de santé ne parviennent pas à gérer totalement et qui génèrent des tensions professionnelles et des dysfonctionnements organisationnels (Partie 1). La responsabilité des directeurs d'hôpital est de prévenir l'apparition de ces conflits de rôle et de limiter leur impact par un travail concerté sur la fonction de cadre de santé et par une réponse managériale fondée sur la confiance et l'effectivité (Partie 2).

Encadré 1 : La méthode des incidents critiques et les raisons de son utilisation

La méthode retenue pour documenter cette étude est celle des incidents critiques. Cette méthode inventée par John C. Flanagan (A), présente l'avantage de décrire des comportements et de les analyser alors qu'ils ne sont pas bien connus par l'enquêteur comme par les personnes interrogées (B). Elle a été complétée dans cette étude par un questionnaire par écrit.

A) La méthode des incidents critiques de Flanagan

La méthode des incidents critiques est une méthode d'observation des comportements mise au point par John C. Flanagan en 1954¹². Elle consiste à soumettre des situations à une personne dont on veut analyser le comportement. Ces situations comportent toutes un incident auquel doivent réagir les personnes interrogées. Ces dernières ne disposent donc d'aucune consigne, d'aucun éclaircissement sur les attentes de la personne qui les interroge. La demande est donc neutre du type : Comment réagissez-vous à cette situation ?

B) Les avantages de la méthode

La méthode permet d'éviter plusieurs biais d'un entretien classique.

En premier lieu, elle évite d'analyser uniquement les éléments retenus et donc décrits dans un entretien classique par la personne interrogée. Cela permet d'éviter « l'effet lampadaire » (on ne cherche que ce qui est mis en lumière par la question) induit par une question. D'une part, inconsciemment, on répond en fonction de ce que l'on identifie comme étant la demande. D'autre part, on pose une question qui très souvent oriente la réponse. Par exemple : Connaissez-vous des conflits de rôle dans votre métier ? La personne répondra en décrivant ce qu'elle identifie comme des conflits de rôle...en omettant ce qu'elle ne considère pas comme un conflit de rôle. Ceci soit par omission simple, soit par volonté de masquer un comportement dont elle pense qu'il sera jugé par la personne l'interrogeant.

¹² FLANAGAN J.C., *The critical incident technique*, Psychological bulletin, vol.51, 4, 1954

Par exemple : Dans votre métier, intégrez-vous la dimension « établissement » ou concentrez-vous votre action sur votre service ? Il est probable qu'un cadre affirmera intégrer la notion d'établissement dans son travail, surtout si la personne qui l'interroge a, dans son esprit, un lien avec la direction de l'hôpital. Elle répond ce qui est conforme à ce qu'elle identifie comme l'attente de la personne l'interrogeant (effet de posture). La méthode des incidents critiques permet de faire réagir une personne, ici un cadre de santé, à une situation, de la façon la plus proche de ce qu'elle ferait en pratique et aussi indépendamment que possible de la posture ou du discours qu'elle tiendrait dans un entretien classique.

En deuxième lieu, la méthode est inductive. Elle limite le risque pour l'enquêteur de n'analyser que ce qu'il a identifié. La méthode des incidents critiques révèle des comportements que l'enquêteur n'avait pas identifiés comme hypothèses par oubli ou par méconnaissance. Cela permet de chercher des comportements dont on sait qu'ils existent mais que l'on ne connaît pas. A titre d'exemple, les cadres de santé connaissent des conflits de rôle et adoptent de façon quasi certaine des modes de gestion de ces conflits. L'enquêteur ne les connaît pas mais est quasi certain de leur existence : la méthode des incidents critiques permet d'analyser les réactions des cadres de santé pour en extraire les modes de gestion jusqu'alors inconnus de l'enquêteur.

Dernier élément, cette méthode nécessite de puiser dans l'expérience professionnelle qu'est le stage. Elle ancre la réflexion dans l'activité de terrain puisque les situations en sont tirées. Cela permet de relier plus fortement encore l'exercice professionnel et la réflexion théorique dans le cadre d'un mémoire professionnel.

Pour résumer, la méthode des incidents critiques permet d'éviter la subjectivité de la personne interrogée et de la personne interrogeant. Elle permet également de préserver une ouverture maximale à toute les hypothèses sans en sélectionner inconsciemment certaines avant ou pendant l'entretien ce qui réduirait le champ d'investigation.

1 Les récentes évolutions hospitalières favorisent le développement de conflits de rôle chez les cadres de santé

*« Le rôle des cadres n'est plus le même. Il ne s'agit plus d'être les représentants d'une profession technique, ils exercent un autre métier. La référence reste leur cœur de métier, mais ils deviennent 'manager '».*¹³

Ce constat n'est pas uniquement le fruit d'une évolution trop lente des cadres de santé par rapport aux exigences nouvelles du métier de cadre. En effet, le décalage souvent constaté, entre un positionnement réel de représentant des équipes encadrées et un rôle attendu de manager, est fortement lié à l'existence de conflits de rôle chez les cadres de santé (1.1). Ce positionnement, trop indifférencié des équipes encadrées, demeure car il apparaît comme un des modes de gestion des conflits de rôle rencontrés. Or ces modes de gestion aboutissent trop souvent à un positionnement inapproprié de cadres de santé (1.2).

1.1 L'apport de la notion de conflit de rôle pour décrire la situation des cadres de santé à l'hôpital

La classification des types de conflits de rôle développée par Katz et Kahn est un éclairage permettant d'analyser les difficultés que rencontrent les cadres de santé à l'hôpital (1.1.1). Les raisons de l'existence de ces conflits de rôle sont notamment décelables en reliant les évolutions structurantes de l'hôpital en France aux conflits constatés dans les entretiens (1.1.2).

1.1.1 Une pluralité de conflits de rôle

En 1964, deux psychologues sociaux américains ont développé une nomenclature des conflits de rôle. Daniel Katz et Robert Kahn tentent ainsi de systématiser les types de conflits de rôle constatés dans les organisations humaines.

Par principe toute typologie est critiquable car il est pratiquement impossible d'enfermer l'infinité des comportements particuliers dans des catégories fixes en nombres limités. Cependant l'intérêt de ces typologies réside dans la simplification de la réalité qu'elle propose afin de permettre l'analyse des comportements.

¹³ Op. cit.

L'intérêt de la conception des conflits de rôle de Katz et Kahn est son aspect dynamique. Un conflit de rôle est un conflit qui intervient dans une relation. Le fait que le conflit de rôle existe dans une interaction implique que chaque tenant de rôle est directement confronté à d'autres acteurs l'entourant dans son exercice professionnel et en dehors (sa famille par exemple). Ces acteurs forment ce que Katz et Kahn appellent le « *role set* » de la personne. Katz et Kahn définissent ainsi ce qu'ils nomment « la séquence de rôle : « *un émetteur de rôle (role sender) a des attentes explicites ou implicites à l'égard du récepteur de rôle (focal person). L'expression de ces attentes constitue le rôle transmis. Elle vise à influencer la personne cible afin qu'elle adopte un comportement conforme aux attentes de l'émetteur. Le récepteur de rôle développe sa propre perception et interprétation des signaux transmis par l'émetteur et en déduit un rôle perçu. Enfin, le rôle exercé (role behavior) correspond aux comportements observables du récepteur de rôle.*¹⁴ »

Par exemple, un directeur demande aux cadres de santé d'adopter un comportement. Le conflit de rôle n'est pas nécessairement un conflit objectif mais il est un conflit perçu. Le récepteur de rôle réagit en fonction de sa perception des attentes de l'émetteur. Par exemple, un directeur d'hôpital demande une hausse de l'activité d'un service tout en réduisant ses moyens. Les entretiens réalisés montreront que le cadre de santé verra cette double demande comme une injonction paradoxale générant un conflit de rôle. Pourtant, le directeur voit dans cette double demande une véritable cohérence : améliorer la productivité d'un service par réduction des charges et augmentation des recettes. Les conflits de rôle ne sont pas des conflits de rationalités mais de relationnel.

La classification de Katz et Kahn comporte quatre catégories principales :

A) Conflit intra émetteur

La première catégorie est celle des « *intrasender conflict* » traduit en conflits intra-émetteur. Dans ce cas, un émetteur de rôle formule des attentes de rôles contradictoires, ou plus exactement, perçues comme contradictoires par le récepteur de rôle. Ce type de conflit est très marqué par les limites de perception du receveur de rôle. C'est l'exemple correspondant au dicton « *De mémoire de rose, on n'a jamais vu mourir un jardinier* ». C'est donc le conflit de rôle le plus lié au niveau d'information du receveur.

¹⁴ BOLLECKER G., NOBRE T., XXème conférence de l'Association Internationale de management stratégique (AIMS), 2011

Par conséquent, deux types de conflits de rôles intra émetteur peuvent être distingués en pratique : des conflits apparents et des conflits réels. Si l'un est plus facile à traiter que l'autre, les deux ont les mêmes conséquences chez le receveur de rôle. Les conflits de rôle intra-émetteur apparents sont donc aussi nocifs que les conflits de rôle intra-émetteur réels.

Par exemple, la double demande de hausse d'activité et de baisse d'effectif est une injonction paradoxale apparente car il est possible de trouver une logique à cela. Une injonction paradoxale provoquant un conflit de rôle intra émetteur réel consiste par exemple pour un cadre à demander à un subordonné d'acquérir du matériel, en lui demandant de respecter le circuit normal d'approvisionnement, sans savoir qu'il n'est pas disponible par le circuit habituel. A l'hôpital, cela revient à exiger que le circuit du médicament par dispensation nominative journalière soit respecté par méconnaissance des dysfonctionnements majeurs qui affectent ce dernier.

B) Conflit inter émetteur

Le deuxième type de conflit est dit « *intersenders conflict* » ou conflit inter-émetteurs. Ce type de conflit est probablement le plus fréquent pour un cadre de proximité comme les cadres de santé. Il est en effet quasi consubstantiel à la fonction de cadre de proximité. Dans son acception la plus classique, il s'agit d'une demande de rôle faite par la direction et qui rentre en contradiction avec une demande de rôle de l'équipe encadrée.

Par exemple, un cadre de santé est incité par la direction de l'hôpital à exercer un contrôle plus étroit sur les membres de son équipe alors que ces derniers demandent une plus grande liberté d'action.

Ce type de conflit est d'autant plus fréquent que la déconnexion entre la direction d'un établissement et les aspirations des équipes de terrain, est grande. Les décisions prises dans l'ignorance des aspirations des équipes de terrain sont donc les plus propices à la création de conflits.

L'information ascendante doit être développée pour cela mais également l'information descendante. Un cadre de santé peut se trouver en conflit de rôle quand son équipe exige des informations sur une réorganisation alors que la direction ne lui a encore rien dit, ou, plus rarement, lui a demandé de ne rien laisser filtrer.

Ce type de conflit de rôle est d'autant plus important que le nombre d'acteur ayant des inter-actions avec la personne considérée est grand. L'exemple des cadres de santé positionnés notamment entre la direction, la direction des soins, les cadres supérieurs de

santé, le chef de pôle, le chef de service, les équipes soignantes, les médecins etc. montre l'impact de la gouvernance hospitalière sur ces types de conflits.

C) Conflit inter rôle

Le troisième type de conflit de rôle défini par Katz et Kahn est le conflit dit « *interrole conflict* » ou conflits inter-rôles. Ces types de conflits surviennent entre deux rôles demandés à une personne.

Paradoxalement, les cadres de santé semblent peu les connaître dans leur exercice professionnel strict. Ces conflits semblent exister plus fréquemment entre les rôles personnels et les rôles professionnels demandés aux cadres.

Par exemple, un cadre de santé voit les réunions de service avoir lieu à des horaires permettant de réunir les équipes de jour et de nuit soit en début de soirée alors que sa famille lui demande d'être plus présente chez elle pour une période donnée.

Le faible nombre de conflit inter-rôle constaté indique que les cadres de santé n'en rencontrent pas particulièrement. Les cadres ont en effet un rôle principal et sont associés à des projets ou des missions mais sans en porter seuls la responsabilité. Par exemple, les cadres ne vivent pas comme un conflit inter-rôle le fait d'être à la fois cadre de service et notateur d'élève infirmier car ils indiquent être accompagnés dans ce dernier rôle par une personne de l'Institut de Formation aux Soins Infirmiers (IFSI). Dans ce cas, la collégialité permet la discussion et évite les conflits de rôle. Dans une certaine mesure, ce constat interroge sur l'utilisation suffisante des cadres sur d'autres activités que celles concernant leur service (fonctions transversales notamment).

D) Conflit personne-rôle

Le dernier type de conflit de rôle est le « *person-role conflict* » ou conflit personne-rôle. Il s'agit d'un conflit ressenti entre les capacités d'une personne, ses compétences, ses aspirations et le rôle qui lui est demandé.

Par exemple, un cadre peut ressentir un conflit entre ses aspirations personnelles, son éthique et ce qui lui est demandé. Ou encore un cadre de santé peut se sentir incompetent pour traiter une demande.

Il faut constater que ce dernier cas est favorisé par une conception large et exigeante de son rôle. Là encore il s'agit d'un conflit entre ce qu'un cadre perçoit de lui-même et ce qu'il perçoit comme étant le rôle qui lui est demandé.

Un cadre qui ne considère pas que l'élaboration de tableaux de bord relève de sa fonction ne ressentira pas de conflit de rôle entre sa personne, ses capacités et ce qui lui est demandé. Une telle exclusion de son champ de compétence pourra d'ailleurs être analysée également comme un mode de gestion de ce type de conflit de rôle.

La difficulté réside dans le fait de savoir si cette attitude est naturelle et relève d'une conception trop restrictive de son rôle, ou si elle est un mécanisme de gestion et de défense contre le conflit de rôle du type : je prétends que ce n'est pas mon rôle, que cette tâche doit être confiée à d'autres et que je suis donc compétent dans ma fonction, pas au-delà.

Les entretiens réalisés montrent ainsi une forte prévalence de ce genre de situation chez certains cadres, une très faible chez d'autres.

L'un des cadres interrogé décrit son sentiment de n'être pas suffisamment formé « *je fais le constat qu'en terme de compétences, pour gérer techniquement (ndlr : des situations de gestion), je ne me sens pas armé* » « *je me sens complètement démuni* » au point d'envisager une formation universitaire à la gestion. « *L'évolution de l'hôpital est telle que l'on va être de plus en plus sollicité pour des demandes de ce type (ndlr : tableau de bord...)* ». « *on nous a beaucoup fait travailler sur des concepts, à une prise de recul par rapport à notre métier* » « *par contre, il me manque des outils techniques, surtout en terme de gestion pour envisager mon métier dans sa globalité* ».

La question de la définition du métier est donc essentielle. Il y a un lien fort entre la conception personnelle de son métier d'un cadre et son parcours. Schématiquement, plus la conception est exigeante et étendue, plus le nombre de formation est important afin de compléter une formation initiale jugée insuffisante à un moment donné au regard des exigences du métier.

La variété des situations particulières empêche une généralisation qui serait forcément abusive mais deux points apparaissent clairement.

Premièrement, la conception exigeante et/ou extensive de son métier favorise l'apparition de ce type de conflit de rôle. Les déclarations d'un cadre interrogé sont éclairantes à ce sujet « *je me sens de moins en moins isolé (ndlr : à penser cela) même si certains ne sont pas du tout dans cette dimension là en considérant que ce n'est pas de leur ressort, que ce n'est pas leur métier* ».

Deuxièmement, la capacité à faire face à une évolution, un changement des exigences de son propre métier par des formations ou une mobilité, est la meilleure arme pour lutter contre ce type de conflit. (cf 2.1)

A ce titre les réflexions portées par les groupements de cadres (collèges, association etc.) sont utiles, notamment en ce qui concerne la définition des besoins professionnels auprès des Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS) et de formations continues (Département de Formation Continue au CHU de Rennes).

Les difficultés des cadres de santé sont donc largement dues à des conflits de rôle. Proposer une réponse managériale à ces obstacles, ce qui est l'objectif de cette étude, nécessite une réflexion sur l'origine de ces conflits de rôle qui orientera les propositions envisageables.

1.1.2 Réflexion sur l'origine des conflits de rôle des cadres de santé à l'hôpital

Le modèle de Kahn et Katz conceptualise des situations particulières. Une grande prudence est de mise quant à l'explication des conflits de rôle. Ces derniers sont par nature fortement dépendants des situations locales et des parcours personnels.

En dépit de ces limites méthodologiques, il est clair, dans les entretiens réalisés, que des phénomènes systémiques rencontrés par l'hôpital favorisent l'apparition de situations de conflits de rôle à l'hôpital.

Les entretiens réalisés et de nombreuses analyses¹⁵ montrent que les cadres relient essentiellement leurs difficultés à la tension budgétaire actuelle. Cette dernière apparaît comme la source de conflits de rôle au regard des restrictions en personnel qu'elle suppose. Néanmoins, si les cadres doivent faire face aux résistances, aux restructurations rendues nécessaires par la contrainte budgétaire, de nombreux conflits de rôle peuvent avoir une autre origine.

Ainsi, il n'est pas inintéressant de constater par les entretiens, qu'en dehors de la question budgétaire, la plupart des évolutions les plus structurantes de l'hôpital en France ont un impact favorable à l'apparition des conflits de rôle.

Sans avoir la naïveté de penser que ces évolutions récentes ont créé des conflits de rôle, par définition inhérents à toute structure humaine, il faut constater que leur

¹⁵ « C'est le contexte économique qui fait que l'hôpital change. 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 sur celles de l'encadrement : il a été demandé aux professionnels de santé d'intégrer une dimension économique à leur pratique et de participer à la gestion de l'hôpital. », in CHAUVANCY M.C., *Cadres de santé : une crise identitaire*, 2008 disponible à <http://www.carnetsdesante.fr/Cadres-de-sante-une-crise>

présence nouvelle sont des facteurs potentiellement aggravants, en particulier pour ce qui concerne la nouvelle gouvernance et son effectivité (A) et la complexification croissante de l'hôpital en France notamment en matière financière (B).

A) L'effectivité partielle de la gouvernance hospitalière

La gouvernance hospitalière telle que définie par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, présente une cohérence mais la réalité de son déploiement ne montre pas un tel équilibre. La gouvernance n'est pas pleinement mise en œuvre¹⁶ dans de nombreux établissements du fait de résistances plus ou moins légitimes. Aujourd'hui, les pôles ont encore une existence relativement incertaine sur le plan managérial. Leur développement s'est pour le moment concentré sur le décloisonnement médical mais les logiques financières et managériales peinent à y trouver place.

Sur ce dernier point, d'une part, le rattachement hiérarchique des cadres de santé à la direction des soins n'est pas toujours évident sur le plan opérationnel, d'autre part, le chef de pôle, le chef de service et les praticiens du service ont un ascendant culturel fort rendant d'autant plus nombreux les conflits de rôle, en particulier les conflits inter-émetteurs. A titre d'exemple, un chef de service peut vouloir augmenter son activité dans un secteur particulier alors, d'une part, que les équipes soignantes estiment être au maximum de leurs capacités et, d'autre part, que le directeur veut réduire le nombre de postes infirmiers et augmenter l'activité sur l'ensemble du champ du service et non seulement sur le segment voulu par le chef de service. Le positionnement du cadre ne sera pas évident d'où la fréquence d'un alignement sur la position du chef de service comme mode de gestion de ces conflits de rôle (cf. 1.2.)

Ensuite, la gouvernance, issue de la loi HPST, a organisé la représentation des cadres de santé dans les instances. Le décret 2010-449 du 30 avril 2010 précise que la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) ne sera plus obligatoirement consultée sur le projet d'établissement et l'organisation interne. Elle *"est consultée pour avis"* sur *"le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins"*, *"l'organisation générale"* de ces soins et l'accompagnement des malades, *"la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins"*, *"les*

¹⁶ Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, ZEGGAR H., VALLET G., TERCERIE O., Février 2010, p. 21 et s.

conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers", "la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques" et "la politique de développement professionnel continu".

Cette représentation des cadres de santé dans les instances a une forte importance en dépit de son caractère consultatif et restreint au champ professionnel qui la concerne, mais elle ne remplace pas l'existence d'un dialogue managérial opérationnel. Ce dernier seul permet d'assurer la cohérence et l'unité managériale. Le fait que les cadres de santé ne soient plus consultés systématiquement au sujet de l'organisation interne implique que ce dialogue managérial soit permanent pour maintenir une unité managériale.

La gouvernance dans son état actuel est donc partiellement responsable de l'émergence des conflits de rôle, ceci d'autant plus que l'hôpital connaît une complexité croissante à laquelle il est difficile de faire face en limitant les conflits de rôle.

B) Une complexification hospitalière qui génère des conflits de rôle

La complexification entraîne la dispersion par spécialisation des acteurs (a) mais aussi le décalage entre les capacités et les rôles attendus en particulier chez les cadres de santé (b).

a) *Complexification hospitalière et dispersion*

L'hôpital est un lieu de pouvoir¹⁷ dans lequel la notion de territoire (service de soins, pôles, direction, etc.) et de concurrence pour la maîtrise de l'information (communication interne, tableau de bord etc.) s'oppose en permanence à la nécessité de travailler ensemble. Cet état de fait est largement dû à la complexité hospitalière.

Complexification des techniques médicales, des compétences, des réglementations, des acteurs, l'hôpital est une ville dans la ville¹⁸. Songeons à l'hôpital d'il y a trente ou quarante ans : peu ou pas de système informatique, d'imagerie interventionnelle, d'activité ambulatoire, pas de Haute Autorité en Santé, pas de certification, pas de tarification à l'activité ni de comptabilité analytique, pas de pôles, pas de département d'information médicale ni de technicien d'information médicale, pas de Groupements de Coopérations Sanitaires, pas de dossier patient informatisé, pas de

¹⁷ DUMONDJ-P., « *Les conflits de pouvoir à l'hôpital* », Les Tribunes de la santé, 2003/1 no 1, p. 71-81. DOI : 10.3917/seve.001.81

¹⁸ BUBIEN Y. *L'hôpital, une ville dans la ville*, Revue hospitalière de France nov/déc 1999.

codage, peu de bactéries multi-résistantes etc. Dans tous les domaines, organisationnels, financiers, sanitaires, médicaux, l'hôpital se complexifie sans cesse.

Cette complexification gigantesque s'accompagne de contraintes grandissantes. Le personnel hospitalier dans son ensemble rencontre une densification des contraintes. S'il travaille moins, depuis l'avènement des 35 heures, il travaille de façon plus intense et doit faire face à des contraintes toujours plus nombreuses et complexes. Ceci est particulièrement valable pour l'encadrement de l'hôpital.

Or la complexité entraîne la spécialisation (qu'il suffise d'étudier l'évolution de la médecine sur ce point). Devant cette complexité devenue insaisissable par une seule personne, chacun est tenté de se cantonner à ses tâches et ses contraintes, de ne plus prendre en compte les contraintes de ses collègues. Ceci est rarement le fait d'un manque de curiosité mais simplement d'une ignorance progressive, du fait de sa spécialisation, des contraintes des autres. Et chacun de créer ainsi, du fait de cet effet de spécialisation, de nouvelles contraintes pour les autres par sa propre activité. Dans cet immense télescopage des contraintes, les conflits de rôle se forment. Même quand chacun fait parfaitement son travail, et parfois même, surtout quand chacun fait bien son travail, des conflits de rôle demeurent (cf. concept de grève du zèle).

Là encore, il faut détacher la question des conflits de rôle, des conflits de compétence ou d'incompétence. Les conflits de rôle ont cela de délicat, qu'ils ne sont pas, en théorie, le résultat d'une faute ou d'une erreur quelconque. Chacun, en remplissant correctement son rôle empêche parfois les autres de remplir correctement le sien.

Un moyen de lutte contre ce phénomène est évidemment une plus grande communication mais celle-ci, par mail ou par réunion(-ite), embolise de plus en plus l'activité et crée aussi des conflits de rôles : en particulier les conflits personne-rôle dans la classification de Kahn et Katz, c'est à dire, schématiquement, l'écart entre les capacités et les buts. Certains personnels d'encadrement ont ainsi une activité totalement saturée par la coordination.

Le remède semble alors parfois pire que le mal. Il en résulte, de plus, une impression de faible prise sur les événements alors que pour les cadres de santé interrogés, le « *pouvoir d'agir sur les choses* » est la motivation principale pour devenir cadre¹⁹.

A l'extrême, la faible prise sur les contraintes subies conduit à l'émergence du *burn out*. Le temps que l'on passe désormais à gérer les interactions avec les autres est plus important, au moins en énergie dépensée, que celui que l'on passe à travailler à sa

¹⁹ Cf. Annexe 3, Analyse des questionnaires question 3

propre tâche. Qu'il suffise pour s'en convaincre d'écouter le personnel hospitalier affirmer en substance: « *pendant les vacances, on rattrape le retard chronique que l'on a* », « *le matin et le soir, ce sont les seuls moments où l'on peut travailler sur les dossiers* ».

La complexité hospitalière et les exigences multiples (réglementaires, sanitaires, éthiques etc.) crée parfois une dispersion alors qu'une priorisation serait nécessaire pour éviter les conflits de rôle. Les conflits de rôle étant l'opposition entre deux rôles d'impérativité perçue comme égale, un effort managérial de priorisation permanent est à réaliser. Les cadres de santé du CHU de Rennes expriment cette nécessité en écrivant dans leur « manifeste » de 2011: « *Le deuxième défi à relever sera donc de répondre à la nécessité pour les cadres de posséder un niveau d'information suffisant sur ce qui se passe, se priorise dans l'ensemble de l'établissement*²⁰»

Cette priorisation peut être affirmée dans un projet managérial et un projet d'établissement mais doit aussi être présente quotidiennement. Lutter contre la dispersion des forces de l'établissement vers des cibles de plus en plus nombreuses est du rôle de l'encadrement de direction. C'est même là sa plus value face à la complexification des activités et des contraintes, notamment médico-économiques.

b) *Complexification médico économique et conflits personne-rôle : l'impact de la T2A*

L'inadéquation plus ou moins forte entre la compétence de gestion demandée au cadre et leur formation initiale est une préoccupation ancienne. Ceci en dépit de l'effort important d'appropriation réalisé par les cadres et des formations nombreuses qui leurs sont dispensées.

Jean Le Camus, ancien directeur général du CHU d'Angers confirme²¹ que la tentation de croire que ce phénomène est totalement nouveau, est illusoire. Pour lui, le cadre de santé « *s'est rapproché de l'administration par des connaissances de gestion sans pour autant assumer les responsabilités ou du moins la force de conviction attachée à une certaine maîtrise des données économiques*²² ». La nécessité de maîtrise économique et donc de compétences de gestion n'était pas beaucoup plus ancrée dans la culture des cadres au début des années 80 qu'aujourd'hui. En témoignent, les termes

²⁰ Manifeste de cadres du CHU de Rennes 2011

²¹ Entretien écrit

²² Entretien écrit

de « *guerre économique* » utilisés alors pour stimuler la vigilance en matière économique des cadres de l'hôpital Avicenne qu'il dirigeait alors.

Cependant les entretiens montrent que les cadres ont le sentiment d'être de plus en plus fortement confrontés à des problématiques nouvelles de gestion. Il ne s'agit pas, ici, de difficultés d'adaptation de tel ou tel cadre à l'évolution du métier de cadre de santé mais d'un constat fait avec la direction des soins du CHU de Rennes²³, que les cadres ont de plus en plus de mal à faire face à une gestion médico-économique de plus en plus complexe.

Cette complexification des outils de gestion est confirmée par le rapport relatif à l'évaluation de la T2A sur le management des établissements de santé²⁴ qui mettait notamment en évidence que la « *T2A a servi de catalyseur pour accélérer la mise en place d'outils de gestion jusqu'alors très inégalement développés, notamment dans le secteur public* », ainsi que le fait que la T2A avait « *renouvelé le dialogue médico-soignant, notamment dans les établissements publics de santé, via la contractualisation avec les pôles et la plus grande implication des médecins dans la prise de décision.* » Ce rapport soulignait cependant l'écart entre ceux qui maîtrisent la T2A (cadres de direction, directeurs, exécutifs de pôles) et le reste de la communauté hospitalière. Il recommandait des formations adaptées aux différents personnels, un renforcement des cadres intermédiaires et de la contractualisation, notamment via l'intéressement positif et négatif. Ces préconisations se heurtent à de nombreux freins mais aussi à une limite managériale qu'est la création de conflits personne-rôle chez les cadres de proximité.

Les entretiens montrent la conscience chez les cadres de santé que les enjeux nationaux de maîtrise des dépenses passent par eux. L'un d'eux affirme « *On ne peut plus et on pourra de moins en moins se couper de cette vision globale des choses, de ces sollicitations (ndlr : de gestion), de cette manière d'évoluer de l'hôpital, ce qui ne veut pas dire, pour moi, que je mets dans un coin ma formation initiale de soignant* »

Depuis presque dix ans, l'hôpital public en France connaît une profonde mutation par la réforme radicale de son mode de financement. Initialement comprise comme une question de technique financière, la tarification à l'activité (T2A) se révèle être une problématique essentiellement managériale mais encore trop peu perçue comme telle. Qu'on en juge par les difficultés rencontrées par les établissements de santé dans la

²³ Séminaire de direction du CHU de Rennes du 27 septembre 2012

²⁴ Rapport IGAS, *Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants*, Avril 2012 – ACKER D., BENSADON A.C., LEGRAND P., MOUNIER C.

codification, dans la comptabilité analytique, dans l'appropriation des logiciels de description de l'activité etc.

Un rapide détour théorique permet d'expliquer l'impact de l'apparition de la T2A. Cette dernière vise à garantir une ventilation adéquate entre établissements et une utilisation des fonds de l'Assurance Maladie la plus efficiente possible.

En premier lieu, elle déconnecte de la décision politique l'attribution des financements aux établissements en assurant une ventilation par une régulation automatique du marché (l'activité hospitalière) jugée plus juste et plus liée à la demande.

En deuxième lieu, elle vise à assurer une utilisation plus efficiente (puisque la régulation prix/volume contraint à des efforts de productivité : on baisse le tarif si l'activité est trop importante) et adéquate des fonds publics en orientant, théoriquement, l'activité médicale en fonction des progrès de la médecine (ex : ambulatoire plutôt qu'hospitalisation complète, coelioscopie plutôt que chirurgie classique).

Ainsi, alors que les efforts précédents relevaient des finances publiques, en particulier par la restructuration du financement de la protection sociale (ex : la CSG), les contraintes budgétaires sont affrontées désormais par une maîtrise dite médicalisée des dépenses.

Or, cette connexion de la qualité du système hospitalier à son coût a un impact majeur sur le management et sur les organisations. Toute la logique du système s'en est trouvée modifiée. D'une logique de dépenses, l'on est passé à une logique de coûts (et non pas de recettes comme trop souvent cru).

Auparavant, l'ordonnateur était à l'origine des recettes : il obtenait et gérait la dotation globale indépendamment de l'activité soignante qu'il cherchait à réduire quand les fonds venaient à manquer en fin d'exercice.

Aujourd'hui, les soignants sont l'origine des recettes. Etant payés par l'Assurance Maladie à un tarif défini, les hôpitaux doivent se pencher sur la rationalité de leurs pratiques. Rationalité qualitative pour améliorer les soins et les organisations pour un même coût (d'où les démarches de certification et d'amélioration continue de la qualité), mais aussi amélioration économique en maîtrisant les coûts voire en les diminuant.

Dès lors, un lien nouveau entre l'activité de soin et l'efficience est créé. La pratique soignante doit désormais intégrer pleinement ces contraintes. L'activité de soins étant la source de la rémunération de l'établissement mais aussi de ses coûts, elle doit être contrôlée par les soignants qui doivent désormais peser les avantages et les inconvénients économiques de leurs actes. C'est une véritable révolution culturelle à opérer parfois dans la douleur. Un cadre indique ainsi qu'à l'IFCS de Rennes « *on voulait*

faire de nous des universitaires dans le soin » « on considérait l'évolution vers la gestion comme la mort (de l'hôpital) »

Cette amélioration de l'efficacité des organisations passe par une connaissance et un travail sur les coûts (comptabilité analytique, performance des achats...) et les organisations. Ces deux éléments relevaient auparavant quasi exclusivement des fonctions supports. Le paradigme a totalement changé. Auparavant, l'activité de soins nécessitait des financements gérés exclusivement par une administration, aujourd'hui, les coûts orientent le mode d'activité et nécessitent donc la collaboration des professionnels de santé et des fonctions supports.

Désormais les cadres de santé sont, avec les médecins en première ligne dans la maîtrise médicalisée des coûts. Ils ont donc la responsabilité de porter, conjointement aux directeurs d'hôpital, une activité de soins et d'en maîtriser les coûts. L'exercice professionnel des soignants n'est donc plus seulement de soigner, il est aussi d'analyser leurs comportements pour maîtriser des coûts (d'où la délégation de gestion). Pour cela, des personnels de gestion et des personnels de management font fonction de supports pour produire l'information nécessaire de façon fiable (indicateurs de qualité (ICALIN, IPAQSS) certification des comptes, TIM pour aide au codage, SIH performant, comptabilité analytique etc.) et coordonner l'action de tous. Aujourd'hui, le management des hôpitaux ne peut se concevoir sans les créateurs principaux des coûts : les soignants.

Par conséquent, la collaboration des soignants et du management des fonctions supports est l'enjeu unique et crucial du bon fonctionnement des hôpitaux, d'où la gouvernance nouvelle. Interrogé, Jean-Claude Moïsdon²⁵, directeur de recherche à l'École Nationale Supérieure des Mines de Paris, confirme ce constat en écrivant : « *ce sont bien les professionnels eux mêmes, les plus proches de l'activité, qui sont les mieux placés pour prendre en charge la question de l'efficacité (d'où la nouvelle gouvernance)*²⁶ ». Les cadres de santé se trouvent donc être une plaque tournante de ce système mais cette évolution suscite chez eux de nombreux conflits de rôle, en particulier des conflits personnes-rôles du fait du choc culturel qu'ils doivent surmonter. Avant d'adopter une démarche d'adaptation à ce système, les cadres développent des modes de gestion des conflits de rôle dont l'analyse révèle les insuffisances et les conséquences néfastes sur le sens donné à leur travail par les cadres.

²⁵ J-C. MOÏSDON est notamment l'auteur d'un ouvrage sur la régulation des dépenses de santé : « *La démarche gestionnaire à l'hôpital* » – 1 Recherches sur la gestion interne, J.C.Moïsdon, D.Tonneau, – 2 La régulation du système hospitalier, F.Engel, F.Kletz, J.C.Moïsdon, D.Tonneau, *Seli Arslan*, 1999 et 2000

²⁶ Entretien écrit

1.2 Des conflits de rôle difficiles à surmonter et à l'origine d'une perte de sens dans le travail chez les cadres

Les cadres de santé subissent donc des conflits de rôle importants. Face à cela, ils développent des moyens de gestion de ces conflits (1.2.1)

Ces modes de gestion ne sont pas exclusifs les uns des autres. Ils présentent tous des imperfections majeures et conduisent notamment à une perte de sens dans le travail (1.2.2).

1.2.1 Les stratégies des cadres de santé pour faire face aux conflits de rôle

Les cadres développent face aux conflits de rôle, des modes de gestion nombreux. Quelques-uns sont plus fréquents que d'autres et peuvent donc être recensés.

Il existe, bien entendu, en premier lieu, le choix de quitter les fonctions de cadre de santé notamment par la prise de responsabilité plus large (devenir cadre supérieur de santé). La focalisation sur les cadres de santé à l'exclusion des cadres supérieurs de santé de l'étude empêche d'analyser ce mode de gestion qui n'en est pas moins important.

De nombreux autres modes de gestions par évitement existent dont les principaux sont l'alignement stratégique du cadre sur le chef de service (A), l'exclusion de son champ de compétence du conflit (B), la désolidarisation de l'institution et la priorisation des intérêts immédiats du service (C).

A) L'alignement stratégique des cadres sur les chefs de service

La gouvernance d'un service de soins consiste essentiellement en un duo chef de service/cadre de santé qui rend nécessaire la bonne entente entre le chef de service et le cadre de santé. Or cette entente est renforcée bien souvent par l'alignement, souvent inconscient, du cadre sur la position du chef de service. Bien entendu l'entente du cadre avec le chef de service est un élément primordial de sa nomination, mais il n'implique pas en théorie, cet alignement quasi permanent.

Ce positionnement permet de bénéficier du « poids politique » du chef de service dans l'établissement mais a aussi pour avantage de limiter les conflits de rôle entre le cadre et le chef de service, notamment les conflits inter émetteurs. Un tel positionnement produit donc nécessairement des interférences avec la ligne hiérarchique soignante.

Le stage court effectué en début de formation et les entretiens réalisés confirment cet état de fait. Un cadre indique ainsi plusieurs fois sa parfaite entente et l'importance du

travail réalisé avec son chef de service alors que ce dernier se trouve en désaccord avec l'encadrement de direction. Le cadre préfère un alignement stratégique sur la position du chef de service qu'un alignement sur la position de la direction. Cela s'explique par le fait qu'il est moins désagréable d'être en conflit de rôle avec la direction qu'avec la personne avec laquelle on travaille au quotidien.

Ce constat est renforcé par la conception du rôle de cadre de santé des responsables d'unités médicales. Un manifeste du Président de CME du CHU de Rennes adressé au Directeur Général du même CHU en 2007, réitéré en 2012 par son successeur, s'intitule « *Rendez-nous nos cadres* ». Au delà du slogan, ce manifeste montre bien que la conception du positionnement des cadres de santé varie selon les acteurs qui les entourent. Chacun voulant se les « approprier ». Il traduit également la proximité forte entre les cadres et les chefs de service justifiant l'alignement stratégique évoqué.

Le risque de blocage et de division managériale au sein de l'établissement est grand par ce positionnement. Il en résulte éventuellement un conflit de principe entre un bloc « cadres de direction » et un bloc « service de soins » qui n'est pas souhaitable. Ce mode de gestion des conflits apparaît comme une difficulté réelle pour l'ensemble de l'établissement parce qu'il introduit un choix entre des positions qui devraient être unifiées. Cette étude se limite aux cadres de santé mais il est bien évident que cette unité managériale entre cadres de direction et médecins doit être forte, ceci pour que les cadres de proximité n'aient pas à choisir entre deux blocs désunis.

B) L'exclusion de rôles de son champ de compétences

Les entretiens avec les cadres montrent quasi-systématiquement un même mode de gestion de conflit personne-rôle. Face à une situation totalement bloquée, les cadres font face à la situation en admettant le caractère choquant pour leur éthique de la situation mais en excluant finalement la situation de leur responsabilité, ou de la responsabilité de l'hôpital. Un cadre affirme ainsi qu'il est naturellement fortement touché par la situation qui lui est soumise²⁷ et qui interpelle son éthique mais il tient ensuite la position suivante : « *il faut que les gens comprennent qu'à l'hôpital on ne peut pas tout régler* ».

Un autre cadre affirme lors d'une mise en situation qu'il n'est pas à l'aise avec la gestion médico-économique et qu'il ne se sent pas compétent en la matière. Puis il complète en disant que, de son point de vue, ce n'est pas son rôle et qu'il est avant tout un cadre soignant formé « *plus dans la gestion du soin que dans la gestion financière.* » « *C'est difficile, pour moi, d'entendre un discours de gestion pure* ».

²⁷ Situation n°5 en annexe 1

Ainsi, les cadres indiquent souvent en entretien que nombre de leur collègues, ou eux-mêmes, délaissent certaines fonctions de leur métier parce qu'elles ne correspondent pas à leurs appétences mais aussi parce qu'elles ne correspondent pas à leurs compétences.

Il est de plus en plus demandé aux cadres de santé d'avoir un rôle de gestion qui teinte de plus en plus leur rôle d'encadrement soignant strict.

Une part de cette déconnexion entre le rôle attendu actuellement et la conception que les cadres ont de leur métier est due à l'inertie culturelle ; le refus de cette évolution permettant aussi d'éviter une remise en question et donc le constat d'un écart entre ses propres capacités et ce qui est demandé à un cadre de santé aujourd'hui. Un tel positionnement permet au cadre d'assurer la déformation la moins forte possible de son rôle par rapport à la conception qu'il en a et d'éviter ainsi de subir un conflit de type personne-rôle permanent.

C) La désolidarisation de l'institution et la priorisation des intérêts immédiats du service

Un signe montre la désolidarisation de l'institution et la focalisation des cadres de santé sur leur seul service d'affectation : au CHU de Rennes, seul un cadre de santé est responsable, en plus de sa fonction, d'une mission transversale. Même si ce constat montre aussi une politique de transversalité historiquement faible, que l'action de la direction des soins actuelle n'a pas encore modifié, il souligne le manque de positionnement institutionnel de nombreux cadres. Plusieurs éléments favorisent ce phénomène.

En premier lieu, la culture historique des cadres de santé favorise probablement une certaine défiance à l'égard des cadres de direction d'un hôpital. Les cadres sont culturellement plus proches du milieu soignant dont ils sont issus, que du milieu administratif et institutionnel, souvent décrit comme éloigné du terrain et peu au fait des réalités de la vie hospitalière. Les questionnaires montrent parmi les attentes des cadres auprès des directeurs la « *connaissance du terrain* » ou encore la « *cohérence avec le terrain* ». Les cadres ont vécu personnellement la fatigue des plannings intégrant le strict minimum de repos et savent qu'il est difficile d'accepter une augmentation de sa charge de travail sans savoir si les effectifs seront réévalués à la hausse si le besoin s'en faisait ressentir. Le manque de confiance conduit à un comportement problématique pour l'établissement, mais explicable pour le cadre de santé, du type « si je dis que j'ai trop d'effectifs on me les enlèvera, or je sais qu'en cas de besoin futur, on ne me les rendrait

pas, je préfère donc les garder et ne rien dire même si je sais que cela n'est pas bon pour l'établissement ». Un cadre interrogé affirme ainsi « *bon, ça reste entre nous l'enregistrement...ça été un des seuls secteurs (de l'établissement) où on nous a laissé notre effectif voire même augmenté un petit peu* » et par ailleurs affirme « *C'est normal d'être rigoureux dans la gestion, vous n'avez pas intérêt à garder du monde en plus. Si tout le monde n'est pas bien occupé ça ne fait pas du bon travail. [...] Non si je n'ai pas besoin de personnel, je ne vais pas le prendre* (ndlr : si l'on m'en propose). *C'est peut-être aussi ça. Je ne suis pas constamment en train de demander donc je me rends compte que peut-être, en effet, quand je demande on m'écoute plus*».

La confiance est donc à créer mais reste très faible entre les cadres de direction et les cadres de santé. Cette faiblesse de la confiance est encouragée par le mode de gestion des conflits de rôle qu'est la priorisation des intérêts immédiats du service. Une telle déclaration montre l'effet pervers d'un conflit de rôle. Pour gérer ce conflit, les cadres développent un mécanisme de gestion permettant de limiter la pression qu'ils ressentent de leur équipe mais ce mécanisme est très imparfait notamment parce qu'il décrédibilise leurs demandes ultérieures auprès des cadres de direction. La confiance est un élément décisif en la matière (cf. 2.2) mais elle ne se décrète pas, elle se gagne par des actions concrètes.

Ceci d'autant plus qu'une telle défiance ne se rencontre pas uniquement à l'hôpital. Dans toute organisation structurée, la base opérationnelle et les cadres de proximité ressentent cette déconnexion (l'armée, les entreprises...)

A l'hôpital, ce phénomène de déconnexion de l'institution est renforcé par la nature de l'activité de soins. L'intensité émotionnelle de cette activité tend à focaliser l'attention des cadres au détriment d'un investissement institutionnel. Cette pression d'une activité de soins a un impact sur les conflits de rôle. Un cadre passé par un service de soins lourds avant d'être sur un service plus léger de consultation y voit une nette différence : « *On n'est pas ici* (ndlr : en consultations) *comme dans la situation d'un service de soins* (ndlr : hospitalisation classique), *on n'est pas entre la vie, la mort, on n'a pas cette pression là. Moi dans ma gestion cela a un impact : dans un service de soins lourd, s'il vous manque quelque chose ou quelqu'un vous sentez tout de suite la difficulté. Alors que moi en consultation c'est plus facile.* ». Cette focalisation crée une distance entre le management de direction de l'établissement et les cadres, distance propice aux conflits de rôles par la trop faible prise en compte des contraintes de chacun.

Par ailleurs, cette pression accentue l'isolement par la suractivité tant sur le plan professionnel que personnel. Des conflits de rôle apparaissent sur ce dernier point notamment les conflits inter-rôle (entre les rôles personnels et familial et le rôle

professionnel). Le cadre cité plus haut ajoute ainsi : « Avec cette pression il y a des moments où vous oubliez tout : les anniversaires des proches, tout... »

Cela peut paraître paradoxal au regard de la déclaration des cadres de santé du CHU de Rennes en 2011²⁸ indiquant le souhait de ces derniers de travailler avec la direction. En réalité, cette volonté d'avoir un comportement institutionnel n'est pas factice. Les cadres souhaitent travailler avec la direction. Mais dans le quotidien, plus que les déclarations d'intentions, l'urgence pour un cadre est de limiter un conflit de rôle, présent, immédiat, frontal et personnel.

Par exemple dans le cadre d'une réduction de poste, l'objectif du cadre ne sera pas de favoriser la conciliation avec ses collègues sous l'égide d'un cadre supérieur de santé, mais de tenter de maximiser ses intérêts au détriment de celui des autres. Bien entendu, cette action « anti-institutionnelle » n'est considérée pas comme satisfaisante par les cadres de santé mais elle permet de limiter le conflit de rôle frontal auprès des équipes.

Ainsi, un cadre affirme que son premier réflexe face à une double demande du directeur d'augmentation de l'activité et de diminution de postes du pôle, serait de faire une étude montrant la charge de travail. Ceci afin de « défendre » des effectifs. Le choix, inconscient la plupart du temps, de l'intérêt immédiat du service permet au cadre de gérer le conflit de rôles inter-émetteurs entre la direction et les équipes du service, mais aussi le conflit de rôles intra-émetteur (les exigences apparemment contradictoires du directeur d'augmentation de l'activité et de diminution du nombre de postes). Même si un cadre interrogé reconnaît la nécessité d'une concertation avec les cadres du pôle dans une situation de ce type, sa première intention est de gérer les conflits de rôle induits par la situation, plutôt qu'une référence à l'intérêt de l'établissement. Cette position est relativement symptomatique du positionnement des cadres de santé, dans des structures importantes en particulier, qui se conçoivent plus comme appartenant à leur service que comme représentant du management de l'établissement²⁹.

Le cadre de santé cité plus haut dont l'unité a subi un traitement plus favorable que d'autres lors d'une diminution de postes demande lors de l'entretien que ses propos « restent entre nous ». Une telle réaction démontre le positionnement territorialisé des cadres qui ne disposent pas d'une vision plus large qui donnerait du sens à des décisions difficiles comme les restrictions de postes. Les cadres de santé cherchent ainsi à préserver une qualité de soins par un nombre suffisant de personnel mais cela permet aussi d'éviter un conflit de rôle entre une demande de la direction et une demande des

²⁸ Op.cit

²⁹ Cf. Annexe 3, analyse des questionnaires, question 2

équipes. La preuve en est qu'un cadre constatant que ses effectifs sont supérieurs aux besoins réels du service ne va pas le signaler même s'il sait qu'il dégrade ainsi la situation de l'établissement.

L'impact des conflits de rôle est donc réel entre cadres de direction et cadres de santé. Ces conflits favorisent la méfiance, voire la défiance, des cadres de santé à l'égard de l'encadrement de direction.

Soutenir les cadres de santé en donnant du sens aux décisions difficiles et en maintenant une stratégie de la confiance vise à éviter ce mode de gestion des conflits de rôle qui, peu à peu, désolidarise les cadres de l'établissement et favorise l'ilotage et le développement de « républiques autonomes ». Cette désolidarisation de l'institution présente un risque important pour l'établissement puisqu'elle désunit le management, mais elle n'est pas sans risque aussi pour les cadres de santé.

En résumé, ce mode de gestion n'est pas souhaitable en lui-même parce qu'il suppose un choix plus ou moins conscient de se désolidariser de l'institution pour éviter d'être en position de conflit de rôle entre les cadres de direction et les équipes encadrées. Il n'est pas souhaitable non plus parce que l'isolement auquel il conduit met finalement en danger les cadres de santé, isolement largement favorisé par l'investissement important que nécessite l'encadrement d'une activité de soins.

Les trois modes principaux de gestions conduisent assez largement à une ambidextrie de rôle. Si cette ambidextrie permet au cadre de minimiser l'impact des conflits de rôle, elle ne permet pas, comme le ferait une hybridation parfaite entre des tâches de nature différentes, de donner du sens à l'ensemble du travail réalisé par les cadres. Ce dernier apparaît donc segmenté entre ce qui a du sens et ce qui n'en a pas mais que l'on doit réaliser malgré tout.

1.2.2 Des modes de résolutions à l'origine d'une perte de sens dans le travail

Les entretiens menés montrent que des cadres interrogés adoptent l'ambidextrie de rôle comme stratégie de résolution des conflits de rôle qu'ils rencontrent, notamment les conflits les plus fréquents de type inter-émetteurs entre la direction et les équipes du service.

Les entretiens réalisés traduisent la grande diversité des activités des cadres de santé. L'un d'eux affirme ainsi que « *l'on devrait noter pendant une journée l'ensemble des tâches réalisées pour comprendre leur variété* ». Un autre cadre indique dans le

questionnaire que la multiplicité des tâches demandées conduit à un positionnement de « *cadre plombier* » ou « *cadre Mac Gyver* ». La plupart du temps ces cadres considèrent alors qu'ils sont dans leur fonction pour cette multitude de tâches mais qu'ils remplissent ce rôle pour que l'hôpital ne connaisse pas de dysfonctionnement.

Par ailleurs, le questionnaire montre que les cadres de santé interrogés estiment majoritairement qu'ils sont seulement utilisés « parfois » à des tâches qu'ils ne considèrent pas comme relevant de leur métier. Dans un environnement aussi complexe que l'hôpital, cette fréquence apparaît donc comme acceptable et faisant partie de la souplesse nécessaire (même si ces tâches sont peut-être mal vécues par les cadres eux-mêmes).

La difficulté majeure provient du fait que ces actions sont vues comme ne faisant pas partie de la fonction de cadre de santé. Elles sont donc traitées par ambidextrie de rôle et non par hybridation de rôle. L'ambidextrie peut se concevoir comme l'égale habileté à gérer deux fonctionnements différents de façon parallèle tandis que l'hybridation consiste à concevoir des tâches différentes comme un même rôle pour un objectif unique.

Ainsi, les cadres ne considèrent pas les tâches annexes évoquées comme partie intégrante de leur fonction même s'ils finissent par être aussi habiles à les traiter qu'à remplir ce qu'ils considèrent comme leur cœur de métier.

Contrairement à l'hybridation de rôle, l'ambidextrie a l'inconvénient majeur de ne pas être porteuse de sens. Les cadres n'effectuent pas ces tâches en considérant que leur fonction est de créer du lien entre des logiques différentes (humaines, logistiques, financières, médicales etc), ils cloisonnent ce qu'ils considèrent comme leur activité principale et les tâches vues comme annexes qui « les empêchent de faire leur vrai travail ». En quelque sorte, il y a le « *dirty work* » qui ne devrait pas exister mais que l'on tente de réaliser en même temps que les missions que l'on estime prioritaires pour éviter des dysfonctionnements trop importants.

Les cadres de santé ne perçoivent donc pas leur rôle comme un travail de lien et d'hybridation permanente entre des logiques différentes mais qui poursuivent un même but : le bon fonctionnement de l'hôpital pour le bien du patient. Schématiquement, ils se conçoivent comme des soignants devenus encadrant de soignants afin de garantir la qualité des soins et que l'on utilise régulièrement à mauvais escient pour des tâches annexes.

Pour certains cadres il en est ainsi, pour les tâches ayant trait à la gestion médico-économique. Ces tâches leurs sont « parfois³⁰ » demandées mais sont en augmentation et leur prennent beaucoup de temps (ex : la gestion des effectifs et donc des plannings), en particulier quand ils ne sont pas formés à cela.

Un exemple d'ambidextrie plutôt que d'hybridation est le fait que, le plus souvent, les cadres de santé d'une part gèrent les coûts en tentant de maîtriser les consommations des soignants en matériel médical (rôle tenu parce que cela leur est demandé) et d'autre part cherchent à assurer la qualité des soins maximale avec les moyens disponibles (rôle de conviction parce qu'ils considèrent cela comme leur « vrai » métier). La baisse de qualité par le manque de moyen est alors vue comme une difficulté et comme un conflit personne-rôle. Le raisonnement est alors du type : « je ne suis pas capable avec les moyens qui sont les miens d'assurer la qualité des soins maximale. Cela heurte mon éthique et ma conscience professionnelle, je rencontre un conflit de rôle ».

L'hybridation consisterait dans ce cas à s'interroger systématiquement sur l'apport qualitatif dans la prise en charge de l'utilisation de tel ou tel matériel et de renoncer parfois à l'utiliser en ayant conscience de libérer ainsi des ressources pour des actions plus prioritaires au bénéfice de l'hôpital mais surtout des patients.

Aujourd'hui, le fait de confier au cadre des missions qui, au moins de leur point de vue, ne sont pas les leurs, conduit donc généralement à une ambidextrie.

Malheureusement, cette ambidextrie plutôt que l'hybridation présente un risque. Risque pour l'établissement de voir ses cadres fonctionner de façon cloisonnée. Risque pour les cadres (et donc ensuite pour l'établissement) d'un sentiment d'embolisation par des tâches considérées comme ne relevant pas de leur métier, embolisation limitant, selon eux, leur capacité à remplir leurs vraies fonctions. Un tel sentiment de déconnexion entre les attentes à l'égard des cadres et leurs capacités à faire face n'est pas sans danger si l'on s'en réfère au schéma de Karazek³¹. Le cadre de santé n'a alors qu'une faible latitude décisionnelle face à l'intensité des demandes ressenties, ce qui est favorable à l'émergence de risques psychosociaux.

Une seule solution existe face à cette difficulté (outre une action de *lean management* permettant de limiter les actions redondantes ou non productrices de valeur ajoutée) : rendre du sens aux actions réalisées dans l'ombre par les cadres.

Communiquer sur ces sujets rend plus positif le regard porté sur ces tâches et limite les conflits. Ainsi, pour un cadre interrogé, distribuer les fiches de paie au

³⁰ Cf. Annexe 3, Analyse des questionnaires, question 11

³¹ Cf. Annexe 4, Schéma de Karazek

personnel de son service ne relève pas de son rôle. Réaffirmer que le fait de confier une telle tâche aux cadres de santé, avec un impact minime sur leur travail, permet d'économiser plusieurs centaines de milliers d'euros par an à l'échelle du CHU (sommes qui ne rémunèrent pas des actionnaires mais qui seront forcément consacrées au soin) et que cela permet subsidiairement de montrer la reconnaissance par le représentant de l'institution dans le service, du travail effectué par la personne (et qui mérite salaire). Il s'agit de donner du sens à des actions qui n'en ont pas automatiquement par nature.

En résumé, les réformes hospitalières et plus globalement l'évolution hospitalière ne sont pas sans impacts sur l'émergence de conflits de rôle. Ceci d'autant plus que ces derniers sont inhérents à la fonction d'encadrement de proximité. Les conflits de rôles sont d'ailleurs considérés comme faisant partie de la fonction de cadres de santé³² par les cadres eux-mêmes. Ils considèrent comme normal le fait de rencontrer des conflits de rôles dans leur métier mais se plaignent, par des grèves notamment, de leur fréquence et de leur importance trop grande.

Bien entendu, le fait de constater que les conflits de rôles sont un corollaire systématique de la fonction de cadre de proximité n'implique pas de s'en satisfaire mais nécessite une stratégie de prévention et de gestion de la prévalence et de l'intensité des conflits. Ces derniers ne se concevant qu'entre deux personnes, la stratégie en question doit concerner tant les cadres de santé que l'encadrement de direction.

³² Cf. Annexe 3, Analyse des questionnaires, question 12

2 La prévention et la gestion des conflits de rôle des cadres de santé, une responsabilité commune des cadres et de l'encadrement de direction

L'analyse du rapport de Singly³³ concernant la formation et le positionnement des cadres peut-être enrichie par celle des conflits de rôle rencontrés par les cadres (2.1). Il paraît également fondamental, au regard de l'unité managériale nécessaire dans les hôpitaux, d'intégrer la prévention et la gestion des conflits de rôle dans la réflexion sur le mode de management des cadres de direction, en particulier dans les établissements de grande taille (2.2).

2.1 La prévention et la gestion des conflits de rôle par la réflexion sur la formation et le positionnement opérationnel des cadres.

La prévention et la gestion des conflits de rôle peuvent être réalisées par deux approches complémentaires. La première est d'ordre réflexif et se positionne sur le long terme en travaillant sur la formation et les parcours des cadres. Elle vise à opérer progressivement un changement culturel chez les cadres tout en respectant leur sensibilité soignante (2.1.1). La seconde est d'ordre opérationnel. Elle vise à assurer la prévention et la gestion quotidienne des conflits de rôle rencontrés par les cadres, en particulier dans les grands ensembles hospitaliers soumis à un « effet taille » aggravant. (2.1.2)

2.1.1 Développer une réflexion stratégique sur les fonctions, la formation et les parcours des cadres de santé

L'analyse exposée précédemment montre que les conflits de rôle des cadres de santé résultent notamment d'une complexification hospitalière qui engendre une déconnexion progressive entre la formation initiale des cadres et le travail qui leur est demandé. Par conséquent, un programme de formation complémentaire intégrant ces évolutions apparaît nécessaire (B). Un tel travail permet partiellement de répondre à l'émergence de conflits personne-rôle. Il doit cependant s'accompagner d'un travail de mobilité interne (A) afin de limiter le mode de gestion de conflit de rôle par défense des

³³ Op.cit.

intérêts immédiats du service évoqué plus haut. Un tel mouvement favorise un positionnement d'encadrement de l'établissement au détriment du positionnement strict de cadre de service. Il s'agit ici de réduire l'ilotage et de permettre aux cadres de prendre de la distance face aux équipes qu'ils encadrent, leur permettant plus facilement de porter les décisions de l'encadrement de direction.

A) Politique de mobilité interne

La mobilité interne permet de gérer la pression des équipes et de prendre de la distance. Alors que la position de cadre de proximité est, par nature, une position difficile du fait du contact immédiat avec les équipes, il apparaît nécessaire de favoriser cette prise de distance.

Pour un des cadres interrogés, lorsqu'un cadre sent qu'il ne peut plus prendre les décisions nécessaires envers son équipe car il est depuis trop longtemps dans le service, la mobilité est une solution. Ce cadre resté sept ans dans son précédent poste affirme que pour gérer la pression des conflits de rôle « *finalement la solution c'est la mobilité. Ce service était très intéressant, surtout avec l'équipe aide-soignante qui avait une dynamique pas possible mais la mobilité permet de limiter la pression. Il ne faut pas rester 10 ou 15 ans dans un service.* » « *Les infirmières restées trop longtemps étaient larmoyantes et même moi après* ». Cette mobilité permet de maintenir une distance nécessaire avec l'équipe du service.

Un cadre resté plusieurs dizaines d'années dans un service confirme implicitement cette idée en disant qu'il n'est pas facile d'imposer des décisions difficiles à des personnes avec qui l'on travaille depuis longtemps et avec qui l'on a évolué.

Le risque d'adopter un positionnement de défense des intérêts de l'équipe au détriment d'un positionnement de cadre d'un établissement est grand par nature pour un cadre de santé, mais il est encore renforcé par une présence trop longue dans un même service de soins, ce que montrent les entretiens réalisés. Cette présence trop longue conduit à renforcer le sentiment d'être titulaire de son emploi plutôt que de son grade, d'être cadre de « son » service plutôt que de « son » établissement.

Organiser un roulement trop régulier et rigide des cadres de santé ne semble pourtant pas pertinent. En effet, l'autorité d'un cadre de santé en « fin de mandat » serait fortement atteinte. Cependant, porter attention à la durée d'exercice dans un service des cadres de santé doit être une préoccupation.

Le CHU de Rennes a commencé selon le Directeur des Soins Coordinateur général des Soins à se préoccuper de la mobilité interne des cadres. S'il se heurte à une résistance culturelle importante, il s'agit d'une préoccupation constante mais dont le caractère récent empêche de mesurer les résultats. Le Directeur Général du CHU de Rennes raconte ainsi les difficultés qu'il a lui-même rencontrées pour choisir d'affecter un personnel à un poste sans procéder à une publication interne préalable.

Le CHU dispose d'outils permettant de mesurer l'ancienneté des cadres de santé dans leur service d'affectation mais un travail reste à mener pour utiliser un tel outil et faire connaître l'intérêt de sa pleine utilisation.

Bien entendu, des projets nécessitent une durée minimale pour être mis en place. Il n'est pas question de procéder à une mobilité à marche forcée. Cependant, mettre en œuvre une politique incitant les cadres de santé à une mobilité régulière permettrait d'éviter les difficultés de positionnement que peuvent connaître certains cadres. Aujourd'hui une telle mobilité relève simplement du souhait des cadres et se fonde seulement sur leurs capacités et souhaits personnels. Certains cadres changent régulièrement d'affectation, d'autres pas.

La personnalisation des fiches de poste permettrait probablement de positionner les cadres de santé comme « cadres de missions et de projets » dont l'atteinte des objectifs provoquerait l'affectation à un autre poste.

Parallèlement, il est nécessaire que l'encadrement de direction garantisse un accompagnement en formation et en positionnement, pour aider à la prise de postes nouveaux. Cela vise à éviter que des cadres de santé se sentent contraints à changer de postes dans l'urgence parce que l'on a besoin d'eux ailleurs comme certains le déclarent en entretien.

B) La formation

Adopter une stratégie de formation nécessite de connaître l'état de la formation dans l'établissement au regard des besoins (a). Une telle réflexion sur les formations est l'occasion de lutter contre leur cloisonnement pour favoriser une confiance et une culture partagée (b). Le réalisme commande cependant, de reconnaître que la formation n'est pas une solution universelle aux conflits de rôles (c).

a) *Assurer une cartographie des cadres et de leur formation pour une meilleure connaissance des cadres de santé*

La réalisation d'une cartographie des cadres et de leurs formations permet un diagnostic détaillé de l'état des formations reçues par les cadres de santé et une mesure des progrès accomplis par l'établissement dans la couverture de l'ensemble des cadres. Il permet enfin de mesurer les impacts de ces formations dans les services des cadres formés (*versus* les services des cadres non formés) afin d'affiner le contenu de la formation et d'en assurer l'adéquation avec les exigences professionnelles et leurs évolutions.

La connexion d'un tel outil au bilan social ou baromètre social en cours de réalisation par la direction des ressources humaines au CHU de Rennes, présenterait un atout majeur dans la connaissance des professionnels d'encadrement, de leurs contraintes et de leurs atouts. Ceci afin d'orienter l'action à mener notamment concernant le contenu des formations.

b) *Des formations décloisonnées pour lutter contre l'étanchéité des cultures*

Ce nouveau positionnement nécessite un travail des établissements avec les IFCS. Le CHU de Rennes a commencé ce travail en cherchant à assurer l'adéquation la plus fine entre les exigences du terrain et la formation des cadres, notamment par un partenariat avec l'Institut de Gestion de Rennes (IGR). Ce travail vise à former les cadres en fonction des impératifs opérationnels qu'ils rencontrent, de les faire réfléchir sur leur rôle et de les faire former leur personnel.

Cependant, un obstacle demeure tant dans les contacts entre IFCS et établissement de santé que de manière opérationnelle entre les cadres et l'encadrement de direction : celui de l'étanchéité des cultures.

Cette même étanchéité sert d'ailleurs souvent de moyen de décrédibilisation de l'autre. Les cadres rappelant sans cesse une culture soignante dont ils estiment que les directeurs sont dépourvus. Les directeurs déplorant régulièrement que les cadres ne font aucun cas de la gestion financière et humaine nécessaire dans un hôpital.

La richesse de cultures différentes est donc plus vue au quotidien comme un obstacle à l'efficacité du fonctionnement de l'hôpital. Ceci est largement dû à une méconnaissance, opérationnelle mutuelle, nous le verrons, mais aussi, initialement à un cloisonnement fort des formations.

Ainsi les formations de cadres ne sont pratiquement jamais investies par des directeurs d'hôpital. Une telle participation aurait pour avantage de positionner dès leur formation, les cadres de santé comme des cadres d'établissement de santé et non seulement comme des cadres de service de soins, mais aussi, au-delà du fond de la formation d'assurer une connaissance et une reconnaissance mutuelle entre des professionnel destinés à travailler ensemble.

Le Directeur Général du CHU de Rennes indique par exemple qu'il participait à Strasbourg à la formation des cadres de santé et que ces enseignements étaient riches pour les cadres comme pour lui dans son exercice professionnel.

De la même manière, une réflexion pourrait être entamée sur la présence de cadre de santé dans la formation des directeurs. Ces derniers suivent le travail de cadres de santé lors d'une semaine de leur stage d'observation mais aucun enseignement et aucune réflexion ne vient compléter cette expérience du terrain avec les cadres, en particulier en ce qui concerne le dialogue managérial en collaboration avec les directeurs de soins. Ceci alors que les relations avec les médecins sont beaucoup plus développées dans la formation de directeur d'hôpital.

Aujourd'hui, les différents membres de l'encadrement d'un hôpital ne se rencontrent que très peu (seuls les directeurs de soins et les directeurs d'hôpital se rencontrent à l'EHESP). Ils doivent pourtant ensuite former un bloc indivisible à l'intérieur duquel un dialogue permanent est nécessaire. Ceux qui instiguent le changement doivent rencontrer et connaître ceux qui le portent ensuite auprès du personnel. L'expérience de l'élève-directeur d'hôpital que je suis, montre que ce dialogue est très riche avec les directeurs de soins et les cadres non soignants que sont les Attachés d'Administration Hospitalière (AAH) à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), il paraît nécessaire de l'instaurer plus fortement avec les cadres de santé.

Ce qui vient d'être évoqué n'est pourtant pas suffisant. La formation des cadres n'est pas une réponse à tous les conflits de rôles. La formation est parfois vue comme une solution miracle mais elle n'est pas la panacée.

c) *Une solution partielle qui ne répond qu'à certains conflits de rôle*

Des cadres parfaitement formés peuvent avoir des difficultés à surmonter des conflits de rôles.

En effet, la formation vise à permettre à des professionnels d'être de meilleurs professionnels par des compétences améliorées mais deux personnes parfaitement

formées peuvent provoquer un conflit de rôle sur une troisième. Ainsi, une équipe soignante parfaitement formée pourra demander plus d'autonomie alors que le directeur voudra un plus grand contrôle du fait de la mise en place d'un projet. Le cadre est en conflit de rôle alors que les acteurs qui l'entourent n'ont, chacun, commis aucune faute professionnelle due à une incompétence.

De la même façon, un cadre formé correctement subit également des conflits de rôle. Une formation en management permet d'atténuer l'importance de ces conflits par la structuration du comportement à adopter mais cela n'est pas toujours suffisant. Les entretiens montrent que des cadres formés au management subissent également des conflits de rôle.

Certes, le fait de travailler sur la formation permet d'améliorer la perception et de professionnaliser les codes entre émetteur et récepteur de rôles, mais cela ne permet pas d'annihiler les variations personnelles, les manières de remplir et recevoir son rôle. Le fait qu'existe une conception officielle du rôle de cadre, parfaitement transmise aux acteurs par des formations, n'empêche pas le fait que chaque personne remplit son rôle de façon spécifique. La codification des comportements par la formation est nécessaire mais doit lutter contre des comportements et des situations particulières imprévisibles. Seul un management adapté et adaptable permettra l'adéquation.

En résumé, la formation permet essentiellement de lutter contre le conflit de type personne-rôle à savoir un écart entre les capacités de la personne et ce qui lui est demandé. Elle est une donnée importante mais qui doit devenir le socle d'un positionnement efficace. Le rapport de Singly³⁴ présente un état des lieux très complet car basé sur un travail très exhaustif notamment grâce à un forum internet dédiés aux réflexions des cadres. Il ne se cantonne pas à proposer des formations aux cadres indiquant qu'un effort de positionnement des cadres est nécessaire. En effet, les cadres de santé sont à la croisée des chemins, souvent « entre l'enclume et le marteau ». Leur travail n'est pratiquement que relation.

Or, sans excès de pessimisme pour autant, les relations professionnelles sont parfois sources de conflits en particulier lorsque l'environnement est complexe et que l'enjeu est important comme l'est le soin du patient³⁵. La formation répond à un besoin de compétences, le positionnement à un besoin de rôle.

³⁴ Op. cit.

³⁵ Cf. Les tensions pouvant exister dans les blocs opératoires

Le rapport de Singly³⁶ décrit très bien un certain nombre de difficultés dans le positionnement des cadres et constate l'importance d'un dialogue managérial, tout en saisissant bien la distinction nécessaire entre représentation dans les instances et dialogue opérationnel : « *La participation aux processus de décision et la représentation institutionnelle ne se confondent pas. Une implication active des cadres dans telle ou telle instance de l'établissement ne garantit en rien leur réelle participation aux décisions prises, notamment celles qui touchent à leur champ d'activité et de responsabilité. C'est au demeurant une simple question de bonne gestion : comment un cadre peut-il efficacement appliquer et expliquer une décision à laquelle il n'a pas participé? Au travers d'une politique managériale propre à l'établissement, les cadres doivent être associés, à tous les échelons de la structure, aux décisions les plus importantes. Un mode organisé de participation des cadres aux décisions est indispensable. C'est vrai partout, et particulièrement dans les grands hôpitaux : plus la ligne hiérarchique est longue, plus la lisibilité et la cohérence managériales sont nécessaires.* »

En réponse à ce questionnement, le rapport envisage cependant essentiellement sous l'angle de la gouvernance institutionnelle « para-réglementaire » la question du dialogue managérial, notamment en appelant à la création d'un « espace cadre ». Ceci notamment parce que la réponse à ces interrogations ne peut-être uniforme sur l'ensemble des établissements.

Si l'avis des cadres sur leur positionnement doit être recueilli dans ce type d'instances « para-réglementaires », les conflits de rôle exigent un dialogue managérial opérationnel qui ne peut se concevoir au cœur d'une instance mais seulement sous une forme moins solennelle car permanente.

Une réflexion s'impose donc au sujet du positionnement des cadres et de l'organisation de leur dialogue avec le reste de l'encadrement, notamment les cadres de direction.

2.1.2 Promouvoir un positionnement opérationnel des cadres de santé et un dialogue managérial permanent

Les conflits de rôle décrits précédemment impliquent une réponse managériale par deux mouvements parallèles mais qui ne doivent pas être confondus au sujet du positionnement des cadres de santé. Ce positionnement est décrit de façon théorique par de nombreux documents qui permettent de définir ce qu'est un cadre de santé en particulier le référentiel métier³⁷. Au niveau de l'établissement, les fiches de poste

³⁶ Ibid.

³⁷ Op. cit.

permettent une déclinaison enrichie par une réflexion de l'ensemble du management sur les cadres (B). Il importe de ne pas confondre cette réflexion de moyen et long terme avec un dialogue opérationnel essentiel pour assurer le positionnement des cadres. Il s'agit plus de permettre, concrètement, à des cadres de santé de tenir le rôle opérationnel qui est le leur. (A)

A) Assurer un positionnement opérationnel d'encadrement des cadres de santé

Le positionnement d'encadrement des cadres de santé est un sujet complexe mais récurrent dans les établissements de santé. Dans de nombreux cas, les cadres n'adoptent pas un positionnement d'encadrement. Certains signes sont éloquentes sur cette difficulté de positionnement.

De nombreux cadres adoptent un tutoiement à l'égard de leurs équipes. Si ce tutoiement n'est pas réhibitoire dans la fonction de cadre, il fait « courir un risque » et « fragilise » le cadre dans son positionnement lorsqu'il a à prendre des décisions difficiles car il entretient une proximité et affaiblit le rapport hiérarchique³⁸ entre encadrant et encadré au regard de la culture française. La métaphore faite en introduction entre la notion de cadre et le cadre d'un tableau semble ici très utile : le cadre est en prise mais différent du sujet qui est encadré.

Ainsi, le positionnement d'un cadre de santé interroge lorsque ce dernier défend un personnel infirmier en situation de faute professionnelle, au lieu d'instruire et d'informer la direction des soins pour lui permettre de prendre la décision adéquate³⁹.

Dernier exemple, l'analyse de plusieurs rapports de garde de l'établissement étudié, montre que de très nombreux recours au directeur de garde n'auraient pas lieu d'être. Il en est ainsi pour réaliser simplement un état des lits disponibles à l'aval des urgences alors que cette disponibilité ne pose aucune difficulté ce jour là.

Or il est difficile de savoir qui « de la poule ou de l'œuf » est apparu en premier. Cette situation s'explique-t-elle par le manque de « positionnement cadre » des cadres de santé du fait de la faible autonomie qui leur est donnée ou s'explique-t-elle par une volonté de contrôle des directeurs au regard de la faible autonomie des cadres ? Probablement les deux.

³⁸ Entretien avec le Directeur des soins coordonnateur général des soins du CHU de Rennes

³⁹ Idem

a) *Des cadres en difficulté de positionnement d'encadrement*

Les entretiens réalisés montrent que certains cadres peinent à se positionner comme cadre. Ainsi, plusieurs tiennent des propos relativement contradictoires.

Face à une situation de réduction de poste, un cadre affirme ainsi « *A nous, en tant que cadre, de défendre ces postes* ». Ce qui tend à montrer une conception de son rôle très centrée sur le service à cause des conflits de rôle et des modes de gestion qu'ils impliquent. Mais le cadre affirme plus tard à propos d'une augmentation d'activité avec une création de postes limitée : « *L'équipe n'est pas d'accord, moi je suis plutôt d'accord avec les effectifs annoncés par la direction* ». Défenseurs de service ou cadres d'établissement en charge d'un service de soins, les cadres peinent à se positionner.

Dans une telle situation, la méthode des incidents critiques a montré tout son intérêt puisque le positionnement de la très grande majorité des cadres dans une situation de demande de réduction de poste s'apparente plus à celui d'un représentant du personnel qu'à un cadre au sens générique du terme (cf. définition en introduction). Ceci alors que les cadres déclarent dans les questionnaires que leur positionnement est principalement celui d'un cadre de proximité⁴⁰. La méthode illustre donc l'écart entre la conception que les cadres ont de leur rôle et la réalité de leur comportement.

En effet, la quasi-unanimité des cadres interrogés a répondu à cette situation de conflit de rôles inter-rôle (entre la demande de la direction et la résistance de l'équipe soignante) de façon similaire. La réponse classique peut être résumée dans la phrase de l'un des cadres interrogé « *mon positionnement va être de défendre mon unité* ». Ce positionnement est parfois nuancé mais il demeure principal (un cadre seulement précise « *on représente une unité ou un service, mais il ne faut pas oublier l'appartenance à un pôle d'activité puis à l'institution* »)

De multiples facteurs peuvent conduire à ce type de positionnement. Parmi eux il existe des facteurs dus à l'établissement : une taille de l'hôpital telle que l'on ne connaît pas ceux à qui l'on « porte préjudice » en ayant un comportement « individualiste » ou la complexité des rapports interpersonnels dans l'hôpital.

Mais l'on peut aussi envisager des facteurs liés aux cadres de santé eux-mêmes : la formation des cadres, le « deuil » non réalisé de la fonction soignante conduisant à prendre fait et cause pour l'équipe encadrée, l'attachement du cadre à « ses » équipes et « son » service en raison de l'intensité émotionnelle inséparable de l'activité d'un service de soins hospitalier mais aussi difficultés de positionnement et façon de gérer la tension de la proximité de l'équipe...

⁴⁰ Cf. Annexe 3, Analyse des questionnaires, question 2

Ce dernier élément est clairement la difficulté principale des cadres rencontrés. Lorsque l'on analyse leurs réactions aux mises en situations, cette « défense » du service apparaît comme un mécanisme de gestion de leur relation avec l'équipe. La pression entre les deux parties exerçant une pression sur les cadres est parfois telle, qu'elle contraint ces derniers à « choisir leur camp ». Or, comme décrit précédemment, il est plus facile de ne pas être en conflit avec ceux avec qui l'on travaille tous les jours. Cette défense du service apparaît comme un mode de gestion des conflits de rôle.

Les facteurs évoqués plus haut conduisent à un déplacement de la zone de conflits potentiels qui se situe entre les cadres de santé et le bloc formé par la direction, la direction des soins et les cadres supérieur de santé. Ceci alors que la zone de conflits potentiels devrait logiquement se situer entre l'encadrement et les équipes encadrés, notamment si l'on s'en réfère à la définition du terme conflit conçu comme « *une opposition d'intérêt entre deux ou plusieurs parties* ».

Un effort majeur d'appui managérial est donc nécessaire pour lutter contre une culture historique, d'une part, et lutter contre la pression psychologique très forte qui pèse sur les cadres du fait de leur statut de cadre de proximité, d'autre part.

Il s'agit de lutter contre une culture historique, non par principe, mais parce que cette culture contrevient à l'impératif, de plus en plus fort, d'efficacité, donc de partage des ressources entre services et entre pôles. Les cadres doivent pouvoir assumer leur rôle de cadre de proximité et ont besoin pour cela d'un soutien important. Le fait que de nombreux cadres se sentent isolés doit interpeler. « *Il y des moments où je me sens seul* » dit un cadre. Or un cadre isolé est un cadre fragilisé et qui ne peut plus tenir son rôle de cadre de proximité, notamment parce que ce rôle est par nature difficile du fait de la confrontation permanente avec le terrain. Un cadre isolé optera quasi-systématiquement pour un positionnement de représentant de son équipe car il ne pourra pas tenir seul le rôle difficile de cadre-détenteur d'une parcelle d'autorité de la direction.

Dans ce travail, l'atout majeur pour les cadres de direction, est qu'un soutien managérial permet de poursuivre des objectifs tout en réduisant le conflit de rôle inter émetteur entre la direction et les équipes. Un cadre soutenu ne se trouve plus entre ces deux éléments, il se trouve avec l'émetteur de rôle, porteur d'un projet auprès du récepteur de rôle. Il devient co-émetteur de rôle et non pas récepteur de rôles contradictoires. Il adopte donc un réel positionnement de cadre. Mais ce positionnement n'est possible que si le cadre n'est pas absorbé par des tâches qui ne relèvent pas son métier d'encadrement. Une conception claire et affirmée du rôle d'encadrement du cadre doit accompagner le soutien managérial apporté aux cadres.

b) *Développer la réflexion et la communication interne sur le rôle des cadres de santé*

Une interrogation fréquente existe au sujet de ce que doit faire ou ne pas faire un cadre de santé. Il est certain que certaines tâches sont réalisées par les cadres pour combler des compétences internes ou des dysfonctionnements, alors qu'elles ne relèvent pas de leur rôle. Une des difficultés est que la définition de leur rôle n'est pas claire en particulier pour les cadres de santé et pour les acteurs qui les entourent. Par ailleurs, les cadres de santé sont régulièrement utilisés à des tâches très diverses mais dont ils ignorent la plupart du temps, si elles relèvent de leur rôle.

Plusieurs situations sont alors possibles. En premier, celle dans laquelle le cadre exécute une tâche qui relève effectivement du cadre (selon le référentiel métier par exemple) et en a connaissance. Cette situation ne pose aucune difficulté.

En deuxième, la situation dans laquelle le cadre exécute une tâche qu'il considère comme le rôle du cadre mais qui ne l'est pas (ex : défendre les intérêts du service). Il s'agit alors d'un risque pour l'établissement.

Un troisième cas est celui dans lequel le cadre exécute une tâche qu'il considère comme ne faisant pas partie du rôle du cadre alors que cela en fait partie (ex : distribuer une fiche de paie). Cela introduit une difficulté pour le cadre, et, s'il remplit mal cette mission, un problème pour l'établissement.

En dernier lieu, existe la situation dans laquelle le cadre exécute une tâche qu'il ne considère pas comme le rôle du cadre et qui n'est pas effectivement du rôle du cadre (ex : tâches réalisées pour combler un dysfonctionnement : réalisation d'un appel d'offre par un cadre interrogé). Cela pose des difficultés pour le cadre comme pour l'établissement.

Ces écarts entre perceptions, rôles attendus et rôles effectifs sont fréquents à l'hôpital. La Direction Générale et la Direction des Soins du CHU de Rennes portent une réflexion sur la formation des cadres du fait de l'écart constaté entre ce que les cadres font et ce qui est attendu d'eux. Or, les cadres interrogés ne pensent être utilisés que « parfois » à des tâches qui ne sont pas les leurs⁴¹. La plupart du temps, ils pensent donc être dans leur rôle. Par conséquent, il est clair qu'un certain nombre d'attentes de la direction à leur égard ne sont donc pas connues d'eux.

En résumé, il faut faire coïncider les tâches qui relèvent du métier de cadre, les tâches remplies par les cadres effectivement et la conception des cadres de leur métier.

⁴¹ Cf. Annexe 3, Analyse des questionnaires, question 11.

Cela suppose de définir ce que l'on attend d'un cadre de santé (direction, direction des soins, médecins, cadres de santé), notamment grâce aux groupements de cadres (voir B), de faire connaître ce que l'on attend et de contrôler que les cadres remplissent bien ce rôle (formation si nécessaire, procédure d'évènement indésirable en cas d'utilisation des cadres pour des missions qui ne sont pas leur rôle etc).

Le CHU de Rennes a élaboré une fiche de poste très complète pour les cadres de santé. Cependant, les compétences et le positionnement qu'elle décrit ne seront connus que par une forte communication interne. Actuellement, un cadre de santé sur le même poste depuis plusieurs années ne connaît pas les évolutions de cette fiche qui le concerne autant que les cadres appelés à être recrutés.

En premier lieu, une telle communication vise à briser un cercle vicieux⁴² désormais bien établi. Ce cercle vicieux reliera une décision brutale qui déclenchera un sentiment de manque de reconnaissance et de prise en compte des cadres entraînant des conflits de rôle pour le cadre positionné entre direction et équipes de soins. Un tel conflit de rôle nécessitera un mode de gestion par le cadre de santé notamment le positionnement comme représentant d'une équipe, plus que comme encadrant. Ce positionnement induira un manque de confiance des cadres de direction à l'endroit des cadres de santé, accentuant la tentation de décision unilatérale etc.

En deuxième lieu, la réflexion sur le rôle des cadres permet de structurer leur action et d'affirmer leur positionnement d'encadrement. Une telle réflexion trouve toute sa place au sein des groupements de cadres demandés par les cadres de santé de plusieurs établissements ces dernières années.

La préoccupation des hôpitaux, notamment ceux de grande taille, à propos d'une représentation des cadres de santé n'est pas nouvelle (par exemple le CHU de Rouen en 2006).

Néanmoins, plusieurs difficultés freinent ce genre de démarche notamment la crainte de la création d'une instance supplémentaire alors que l'hôpital semble parfois souffrir d'une surabondance de commission (la loi HPST avait voulu y remédier via la création des sous-commissions de la CME en remplacement de commissions hétéroclites). Le positionnement d'une telle représentation des cadres par rapport à la CME ou aux représentations syndicales n'est pas évident. En 2011, le CHU de Rennes s'est trouvé devant cette problématique et devant les questions qui y sont liées. Faut-il organiser la représentation des cadres par une élection professionnelle ? Une telle instance ne remplace-t-elle pas un syndicat ?

⁴² Cf. Annexe 4

En réalité, tout dépend des objectifs assignés à ce groupement. Cherche-t-on une instance de réflexion sur un métier, la formation qui y conduit, le statut de cadre de santé ou tout autre sujet se rapportant aux cadres de santé, voulons nous assurer une représentation professionnelle des cadres ou souhaitons nous améliorer le fonctionnement opérationnel de l'encadrement de l'hôpital pour une meilleure efficacité et pour un bien-être plus grand au travail pour les cadres ? Chaque objectif commande une structuration spécifique.

A ce titre, les collègues de cadres sont souvent cantonnés à la réflexion sur les cadres eux-mêmes et peinent à trouver leur forme mais aussi leur fond. Ils ne répondent pas pleinement à la question des conflits de rôle. Ils répondent aux préoccupations d'une profession qui subit une forte évolution de son métier (définition d'un cadre de santé, formations, statut etc.). Bien que très utiles, ces réflexions ne permettent d'affronter que les difficultés quotidiennes des cadres.

En plus de cette limite, les collègues cadres formés dans différents établissements sont exclusivement monoprofessionnels. Il apparaît très difficile de définir ainsi précisément les attentes relatives aux cadres sans le concours des acteurs qui les entourent. Aujourd'hui la définition du rôle d'un cadre dans un établissement doit être travaillée mais cela exige d'intégrer à la réflexion les directeurs d'hôpital, les médecins, les soignants etc.

Ces deux limites de conception et d'objectifs des « espaces cadres », pour reprendre la terminologie du rapport de Singly n'ont pas de vocation opérationnelle directe.

- B) Assurer un dialogue managérial permanent en dépit des contraintes de taille des grands établissements de santé

Or ce dont souffre l'hôpital, et avec lui les cadres de santé, c'est le manque important de dialogue managérial⁴³ dans un univers pourtant complexe qui nécessite des adaptations permanentes. La seule réponse envisageable à cette complexité reste la création d'un système souple et pragmatique parce qu'il intègre les préoccupations quotidiennes ultra-locales (à l'échelle du service et du pôle) tout en assurant la transmission d'une vision stratégique de long terme et à l'échelle d'un établissement, voire d'un territoire.

⁴³ « On ne peut pas diriger cette maison si ce relai (ndlr. avec les cadres) n'existe pas [...]. Il faut que ça monte et que ce descende en permanence sinon nous serons coupés (ndlr de la réalité) et vous, vous n'aurez pas d'éclairage », A. FRITZ – Directeur Général du CHU de Rennes en Assemblée Générale des cadres le 6 avril 2012

Par conséquent, les collèges de cadres peuvent être des lieux de réflexion principalement, mais il doit exister, par ailleurs, des lieux opérationnels de transmission des informations dans le sens ascendant et descendant.

Les grèves des cadres traduisent le sentiment chez les cadres de manque de prise en compte des situations concrètes quotidiennes et le manque de « communication soutenante » accompagnant les décisions prises. Nul ne conteste qu'il est très difficile de prendre une décision générale pertinente s'appliquant à des situations particulières si aucune remontée d'information n'est organisée pour appuyer et fonder cette décision. Le parallèle avec l'idée de base du toyotisme n'est pas sans intérêt. Bien entendu, une grande prudence doit être de mise concernant les transpositions d'éléments de ce type de management par ailleurs largement critiquable. Néanmoins, la confiance qu'il suppose de la part du « top management » dans les équipes de terrain dans la remontée d'information et dans la proposition de solutions aux problèmes de terrain, peut être une source d'inspiration pour toute organisation complexe, dont l'hôpital.

Le défi que représente cette transmission d'information dans un établissement de grande taille contraint à un découpage plus fin. L'idée du découpage en pôle n'a d'autre fonction que de proposer une masse critique permettant une prise en charge moins cloisonnée, une gestion financière optimisée et un dialogue managérial plus fin, notamment dans les grandes structures. Un tel dialogue permet de favoriser la prise en compte des spécificités de chaque pôle ou service mais aussi favoriser le vrai rôle des cadres.

Une piste d'action est de faire participer, sur invitation du cadre supérieur de santé (pour éviter le danger de le délégitimer), et sur les questions mises à l'ordre du jour par les cadres du pôle exclusivement, un membre de la direction des soins et éventuellement un directeur adjoint, à une partie de la réunion des cadres du pôle. Il ne s'agit pas de délégitimer l'encadrement intermédiaire mais d'éviter le filtre d'une retransmission qui doit avoir lieu par ailleurs (réunion de Cadres Supérieurs de Santé), et la méconnaissance donc la perte de confiance entre l'encadrement de proximité et l'encadrement de direction.

Le CHU de Rennes compte 16 pôles et 3 directeurs de soins. En considérant que chacun travaille, hypothèse basse, 10 heures par jour, soit 200 heures par mois, participer pendant 1 heure à la réunion de 6 pôles chacun une fois par mois (il faut une fréquence relativement dense pour assurer une connaissance donc une confiance mutuelle), soit 6 heures de réunion par mois, revient à 3% du temps de travail d'un directeur de soins.

L'argument selon lequel il est très difficile de réaliser ces réunions en assurant une information identique et simultanée pour chaque pôle ne tient pas puisqu'il s'agit de faire remonter des informations et non pas principalement d'en faire descendre.

Faire le pari de ce dialogue sur les difficultés rencontrées par les équipes de terrain, présente des avantages multiples : faire traiter ensemble des situations aux cadres et cadres de direction avant que celle-ci ne dégénèrent et ne demandent un investissement encore plus chronophage de chacun, supprimer l'argument selon lequel les cadres de direction ne connaissent pas le terrain et celui selon lequel les cadres de santé ne se préoccupent pas de l'efficacité, intégrer en permanence les considérations du terrain dans les décisions, assurer la communication tout au long du murissement d'une décision, assurer l'unité managériale par la confiance, utiliser pleinement les ressources et compétences de chacun etc.

L'avantage majeur de cette réunion réside dans la connaissance mutuelle des cadres de direction et des cadres de santé favorisant une confiance mutuelle. L'autre avantage de ces échanges permanents est d'éviter ce qui pourrait être appelé « l'étanchéité des buts ».

L'échange des informations permet une vision unifiée (et non pas unique) de la situation et donc un partage des solutions à adopter. L'ignorance crée la division. C'est ce dont se plaignent les cadres de santé : une information-simultanée à la décision, « *hachée* » selon un cadre interrogé, « *impérative* » et nécessitant un traitement « *dans l'urgence* » selon un autre.

En théorie, en matière opérationnelle quotidienne, l'idée même de pédagogie de la direction envers les cadres peut susciter la réflexion. La pédagogie sert à instruire, elle permet de transmettre un savoir à quelqu'un qui ne l'a pas. Cela se conçoit dans le rôle propre stratégique de la direction d'un établissement. Pour ce qui concerne le fonctionnement opérationnel, les cadres ayant normalement été impliqués dans l'élaboration de la décision (pas dans la décision elle-même), ils connaissent les impératifs ayant conduit à la décision : nul besoin de pédagogie, fort besoin de soutien à la mise en place de la décision.

Or c'est à ce niveau que le bât blesse. Peu informés et informant peu, les cadres demandent un dialogue managérial plus fort très bien décrit dans le rapport de Singly⁴⁴. Cela leur permettrait de prendre pleinement leur rôle de cadre de proximité. De nombreux cadres décrivent leurs difficultés à asseoir leur légitimité quand ils ignorent à la fois ce que

⁴⁴ Op. cit.

va décider la direction et le sens de ce qu'elle va décider. Leur crédibilité est fortement entamée lorsque les équipes demandent des éléments d'information sur un changement de service un mois avant la date dudit changement et que les cadres ne savent pas répondre par manque d'information.

Aujourd'hui, les directions d'établissement regrettent que les syndicats déforment dans leurs tracts et informations les projets qu'elles mettent en place. En réalité, les syndicats occupent un terrain vide car les cadres ne l'occupent pas, trop peu informés et trop peu informants, à cause d'un dialogue managérial trop réduit. Rééquilibrer des modes d'information différents par nature, mais complémentaires, que sont les cadres et les représentants du personnel est donc aussi un enjeu de cette communication opérationnelle. La Directrice de la Communication du CHU de Rennes confirme d'ailleurs cette idée en souhaitant planifier l'information plutôt que de devoir réagir à des situations de crise ou d'inquiétude.

En résumé, les collèges de cadres créés dans plusieurs établissements répondent à une problématique : celle d'avoir un lieu de dialogue et de réflexion entre les cadres et la direction sur les orientations à donner à la formation des cadres de l'établissement en intégrant les évolutions de leur métier dans l'établissement, le statut des cadres ou tout autre sujet de long terme.

Sur le plan opérationnel, seul un dialogue managérial plus intense et plus direct permettra d'éviter l'étanchéité des buts et de positionner les cadres comme tels. Le rôle de l'association des cadres de santé du CHU de Rennes ne peut avoir ce rôle opérationnel. Il peut nourrir la réflexion notamment par des enquêtes via intranet sur les besoins et le positionnement des cadres et gagnerait d'ailleurs à être pluriprofessionnel, la question des cadres concernant l'ensemble du management hospitalier.

Un travail important est donc nécessaire sur les cadres afin de les positionner comme cadres là où ils sont parfois cantonnés à des rôles de représentants des équipes de service de soins. Un tel mouvement présente deux difficultés majeures. En premier lieu, il est un travail de longue haleine nécessitant de multiples actions complémentaires, dont les effets ne sont pas visibles rapidement, ce qui n'est guère compatible avec l'urgence chronique du temps de l'hôpital. En deuxième lieu, il suppose autant d'investissement des cadres que du management de direction de l'hôpital, ce qui suppose pour ce dernier d'abandonner parfois l'urgence de la réaction pour la lenteur de l'action.

2.2 La prévention et la gestion par l'encadrement de direction des conflits de rôle des cadres de santé

Les difficultés rencontrées par les cadres de santé préoccupent nécessairement les cadres de direction de l'hôpital. En premier parce que ces difficultés pénalisent le fonctionnement de l'établissement, mais en deuxième lieu aussi, parce que ces conflits de rôle interrogent le management des cadres de direction. Ils affectent l'unité managériale et affaiblissent l'action des cadres de direction.

Les directeurs d'hôpital sont généralement bien conscients de l'existence de ces conflits inhérents aux structures complexes. Ceci d'autant plus qu'ils en font aussi les frais. En effet, de nombreux directeurs décrivent leur exercice professionnel comme très marqué par injonctions paradoxales des acteurs internes ou externes à l'hôpital. Ils sont également nombreux à réclamer une plus grande autonomie, notamment depuis la création d'Agences Régionales de Santé (ARS) plus directives que leurs ancêtres Agences Régionale de l'Hospitalisation (ARH). De leur point de vue, de nombreuses injonctions paradoxales pourraient être évitées grâce à cette autonomie reconnaissant leur compétence opérationnelle de terrain. En somme ils appellent à l'application du principe de subsidiarité à leur endroit en raison de l'adaptation permanente aux situations locales qu'exige une politique nationale de santé.

Or à un niveau infra-établissement, ce principe de subsidiarité trouverait pleinement sa place entre l'encadrement de direction et les cadres de proximité. Un tel fonctionnement suppose de surmonter la méfiance culturelle existant entre cet encadrement de direction et les cadres de santé. Un management de la confiance apparaît donc essentiel à l'application du principe de subsidiarité.

Ceci est d'autant plus difficile que l'hôpital n'est pas organisé historiquement sur la base du principe de subsidiarité. Pourtant la complexité de son organisation étant très difficile à appréhender au niveau de l'établissement dans son ensemble, un tel principe de rapprochement du centre de décision vers le terrain peut trouver une justification malgré les freins nombreux à un tel fonctionnement (A). En particulier, cela suppose un management de la confiance qui n'est pas simple à mettre en place, notamment en période de tension financière (B).

2.2.1 Encadrement de direction et principe de subsidiarité

Le principe de subsidiarité se définit comme le fait d'attribuer à l'entité la plus proche du problème le soin de le résoudre. Ce principe ne se conçoit pas sans le principe de suppléance, c'est-à-dire le devoir pour l'entité de l'échelon supérieur de soutenir l'entité inférieure lorsque celle-ci peine à résoudre le problème.

Plusieurs obstacles existent dans la mise en œuvre de ce principe.

En premier, dans une période de tension budgétaire la tentation de la direction d'un établissement peut-être grande de passer outre ce principe en imposant notamment les décisions difficiles qui s'imposent et donc en centralisant la décision.

Sur ce point, il faut alors éviter tout angélisme. Les tensions budgétaires rencontrées par les hôpitaux nécessitent parfois des décisions difficiles et relativement rapides qu'il est difficile, si ce n'est impossible, d'obtenir par la négociation interne. « *Le fait de passer de 19 à 14 RTT, ça ne se négocie pas* » affirme ainsi le Directeur Général du CHU de Rennes.

Ensuite, la limite du principe de subsidiarité réside dans la capacité du cadre de proximité à faire face aux difficultés rencontrées.

Certes, il paraît nécessaire d'accroître le rôle des cadres de santé dans la résolution des problèmes, notamment parce qu'ils sont les plus à même de juger finement la situation et parce que ce travail est trop largement réalisé par les échelons supérieurs. L'embolisation des échelons supérieurs et la déresponsabilisation des cadres sont les deux conséquences néfastes de ce fonctionnement.

Cependant, dans un établissement habitué à ne pas utiliser ce principe, la période de transition est difficile parce qu'elle nécessite de faire confiance à des cadres qui n'ont pas l'habitude d'avoir autant de latitude et de responsabilité. C'est donc prendre le risque d'un mauvais traitement des problèmes et d'un manque de cohérence à l'échelle de l'établissement.

Deux éléments permettent d'accompagner cette transition. A court terme, par la formation afin de faire monter en compétence permettant l'application du principe de subsidiarité. A terme immédiat, par l'amélioration de la qualité du *reporting* et du dialogue managérial (qui ne sont que les traductions concrètes du principe de suppléance) permettant d'être informé et d'agir rapidement en cas de défaillance du cadre (cf. 2.2.2).

Cette double action permet un rehaussement progressif de chacun des positionnements des niveaux hiérarchiques. Plus de confiance et plus de contrôle

conduisent à augmenter la prise des cadres de santé sur les événements (ce qu'ils recherchent en devenant cadre de santé⁴⁵). Parallèlement, cela évite la saturation opérationnelle pour les cadres de direction.

Pour les cadres de direction, l'évolution vers un tel positionnement nécessite de renoncer à la tentation de s'occuper de tout. Cela est d'autant plus difficile que cette tentation est en réalité le plus souvent une hyper sollicitation. L'envahissement réglementaire, qualitatif, financier au quotidien est souvent décrit comme une difficulté pour exercer son métier. Le Directeur Général du CHU de Rennes déclare ainsi : « *nous dépensons de l'argent public et il est normal d'en rendre compte mais cette ingérence de l'ARS et ses demandes multiples deviennent difficilement gérables*⁴⁶ ».

Le fait d'être en permanence confronté à des stimuli de toute sorte, contraint le directeur d'hôpital à réagir pratiquement plus qu'à agir. L'énergie considérable dépensée dans ces réactions est décrite comme une gêne importante dans le management d'un établissement. Or cette énergie n'est donc plus consacrée à la conduite du changement.

C'est, en particulier, le cas du directeur de type « héros⁴⁷ » qui sait tout faire et porte l'hôpital à lui tout seul.

Se repositionner sur des fonctions de contrôle, d'arbitrage et d'orientation stratégique nécessite probablement une réflexion régulière des cadres de direction sur leur exercice professionnel. Or la dictature de l'urgence de l'hôpital ne favorise pas, voir empêche, une telle réflexion. Celle-ci devrait pourtant régulièrement avoir lieu au sein de l'équipe de direction mais aussi pour chaque directeur adjoint ou directeur des soins, avec ses équipes, notamment d'attachés d'administration hospitalière. A ce titre, les directeurs adjoints et directeurs de soins ayant participé à une réflexion sur le projet d'établissement du CHU de Rennes le 27 septembre 2012 apprécient le fait de pouvoir prendre le temps du recul et de la réflexion.

Néanmoins, une telle hyper sollicitation ne peut que conduire à une interrogation sur la confiance faite au reste de l'encadrement. D'une part, l'encadrement de direction constate sa propre saturation, et d'autre part il regrette d'avoir à réaliser lui-même certaines tâches de crainte d'une perte de contrôle de la situation.

Comment lutter contre ce phénomène sinon par la priorisation et le management par le sens⁴⁸ ? Comment ne pas comprendre le rôle des managers, et donc des cadres

⁴⁵ Cf. Annexe 3, Analyse des questionnaires, question 3

⁴⁶ Réunion de direction du CHU de Rennes du 6 septembre 2012

⁴⁷ LAUDE L., *Diriger*, à paraître dans Revue Décision Santé

⁴⁸ TROSA S. et BARTOLI A., *Le management par le sens au service du bien public*, Coll. « Profession cadre Service public, 2011

de direction, comme l'art de conduire ces priorisations et cette communication sur le sens. C'est à dire comme l'art de permettre au personnel de travailler ensemble dans un environnement complexe par des arbitrages permanents sur les priorités.

Ce management par la priorisation et par le sens, découle certes d'un projet d'établissement, d'un projet médical, d'un projet managérial, mais aussi, quotidiennement par la transmission, claire, structurée et synthétique de l'information.

Ceci est valable dans les sens « top-down » et « bottom-up ». Ce mode de fonctionnement n'est pas simple à mettre en place car le non partage d'information est parfois confortable. Il permet d'éviter d'être remis en question, d'avoir à changer ses pratiques en ressortant l'argument courant du type « le directeur ne connaît pas le terrain » ou « les cadres et les médecins ne suivent pas mes directives ». En d'autre terme, ce non partage d'information limite la remise en question et ne favorise pas la confiance entre les membres de l'encadrement.

Le rapport IGAS précédemment évoqué sur le management hospitalier indique que *« Cette confiance entre managers et collaborateurs a pu être présentée comme un des fondements du « lean management » qui sous-tend que les collaborateurs sont les mieux placés pour trouver les sources d'inefficacité et que pour les trouver, c'est bien un travail sur le terrain qu'il convient de réaliser. De même que pour les hôpitaux magnétiques, le sentiment de proximité et d'écoute entre les personnels et la direction, d'écoute et de respect, constitue un élément incontournable de la réussite de ces démarches. »*⁴⁹

2.2.2 Management de la confiance : congruence, communication interne et effectivité

Un tel principe de subsidiarité nécessite de gagner la confiance des cadres et de s'assurer que l'on puisse leur faire confiance. Cela passe nécessairement par une communication renforcée mais aussi par un management de l'effectivité qui restaure la confiance des cadres dans les cadres de direction. Schématiquement, il s'agit de dire ce que l'on fait et de faire ce que l'on dit.

Un cadre décrit ainsi parmi les attentes les plus importantes qu'il formule à l'égard de la direction le fait d'avoir une *« politique claire »* nécessitant donc *« transparence et communication »* pour atteindre des *« objectifs raisonnables »*.

⁴⁹ Op. cit.

A) Dire ce que l'on fait ou l'amélioration de la communication interne

La communication interne est souvent réduite à la communication interne descendante (b). Or il est sans doute, encore plus important d'assurer et de structurer la communication ascendante notamment dans les établissements de grande taille (a).

a) *Codification et systématisation du reporting*

Les réunions de cadres dans un CHU ne permettent pas d'assurer la remontée de l'information. Au CHU de Rennes, les 130 cadres de santé finissent pas se lasser de ce type de réunion qui ne répond que partiellement à leur attentes du fait de son caractère « descendant ». Dans ces assemblées, l'information ne peut être que descendante ce qui convient bien pour une information solennelle. Cependant l'idée qu'une information puisse être remontée par une réunion de 150 personnes est illusoire. Ceci d'autant que les remontées d'information peuvent être la source de décrédibilisation et donc de « guerre de position » du type : « ce que vous affirmez n'est pas vrai » « mais si venez voir, vous êtes trop éloigné du terrain ».

Pourtant le principe de subsidiarité évoqué plus haut nécessite une telle remontée. L'amélioration du *reporting* nécessite, outre la mise en place de réunion de cadres de pôle, la codification des procédures et des documents de *reporting* via les cadres supérieurs de santé (ce qui, au CHU de Rennes, est fait pour les événements indésirables seulement pour le moment).

Cette amélioration du *reporting* est une des actions majeures d'une procédure qualité. La création en 2008 de la Direction de la Qualité et des Relations avec les Usagers (DQRU) au CHU de Rennes a permis une structuration de modes de communication mais qui demeure restreinte à certaines situations.

La structuration de la communication interne relative aux gardes est un exemple à suivre. Chaque acteur sait à qui il doit transmettre les informations et selon quel support. Ces procédures ayant tendance à être déformées ou moins respectées au fil du temps, il convient de contrôler régulièrement leur application et d'interroger régulièrement leur pertinence.

A titre d'exemple, une difficulté de transmission des informations entre directeurs de garde a conduit au rétablissement d'une réunion de transmission en début de semaine, réunion qui avait disparu au fil du temps.

A fortiori, il paraît nécessaire de codifier la communication entre le management intermédiaire et de direction et les quelques 130 cadres du CHU.

Cette information ascendante permet de nourrir les décisions prises par la direction, décisions qui doivent faire l'objet d'une communication permanente.

b) *Mise en place d'une communication permanente et plus exhaustive envers les cadres*

En 2011, suite à leur grève, les cadres de santé du CHU ont exprimé leurs revendications et notamment le fait « *de comprendre l'organisation de la démarche décisionnelle du CHU, et d'être au fait des latitudes d'action que vous avez (ndlr : la direction). Cela pour faire évoluer nos propres fonctionnements face aux réalités du quotidien et d'éviter l'apparition dramatique d'un abysse entre l'administration et les soins dont les répercussions auraient inévitablement des conséquences non moins dramatiques sur les patients.* »

Cela est confirmé par les déclarations des cadres interrogés. L'un d'eux évoque la nécessité d'une « *politique claire, de la transparence dans la communication sur les projets* ».

Ce dialogue peut être descendant par note interne, par réunion des cadres mais il doit aussi laisser une place au dialogue et à l'explication (même si en théorie nul besoin de pédagogie pour les décisions opérationnelles envers un encadrement qui doit être associé et qui doit connaître les raisons d'une décision non stratégique). Les cadres de direction évoquent souvent le fait que ce dialogue est bloqué par les cadres qui freinent les projets en invoquant leurs contraintes. Il est vrai que les cadres déclarent souvent que leurs attentes de la direction sont « *la prise en compte des contraintes* », la « *compréhension* ».

Cependant, l'encadrement de direction répond trop souvent par une négation de ces contraintes, ou par une minimisation. Ne serait-il pas envisageable d'axer la communication de l'encadrement de direction sur ses propres contraintes ? En plus d'informer les cadres sur les contraintes qui pèsent sur l'encadrement et qu'ils connaissent mal ou dont ils saisissent mal l'ampleur, cela permet de mettre en balance les contraintes de chacun et d'arbitrer en connaissance de cause.

Il est toujours plus facile de nier la contrainte des autres quand on la minimise. Il est intéressant de constater en immersion par le stage, la méconnaissance importante chez les cadres de santé des pouvoirs réels du directeur de l'hôpital face à des mouvements structurels d'ampleur. Cela est largement dû à une information descendante qui n'existe que pour transmettre une décision. Il paraît pourtant nécessaire d'informer régulièrement de l'évolution de la réflexion.

A titre d'exemple, un directeur d'établissement explique que pendant longtemps, il a voulu attendre d'être certain que les outils de comptabilité analytique qu'il mettait en place soient parfaitement fiables avant de les diffuser. N'arrivant pas à cette parfaite fiabilité, il a fini par les communiquer en l'état. Cette diffusion a permis la critique constructive et ainsi la fiabilisation des outils.

Par conséquent, les directeurs doivent informer de leurs vraies contraintes...Ceci n'est pas une simple question de respect des cadres ou d'outil de conviction, c'est aussi une question d'efficacité managériale. Des cadres informés du sens, des contraintes et du contenu de l'action de la direction sont des cadres plus efficaces. Frédéric Mispelblom Beyer écrit ainsi : « *Les cadres [...] ont pour tâche de représenter l'entreprise auprès des salariés encadrés, de la mettre en forme, d'en expliquer les stratégies, de dire en quoi telle décision est inévitable si l'on veut garantir la survie de l'entreprise.* » « *Les cadres détiennent certaines parcelles de pouvoir qui, bien que toujours déléguées, ne leur en donnent pas moins des moyens supplémentaires par rapport aux salariés qu'ils encadrent.* »⁵⁰

Une difficulté importante dans cette communication des contraintes mais aussi des intentions et des projets, réside dans la crainte majeure pour les cadres de direction d'un manque de contrôle de l'information. La tentation d'avancer masqué est donc importante.

Il est vrai que la communication transparente envers les cadres de santé nécessite que ces derniers soient conscients du caractère stratégique de la maîtrise de l'information dans la conduite du changement. Il est certain que tout ne doit pas être dit tout de suite et n'importe comment, mais une politique de communication fondée sur la transparence maximale (et non pas exhaustive) permettrait de favoriser l'adhésion des cadres en informant de l'état de la réflexion et en indiquant le sens de l'action ; ceci afin de limiter les résistances des cadres eux-mêmes en mettant en regard les contraintes d'un service et celles d'un établissement. Un cadre pleinement informé des contraintes de l'établissement et des contraintes subies par ses collègues intègre d'autant plus facilement les contraintes qui lui sont imposées.

Mieux, cette transparence permet d'utiliser pleinement le levier de l'encadrement. L'exemple constaté au CHU de Rennes de l'information permanente par l'encadrement de direction d'un cadre de proximité non cadre de santé sur une réorganisation de son service a permis à ce dernier d'accompagner le changement en court. Aucune difficulté n'a été constatée sur ce secteur pourtant réputé socialement sensible.

⁵⁰ MISPELBLOM BEYER F., 12ème journée d'étude du GDR CADRES Lyon - 15 décembre 2006
Loïc DELASTRE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique -2012

Le choix d'une telle stratégie suppose de limiter les conflits intra émetteurs et inter-émetteurs par une réflexion sur l'organisation du travail en équipe de direction et du travail avec la communauté médicale. Cela permet d'introduire plus fortement dans le mode de travail des cadres de direction, la préoccupation des conséquences des orientations prises sur le reste de l'encadrement.

Le rapport récent de l'IGAS sur le management est d'ailleurs strictement sur cette ligne. *« Nous avons décrit précédemment les différents leviers mobilisés par les établissements pour améliorer notamment leur situation financière. Toutefois, le risque d'une juxtaposition d'actions dont la cohérence serait difficile à saisir pour les acteurs hospitaliers donne tout son sens à l'effort de management réalisé pour faire partager des objectifs qui ne peuvent se limiter à la seule contrainte financière. Le management à la confiance apparaît dans le domaine de l'entreprise comme un moyen d'insuffler de la souplesse dans les organisations pyramidales de façon à multiplier les intelligences interactives. Cette idée a été exprimée de façon très claire par un de nos interlocuteurs du champ hospitalier : « On n'exploite pas assez la capacité des gens sur le terrain à activer une vraie démarche efficiente »⁵¹.*

Or la méfiance culturelle entre cadres de direction et cadre de santé doit être surmontée par une communication permanente sur l'action menée mais aussi par un management de l'effectivité, notamment en optant pour une stratégie d'actions réactives, sensibles et mesurables par les cadres de santé.

B) Faire ce que l'on dit ou le management de l'effectivité

Un tel management par la confiance accompagné d'un principe de subsidiarité nécessite de provoquer l'adhésion des cadres de santé. Or ces cadres ont le sentiment que se succèdent indéfiniment les réformes et réorganisation dans un sens unique : toujours plus d'effort. Le management des cadres suppose pourtant de susciter l'adhésion de ces derniers.

La difficulté est que les cadres n'ont rien à gagner à rentrer dans le « système de la direction ». Dans le contexte de restriction actuel, il apparaît important d'organiser la satisfaction des cadres et leur bien être au travail. Cela passe notamment par des actions ponctuelles, concrètes, mesurables⁵² et dont l'impact sur le travail des cadres et des

⁵¹ Op. cit.

⁵² Le CHU de Rennes est en cours de réalisation d'un baromètre social dont l'utilité serait grande pour mesurer la satisfaction des cadres de santé

services est perceptible. Or, les caractéristiques des projets hospitaliers sont souvent diamétralement opposées à ces préoccupations. Ils sont souvent de grande envergure, longs, et leur utilité directe pour le travail des cadres est parfois peu lisible.

Il faut reconnaître que ces projets hospitaliers se concentrent sur l'amélioration de la performance des établissements, moins sur la facilitation du travail de leur personnel. La aussi, le dossier patient informatisé est un exemple. Si les objectifs sous-tendant sa mise en place sont évidents, il n'est pas certain qu'il facilite le travail des cadres (formations à organiser, remplacement à prévoir pendant les formations, *bugs* informatiques à gérer etc.). Susciter l'adhésion de ces derniers, en ne proposant que des projets pour lesquels ils n'ont pas d'intérêt direct à agir, s'avère difficile à long terme.

Par ailleurs, des cycles courts de projets correspondent mieux aux cycles individuels : les gens ne restent plus quarante ans dans un même établissement. Susciter l'adhésion des cadres et plus encore des équipes de soins sur des projets à 25 ans est une gageure.

Bien entendu, le but de la direction d'un établissement de santé n'est pas premièrement de satisfaire ses cadres. Cependant, il faut bien remarquer que les projets, simples, concrets et qui aboutissent ont un effet positif sur la confiance entre cadres et cadres de direction, elle même nécessaire à la réalisation des projets plus importants.

Les attentes des cadres, souvent moins difficiles à combler, sont peu prises en compte (par exemple la réactivité des fonctions logistiques et des fonctions support pour des travaux d'entretien dans un service). Favoriser la réalisation de ces mini-projets permettrait d'une part d'améliorer le quotidien des cadres mais également de favoriser leur confiance dans les cadres de direction. Ces derniers en ont bien besoin pour porter des projets de plus grande envergure. Or susciter l'adhésion pour des projets de grande ampleur alors que l'on peine à assurer l'effectivité d'un fonctionnement pour des micro-projets apparaît difficile.

C'est ce qui conduit un cadre interrogé à affirmer qu'il attend de la direction des « *projets qui aboutissent concrets atteignables* » ou un autre cadre à décrire ses attentes de l'encadrement de direction comme un « *accompagnement pour la mise en application des décisions* ».

Un cadre sera probablement plus convaincu par la réactivité et le soutien de cadre de direction pour l'aider à organiser sa réserve de solutés et de médicaments qui lui pose quotidiennement des problèmes de sécurité, que par une réunion détaillant des projets de

grande ampleur à vingt-cinq ans. L'un des cadres interrogé estime ainsi que l'une des principales attentes qu'il formule auprès de la direction est « *la réactivité* ».

Il faut bien convenir que, là encore, la pression budgétaire a un effet majeur de structuration de plus en plus forte de l'offre de soins. La nécessité de contenir les dépenses tout en offrant une qualité forte des soins a conduit à la création de démarches qualité très structurantes par la standardisation des pratiques et à la mise en place d'une cohérence systémique forte via les ARH puis les ARS. Cette approche extrêmement descendante par la déclinaison d'orientations nationales (ONDAM, Plan Cancer, Plans Hôpital 2007 et 2012 etc) en orientations régionales (PRS) puis locales (CPOM, en cohérence avec projet d'établissement) conduit à une vision très systémique.

Ces grands projets absorbent une énergie considérable des cadres et leurs difficultés de mises en place laissent souvent un sentiment de frustration : celui du grand soir inachevé au pire, celui de la réalisation d'un projet qui ne les sert pas pleinement au mieux.

La succession de projets de grande ampleur laisse peu de place à des projets concrets et liés au travail des cadres. Or ces projet sont certes moins ambitieux mais nécessaires à la motivation et donc à la performance de l'encadrement de proximité de l'hôpital.

En d'autres termes, l'action des cadres de direction doit intégrer à la fois les objectifs à atteindre sur le plan stratégique mais aussi les moyens en encadrement nécessaires pour y parvenir. Ces moyens sont à la fois quantitatifs mais aussi qualitatifs par le niveau d'implication et de motivation qu'un établissement parvient à susciter chez ses cadres de santé.

En résumé, il faut savoir « prendre soin » des cadres pour profiter pleinement de l'effet de levier qu'ils sont pour un directeur.

Le double mouvement de communication interne et d'effectivité permet le rétablissement d'une confiance nécessaire. Or une telle confiance est indispensable pour la mise en œuvre d'un principe de subsidiarité lui-même essentiel pour faire face à la complexité hospitalière grandissante. Sur ce point, il n'est pas inintéressant de constater que des entreprises privées à but lucratif fondent leur stratégie sur cette confiance et cette subsidiarité.

Le récent décès du fondateur d'une enseigne de grande distribution, a été l'occasion pour les médias de souligner l'importance et l'efficacité de ces fondements pour cette entreprise.

Les adhérents à l'enseigne en question sont propriétaires de leur magasin pour assurer l'investissement personnel et la responsabilité de chacun mais aussi pour garantir une adéquation forte entre les exigences commerciales locales et la stratégie adoptée par

chaque magasin. Cette subsidiarité se double d'un principe de suppléance pour ce qui ne peut être effectué par un magasin...par exemple la communication commerciale en temps de crise sur la vente de carburant à prix coûtant.

Le cahier des charges d'adhésion définit le rôle attendu. Il est ratifié par la marque et par l'adhérent et stipule des engagements de solidarité (cautionnement des nouveaux adhérents, participation à la vie collective, etc.) qui garantissent l'unité managériale du groupe.

Le fait que cette entreprise soit une entreprise commerciale, et même particulièrement commerciale, n'interdit pas de constater qu'elle connaît des contraintes comparables sur certains points à celle d'un hôpital, au moins pour ce qui concerne la complexité, la grande taille, la nécessité de répondre à une demande ou encore l'exigence de qualité⁵³.

Ces principes de confiance, de subsidiarité et d'effectivité ne sont donc pas des vœux pieux qui n'auraient de place que dans une réflexion théorique, ils sont les leviers adoptés par des organisations complexes parce qu'ils sont efficaces et efficients.

Dans un établissement de santé, leur place essentielle, dans un projet managérial autant qu'au quotidien, doit donc être développée.

⁵³ Un constat identique peut être réalisé dans des entreprises comme le Crédit Agricole ou le Crédit Mutuel.

Conclusion

La première conclusion de cette étude, la seule qui soit certaine, est la mesure de l'humilité nécessaire à toute analyse d'un monde hospitalier de plus en plus complexe. La conscience que « la critique est aisée mais l'art difficile » pousse à la modération face à la forte imbrication des problématiques financières, organisationnelles ou managériales à l'hôpital.

La modestie tient donc lieu de guide d'élaboration de ce mémoire qui se fonde sur l'atout d'un œil neuf et trouve sa limite dans l'expérience professionnelle restreinte de son auteur. Dès lors, si les pistes d'améliorations évoquées favorisent chez l'encadrement de direction et les cadres de santé en fonction, une réflexion et des intuitions à explorer, le but de ce travail sera probablement atteint. En tout état de cause, cette étude a permis au jeune directeur d'hôpital que je serai, une réflexion sur son futur métier.

Sur le fond du sujet, il est évident que la qualité des soins dispensés par un hôpital est largement corrélée à la performance managériale de l'établissement. Or le personnel hospitalier est parfois lui-même un frein à cette performance notamment quand il subit des conflits de rôle. Ceci d'autant plus que le management d'un hôpital ne se fait jamais *ex nihilo* mais sur la base sédimentaire de comportements antérieurs parfois peu orthodoxes, voire anormaux. Cependant, chaque directeur sait aussi que la plus grande force de l'hôpital pour affronter les difficultés sera toujours son personnel, notamment ses cadres de santé et que toute solution passe par eux.

L'intérêt pour un directeur d'hôpital de prendre en compte les conditions d'exercice du métier de cadre de santé apparaît donc clairement. L'intégration de ces conditions de travail, notamment les conflits de rôle, dans le type de management adopté permet l'efficacité managériale sur le long terme. Le principe de subsidiarité et le travail de communication managériale permettent de développer l'utilisation de la richesse des compétences et des cultures des personnels hospitaliers.

Néanmoins, les bases d'un tel management sont exigeantes. La confiance et la subsidiarité ne se décrètent pas, elles se conquièrent. L'effectivité nécessite une implication de tous les instants de l'encadrement. Ces fondements permettent d'utiliser pleinement le potentiel des cadres de santé, trop souvent sous-estimé et sous-utilisé parce que sous-développé. Or ce sous-développement n'est pas imputable à des cadres de santé trop peu professionnels ou à des cadres de direction trop peu soucieux des cadres de santé.

Cette étude montre, en effet, que la complexité hospitalière, la gestion médico-économique ou encore une gouvernance en cours de mise en place, génèrent d'elles-mêmes des conflits de rôle. Or les modes de gestion développés en réaction à ces conflits gênent le développement par les cadres de leur positionnement d'encadrement.

Répondre à ce mouvement, permanent et inévitable, de création des conflits de rôle, par la seule formation en management des cadres n'est donc pas suffisant. Cette dernière permet, certes, de développer des capacités comportementales – tout à fait nécessaires - mais ne garantit pas que ces capacités soient utilisées face aux conflits de rôle.

Le développement de ces conflits de rôle mais aussi l'évolution générale de la société et de la culture du personnel hospitalier exigent désormais un management plus interactif à défaut d'être participatif. Ceci en dépit de la structuration historique de l'hôpital sur un modèle administratif et médical descendant et pyramidal qui rend ce changement culturel difficile pour tous.

La prise en compte des conditions d'exercice du métier de cadre de santé par l'encadrement de direction permet à ce dernier de développer une confiance mutuelle avec les cadres de santé. Ce développement de la confiance apparaît donc comme un fondement essentiel du projet managérial d'un établissement.

Ceci d'autant plus qu'un tel mouvement n'est pas sans favoriser le développement de l'autorité des cadres de direction. Autorité non pas vécue comme autoritarisme mais selon la définition d'Hannah Arendt⁵⁴, « *comme la capacité d'obtenir l'obéissance sans recours à la contrainte par la force ou à la persuasion par arguments* ». Cette autorité implique une obéissance dans laquelle les cadres de santé gardent leur liberté et leur créativité pour le meilleur fonctionnement de l'hôpital.

⁵⁴ ARENDT H., *La crise de la culture*, 1962

Bibliographie

Ouvrages

ALBRECHT K., *L'intelligence sociale – Le nouvel art des relations humaines*, Les éditions de l'Homme, 2006

PERROT S., *Nature et conséquences des conflits de rôles, Stress, burnout et conflits de rôles*, Communication à la journée de recherche CEROG-AGRH, 2005

BELORGEY N., *L'hôpital sous pression – enquête sur le « nouveau management public »*, Ed. La découverte, 2010

BURELLIER F., *L'hybridation de rôle dans les hôpitaux public : le compromis identitaire des « professionnels-managers »*, 19ème congrès de l'AGRH, Dakar, 2008

BOLLECKER G., NOBRE T., XXème conférence de l'Association Internationale de management stratégique

BOURET P., *Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible*, Revue française d'administration publique 2008/4, n° 128, p. 729-740.

DIVAY S. et GADEA C., *Les cadres de santé face à la logique managériale*, Revue française d'administration publique 2008/4, n° 128, p. 677-687.

FALCOZ C. *Bonjour les managers Adieu les cadres !*, Editions d'organisation, 2003

FORTIN S., *La technique des incidents critiques pour cerner l'efficacité des feed-back de correction en danse moderne*, Revue des sciences de l'éducation, Volume 14, numéro 3, 1988, p. 391-407

HART J. et LUCAS S., *Management hospitalier – Stratégies nouvelles des cadres*, Coll. Gestion des ressources humaines, Ed. Lamarre, 2003

Katz D. et Kahn R., *The Social Psychology of Organizations*, New York, John Wiley and Sons, 1966

FLANAGAN J.C., *The critical incident technique*, Psychological bulletin, vol.51, 4, 1954

LAUDE L., *Tensions de rôles, paradoxes et dilemmes dans l'activité de cadre de santé*, 2012

LIVIAN Y.F., *Etre cadre, quel travail ?* Edition ANACT, 2006

MISPELBLOM BEYER F., *Encadrer, un métier impossible ?* Armand Colin, 2006

PERETZ H. *Les méthodes en sociologie – L'observation*, Coll. Repères, Ed. La découverte, 1998

SAINSAULIEU I., *Le collectif soignant : mythe ou réalité ? Regards croisés des cadres et des infirmiers*, Revue française d'administration publique 2008/4, n° 128, p. 665-675.

SAINSAULIEU I., *Le malaise des soignants – Le travail sous pression à l'hôpital*, Coll. Logiques sociales, L'Harmattan, 2003

SINGLY (de) C., Rapport de la mission Cadres Hospitaliers, 2009

TROSA S. et BARTOLI A., *Le management par le sens au service du bien public*, Coll. « Profession cadre Service public, 2011

VALLET G., Rapport de l'IGAS, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Février 2010

Rapports publics

ACKER D., BENSADON A.C., LEGRAND P., MOUNIER C., *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, Avril 2012

Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER, Avril 2008

VALLANCIEN G., Rapport public, *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire*, Juillet 2008

Enquête nationale de l'Association des Directeurs d'hôpital, Janvier 2010

Mémoires

PIEDCOQ V., *Développer un partenariat efficace entre les cadres de santé et l'équipe de direction : l'exemple des hôpitaux du Nord*, Mémoire ENSP, 2003

Liste des annexes

ANNEXE 1 - Situations soumises aux cadres de santé

ANNEXE 2 - Questionnaire adressé aux cadres de santé

ANNEXE 3 – Analyse des résultats du questionnaire

ANNEXE 4 - Schémas explicatifs

ANNEXE 5 – Schémas explicatifs

ANNEXE 6 - Fiche de poste de cadre de santé du CHU de Rennes

ANNEXE 7 – Extrait du projet de management du CHU de Rennes

ANNEXE 8 - Proposition de structuration des réunions des cadres de santé d'un pôle

ANNEXE 9 – Entretiens complémentaires réalisés

ANNEXE 1

ENTRETIEN CADRE DE SANTE

Que feriez-vous dans chaque situation décrite ?

Situation 1

Le cadre supérieur de santé de pôle vous demande de surveiller vos effectifs pour l'équilibre financier du pôle et de l'établissement. Votre service de maternité a une activité de plus en plus forte ce qui est conforme à ce que demande le directeur. Ce matin, vous apprenez que ce dernier demande aussi à l'ensemble des pôles de rendre des postes dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre.
--

Situation 2

Vous êtes cadre de garde aux urgences et des lits vous sont cachés par les services (vous-même, dans votre service, il vous arrive de ne pas déclarer un lit le vendredi soir en prévision d'une entrée le lundi). Or vous peinez à trouver des lits disponibles pour les patients des urgences ce qui vous pousse à demander l'ouverture de lits supplémentaires au directeur de garde. Celui-ci vous demande de trouver des lits disponibles coûte que coûte pour éviter l'ouverture de lits supplémentaires.

Situation 2 bis

Vous êtes cadre d'un service de soins et vous apprenez ce lundi matin que la direction souhaite faire passer en 12 heures les équipes de votre service. Ces dernières sont très opposées à cette évolution.

Situation 3

Après une expérience de cadre depuis 1 an dans un CH. Vous êtes depuis 2 mois devenu cadre dans un service de réanimation d'un autre établissement. Vous êtes content car vous étiez en concurrence avec d'autres cadres de ce nouvel établissement pour ce poste et vous avez été choisi. Vous sentez que vous devez faire vos preuves vis-à-vis de vos collègues. Ce service accueille des élèves infirmiers régulièrement. Ce matin, vous êtes chargé de la notation du stage de l'un d'eux. Cette mise en situation professionnelle est très complexe car l'un des patients confié à l'élève infirmier est dans un état préoccupant. L'élève infirmier fait un geste que vous considérez comme invalide. Vous le lui dites mais il vous répond qu'il a appris comme cela car un nouveau protocole est désormais en vigueur.

Situation 4

Vous venez d'être désigné par l'ensemble des cadres comme leur représentant à la suite d'une grève des cadres. Les attentes sont importantes de la part des cadres mais vous sentez que la direction n'est pas favorable à la formation d'un organe de représentation des cadres. Vous avez envie de faire avancer les choses mais vous êtes parallèlement dans l'attente d'un renouvellement complet du matériel de service que vous ne souhaitez pas compromettre.

Situation 5

Vous êtes cadre dans un service d'hématologie pédiatrique. Les enfants restent ici longtemps et les parents ont de grosses difficultés à rester auprès de leur enfant (obligations professionnelles mais surtout coût de l'hôtel). Un couple vient d'apprendre la leucémie de leur garçon de 6 ans. Cette famille est en grande difficulté sociale et ne peut pas payer un hôtel. L'enfant est très inquiet et les parents aussi. Vous ne pouvez leur proposer une chambre dans une maison des parents avant une semaine. Aucune solution n'est possible. Les parents vous disent qu'ils se relayeront pour dormir dans leur voiture sur le parking de l'hôpital.

Situation 6

Vous êtes récent membre de la cellule organisation de l'établissement que vous avez intégré dans le but d'apporter votre vision et votre expérience du terrain. Vous n'avez pas encore eu de formation spécifique à cette nouvelle fonction.

La direction des soins vous demande dans une fonction transversale de créer un outil de gestion de la disponibilité des lits. Pour des raisons budgétaires, vous n'avez pas la possibilité d'utiliser un logiciel dédié pour cela. L'attente est très forte de la part des services qui voient en cet outil une transparence dans la gestion des lits mais aussi de la part des urgences.

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE CADRES DE SANTE

Age :

Sexe : M F

Parcours antérieur (avec dates) :

Formation (dates):

1) Quelles sont les formations professionnelles qui vous semblent les plus utiles pour un cadre :

Classez les réponses par ordre décroissant

A formations informatiques

D formations de management et gestion des conflits

B formations en organisation (de sa propre activité)

E Autres :

C formations en organisation (de son service)

.....

2) Pour vous la fonction de cadre de santé est une fonction :

Classez les réponses par ordre décroissant (de la plus importante à la moins importante), cochez celles qui ne conviennent pas.

A De cadre de proximité, de terrain

E De garant de la qualité des soins

B De cadre intermédiaire

F De garant de la formation des équipes

C De « tampon » entre la direction, les médecins, les équipes etc.

G De représentant de la direction auprès des équipes

D De manager de la santé

H De représentant des équipes auprès de la direction

3) Quelle sont les raisons pour lesquelles vous avez souhaité devenir cadre :

Classez les réponses par ordre décroissant (de la plus importante à la moins importante)

C Les horaires plus compatibles avec une vie personnelle

A L'évolution de votre métier

D Le hasard (opportunité au sein de l'hôpital)

B La progression salariale

E La diminution de la pression du soin (inquiétude pour le malade, tension de l'erreur de soins etc.)

F Le pouvoir d'agir sur les choses

G Autres :

4) Quelles sont les caractéristiques les plus nécessaires selon vous pour être cadre de santé

Classez les réponses par ordre décroissant (de la plus importante à la moins importante), rayez celles qui ne correspondent pas à la fonction de cadre de santé

A Autorité

H Adaptabilité

B Sympathie

I Loyauté

C Relationnel avec les équipes

J Rigueur

D Relationnel avec les médecins

K Compétence de gestion

E Relationnel avec le personnel administratif

L Souplesse

F Compréhension

M Ténacité

G Compétence soignante

N Compétence informatique

5) Quel terme résume le mieux la fonction de cadre de santé au regard de ce que vous faite concrètement au quotidien (pas de ce que vous souhaiteriez faire) ?

Classez les réponses par ordre décroissant (du plus représentatif au moins représentatif)

A Encadrement

C Management

B Gestion de ressources (humaines, financières, matérielles, planning)

D Formation professionnelle

E Autre :

6) D'une façon générale, dans votre exercice professionnel, qu'attendez-vous principalement de :

Vos collègues cadres de santé :

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

La direction

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

Votre chef de pôle

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

Votre chef de service

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

Vos équipes

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

Direction des soins

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

7) Quelle est la situation qui vous est la plus difficile dans votre exercice professionnel ?

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

8) Quelles est la situation que vous préférez dans votre exercice professionnel ?

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

9) Quelles sont les situations que vous connaissez le plus de votre métier ?

Classez les réponses par ordre décroissant (de la situation la plus rencontrée à celle le moins rencontrée)

- | | |
|--|--|
| A <input type="checkbox"/> Un conflit entre deux exigences de la direction | D <input type="checkbox"/> Un conflit entre votre vie professionnelle et votre vie personnelle |
| B <input type="checkbox"/> Un conflit entre deux exigences d'un médecin | E <input type="checkbox"/> Un conflit entre votre éthique et votre travail |
| C <input type="checkbox"/> Un conflit entre la direction et votre équipe | F <input type="checkbox"/> Autres:..... |

10) Quelles sont les situations qui sont les plus perturbantes pour vous dans votre métier?

Classez les réponses par ordre décroissant (de la plus perturbante à la moins perturbante)

- | | |
|--|--|
| A <input type="checkbox"/> Un conflit entre deux exigences de la direction | D <input type="checkbox"/> Un conflit entre votre vie professionnelle et votre vie personnelle |
| B <input type="checkbox"/> Un conflit entre deux exigences d'un médecin | E <input type="checkbox"/> Un conflit entre votre éthique et votre travail |
| C <input type="checkbox"/> Un conflit entre la direction et votre équipe | |

11) Vous demande-t-on des tâches qui ne relèvent pas de votre métier selon vous?

A Rarement

B Parfois

C Souvent

D Tous les jours

Lesquelles en particulier :

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

12) Pour vous les conflits de rôle, c'est à dire les conflits entre les différentes attentes que l'on a de vous (la direction, vos équipes, les médecins etc) ou les conflits entre les attentes que l'on a de vous et votre façon de concevoir votre métier (ex : attentes qui heurtent votre éthique), sont (plusieurs réponses possibles) :

A des éléments normaux dans le métier de cadre. Un cadre est fait pour gérer ces situations.

B des éléments non souhaitables mais normaux. Un cadre doit savoir gérer ces situations

C des éléments de plus en plus fréquents

D des éléments anormaux

Sept cadres, hommes et femmes, ont été interrogés provenant de services de médecine et de chirurgie (adultes et pédiatriques), d'âges variables, de site d'exercice différents, formés au CHU de Rennes ou non et ayant reçu une formation managériale et de gestion ou non.

L'objet de cet échantillonnage est plus d'éviter un biais quelconque que de produire une représentativité exacte des cadres du CHU de Rennes.

ANNEXE 3

Analyse des résultats du questionnaire

Six questionnaires ont été analysés.

Question 1

Très majoritairement, les cadres considèrent les formations managériales et de gestion de conflits comme les plus utiles. Viennent ensuite les formations en organisation de son service et ensuite les formations en organisation de sa propre activité. Les formations informatiques sont jugées les moins utiles.

Question 2

La fonction de cadre de santé est qualifiée majoritairement de « garant de la qualité des soins » puis de « cadre de proximité, de terrain ». Viennent en dernier lieu les qualificatifs de « représentant de la direction auprès des équipes » et de « représentants des équipes auprès de la direction ». Ce dernier item est donc le moins relevé alors que les entretiens montrent relativement massivement que les cadres adoptent un tel comportement pour gérer les conflits de rôle. A noter : la « fonction » de « tampon entre la direction, les médecins et les équipes » n'est pas si importante aux yeux des cadres pour qualifier leur fonction.

Question 3

Le « pouvoir d'agir sur les choses » et « l'évolution du métier » arrive massivement en tête des choix fait par les cadres de santé pour expliquer les raisons de leur souhait de devenir cadre.

Question 4

« Rigueur » et « adaptabilité » sont les caractéristiques les plus nécessaires pour être cadre de santé selon ces derniers. La compétence informatique étant très largement rejetée, beaucoup plus que « la sympathie ».

Question 5

L'item résumant le mieux l'action concrète quotidienne des cadres et non pas ce qu'ils souhaiteraient faire, est la « gestion de ressources humaines et financière ». Un cadre rajoute un item en indiquant faire de « l'articulation ».

Question 6

Les cadres de santé interrogés attendent principalement :

- de leurs collègues : du soutien et de la collaboration
- de la direction : une écoute, du soutien et une politique claire
- de leur chef de pôle : de l'écoute et du soutien
- de leur chef de service : travail avec une même ligne de conduite, facilitant l'expression, disponible, un partenaire de terrain, un partage de valeurs
- de la direction des soins : de l'accompagnement pour la mise en application des décisions, une feuille de route, le partage des valeurs et le soutien des projets
- de leurs équipes : compétence, force de proposition, respect, implication, responsabilisation, rigueur, autonomie

Question 7

Les situations les plus difficiles pour les cadres de santé interrogés sont les conflits de rôle les plus « impliquants » personnellement : les conflits entre éthique et vie professionnelle, demander à une personne de revenir sur son temps de repos, ou encore la gestion des agents en difficulté, en *burn out*. Il faut noter que dans toutes ces situations, l'unité managériale et le dialogue managérial sont nécessaires. Ils dépendent fortement de la confiance entre les membres de l'encadrement.

Question 8

La situation préférée des cadres est souvent la conduite de projet au niveau du service. Cela renforce l'idée de soutenir leur confiance par le management de l'effectivité. Un cadre précise qu'il préfère ainsi le « *montage de projets avec l'équipe, d'amélioration des conditions de travail* »

Question 9

Les situations les plus rencontrées par les cadres de santé interrogés, selon eux, est un conflit entre la direction et leur équipe, suivi d'un conflit entre deux exigences de la direction ou deux exigences d'un médecin. Peu de conflits entre vie personnelle et vie professionnelle ou entre éthique et vie professionnelle sont recensés.

Question 10

Peu rencontrées, les situations de conflits entre éthique et travail sont en revanche les plus perturbantes selon les cadres interrogés. Cela n'est pas sans intérêt lorsque l'on constate que les restrictions budgétaires sont parfois vécues comme des conflits éthiques. Viennent ensuite les conflits entre deux exigences de la direction ou entre une exigence de la direction et une exigence de l'équipe encadrée.

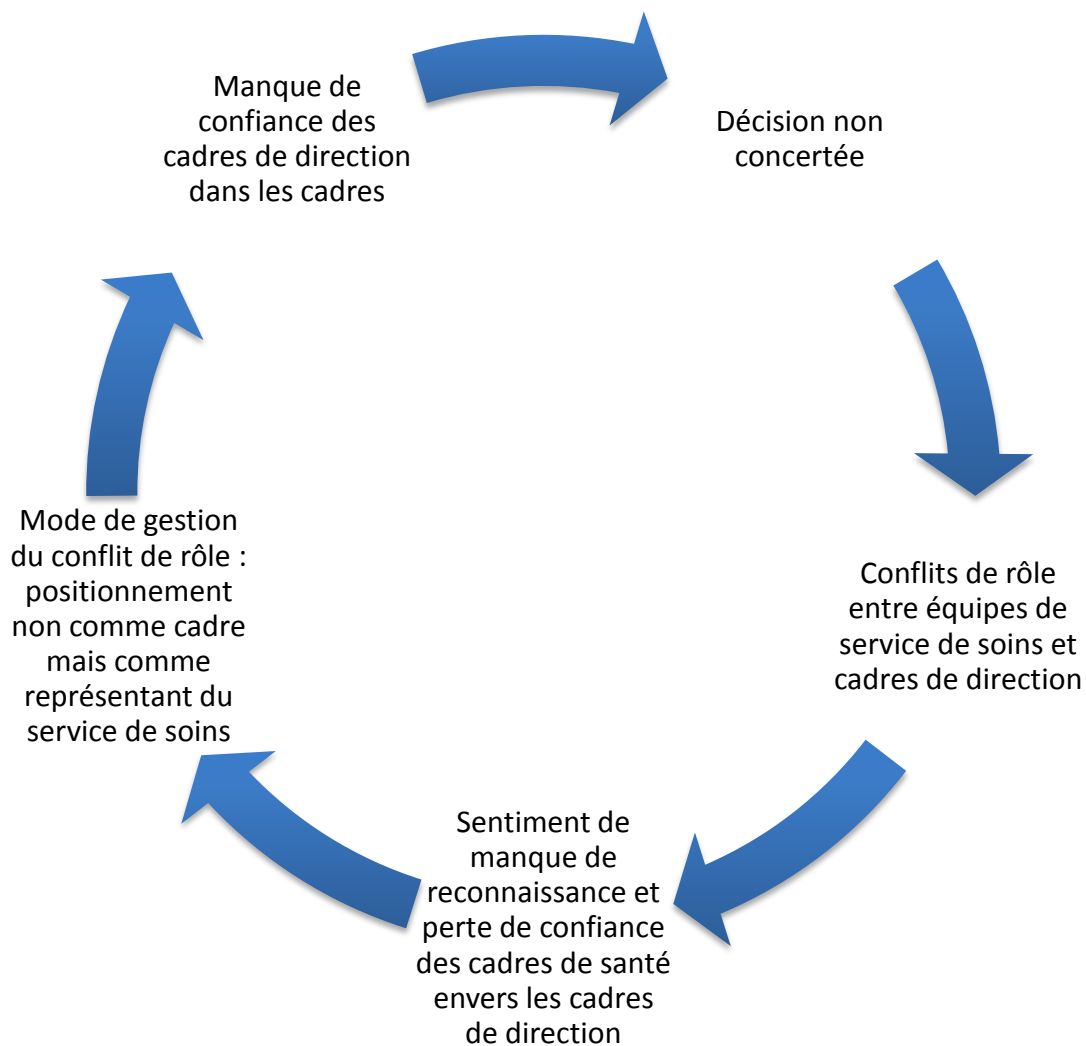
Question 11

Les cadres de santé estiment qu'il leur est seulement « parfois » demandé des tâches qui ne relèvent pas selon eux de leur métier.

Question 12)

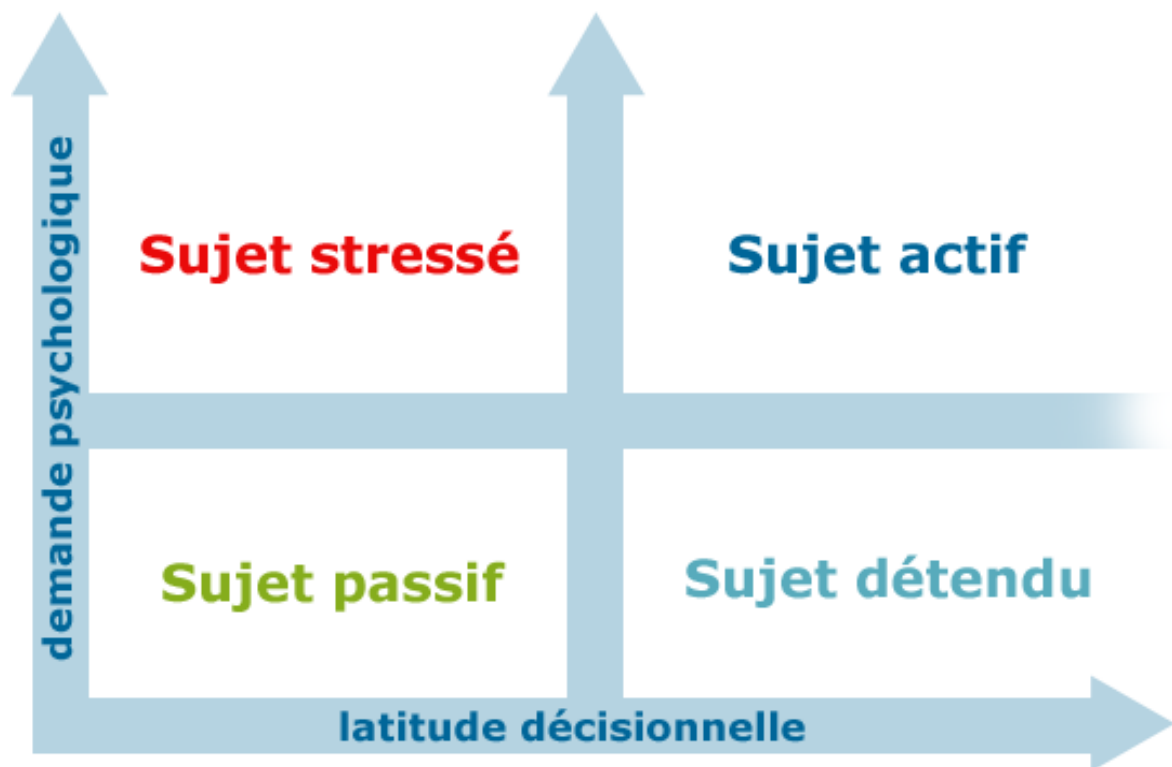
Les conflits de rôle sont, pour les cadres interrogés : des événements non souhaitables mais normaux, qu'un cadre doit savoir gérer, ainsi que des « *éléments de plus en plus fréquents* ».

ANNEXE 4



ANNEXE 5

Schéma de Karazek



ANNEXE 6



DIRECTION DES SOINS

PROFIL DE POSTE

CADRE DE SANTE EN PEDIATRIE MEDICOCHIRURGICALE ET GENETIQUE CLINIQUE

Codification du document :	Rédacteur(s) : M. X, Cadre Supérieure de santé
Date d'application : 2012	Approbateur(s) Pr Y chef du pôle M. Z directeur des soins
	Gestionnaire : M.X

LOCALISATION ET RATTACHEMENT

PRESENTATION GENERALE DU SECTEUR D'ACTIVITE

Pôle de pédiatrie médicochirurgicale et génétique clinique –

Service de pédiatrie générale et de spécialité :

Service d'onco-hématologie pédiatrique :

Service de néonatalogie :

Service de génétique médicale :

Service de chirurgie pédiatrique et de spécialité :

LIEU D'EXERCICE :

a) *RATTACHEMENT HIERARCHIQUE : positionnement du poste dans l'organigramme*

- Le chef du pôle de pédiatrie
- Le Directeur délégué du pôle de pédiatrie
- Le Directeur des soins délégué du pôle de pédiatrie
- Le Cadre Supérieur de santé du pôle de pédiatrie

b) *RELATIONS FONCTIONNELLES PRINCIPALES*

- Responsables médicaux
- Encadrement
- Les directions (DSCG, DRH, etc ...)
- Services prestataires
- Réseaux de soins
- Les écoles

ACTIVITES

MISSIONS

- Animer une équipe pluridisciplinaire en garantissant la sécurité et la qualité, dans les soins dispensés aux enfants.
- Développer et maintenir un esprit de service, permettant l'investissement des soignants dans le cadre du projet de service et de pôle et en lien avec le projet d'établissement.
- Assurer la cohésion de l'équipe soignante et la dynamiser autour de protocoles formalisés, en lien étroit avec l'équipe médicale.
- Développer une culture d'évaluation des pratiques soignantes en collaboration avec les équipes médicales.
- Favoriser l'émergence de projets spécifiques à l'unité
- Favoriser le partenariat à l'intérieur du pôle entre les services
- Contribuer aux évolutions structurelles et économiques du service et du pôle.

ACTIVITES PRINCIPALES

I – FONCTION D'ORGANISATION

- Il initie et adapte des procédures et protocoles d'organisation, s'assure de leur application et de leur évaluation, tient à jour l'ensemble de ces protocoles et procédures, notamment pour faciliter l'insertion dans l'équipe des nouveaux professionnels ou remplaçants temporaires.
- Il favorise et développe une culture d'auto-évaluation individuelle et collective.
- Il organise et répartit l'activité en fonction d'un cadre défini dans un souci d'optimisation des ressources humaines et des divers moyens.
- Il élabore et propose des organisations adaptées aux évolutions des besoins et des attentes de la population accueillie, de la technique, de l'organisation générale de l'hôpital et des réseaux.
- Il coordonne la réalisation des différentes prescriptions médicales en intra et extra hospitalier.
- Il favorise la collaboration entre les professionnels des unités du pôle.
- Il anime des réunions d'équipe régulières avec le chef de service.

II – FONCTION DE GESTION

2-1 : Gestion des prestations aux enfants et leurs parents

- Il veille à la fiabilité et à la conformité des éléments administratifs du dossier.
- Il valide des organisations de production d'actes avec les différents partenaires : bloc opératoire, urgences, unité de diététique et de nutrition, imagerie, transport, PMI, plateau de consultations et d'explorations.
- Il assure l'interface avec le secrétariat en lien avec la secrétaire référente.
- Il veille à la traçabilité de la réalisation des actes et à leur conformité.
- Il veille au contrôle des éléments d'information à l'utilisateur (cadre réglementaire) et à leur enregistrement.
- Il accompagne et encadre les professionnels dans l'application du respect des bonnes pratiques : prévention des AES, soins techniques, soins relationnels et éducatifs, soins d'éveil et de confort, prévention des risques infectieux, hémovigilance et matériovigilance
- Il veille sur les droits de l'enfant hospitalisé, et s'assure du respect des règles par les familles.
- Il s'implique dans la mise au point et l'application de protocoles de soins (douleur, hypnose, ... etc.)
- Il travaille en coordination avec le cadre de nuit qu'il tient informé sur les situations qui le nécessitent.

2-2 : Gestion des ressources humaines

En regard des projets du pôle, de l'unité et des projets individuels :

- Il participe à la sélection, l'intégration et la promotion des professionnels.
- Il réalise des évaluations individuelles.
- Il apprécie quotidiennement l'activité de l'unité et réajuste les effectifs en prenant en compte les moyens alloués et compétences nécessaires.
- Il planifie et prévoit à court, moyen et long terme les besoins en personnel.
- Il repère et dynamise les potentialités de l'équipe, il repère et accompagne les éventuels personnels en difficulté professionnelle.
- Il participe à la démarche de choix de poste.
 - Il planifie avec le cadre chargé des étudiants et stagiaires la présence de ceux-ci, et définit les modalités d'encadrement des différents étudiants et stagiaires.

Au niveau institutionnel :

- Il participe aux recrutements des nouveaux professionnels en lien avec la DRH

2-3 : Gestion des locaux et du matériel et des consommables

- Il participe à l'évaluation et à l'élaboration des cahiers des charges.
- Il élabore les fiches de vie des différents équipements.
- Il met en place des procédures et protocoles d'entretien en référence au guide de l'hygiène.
- Il met en place une planification d'entretien et de suivi des températures des appareils réfrigérés
- Il met en place une gestion optimale des stocks et favorise les délégations.
- Il veille au respect des règles d'hygiène, en assure une traçabilité et mobilise le CPM de l'unité

2-4 : Gestion économique

- Il est acteur dans le suivi de la tarification à l'activité (T2A).
- Il élabore, met en place et assure le suivi des indicateurs d'activité en partenariat avec le chef de service, le DIFSI et le contrôle de gestion : dimension quantitative et qualitative.
- Il élabore un rapport annuel d'activité et le rend significatif.
- Il est partie prenante dans l'économie du soin
- Il veille à la transmission administrative des éléments de facturation des repas et des chambres.

III – FONCTION D'ANIMATION

- Il élabore le projet de service en concertation avec le chef de service, les personnels et les différents partenaires en cohérence avec le projet du pôle et le projet d'établissement.
- Il anime le projet de soins de l'unité.

IV – FONCTION DE COMMUNICATION ET D'INFORMATION

- Il est garant de l'information donnée aux usagers par les professionnels dont il a la responsabilité, dans le respect de la confidentialité.
- Il relaie l'information descendante, ascendante et transversale auprès des agents, des services, des médecins et de la direction administrative et de soins.
- Il participe aux réflexions sur les évolutions en lien avec le projet d'établissement et facilite la participation des professionnels.
- Il met en œuvre des échanges avec les professionnels de l'unité et du pôle, de la PMI et des différents services prestataires.

- Il communique avec ses différents collègues cadres de santé du pôle et du CHU.
- Il utilise les outils informatiques
- Il participe aux staffs du pôle
- Il anime avec le chef de service le staff médico-soignant
- Il donne au cadre supérieur toutes les informations nécessaires sur les situations à risque ou inhabituelles et en fait un rapport

V – FONCTION DE FORMATION

- Il initie, accompagne et valorise le développement professionnel des membres de l'équipe.
- Il favorise le réinvestissement des formations au bénéfice des enfants et de leurs familles.
- Il assure une mission d'encadrement et d'enseignement.
- Il accompagne dans son domaine d'expertise, des projets, travaux ou actions de formation.
- Il veille à développer son niveau de compétences.
- Il instruit la fiche descriptive d'une action de formation avec la cadre supérieure du pôle.
- Il élabore et tient à jour son fichier de suivi individuel de départ en formation.

VI – FONCTION DE SOINS ET DE RECHERCHE

- Il collabore dans la mise en œuvre des axes de recherche pour améliorer le niveau de prestations et des activités du service.

EXIGENCES DU POSTE

DIPLÔME(S) PROFESSIONNEL(S) REQUIS

- Etre titulaire du diplôme de cadre de santé.

FORMATION(S) SOUHAITEE(S)

- Etre titulaire du diplôme d'état de puéricultrice
- Avoir des expériences professionnelles dans des services de soins aux enfants.
- Connaître les principes de la T2A

QUALITES REQUISES

- Aptitude à communiquer et à animer des équipes pluridisciplinaires.
- Aptitude à véhiculer les valeurs soignantes.
- Aptitude à susciter et à proposer des organisations innovantes en réponse aux attentes de la population accueillie et en lien avec les réalités structurelles et économiques du pôle et du CHU.
- Capacité à fédérer les professionnels de l'unité.
- Capacité à rendre compte.
- Capacité d'analyse et de synthèse de situations.
- Capacité à se positionner en qualité de cadre.
- Capacité à travailler en réseau.

CONDITIONS D'EXERCICE

- Temps à 100%
- Participation aux gardes d'établissement des samedis, dimanches et fériés sur site.
- Planification de ses congés en collaboration avec le cadre binôme du pôle.
- Gestion de son temps de travail avec modification de son horaire de travail pour rencontrer les équipes de nuit.

**CE PROFIL DE POSTE PEUT ETRE MODIFIE EN
FONCTION
DES EVOLUTIONS DU POLE OU INSTITUTIONNELLES**

ANNEXE 7

Extrait du projet de management, *Projet d'établissement 2012-2016 du CHU de Rennes*, pages 174 à 176

« Partage d'expériences et accompagnement individuel pour des cadres en responsabilité

Concernant les cadres, l'orientation majeure est celle qui consiste à leur donner les moyens et leur conférer les capacités d'exercer la part d'autorité qu'ils détiennent pour accomplir leur mission.

Pleinement conscients et informés des orientations et des projets de leur établissement, de leur pôle, de leur service, de leur unité, ils doivent tout à la fois faire respecter les règles quotidiennes du travail collectif, s'assurer du bon fonctionnement des équipes et de la qualité de leur travail au services des patients, mais aussi les aider à accomplir leurs tâches, être soucieux de ce qui ne va pas, les accompagner pour dépasser les difficultés. Cela ne peut se faire sans permettre aux professionnels placés sous leur autorité de comprendre les enjeux, de donner du sens aux changements. Ils doivent aussi prendre la distance nécessaire à l'analyse, préparer, mettre en application et contribuer à l'évaluation des projets de leurs unités, proposer les organisations performantes, renforcer les collaborations médico-soignantes.

Autant dire que leurs missions sont décisives et que leur préparation pour les exercer est capitale. Le CHU poursuivra les actions de formation continue au management initiées en 2010 en les inscrivant dans la durée, et en ouvrant la possibilité d'espaces d'échanges, de partage d'expériences et de pratiques. Complémentairement, des ateliers proposeront un accompagnement externe permettant d'analyser les situations professionnelles rencontrées par les participants et de déboucher sur des préconisations. Ces ateliers, ouverts aux cadres et médecins, seront proposés aux personnes s'étant déjà engagées dans la formation au management. Une attention particulière sera portée au soutien du binôme médecin-cadre, à la valorisation des projets créatifs et des initiatives réussies afin de capitaliser et déployer des démarches d'excellence dans tous les pôles.

Au-delà de la promotion des compétences collectives, l'accompagnement individuel des cadres sera organisé pour guider les parcours de mobilité et repérer les nouveaux potentiels. La participation à des groupes de travail, l'acceptation de responsabilités de dossiers transversaux, l'implication dans la représentation institutionnelle interne ou

externe, le goût de l'autorité mais aussi de l'écoute seront autant de critères aidant à la détection de ces potentiels. Une attention particulière sera portée aux (professionnels) médecins et cadres en nouvelle situation d'encadrement ou de responsabilité d'unité. La prise de fonction d'une première ou nouvelle responsabilité managériale est une période de repositionnement, d'analyse d'un nouvel environnement, de questionnement sur les organisations à mettre en oeuvre, les conduites à tenir. Il est de l'intérêt et de la responsabilité de l'établissement d'initier des actions d'accompagnement facilitant une prise de fonction sécurisée et rapidement effective en termes d'appropriation et de maîtrise. Plusieurs dimensions d'appui seront mises à disposition en fonction des besoins du professionnel, des particularités des missions ou des organisations. Elles pourront aller du compagnonnage par un pair confirmé à l'appui méthodologique externe ou le coaching.

Par ailleurs, le partenariat avec les instituts de formation des cadres de santé et les universités sera renforcé pour garantir une parfaite adéquation entre le projet pédagogique et les exigences, notamment en terme de compétences à acquérir. Les cadres supérieurs de santé seront particulièrement associés et impliqués dans toutes ces démarches.

Enfin le CHU maintiendra les journées d'accueil des nouveaux cadres. Elles facilitent une plus rapide appropriation des structures du CHU et le repérage des interlocuteurs clés. Elles sont aussi l'occasion d'échanges privilégiés avec la direction du CHU afin de connaître les orientations de l'institution, les qualités managériales attendues des professionnels les mettant en oeuvre et faciliter ainsi la prise de poste et l'intégration. Elles sont l'une de premières étapes d'une démarche d'accompagnement des cadres par la présentation du plan management et de ses outils. »

ANNEXE 8

Proposition de structuration des réunions des cadres de santé d'un pôle

Proposition d'intitulé : Groupe de travail d'encadrement

But :

Favoriser la cohésion managériale et la remontée d'information pour cultiver une confiance mutuelle en cadres de directions, intermédiaires et de proximité

Statut des participants :

Cadre supérieur de santé : Président de réunion

Directeur de soin : invité

Cadres de santé du pôle : membres de droit

Cadre de santé d'autres pôles : invité (par exemple pour dossier transversal)

Lieu : Salle de réunion dans les locaux du pôle

Organisateur de la réunion : Le cadre supérieur de santé du pôle

Durée : 1 heure

Fréquence : Suffisante pour permettre une vraie connaissance mutuelle

Ordre du jour :

Proposé par les cadres de santé du pôle, validé par le cadre supérieur de santé et transmis à l'ensemble des participants deux jours avant la réunion. Le refus de mettre un sujet à l'ordre du jour par le cadre supérieur doit être signifié au directeur de soins.

Compte rendu :

Dans la semaine de la réunion par le cadre supérieur de santé. Transmis à tous les participants

Difficultés à éviter :

- se servir de cette réunion pour transmettre de l'information aux cadres du pôle

- respecter la durée prévue
- « court-circuiter » le cadre supérieur de santé
- positionner physiquement les gens dans la salle de réunion de façon hiérarchique (en U, en face à face etc)

A promouvoir:

- faire « monter en positionnement » les cadres de santé en leur faisant trouver les solutions par eux-mêmes
- ne pas chercher à répondre systématiquement immédiatement
- répondre systématiquement et concrètement (immédiatement ou ultérieurement)
- faire répondre le cadre supérieur de santé autant que possible
- favoriser la cohésion d'ensemble : les acteurs de la réunion ont le même but
- favoriser le développement d'une vision « établissement » et non seulement polaire

Faire une présentation de cette partie de réunion aux cadres supérieurs de santé en réunion d'encadrement supérieur.

ANNEXE 9

Entretiens complémentaires réalisés

Entretien avec le Directeur Général du CHU de Rennes

Entretien avec la Directrice des Soins, Coordinatrice Générale des Soins du CHU.

DELASTRE

Loïc

Décembre 2012

Filière directeur d'hôpital

Promotion 2011-2013

Conflits de rôle des cadres de santé à l'hôpital: réflexions pour une amélioration de l'unité et de la performance managériale, le cas du CHU de Rennes

Résumé :

Il existe un « problème cadre de santé » que reconnaissent de nombreux cadres de direction des hôpitaux publics. Les cadres de santé en particulier peinent à trouver leur place alors qu'ils sont au centre de contraintes grandissantes en nombre et en intensité.

Depuis les années 2000 en particulier, les cadres connaissent une nouvelle gouvernance encore trop partiellement mise en place, ce qui favorise des conflits de rôle entre les acteurs administratifs, soignants et médicaux.

Dans cette même période, la culture soignante des cadres de santé est heurtée par les impératifs de plus en plus forts d'efficacité budgétaire. Ainsi, la tarification à l'activité les contraint à adopter un positionnement de gestionnaire qu'ils peinent ou répugnent à assumer.

En dernier lieu, la complexification grandissante des hôpitaux publics introduit une spécialisation des acteurs et donc une négation des contraintes de chacun propice au développement des conflits de rôle.

Ces évolutions aboutissent à l'émergence de plus en plus forte de conflits de rôle chez les cadres de santé, qu'il s'agisse d'injonctions paradoxales ou d'écart perçus entre les compétences des cadres et ce qui leur est demandé.

Le présent mémoire propose une réflexion destinée à limiter l'apparition de ces conflits en adoptant une réponse managériale adéquate. Cette réponse cherche à développer, en particulier dans les grands hôpitaux, une confiance entre cadres de direction et cadres de santé souvent altérée par une méconnaissance mutuelle. Pour cela, la réponse managériale proposée se fonde sur les principes de subsidiarité et d'effectivité du management, associés à un effort de formation des cadres et de communication opérationnelle ascendante et descendante plus efficace car plus intense.

Mots clés :

Cadres de santé, conflits de rôle, management de la confiance, principe de subsidiarité, effectivité, communication interne, mode de gestion des conflits de rôle

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.