

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

**Université Paris-Est Créteil Val de Marne**

## **Le partenariat Cadre de Santé et Infirmières référentes**

***Comment repenser la place du Cadre de  
Santé ?***

Anne BRANDICOURT

**DCS@15-16**

## NOTE AUX LECTEURS

### **Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris.

*« Dans la vie il n'y a pas de solutions ; il y a des forces en marche : il faut les créer et les solutions suivent. »*

Extrait de *Vol de Nuit*, d'Antoine de Saint Exupéry (1931)

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord, Anthony TUYTTEN, mon directeur de mémoire, pour son accompagnement tout au long de ce travail, ses encouragements, sa disponibilité et sa bienveillance.

Merci également à Morgane LE GAL, ma formatrice référente, qui m'a guidée tout au long de ces dix mois de formation.

Je tiens à remercier vivement, tous les professionnels de santé qui ont accepté de répondre à mes questions, dans le cadre de mes enquêtes exploratoires et définitives.

Je remercie également mes collègues de promotion de l'ESM, qui ont été d'un grand soutien au cours de cette formation et de l'élaboration du mémoire, en particuliers Valérie, Thérèse, Laure et Seloua.

Un merci tout particulier à Valérie, mon amie, qui a été présente dans les bons comme dans les mauvais moments de la formation.

Je remercie chaleureusement mes parents et ma sœur, pour avoir cru en moi depuis mon plus jeune âge, et avoir été un relai important pour mes enfants cette année.

Enfin et surtout, je tiens à remercier tout particulièrement Laurent, Aëlis et Ninon, mon époux et mes deux filles, qui ont été présents à mes côtés tous les jours et qui ont compris mon indisponibilité pour eux, parfois pesante.

INTRODUCTION.....	6
1. CONTEXTE.....	7
1.1 Le choix du thème.....	7
1.2 L'émergence et la représentation du sujet.....	9
1.3 La projection dans ma future fonction de Cadre de Santé.....	9
1.4 La présentation des notions clés à aborder.....	10
2. CADRE CONCEPTUEL.....	11
2.1 L'hôpital.....	11
2.1.1 La définition.....	11
2.1.2 L'histoire de l'hôpital et des réformes hospitalières.....	11
2.1.3 Les nouvelles gouvernances.....	13
2.2 Le Cadre de Santé.....	16
2.2.1 La définition.....	16
2.2.2 L'évolution socio-historique.....	17
2.2.3 Le rôle et le positionnement du Cadre de Santé.....	21
2.3 La délégation.....	25
2.3.1 La définition.....	25
2.3.2 La législation.....	26
2.3.3 La sociologie.....	27
2.4 Les infirmières référentes.....	31
2.4.1 La définition.....	31
2.4.2 La transversalité.....	34
2.4.3 Le rôle et les missions.....	35
2.5 L'identité professionnelle.....	36
2.5.1 La définition.....	36
2.5.2 La construction de l'identité professionnelle du Cadre de Santé.....	38

2.5.3	La reconnaissance .....	40
2.5.4	Le travail invisible du Cadre de Santé .....	43
3.	ENQUÊTE .....	47
3.1	Le terrain d'enquête .....	47
3.2	Les modalités d'enquête.....	47
3.3	L'outil d'enquête.....	47
3.4	L'analyse de l'enquête exploratoire .....	49
3.4.1	L'évolution des organisations hospitalières .....	50
3.4.2	L'évolution du métier de Cadre de Santé.....	50
3.4.3	L'évolution des missions du Cadre de Santé .....	51
3.4.4	La délégation du Cadre de Santé.....	52
3.4.5	Les missions des IDE référentes .....	53
3.4.6	Les IDE référentes.....	54
3.4.7	La place du Cadre de Santé.....	55
3.4.8	La place des IDE référentes .....	55
3.4.9	Le ressenti du Cadre de Santé .....	56
3.4.10	Le ressenti de l'équipe soignante .....	57
3.4.11	Les autres thèmes abordées.....	57
3.5	La structure hospitalière.....	58
3.5.1	La présentation.....	58
3.5.2	L'organisation hospitalière.....	59
3.5.3	La conception architecturale .....	60
3.6	L'équipe soignante .....	61
3.6.1	La définition.....	61
3.6.2	La composition de l'équipe soignante.....	62
4.	ANALYSE DE L'ENQUÊTE.....	64
4.1	L'échantillon interrogé.....	64

4.2	L'analyse par thématique .....	65
4.2.1	L'évolution des organisations hospitalières .....	65
4.2.2	L'évolution du métier de Cadre de Santé .....	66
4.2.3	L'évolution des missions du Cadre de Santé .....	68
4.2.4	La délégation du Cadre de Santé .....	69
4.2.5	Les missions des IDE référentes .....	71
4.2.6	Les IDE référentes.....	72
4.2.7	La place du Cadre de Santé .....	74
4.2.8	La place des IDE référentes .....	76
4.2.9	Le ressenti du Cadre de Santé .....	77
4.2.10	Le ressenti de l'équipe soignante .....	78
4.2.11	L'impact des structures hospitalières .....	80
4.3	La synthèse de l'analyse.....	82
4.4	Le retour à la question de recherche.....	83
5.	PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES.....	85
	CONCLUSION .....	87
	BIBLIOGRAPHIE .....	88
	ANNEXES	

## LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
AP	: Auxiliaire de Puériculture
AP-HP	: Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARH	: Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	: Agence Régionale de Santé
CDS	: Cadre De Santé
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHSCT	: Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CLIN	: Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME	: Commission Médicale d'Établissement
CSIRMT	: Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
CTE	: Comité Technique d'Établissement
DGOS	: Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS	: Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
ESM	: École Supérieure Montsouris
FFCS	: Faisant Fonction Cadre de Santé
HPST	: Hôpital Patients Santé Territoire
IDE	: Infirmière Diplômée d'État
IDEC	: Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice
IPDE	: Infirmière Puéricultrice Diplômée d'État
IGAS	: Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPAQSS	: Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins
PCS	: Professions et Catégories Socioprofessionnelles
PEC	: Prise En Charge
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
PREF	: Plan de Retour à l'Équilibre Financier
SPH	: Service Public Hospitalier

## **AVERTISSEMENT PRATIQUE**

Lire partout « infirmier(e) » pour « infirmière »

## INTRODUCTION

Dans le cadre de ma formation à l'Institut de Formation des Cadres de Santé, de l'École Supérieure Montsouris, et en vue de l'obtention du diplôme de Cadre de Santé, j'ai réalisé tout au long de ces dix mois mon mémoire de recherche.

Ce travail de réflexion a été pour moi l'occasion de mettre en pratique les enseignements théoriques institutionnels et universitaires, reçus pendant la formation. Cette démarche m'a permis de prendre du recul sur mon expérience professionnelle mais aussi d'aborder la thématique choisie avec une vision différente.

J'ai mené ce travail à terme grâce à l'accompagnement de mon directeur de mémoire et à ma guidante de l'IFCS, qui ont suscité chez moi un vif questionnement sur un sujet qui me tenait à cœur, dans ma pratique passée de Faisant Fonction de Cadre de Santé, et ma pratique future de Cadre de Santé.

Cette thématique qui traite des relations du Cadre de Santé avec l'équipe soignante, en travaillant en collaboration avec les IDE référentes, est abordée au travers de quatre grandes parties.

La première partie décrit le contexte de choix de cette thématique, en expliquant l'émergence et les représentations sur le sujet, et annonce la question de départ.

La seconde partie constitue le cadre conceptuel du mémoire, à travers lequel les notions qui me paraissent les plus importantes sont définies. En conclusion de cette partie, je présente mon hypothèse de recherche, et élabore ma question de recherche.

La troisième partie présente l'enquête que j'ai menée, avec la méthodologie employée, ainsi que les résultats de l'enquête exploratoire, me permettant de modifier mon approche sur le terrain de recherche et aussi de nuancer mon hypothèse de recherche.

La quatrième partie rend compte des résultats de mon enquête définitive, au travers de l'analyse des entretiens effectués auprès des professionnels de santé.

Avant de conclure, j'ai décidé dans une dernière partie, de présenter mes perspectives professionnelles, en lien avec ce travail de recherche et ma future prise de fonction en tant que Cadre de Santé.

# 1. CONTEXTE

## 1.1 Le choix du thème

Infirmière puéricultrice en service de réanimation néonatale pendant 8 ans, la possibilité m'a été offerte d'occuper un poste de Faisant Fonction Cadre de Santé (FFCS) dans ce même service, il y a plus de deux ans. D'abord hésitante, sur le fait de devenir un supérieur hiérarchique de mes « *anciennes collègues* », j'ai finalement accepté cette proposition étant une opportunité dans mon parcours professionnel. Effectivement, j'avais à cœur mon métier d'infirmière puéricultrice auprès des enfants prématurés, et des nouveau-nés ayant des difficultés à la naissance, dans un souci d'accompagnement des familles et plus particulièrement des parents. Mais après une longue période dans ce secteur, je cherchais à donner un nouvel élan à ma carrière et cherchais déjà des pistes de faisant fonction, sur d'autres services voire d'autres hôpitaux.

Cette expérience d'encadrement dans un service que je connaissais a été très bénéfique. Effectivement, mon intégration a été facilitée par ma connaissance des lieux, du personnel et de l'organisation. Néanmoins certaines difficultés se sont rapidement fait ressentir, du fait de mon ancienneté : la légitimité dans ma nouvelle fonction d'encadrement d'une équipe dont je faisais partie en tant qu'IPDE, la recherche de reconnaissance par l'équipe, l'explication des choix de la direction à l'équipe, faire appliquer les décisions, etc. Au quotidien, j'ai réussi à surmonter ces obstacles en développant de nombreuses compétences comme le relationnel, la communication, la gestion d'équipe et de conflits, la conduite de projet, l'animation de réunions et de groupes de travail, le partenariat avec les pairs ; en particulier en adoptant une relation de confiance avec l'équipe médicale et paramédicale.

Après cette période de FFCS, de 2 ans, qui s'est révélée positive, et ayant réussi le concours d'entrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé, j'ai intégré l'Ecole Supérieure Montsouris (ESM) en septembre 2015. Très rapidement, j'ai dû réfléchir à un sujet qui me concernait plus particulièrement dans ma fonction : « ***la collaboration entre le Cadre de Santé et les infirmières référentes*** » m'a semblée être à propos.

Pour aborder ce thème, il est important que je revienne sur mon expérience professionnelle au sein du service de médecine néonatale dont je suis issue.

Ce secteur a une capacité d'accueil de 58 berceaux répartis sur 4 unités : la réanimation, les soins intensifs, la néonatalogie et l'unité kangourou accueillant respectivement 16, 12, 18 et 12 nouveau-nés ; et un effectif de 120 agents composé d'auxiliaires de puériculture, d'Infirmières et d'Infirmières puéricultrices.

En tant que FFCS, j'ai été plongée dans le métier de Cadre de Santé et les missions qui lui sont confiées grâce à l'accompagnement par mes pairs, en particulier ma collègue FFCS et le Cadre Supérieur. J'ai pu évaluer rapidement la charge de travail « portée » par le Cadre d'un service comme celui-ci. La spécificité du service m'a amenée à travailler immédiatement en collaboration avec 4 infirmières référentes. Leurs missions sont centrées sur :

- **la gestion du matériel** (respirateurs, pousse-seringues, incubateurs, etc.) : la relation avec les commerciaux, le service du biomédical, la mise en service dans les unités ; **et de la pharmacie** : commandes quotidiennes des médicaments, commandes hebdomadaires des dispositifs médicaux, commandes en urgence, gestion des produits stupéfiants, relation avec le service de pharmacie ;
- **la qualité et la gestion des risques** : le signalement et l'enregistrement des incidents, l'organisation de réunions régulières au cours desquelles l'évaluation, l'analyse puis l'exploitation des informations déclarées sont traitées ; le recueil et la déclaration des IPAQSS (Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins) et IPAQSS service ;
- **l'application du projet de service NIDCAP®**, un programme consistant à mettre en place des stratégies environnementales et comportementales afin de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né à terme ou prématuré : formation de l'ensemble de l'équipe, encadrement dans la pratique, mise en place de projets en lien avec le programme (réduction du bruit, réflexion sur les manipulations, participation des parents, etc) ;
- **la supervision de l'unité de néonatalogie** : suivi des déclarations PMI (Protection Maternelle et Infantile), du dépistage néonatal de la surdité, de la mise en place du projet de service autour de « l'alimentation à la demande », de la gestion administrative des entrées, transferts, mutations et sorties des enfants.

Cette délégation de missions fait suite à la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009, la mise en place des pôles dans les établissements de santé et l'évolution du métier des Cadres de Santé. Je développe d'ailleurs cette notion dans la partie suivante.

## **1.2 L'émergence et la représentation du sujet**

En effet, l'évolution de l'organisation des établissements de santé ces dernières années, due à la nouvelle gouvernance, a conduit à l'émergence des infirmières référentes. Elles permettent au Cadre de Santé de remplir ses nouvelles missions de manager, à travers la délégation de tâches. Les infirmières référentes sont dans la proximité avec le Cadre de Santé, mais aussi avec l'équipe soignante. Elles sont des relais de l'information, des pratiques, des protocoles, mais aussi par leurs compétences des personnes ressources pour l'équipe. Les référentes sont une aide précieuse pour le Cadre de Santé dans la réalisation de ses missions à court, moyen et long terme. Dans cette optique, le Cadre de Santé a une reconnaissance certaine pour les infirmières référentes : afin qu'elles continuent à développer leurs compétences dans leur spécialité, d'une part, et pour les gratifier du travail qu'elles accomplissent au quotidien, d'autre part. Dans cette configuration, nous pouvons nous poser la question suivante : « le partenariat Cadre de Santé et infirmières référentes est-il devenu indispensable dans les unités de soins ? ».

Le Cadre de Santé est à l'initiative des projets, des missions, des tâches qu'exécutent les infirmières référentes, mais il peut perdre le fil du déroulé des événements qui conduisent à leur finalité. Il peut avoir le sentiment de perdre une part de contrôle dans les décisions prises par les infirmières référentes, d'où le questionnement de l'identité professionnelle du Cadre de Santé à l'égard de l'équipe, lorsqu'il est moins dans la proximité soignante et plus dans la gestion administrative.

## **1.3 La projection dans ma future fonction de Cadre de Santé**

Pour avoir travaillé en tant que FFCS en étroite collaboration avec des infirmières référentes, ce sujet me tient à cœur et appelle les interrogations suivantes:

- Comment garder le contrôle sur le déroulé des missions effectuées par les IDE référentes?
- Comment les IDE référentes conduisent-elles les missions qui leurs sont confiées ?

- Comment le Cadre de Santé, à l'initiative d'un projet et garant de sa finalité, accompagne-t-il les IDE référentes dans la conduite de celui-ci ?
- Comment déléguer et accompagner ?
- Quel rôle ont les IDE référentes dans les unités techniques ?
- Quelle image l'équipe soignante se fait-elle des IDE référentes? Et du Cadre de Santé ?
- Quelle est la reconnaissance du Cadre de Santé pour le travail fait par les IDE référentes ?

Compte-tenu des nouvelles organisations mises en place dans les établissements de santé, ce travail de recherche a pour but de répondre à ce questionnement et tenter de comprendre si les infirmières expertes dans un domaine peuvent être des aides pour l'encadrement dans la gestion au quotidien d'un service de soins. C'est pourquoi je pose la question de départ suivante :

**Le Cadre de Santé et les infirmières référentes de soins, partenariat indispensable dans une unité de soins ?**

#### **1.4 La présentation des notions clés à aborder**

Mon cheminement et la question de départ, posée comme telle, me conduisent à étudier plusieurs notions clés dans un cadre théorique. En effet, il s'avère nécessaire de traiter le thème de l'hôpital, des réformes hospitalières et des nouvelles règles de gouvernance. Ensuite, il semble essentiel d'analyser les notions de Cadre de Santé et d'infirmières référentes. Enfin, il est indispensable de développer les concepts de délégation et d'identité professionnelle.

Mon questionnement me conduit à effectuer une recherche documentaire significative, en lien avec le thème, afin de construire le cadre conceptuel. L'exposé de chaque concept m'amène vers une hypothèse, pour aboutir finalement à une question de recherche précise. En me rendant au contact des professionnels, je peux confronter la théorie et le terrain, et tenter de répondre à mes interrogations.

## 2. CADRE CONCEPTUEL

### 2.1 L'hôpital

#### 2.1.1 La définition

D'après le dictionnaire Larousse<sup>1</sup>, Hôpital est un nom masculin provenant du latin *hospitalis domus* qui est la maison où l'on reçoit les hôtes et qui signifie « *Établissement public ou établissement privé ayant passé certaines conventions avec l'État et où peuvent être admis tous les malades pour y être traités* ».

#### 2.1.2 L'historique de l'hôpital et des réformes hospitalières

Dans l'Antiquité tout ce qui touche aux soins reste du domaine du privé. Il n'existe pas de lieux publics d'hospitalité ou dédiés aux soins médicaux pour les indigents, les invalides ou les vieillards.

**C'est avec le Christianisme qu'on voit apparaître les premiers établissements d'assistance publique. Le Code de Justinien établit en 529 que l'hôpital devient une institution avec une administration et des lois qui règlementent son fonctionnement.** Au Moyen Âge, en Europe, ces établissements se développent fortement et se trouvent sous la houlette de l'église, puisqu'ils sont dirigés par des membres du clergé.

**Au XI<sup>ème</sup> siècle, l'hôpital appartient au patrimoine ecclésiastique, ainsi, il est placé sous l'autorité de l'évêque et les ressources financières des hôpitaux proviennent uniquement de la charité individuelle. Les Hospices de Beaune en sont un exemple.**

*« Louis IX fonde le premier hôpital parisien : l'hospice des Quinze-Vingt. François I<sup>er</sup> créé le Grand Bureau des Pauvres, qui avait pour mission de coordonner l'activité des hôpitaux de royaume ; et confère aux officiers royaux l'administration hospitalière.*

*En 1551 : Henri II instaure une taxe communale, le droit des pauvres, pour rééquilibrer les comptes hospitaliers. [...] Les hôpitaux sont confisqués aux congrégations religieuses en 1790 et un décret du 23 messidor de l'an II (11 juillet 1794) nationalise les hôpitaux. La situation des hôpitaux étant devenue plus critique qu'auparavant, le Directoire remet aux*

---

<sup>1</sup> Larousse, version internet <http://www.larousse.fr>, consultée le 01 décembre 2015

*communes la gestion des hôpitaux en 1796. »<sup>2</sup>*

*« C'est la Révolution française qui consacre l'hôpital comme lieu de soin et transfère le pouvoir hospitalier du religieux au médecin. Parallèlement son financement évolue avec la création du prix de journée par le décret du 7 germinal an XIII (28 mars 1805), complété par l'instruction du 8 février 1823 qui imposait aux établissements de calculer un prix de journée. [...] Le projet de ces années révolutionnaires est d'édifier un nouveau système fondé sur l'assistance et non sur la charité, une assistance pensée, régulée, prise en charge et contrôlée par l'Etat. [...]*

*Après la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, le début du XX<sup>ème</sup> est marqué par l'émergence du financement assurantiel de l'hôpital. La loi du 5 avril 1928 crée les assurances sociales obligatoires pour tous les employés du commerce et de l'industrie percevant un petit salaire. Peu à peu, l'hôpital tire l'essentiel de ses ressources non plus de la commune, mais des fonds d'assurance sociale. [...]*

*La loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, complétée par le décret du 17 avril 1943, transforme profondément la conception de l'hôpital public, en l'ouvrant aux malades payants »<sup>3</sup>. **De plus, elle crée la fonction de directeur, et lui attribue le pouvoir exécutif, jusqu'alors réservé au président de la commission administrative de l'hôpital. Le décret d'application de 1943, organise l'hôpital en services de médecine et de chirurgie, constitués chacun de centaines de lits.** À partir de 1945, on voit apparaître la mise en place d'un système de sécurité sociale, stipulé dans l'ordonnance du 4 octobre 1945.*

*La « Réforme Debré » crée les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), suite à l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, lieux de recherche réunissant praticiens et universitaires. **L'hôpital, secteur économique en pleine croissance, devient alors un pôle d'excellence médicale.***

*« La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière consacre le statut d'Établissement public de santé (EPS) et introduit de nombreuses innovations en matière de planification sanitaire, management hospitalier, organisation hospitalière et coopération entre établissements, dans un double objectif de santé publique (qualité et*

---

<sup>2</sup> *Historique des réformes hospitalières en France*, Marie-Odile SAFON, p.1-3

<sup>3</sup> *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Éric MOLINIER, p.8-9

*accès aux soins) et de maîtrise des dépenses hospitalières* ». Elle énonce trois points importants qui sont : le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé, le droit du malade à l'information par l'intermédiaire du praticien qu'il désigne et enfin, l'évaluation par l'établissement de son activité afin d'améliorer la qualité des soins.

**Les mesures Juppé de 1996 s'appuient sur 3 ordonnances, dont l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée qui vise à réformer en profondeur le système d'hospitalisation. Cette dernière crée des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH), met en place une politique d'accréditation conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), et **développe la contractualisation avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre ARH et établissements.**

La Loi Kouchner, loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, renforce le droit à l'information et au consentement du malade, la participation de l'utilisateur du système de santé, et instaure un droit à indemnisation pour les victimes d'accidents médicaux.

**Très tôt, les établissements d'hospitalité sont organisés autour de réglementations et de lois. L'hôpital qui a une mission de charité à sa création évolue vers l'assistance et enfin vers la prise en soins des individus. En parallèle de l'évolution de son activité, son organisation est, elle aussi, en constante mutation. L'hôpital a subi des changements d'administration et de gestion, et il est aujourd'hui soumis à l'autorité publique et à l'application des réformes de lois en matière de santé.**

### **2.1.3 Les nouvelles gouvernances**

En 2005, il est fait état de la nouvelle gouvernance dans le cadre du « *Plan hôpital 2007* », qui s'appuie sur l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. **La mise en place de cette nouvelle organisation hospitalière s'opère grâce à la création des pôles d'activité cliniques et médico-techniques.** Elle recentre le conseil d'administration sur ses missions stratégiques

d'évaluation et de contrôle, et crée un conseil exécutif composé de médecins et d'administratifs.

Le rapport Larcher fait suite à la mission de mener une concertation sur les missions de l'hôpital, confiée à Gérard Larcher en octobre 2007 par le Président de la République. Dans le « *rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital* » remis en avril 2008 aux autorités compétentes, la commission propose 4 axes de travail décisifs :

1. Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge ;
2. Au niveau des territoires, organiser l'offre de soins hospitalière pour offrir la qualité de service au meilleur coût ;
3. Préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme ;
4. Développer l'enseignement et la recherche.

**Le projet de loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » (HPST) est présenté au Conseil des Ministres le 22 octobre 2008.** Ce projet est validé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. La loi vise à réorganiser et à moderniser l'ensemble du système de santé français. Elle comprend quatre titres consacrés respectivement à l'Hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de villes, aux mesures de santé publique et à la prévention, enfin à la création des Agences régionales de santé (ARS) chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention). **Les directeurs définissent l'organisation des établissements en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement.** Avec ces nouvelles dispositions, les pôles sont placés sous la responsabilité d'un praticien chef de pôle. On voit également apparaître dans de nombreux établissements les cadres de pôles, qui sont des cadres responsables de la planification, de l'organisation et de la coordination des activités d'un pôle, nommés pour 4 ans. **Enfin à travers la nouvelle gouvernance, on voit le Cadre de Santé prendre une part de plus en plus importante dans l'organisation des structures de soins, compte tenu des réformes, de la nouvelle culture des approches de la santé, la tarification de l'acte, etc.**

Le 4 mars 2013, Madame Marisol TOURAINE, Ministre en charge de la santé, reçoit les conclusions de la mission confiée en septembre 2012 à Monsieur Edouard COUTY, ancien

directeur des hôpitaux et conseiller à la Cour des comptes, sur le Pacte de confiance à l'hôpital. L'objectif était d'assurer la consultation de tous les acteurs dans le cadre d'un agenda social spécifique à l'hôpital. Trois groupes de travail ont participé à ces travaux : le 1<sup>er</sup> sur le service public hospitalier dans le système de santé, le 2<sup>ème</sup> sur le dialogue social à l'hôpital et les ressources humaines et le 3<sup>ème</sup> sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital.

Le rapport énonce 46 propositions destinées à rétablir le service public hospitalier. Ces propositions sont regroupées en 4 grands chapitres:

1. Le retour du service public hospitalier ;
2. La réforme du financement de l'hôpital ;
3. La restauration du dialogue social ;
4. La réforme de la gouvernance.

Enfin, présenté en Conseil des ministres le 15 octobre 2014 par Madame Marisol TOURAINE, Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, le texte définitif du projet de loi de modernisation du système de santé a été adopté par l'Assemblée Nationale le 17 décembre 2015. Il s'inscrit dans le prolongement de la stratégie nationale de santé lancée par le gouvernement en 2013 et s'articule autour de trois axes : la prévention, l'accès aux soins et l'innovation. Dans cette loi s'inscrit **la notion de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), qui promeut à court terme de voir les établissements de santé d'un même territoire définir une stratégie de prise en charge partagée autour d'un projet médical commun, gérer ensemble certaines fonctions transversales et se réunir autour d'activités communes.**

Au fil des décennies, l'État émet de multiples lois et décrets, portant réformes de l'hôpital et de son organisation, ce qui conduit vraisemblablement l'hôpital à évoluer dans son architecture, dans son mode de fonctionnement et dans ses organisations.

## 2.2 Le Cadre de Santé

### 2.2.1 La définition

Selon l'INSEE <sup>4</sup> « *Le Cadre De Santé désigne un salarié du secteur privé ou public, généralement un professionnel paramédical, chargé de missions d'encadrement d'autres professionnels de santé. ... Le Cadre de Santé se voit confier des fonctions d'organisation des activités de soins, de management des ressources humaines et de gestion économique, de formation et de recherche. Il exerce au sein d'une unité fonctionnelle de soins ou auprès d'un groupe de professionnels. Il a comme principale mission l'organisation et l'évaluation de la bonne dispensation des soins infirmiers, en lien avec des objectifs d'établissement ou un projet médical. Il collabore étroitement avec l'équipe dont il est responsable et dont il assure l'animation, sous l'autorité du Directeur de Soins.*

*En France, le diplôme d'État de cadre de santé sanctionne une formation d'encadrement hospitalier commune à différentes professions paramédicales. Le métier de Cadre de Santé est classé dans les professions intermédiaires, rubrique 431a selon les Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS). »*

« *Le rapport de la Mission Cadres Hospitaliers* » a été présenté par Chantal DE SINGLY, Directrice de l'Institut du Management, en septembre 2009. Elle a été missionnée par Roselyne BACHELOT, à l'époque Ministre de la santé et des sports, de travailler sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers. À l'issue de ce rapport final, il ressort une définition de la fonction d'encadrement comme « *l'ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer, puis contrôler le travail des personnels ainsi encadrés. [...] La forme la plus explicite et connue de ces activités est l'encadrement dit de proximité, qui consiste à encadrer des personnels au quotidien et de manière directe (ex : Cadre de Santé) ou plus indirecte (ex : Cadre Supérieur de Santé).* »<sup>5</sup>.

Dans ce même rapport, Madame DE SINGLY donne une définition fonctionnelle du cadre hospitalier dont quatre missions principales se dégagent :

---

<sup>4</sup> Professions et Catégories Socioprofessionnelles des Emplois Salariés (PCS-ES), Mise à jour le 20 février 2012, présentée par l'INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

<sup>5</sup> *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, Chantal DE SINGLY, p. 20

1. Le management d'équipes et d'organisations ;
2. La transversalité ou responsabilité de projet ;
3. L'expert ;
4. La formation.

Ces deux angles de vue convergent vers une définition commune des missions du Cadre de Santé, à savoir l'encadrement des personnels paramédicaux. Néanmoins l'évolution constante de l'hôpital impacte les missions du Cadre de Santé avec un éventail large et aux contours flous. **Ainsi, il semble pertinent de retracer l'historique de la profession, depuis son statut de surveillante religieuse pour évoluer vers celui de manager.**

### 2.2.2 L'évolution socio-historique

Au moyen-âge, les femmes exercent la médecine à partir de savoirs empiriques. Avec le développement des religions et plus particulièrement du Christianisme, l'Église interdit ces pratiques et prend le contrôle sur les soins en incitant les religieuses à se « *destiner au service des malades et des déshérités* »<sup>6</sup>. **Celles-ci étaient encadrées par la Mère Supérieure.**

*« Deux modèles d'encadrement prévalaient en France à l'époque. Un premier issu de la congrégation des filles de la charité fondée par Saint Vincent de Paul en 1617. [...] Ainsi, au XIX<sup>ème</sup> siècle, les filles de la charité (sœurs cheftaines) s'occupaient de la surveillance des infirmiers et infirmières, des cuisines, des celliers, des buanderies et lingerie des hôpitaux. Elles étaient placées sous l'autorité immédiate de la Supérieure dans chaque hôpital, et sous celle de leur Supérieure Générale et du Supérieur des Pères Lazaristes à Paris. [...] Un second modèle d'encadrement dominait dans les hôpitaux de Lyon où existait un trait d'union entre personnels hospitaliers religieux et professionnels. [...] Dans chaque hôpital un Administrateur-Directeur désignait des mères des novices choisies avec soin pour diriger les salles de malades »*<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> *Évolution socio-historique de la fonction cadre*, Marc CATANAS, p.1

<sup>7</sup> *Évolution socio-historique de la fonction cadre*, Marc CATANAS, p.1-2

À la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, avec la révolution pasteurienne et l'évolution des techniques médicales, apparaissent les auxiliaires médicales et les premières écoles d'IDE. La fonction d'encadrement est toujours dévolue au personnel religieux. « *L'apparition dans les hôpitaux de l'auxiliaire médicale sous l'impulsion du Dr BOURNEVILLE<sup>8</sup> va ouvrir le débat entre personnels laïcs et religieux. Ce médecin voulait chasser les religieuses des hôpitaux et former des infirmières professionnelles dévouées aux prérogatives médicales avec une hiérarchie propre* »<sup>9</sup>. Cette démarche ne fonctionne pas dans l'immédiat par manque d'instruction du personnel. De plus, **il existe une réelle problématique par le fait de vouloir mettre en place des surveillantes laïques embauchées dans les écoles d'infirmières et en même temps penser que cette fonction d'encadrement ne peut être en lien avec une fonction soignante.** « *On voit déjà émerger ici l'idée d'une dichotomie entre la fonction soignante et la fonction cadre. Cette dichotomie se retrouvera tout au long de l'histoire de la fonction de cadre et reste une problématique actuelle* »<sup>10</sup>.

Après la seconde Guerre Mondiale, avec les progrès de la médecine et le développement des soins techniques, on voit apparaître de nouveaux métiers en lien avec la santé. **La surveillante est alors présente pour gérer l'organisation des soins et contrôler le respect des règles.** On a alors à faire à un type de management directif, avec une conception taylorienne du travail, où l'organisation des soins est fondée sur des processus de production tels des vade-mecum et autres fiches de soins.

**C'est à partir de 1951, qu'apparaît la genèse d'école des Cadres Infirmiers, avec la création de programmes d'études permettant aux Infirmières de développer leurs compétences administratives et pédagogiques. En 1958, le Ministère de la Santé Publique et de la Population crée le « Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et monitrice ». Il faut attendre 1975 pour voir apparaître le mot « Cadre de Santé » au niveau législatif dans le décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier. Avec l'ouverture des écoles de Cadres depuis les années**

---

<sup>8</sup> Dr Désiré-Magloire BOURNEVILLE, 1840-1909, médecin neurologue, considéré comme l'un des tout premiers pédopsychiatres. Pendant sa carrière, il est élu député de la 1<sup>ère</sup> circonscription de Paris et a ce titre, il promeut plusieurs réformes dans le domaine de la santé.

<sup>9</sup> *Évolution socio-historique de la fonction cadre*, Marc CATANAS, p.2

<sup>10</sup> *Évolution socio-historique de la fonction cadre*, Marc CATANAS, p.2

1960, « *l'encadrement infirmier tourne son regard vers les entreprises, s'interroge sur les organisations et développe des partenariats avec des universités* »<sup>11</sup>.

C'est en 1995 qu'est officialisé le diplôme de Cadre de Santé grâce au décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de Cadre de Santé, dans lequel on introduit la mission managériale. Le diplôme est alors accordé à certaines catégories de professionnels paramédicaux ayant suivi une formation dans un Institut de Formation des Cadres de Santé agréé par le préfet de région, et ayant validé l'ensemble des modules prévus par le programme fixé dans l'arrêté du 18 août 1995, soit :

- Module 1 : L'initiation à la fonction de cadre ;
- Module 2 : La santé publique ;
- Module 3 : L'analyse des pratiques et initiation à la recherche ;
- **Module 4 : La fonction d'encadrement ;**
- Module 5 : La fonction de formation ;
- Module 6: L'approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels.

**En lien avec la gestion au quotidien d'une unité de soins, la fonction d'encadrement permet de « déterminer la place et le rôle du cadre dans l'institution sanitaire et intégrer les savoirs pour exercer cette fonction »<sup>12</sup> via des apports théoriques et des analyses de pratiques en lien avec les ressources humaines, le contrôle, la communication et l'information, l'organisation des soins et du matériel.**

Le grade de Cadre de Santé est créé par le décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des Cadres de Santé de la Fonction Publique Hospitalière. En 2004, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), au Ministère de la santé et de la protection sociale, a élaboré le répertoire des métiers. Il a depuis été modernisé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Le métier de Cadre de Santé porte la nomination d'« *encadrant d'unité de soins et*

---

<sup>11</sup> *Évolution socio-historique de la fonction cadre*, Marc CATANAS, p.3

<sup>12</sup> Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

*d'activités paramédicales* » (Annexe I). Dans cette fiche métier, les missions du Cadre de Santé sont définies comme :

- **Organiser l'activité de soins et des prestations associées ;**
- **Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-techniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations ;**
- Développer la culture du signalement et gérer les risques ;
- **Développer les compétences individuelles et collectives ;**
- Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle.

La dernière mission indiquée ici, permet de faire un lien avec la nouvelle gouvernance des établissements de santé établie depuis 2009 sur le territoire national. Le Cadre de Santé est effectivement en étroite collaboration avec le cadre de pôle, son supérieur hiérarchique direct, auquel il doit rendre compte régulièrement de l'organisation et de l'activité du service.

**Dans cette fiche métier, on trouve aussi les activités propres au Cadre de Santé, ainsi que les connaissances et les savoirs faire requis.** Au travers de l'énumération de ces missions, le rôle du Cadre de Santé, anciennement centré sur la gestion de l'équipe soignante et sur la garantie de la qualité et la sécurité des soins, évolue vers une orientation administrative en participant à la gestion économique du service au sein d'un pôle et d'un établissement.

Richard CAPMARTIN, directeur associé de RC Human Recruitment, cabinet de conseil et de recrutement des professionnels de santé, explique d'ailleurs en 2012, dans un article intitulé *Cadre de santé : une profession en plein essor* et écrit par Cyril JOANNES, Psychologue clinicien, que « *Budgets, résultats attendus, le Cadre de Santé doit aujourd'hui appréhender le soin en termes de produit en y associant une démarche qualité. Responsable de la gestion des ressources humaines mais aussi financières et logistiques, il doit se positionner en responsable d'entreprise et doit rendre des comptes en termes de résultats et coûts.* »<sup>13</sup>. **L'évolution socio-historique du Cadre de Santé, lui fait prendre une part de plus en plus importante dans l'organisation des structures de soins, compte tenu de l'observance de la nouvelle gouvernance dans les hôpitaux.**

---

<sup>13</sup> *Cadre de santé : une profession en plein essor*, Cyril JOANNES, p.3

### 2.2.3 Le rôle et le positionnement du Cadre de Santé

Grâce à la description de l'évolution du métier de Cadre de Santé dans le sous-chapitre précédent, faisons un parallèle entre ce métier et celui de manager.

Il paraît important de définir ce qu'on entend par le terme « *manager* » dans un premier temps et celui de « *manager en santé* » dans un second temps.

D'après le Larousse<sup>14</sup> : le manager est « *un spécialiste du management* », le management étant « *l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise* » et le verbe manager correspondant à l'action « *de faire du management, organiser, gérer quelque chose, diriger une affaire, un service, etc.* ». Un parallèle s'établit donc entre le cadre de santé et le manager, et il définit que le « *manager en santé* » n'est autre que l'individu qui gère un service et en organise l'activité.

Selon Henri FAYOL (1841-1925), promoteur en France de l'organisation scientifique du travail, considéré comme le père de l'école classique du management, le manager exécute cinq tâches : planifier, organiser, coordonner, commander et contrôler. Son travail est repris dans les années trente par la plupart des théoriciens, pour l'importance des ressources humaines. Il est l'auteur, entre autre de *Administration industrielle et générale*, publiée en 1916.

Dans son ouvrage, *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre*, Henry MINTZBERG démontre que dans la réalité, le manager est dans l'impossibilité d'exécuter ces 5 tâches. MINTZBERG, ingénieur, est professeur de management à l'université McGill de Montréal. Il compte parmi les experts des organisations les plus réputés dans le monde. Il est l'auteur de nombreux ouvrages de référence, dont *Structure et dynamique des organisations*, *Le pouvoir dans les organisations* et *Pouvoir et gouvernement d'entreprise*. Il mène une enquête auprès de managers et observe les tâches qu'ils exécutent quotidiennement. Il définit ainsi les 10 rôles du manager en les regroupant en 3 catégories :

1. **Les rôles impersonnels** : le symbole, en représentant l'entreprise à l'extérieur ; le leader, en guidant et motivant ses collaborateurs ; l'agent de liaison, en assurant le lien entre les collaborateurs ;

---

<sup>14</sup> Larousse, version internet <http://www.larousse.fr>, consultée le 08 décembre 2015

2. **Les rôles liés à l'information** : l'observateur actif, en observant et cherchant l'information sur ce qui se passe dans et autour de son organisation ; le diffuseur, en communiquant les informations dans son organisation ; le porte-parole, en communiquant à l'extérieur de l'entreprise ;
3. **Les rôles décisionnels** : l'entrepreneur, en proposant de nouveaux projets ; le régulateur, en décidant et gérant les dysfonctionnements ; le répartiteur de ressources, en allouant les moyens et les ressources ; le négociateur, en communiquant et discutant avec les clients pour arriver à des accords.

Le management est défini comme «*un ensemble de techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise, comme l'optimisation des ressources et des moyens pour obtenir un résultat* »<sup>15</sup>.

On distingue quatre types de management différents :

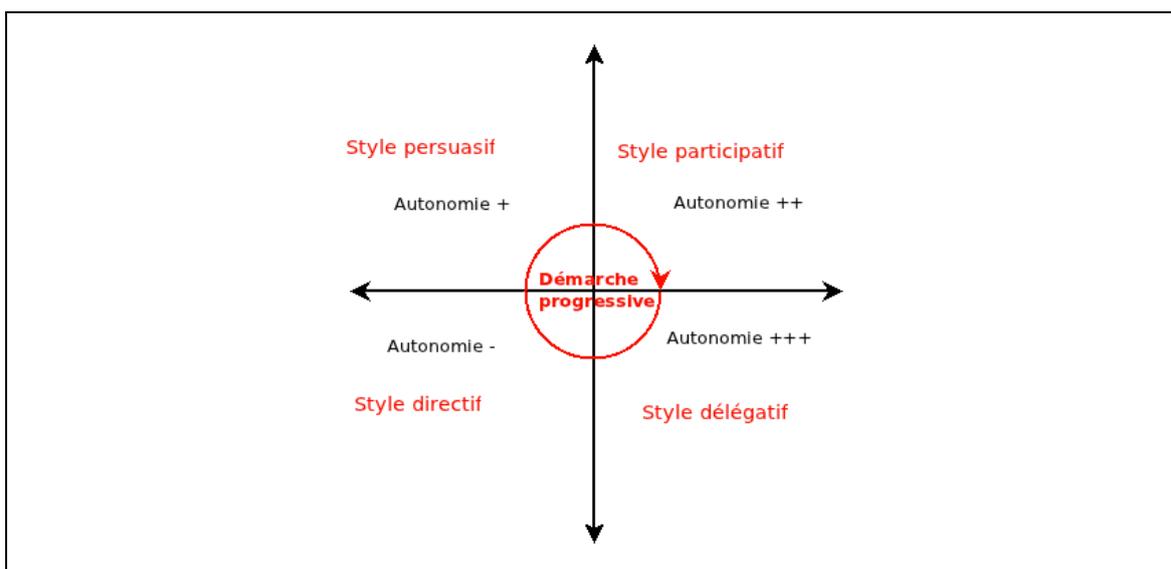
1. **Le management directif** : l'objectif étant que les collaborateurs soient efficaces en organisant et en structurant. Cela génère de la sécurité ;
2. **Le management persuasif** : l'objectif étant que les collaborateurs adhèrent en les accompagnant et en les associant. Cela génère de la confiance ;
3. **Le management participatif** : l'objectif étant que les collaborateurs soient parties prenantes en les mobilisant et en les impliquant. Cela génère de l'engagement ;
4. **Le management déléгатif** : l'objectif étant les collaborateurs se responsabilisent en les responsabilisant et en développant leurs compétences. Cela génère de l'autonomie.

Le schéma suivant montre comment ces différents styles de management fonctionnent et conduisent à une progression de l'individu encadré.

---

<sup>15</sup> *Les postures managériales*, Patrick FARNAULT, 7 décembre 2015

## Schéma n°1 : Organisation des 4 styles de management<sup>16</sup>



Après cette description des différents styles de management existants, il semble pertinent de communiquer sur le management le plus adéquat pour rendre les hôpitaux attractifs et « *fidélisateurs* ». Effectivement si de nombreux constats contemporains sont établis quant au malaise récurrent des ressources humaines hospitalières, particulièrement à l'endroit des médecins et des soignants, il existe une génération d'hôpitaux dits « *Magnet Hospital* » mis en évidence dans les années 80 par la recherche infirmière américaine. D'après l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), dans le rapport paru en avril 2012 et intitulé « *Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants* », **le management hospitalier indispensable au concept d'hôpital magnétique, serait un management à la confiance et une gestion dialoguée des ressources humaines.**

Après cette brève notification, un lien entre les rôles du manager, les modes de management et la fonction Cadre de Santé d'aujourd'hui est établi. Il paraît important de faire un parallèle avec l'évolution des organisations hospitalières énoncée précédemment. En effet, le contexte économique national et l'augmentation des dépenses de santé, en lien avec les modifications de la structure démographique française, ont conduit à de nombreuses modifications des 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*

<sup>16</sup> *Les postures managériales*, Patrick FARNAULT, 7 décembre 2015

*professionnels de santé d'intégrer une dimension économique à leur pratique et de participer à la gestion de l'hôpital »<sup>17</sup>. Dans cet article, publié en 2008, l'auteur fait un constat de l'évolution des missions du Cadre de Santé au travers de l'historique de l'hôpital et de la profession, et du contexte législatif de la nouvelle gouvernance. Elle explique que l'évolution du métier d'encadrement infirmier a été bousculée par la mise en place des réformes hospitalières successives, notamment la dernière réforme hospitalière intitulée « Hôpital 2007 » puis « Hôpital 2012 ». « Celle-ci a un impact sur les mentalités, les pratiques professionnelles hospitalières et le mode de management des équipes. De plus, au travers de la délégation de gestion, elle implique une modification des fonctions d'encadrement et un repositionnement du Cadre de Santé au sein de l'institution. [...] La dernière grande réforme Hôpital 2007 impose aux acteurs de santé de repenser l'organisation hospitalière. L'encadrement est tout particulièrement sollicité dans la mise en place des pôles »<sup>18</sup>.*

**Avec cette nouvelle organisation en pôles de spécialités, une certaine délégation de gestion est attribuée à l'encadrement, ce qui lui permet de fonctionner de manière un peu plus autonome et le responsabilise quant aux ressources allouées.** *« Le cadre de proximité, en plus de ses fonctions d'encadrement de terrain, se voit déléguer des fonctions inhérentes à celles de l'encadrement supérieur. La démarche de contrôle du cadre ne se fait plus a priori, mais a posteriori. Et s'il reste référent privilégié dans son secteur d'activité professionnelle (référénts soins), ses tâches se diversifient de plus en plus. Il agit maintenant, à son tour, par délégation et responsabilisation de son équipe. Sa position est maintenant celle d'un manager. »<sup>19</sup>*

La délégation qui se formalise de la direction vers les pôles d'activités et donc vers les Cadres de Santé, amène ce dernier à avoir une multiplicité de fonctions, tout autant dans la prise en charge du patient que dans l'enchevêtrement administratif, médical et technique. Les missions du Cadre de Santé sont devenues très importantes; il arbore dorénavant une position stratégique, en se trouvant au centre des équipes et de l'organisation des soins. Cette nouvelle donnée le conduit donc à avoir recours à la délégation vers les soignants.

---

<sup>17</sup> *Cadres de santé : une crise identitaire*, Marie-Claire CHAUVANCY, p.1

<sup>18</sup> *Cadres de santé : une crise identitaire*, Marie-Claire CHAUVANCY, p.2 et 4

<sup>19</sup> *Cadres de santé : une crise identitaire*, Marie-Claire CHAUVANCY, p.5

## 2.3 La délégation

### 2.3.1 La définition

La délégation vient du latin *délégatio*. **C'est une procuration, un mandat pour agir à la place de quelqu'un.** C'est un acte juridique avec une distinction entre la délégation de pouvoir ou de signature.

D'après le Larousse<sup>20</sup> la délégation est :

- « *L'action de déléguer quelqu'un, quelque chose. Exemples : la délégation d'un mandat électif, Délégation de pouvoirs ;*
- *Le groupe de personnes chargées de représenter une collectivité dans une circonstance donnée ;*
- *La décision par laquelle une autorité administrative charge une autre autorité d'exercer ses pouvoirs à sa place (délégation de compétence, de signature) ;*
- *L'opération par laquelle une personne (le délégant) ordonne à une autre (le délégué) de faire ou de s'engager à faire une prestation à une troisième (le délégataire). »*

Morgane LE GAL, formatrice à l'IFCS, définit la délégation comme « **un acte managérial par lequel une autorité (le manager) transfère une partie de ses pouvoirs (dans le sens missions, activité) à un collaborateur (subordonné, expert).** » dans son cours théorique sur « La responsabilité du Cadre de Santé ». « *Les obligations de résultats sont transférées, dans le cadre d'un rapport de confiance et de réciprocité. À ce titre, le délégataire (collaborateur) bénéficie de zones d'autonomie et de prises d'initiatives nécessaires à l'atteinte des objectifs définis* »<sup>21</sup>.

Dans son ouvrage *Le management et le pouvoir*, Pierre MORIN, ancien Directeur Général de l'Institut pour le Développement des Ressources Humaines (IDRH), société spécialisée en management et organisation, qualifie la délégation comme « *une méthode d'organisation qui consiste pour un responsable à confier à un collaborateur la réalisation d'objectifs élaborés en commun (démarche participative), en lui laissant une autonomie*

---

<sup>20</sup> Larousse, version internet <http://www.larousse.fr>, consultée le 03 décembre 2015

<sup>21</sup> *La responsabilité du Cadre de Santé*, Morgane LE GAL, p.26

*réelle (moyens, méthodes), et en lui précisant les limites (cadre défini) ; en l'aidant si besoin et en faisant le point régulièrement dans le cadre de procédures de contrôle claires et définies à l'avance soit en clarifiant le système de contrôle (au sens de conduire, piloter) ».*

Pour autant, il reste encore à éclaircir comment se formalise la délégation et sur qui porte la responsabilité de l'acte de déléguer.

### 2.3.2 La législation

Maître François-Xavier CHARVET, avocat à Paris, précise dans un article publié dans *L'Express - L'entreprise* en mai 2008, que « *L'encadrement juridique de la délégation de pouvoirs est essentiellement jurisprudentiel. Il n'existe aucun texte de loi définissant la nature de la délégation de pouvoirs, ses effets, ou ses conditions de validité... Cette notion, apparue il y a un siècle, a été précisée au fil du temps par des décisions de jurisprudence. La délégation de pouvoirs est le seul moyen qui permet à un chef d'entreprise de transférer sa responsabilité à un tiers* »<sup>22</sup>. De son côté, Lucile VERBRANCK, Cadre de Santé consultante, écrit, dans un article paru en 2004, « *Si l'on sait ce que peut déléguer un infirmier, et dans quelles conditions, il est plus aléatoire pour un cadre de santé de mettre un nom sur cette délégation* »<sup>23</sup>.

Si on part du constat que peu de textes de lois font référence à la délégation et encore moins à celle du Cadre de Santé, il paraît quand même important de ne pas oublier **qu'elle doit rester encadrée et que le Cadre de Santé est responsable du processus de délégation**. En s'appuyant sur ces précisions, il faut essayer de définir comment se situe la responsabilité du Cadre de Santé lors de la délégation vers ses collaborateurs.

La responsabilité étant l'obligation ou la nécessité morale, intellectuelle, de réparer une faute, de remplir un devoir, un engagement, il existe trois champs de responsabilité différents :

#### 1. Le champ éthique qui renvoie à la responsabilité morale ;

---

<sup>22</sup> *Déléguer ses pouvoirs, mode d'emploi*, François-Xavier CHARVET

<sup>23</sup> *Le cadre de santé et la délégation*, Lucille VERBRANCK

2. **Le champ juridique qui correspond à l'obligation de répondre de son comportement** devant la justice et d'en assumer les conséquences civiles, administratives, pénales et disciplinaires soit envers la justice, soit envers la société. Il est découpé en trois axes différents : la responsabilité civile, la responsabilité pénale et la responsabilité administrative ;
3. **Le champ ordinal qui renvoie à la responsabilité disciplinaire** et qui a pour objet de sanctionner l'auteur d'un manquement aux obligations professionnelles ou déontologiques.

Les fondements des responsabilités professionnels spécifiques du Cadre de Santé s'appuient sur l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de Cadre de Santé, sur le décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des Cadres de Santé de la Fonction Publique Hospitalière et sur l'article L.6146 du Code de Santé Publique qui indique que **le Cadre de Santé assiste le Chef de service pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de ses compétences**. En s'appuyant plus particulièrement sur cette dernière remarque, il est établi que le Chef de service délègue des missions au Cadre de Santé, dans son champ de compétences ; donc de fait cela laisse supposer que le Cadre de Santé est à son tour amené à déléguer des missions de son propre champ de compétence vers ses collaborateurs.

### 2.3.3 La sociologie

Comme le montre le chapitre précédent, les fonctions du Cadre de Santé évoluent et s'appuient sur la délégation et la responsabilisation de son équipe.

**La délégation est désormais incontournable au sein des organisations dans les établissements de santé**, perçue comme un véritable outil de management. Effectivement **le Cadre de Santé qui voit ses missions se multiplier doit trouver des stratégies afin de pouvoir accomplir chacune d'entre elles**, généralement dans un délai contraint. « *Chargé d'évaluer et de rendre compte régulièrement à la direction sur le suivi d'une activité spécifique, le cadre de pôle recherche un collaborateur compétent dans le domaine concerné pour assurer cette mission* »<sup>24</sup>. Dans la revue Soins cadres, un collectif de Cadres

---

<sup>24</sup> *Cadre de santé et délégation, un enjeu managérial*, Martine RENARD, Dominique HERVOUET et Francis PROUTEAU, p.S13

supérieurs et Cadres de Santé a rédigé un article intitulé « *Cadre de santé et délégation, un enjeu managérial* » qui traite de la délégation des Cadres de Santé comme méthode de management. Ils décrivent deux modes de délégation du Cadre Supérieur vers le Cadre de proximité, qui se situe pour la première à un niveau opérationnel avec la délégation de tâches, et pour la deuxième à un niveau stratégique avec la délégation d'une mission spécifique. Le Cadre de Santé dans la délégation de deuxième niveau dispose d'une certaine autonomie dans son action en « *termes d'analyse et de prise de décision. Dans ce contexte, la délégation devient un outil managérial, le délégant reconnaît et valorise des compétences du délégataire en lui donnant le droit de prendre des initiatives* »<sup>25</sup>.

De la même manière, **le Cadre de proximité peut devenir à son tour le délégant et l'équipe soignante le délégataire**. Il définit des personnes référentes. « *Ce qui est délégué ne sont pas des tâches mais bien des missions pour lesquelles les cadres fixent les objectifs, les limites et les moyens mis à disposition. La délégation pour être efficace nécessite de définir le cadre précis dans lequel elle se déroule. Toutes les informations indispensables au bon déroulement de la mission sont données. Les ressources sont précisées ainsi que la marge de manœuvre. Le point est fait de manière régulière avec le soignant pour évaluer l'avancée de la mission confiée* »<sup>26</sup>.

La délégation pour être efficace doit s'appuyer sur deux notions importantes que sont la connaissance et la confiance. **Le Cadre de Santé choisit le délégataire selon deux critères, soit en fonction des compétences acquises et de l'expérience, soit en fonction du degré de confiance qu'il a en son agent**. Dans leur ouvrage, *Le manager : entre confiance et défiance. Comment réconcilier les paradoxes ?*, Alain FRONTÉAU, Professeur à l'ISTEC de Paris, école supérieure de commerce et de marketing, directeur du développement et auteurs de nombreux ouvrages sur le management, et Dominique BARUEL BENCHERQUI, professeur et chercheur en gestion des ressources humaines à l'ISTEC de Paris, décrivent la confiance comme un réel capital pour le manager. Ils expliquent qu'à travers trois éléments nécessaires à la relation de confiance, que sont : avoir confiance en soi, faire confiance à l'autre et faire confiance aux structures, **le**

---

<sup>25</sup> *Cadre de santé et délégation, un enjeu managérial*, Martine RENARD, Dominique HERVOUET et Francis PROUTEAU, p.S13

<sup>26</sup> *Cadre de santé et délégation, un enjeu managérial*, Martine RENARD, Dominique HERVOUET et Francis PROUTEAU, p.S14

**manager peut conduire son équipe vers la performance en alimentant les motivations personnelles des individus.** « *La confiance se traduit par la capacité à travailler avec les autres, à optimiser leurs performances, savoir écouter, reconnaître les capacités de son entourage, être un bon communicant* »<sup>27</sup>. Le rôle du manager est ainsi de mettre en confiance l'équipe, via l'autonomie et la responsabilité qu'il leur laisse dans l'exécution des missions déléguées, mais aussi dans une recherche de talents afin d'aller vers la promotion professionnelle.

**Une fiche de poste peut être rédigée pour définir les différentes missions que le délégataire a à accomplir, avec les différents moyens qui lui sont alloués et le cas échéant le délai imparti pour atteindre le ou les objectifs.** « *La fonction contrôle fait partie intégrante du rôle du cadre : déléguer, c'est rester responsable. Le suivi permet d'être informé sur l'avancement de la mission, mesurer les écarts, remettre le délégataire sur la bonne voie ou prodiguer des encouragements vers la suite du projet* »<sup>28</sup>.

La délégation est une forme de décentralisation d'un pouvoir hiérarchique qui peut s'avérer efficace, donner de bons résultats et renforcer la cohésion des membres d'une équipe. « *Cette délégation répond au principe de subsidiarité qui consiste à laisser les initiatives et les décisions à ceux qui sont le plus proche des lieux où ces dernières sont à mettre en œuvre. Le principe de subsidiarité conduit à ne pas réaliser à un échelon plus élevé ce qui peut être effectué avec la même efficacité à un échelon plus bas. Le niveau supérieur n'intervient que si le problème excède les capacités du niveau inférieur (principe de suppléance)* »<sup>29</sup>. La délégation doit s'effectuer de manière intelligente et valorisante, le délégataire ne doit se sentir abandonné à aucun moment pendant la mission qui lui est confiée. En effet à travers la délégation, le Cadre de Santé s'engage à la formalisation de celle-ci mais aussi à sa supervision. Quant à lui, le délégataire s'engage à atteindre les objectifs fixés en mettant tout en œuvre pour y aboutir, à en référer au délégant s'il éprouve des difficultés à y parvenir et à rendre compte des résultats obtenus.

---

<sup>27</sup> *Le manager : entre confiance et défiance. Comment réconcilier les paradoxes*, Alain FRONTEAU et Dominique BARUEL BENCHERQUI, p.29

<sup>28</sup> *Le cadre de santé et la délégation*, Lucille VERBRANCK

<sup>29</sup> *Le planning révélateur du fonctionnement de l'équipe*, Francis PROUTEAU

« Cette collaboration dans une démarche de délégation se révèle un réel outil de management où les protagonistes, délégant et délégataire, sont gagnants »<sup>30</sup>. Cet outil managérial devient une possibilité pour le Cadre de Santé de se consacrer à des tâches ou des projets qu'il avait délaissés par manque de temps. Même si cette démarche paraît anodine, elle est compliquée pour le délégant qui a le sentiment que quelqu'un (que pourtant il a choisi) peut faire mieux que lui et parfois plus rapidement. « Conserver la totalité des actions à mener à bien, c'est monopoliser le pouvoir, conserver la main mise sur l'équipe, occulter le vrai rôle du manager. [...] À l'heure où nous cherchons à explorer les théories de la motivation, à obtenir la satisfaction des personnels placés sous notre responsabilité, la délégation peut être un des outils permettant de conserver le lien »<sup>31</sup>. Cela nécessite de la part du Cadre une certaine acceptation, qui peut s'effectuer à travers le fait de voir cela comme une reconnaissance et une valorisation des compétences du collaborateur. En effet à travers la délégation, on peut voir le délégataire tirer un certain bénéfice à travers le développement de ses compétences et donc une véritable plus-value pour le délégataire. « Dans la délégation, il s'agit pour bien faire que le délégataire trouve son autonomie pour qu'il puisse, avec l'aide et le soutien du délégant, acquérir l'usage de nouvelles « capacités » et développer de nouvelles compétences »<sup>32</sup>.

En conclusion de cet article, les auteurs expriment l'idée que **le concept de délégation peut être un outil performant et utile en management**, mais qu'aujourd'hui il fait encore face à des résistances multiples, sans doute liées à la peur des managers de perdre le pouvoir ou encore de se retrouver face à un délégataire qui ferait mieux ou différemment et qui prendrait une place particulière au sein de l'équipe. Ils mettent en avant que pour avoir une délégation performante et sans heurt, **il convient de l'accompagner d'une communication adaptée auprès de l'équipe et d'en faire un sujet d'échanges individuel ou collectif**.

Voyons de manière plus explicite, grâce au schéma présenté ci-dessous, comment la délégation peut être mise en place : avec les missions qui peuvent être déléguées du Cadre

---

<sup>30</sup> *Le cadre de santé et la délégation*, Lucille VERBRANCK

<sup>31</sup> *Le cadre de santé et la délégation*, Lucille VERBRANCK

<sup>32</sup> *Cadre de santé et délégation, un enjeu managérial*, Martine RENARD, Dominique HERVOUET et Francis PROUTEAU, p.S15

Supérieur de Santé vers le Cadre de Santé, mais aussi à quelles conditions et comment contrôler son bon déroulé.

Schéma n°2 : Exemple de délégation au niveau d'un pôle<sup>33</sup>

Missions des cadres supérieures de pôle	Missions déléguées aux cadres d'unité	Conditions nécessaires à la délégation	Modalités de contrôle
Gestion des moyens et des ressources : techniques, financières, humaines et informationnelles.	Gestion des réparations et maintenance des locaux). Gestion des plannings, analyse de la charge de travail). Animation d'équipe (Réunion d'équipe). Gestion du matériel (commande matériel, matériovigilance, gestion des stocks et des flux). Recrutement (présélection des candidats). Interface avec prestataires logistiques. Participation à la cartographie des risques professionnels.	Formalisation du contrat de délégation. Maîtrise des outils. Existence de fiches de poste. Connaissances du droit du travail, de l'organisation du service, des procédures de commande de matériel).	Par les tableaux de bord, le rapport d'activité, les CR de réunions et les plannings. Recrutement définitif par cadre de pôle.
Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting (Rapport d'activité du pôle, modalités de suivi de l'activité et des moyens, etc.)	Gestion des lits. Tableau de bord (Saisie et suivi de l'activité, suivi du PMSI). Planning des activités. Bilan et rapport d'activité par service. Gestion et suivi des remplacements.	Accès aux données PMSI et T2A. Maîtrise des logiciels informatiques. Capacités en négociation. Définition des indicateurs en collaboration avec le CSS. Attribution d'un budget pour remplacements. Définition des objectifs de l'unité	En réunion de pôle. Par le bilan d'activité, les tableau de bord et le suivi des coûts.
Encadrement d'équipes, gestion et développement des personnels (Evaluation du personnel, suivi des projets professionnels, GPEC, etc.)	Evaluation du personnel (Entretiens annuels, identification et recueil des besoins en formation et suivi des projets professionnels). Gestion de conflits.	Connaissances des procédures d'évaluation des personnels. Existence de fiches de poste et de grille d'évaluation.)	Cohérence entre plan de formation et objectifs du pôle. Bilan avec le cadre sur les entretiens et besoins en formations. Analyse de l'absentéisme. Par GPEC.

Après avoir précisé le concept de délégation, son sens, son mode de fonctionnement et ses différentes formes, il est temps maintenant inéluctable de présenter les IDE référentes.

## 2.4 Les infirmières référentes

### 2.4.1 La définition

Dans son article sur la transversalité dans les soins, Emmanuel BELLANGER-ROUSSEAU, Cadre de Santé paramédical, donne une origine du mot « Référent » pertinente et fait le rapprochement avec tous les mots qu'on peut y associer, ce qui donne encore plus de sens. « Le mot Référent vient du latin "referendum" et "referre" signifiant littéralement « rapporter ». Le latin ferre veut dire porter, supporter. Le préfixe "re" dans le mot référent indique un retour à quelque chose, le mouvement en arrière. L'étymologie du mot

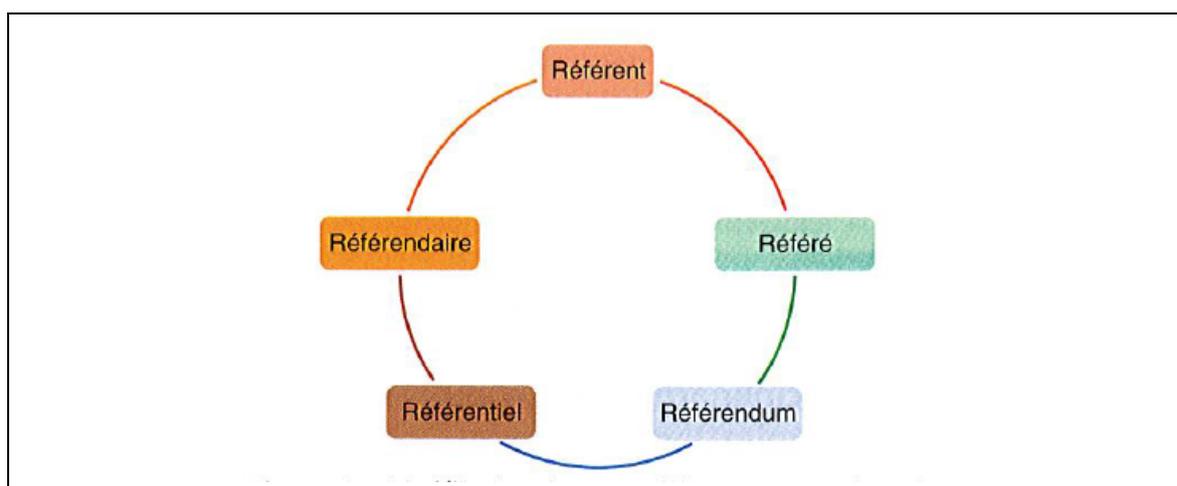
<sup>33</sup> La responsabilité du Cadre de Santé, Morgane LE GAL, p.32

*fait réfléchir sur ce sens de porter. Il y a l'idée d'accompagner, d'apporter de l'aide à quelqu'un pour l'emmener vers un but, un objectif. La notion de rapporter interpelle plus. Elle peut être comprise dans le sens de centraliser les informations pour les diffuser. La racine de référent est retrouvée dans les mots suivants:*

- *Un référé : la conséquence d'un acte, à un point de départ qu'il faut évaluer ;*
- *Un référentiel : un ensemble d'éléments formant un système de référence ;*
- *Un référendum : la consultation de membres d'un groupement, d'une collectivité*
- *Un référendaire (referandare, base latine referendarius) : « celui qui est chargé de ce qui doit être rapporté »<sup>34</sup>.*

L'auteur met en relation tous ces mots et leur complémentarité dans le schéma suivant.

Schéma n°3 : Modélisation du mot « référent » par son étymologie<sup>35</sup>



**Les connaissances et les compétences sont un point d'ancrage à la notion de référence.**

*« Selon LE BOTERF<sup>36</sup>, la compétence est un ensemble combinatoire de savoir, savoir-faire et savoir-être dans un contexte donné [...] Cette approche est particulièrement intéressante car la notion de référence s'appuie sur les connaissances et l'expérience, pour apprendre d'un contexte donné »<sup>37</sup>. On constate, que cette notion de référence se*

<sup>34</sup> *Transversalité dans les soins infirmiers, l'infirmier référent, Emmanuel Bellanger-Rousseau, p.2 et 3*

<sup>35</sup> *Transversalité dans les soins infirmiers, l'infirmier référent, Emmanuel Bellanger-Rousseau, p.3*

<sup>36</sup> Guy LE BOTERF, est docteur d'État en sciences humaines et docteur en sociologie. Ses travaux sur la compétence collective et le travail en réseau font autorité en France et à l'étranger dans de multiples secteurs de la vie économique et sociale.

<sup>37</sup> *Transversalité dans les soins infirmiers, l'infirmier référent, Emmanuel BELLANGER-ROUSSEAU, p.3*

rapproche de celle d'expert. **Le référent et l'expert se rejoignent par le fait qu'ils font appel à un niveau de connaissances élevé sur un domaine donné**, à une faculté effective d'analyse de situations et ensuite à rentrer dans un processus de travail en vue d'améliorer les pratiques. Le référent est un individu à qui l'on se remet pour obtenir des conseils ou des informations, en rapport avec son expertise. *« Il permet de coordonner et de rapporter des informations de son domaine de référence. Il coopère avec autrui. De par sa fonction, il a des missions qui lui incombent, mais également des connaissances et des compétences que les autres n'ont pas, pouvant lui donner autorité dans une équipe »*<sup>38</sup>.

On peut maintenant faire le rapprochement entre les experts et les référents présents dans divers services de santé au sein des établissements de santé. Patricia BENNER, théoricienne reconnue et professeur universitaire spécialisée dans les soins infirmiers, explique dans son ouvrage *De novice à expert – Excellence en soins infirmiers*, qui retrace les étapes de la carrière d'infirmière, que la compétence professionnelle est évolutive et qu'elle se développe à travers cinq stades qui sont :

1. **La novice** : niveau de l'étudiante qui est encore en apprentissage ;
2. **La débutante** : qui a peu ou pas assez d'années d'expérience ;
3. **L'infirmière compétente** : qui présente deux à trois ans d'expérience ;
4. **La soignante performante** : qui est capable de modifier le cours habituel de son action pour faire face à des situations imprévisibles ;
5. **L'experte** : qui possède environ cinq ans d'expérience dans les milieux du soin. **À ce stade, l'infirmière procède d'une manière moins analytique, plus synthétique et surtout plus intuitive.**

Effectivement au travers de leurs connaissances particulières et leurs expériences en lien avec un sujet de prédilection, **il est de plus en plus confié à des IDE, qui se démarquent par leurs compétences sur ce sujet, des missions transversales en rapport avec ce dernier**. Ces IDE référentes peuvent être partiellement ou totalement détachées des soins, pour mener à bien les tâches qu'elles se voient confiées. Il paraît nécessaire de développer en quoi consiste la transversalité de manière générale et ensuite de la détailler dans un service de soins.

---

<sup>38</sup> *Transversalité dans les soins infirmiers, l'infirmier référent*, Emmanuel BELLANGER-ROUSSEAU, p.3

#### 2.4.2 La transversalité

Le mot transversalité vient du mot transversal qui signifie : « *Qui est disposé en travers de quelque chose, perpendiculairement à sa largeur ou à sa hauteur. Qui recoupe plusieurs disciplines ou secteurs* »<sup>39</sup>. Cette définition fait apparaître que la transversalité se rapporte à quelque chose qui se retrouve dans plusieurs domaines en faisant un lien entre eux.

Au travers de différentes lectures, on s'aperçoit que **la transversalité peut être employée dans le domaine du management. C'est un mode de management organisationnel récent, qui a pour but d'améliorer la performance.** Cette approche est faite en parallèle de la démarche qualité et souvent avec une ouverture sur les services voisins. On parle effectivement de transversalité en « *interne* » sur un service donné, mais aussi en « *externe* » sur tout un établissement avec la communication de service en service. « *La transversalité permet un approfondissement collectif des trajectoires individuelles. Ainsi, le rapprochement est possible avec une équipe, qui est un groupe à l'intérieur d'une organisation, donc une forme de vie sociale* »<sup>40</sup>.

Philippe COLOMBAT, professeur en hématologie au CHU de Tours, explique dans son ouvrage *Qualité de vie au travail et management participatif* que la transversalité, par une approche psychologique permet de changer les organisations et les rôles des professionnels. Les individus qui s'investissent dans cette démarche engagent leur responsabilité et aussi une certaine autonomie.

Pour mettre cette transversalité en parallèle avec les nouvelles organisations qui se mettent en place dans les services de soins, je peux évoquer ici l'étude menée auprès de professionnels par des Cadres de Santé et rapportée dans l'article d'Emmanuel BELLANGER-ROUSSEAU. L'analyse fait ressortir que **le cadre de santé en unité de soins a un rôle primordial dans l'organisation du travail avec les IDE référentes et l'équipe soignante.** « *En effet, sa collaboration avec les IDE référentes permet de faciliter la transmission des informations à l'ensemble de l'équipe soignante, mais également de fédérer l'équipe autour d'évolutions de pratiques professionnelles. Le rôle du cadre de santé consisterait à mettre en lien les acteurs en s'adaptant à chaque situation, pour*

---

<sup>39</sup> Larousse, version internet <http://www.larousse.fr>, consultée le 08 décembre 2015

<sup>40</sup> *Transversalité dans les soins infirmiers, l'infirmier référent*, Emmanuel BELLANGER-ROUSSEAU, p.4

*faciliter le travail en équipe et ainsi la transversalité des actions menées* »<sup>41</sup>. L'analyse des réponses obtenues fait effectivement état que **les IDE référentes ont une mission de coordination et de lien entre les différents professionnels**, et que ceci est généralement rendu possible grâce au travail en équipe et à une organisation mise en place en amont par la hiérarchie. **Les IDE référentes, nommées en fonction de leur expertise, remplissent donc des missions avec une certaine autonomie et la réussite des objectifs est fonction de l'accompagnement mis en place par le cadre de santé, qui leur délègue les tâches.**

Ces organisations sont mises en place dans les unités de soins par le cadre de santé et pour être performantes, elles doivent être accompagnées. Dans un dernier chapitre, il faut maintenant expliquer de façon plus précise, le rôle que les IDE référentes ont auprès des équipes du service et de l'établissement, et les missions qu'elles peuvent se voir confier avec un objectif de développement des compétences et de valorisation de l'individu.

### 2.4.3 Le rôle et les missions

L'IDE référente au sein de l'unité de soins, en fonction de son expertise se voit souvent confier des missions telles que :

- La gestion du matériel et de la pharmacie, à travers les commandes, la communication avec les services concernés (pharmacie, biomédical...), le relais d'informations auprès des équipes sur les nouveaux protocoles, les nouveaux dispositifs ;
- La référence sur les éducations thérapeutiques ou des spécialités particulières (oncologie, accompagnement de fin de vie, qualité et gestion des risques...) ;
- La prise en charge de la douleur ;
- La mise en place d'un projet de service qui doit être accompagné au quotidien avec des changements de pratiques ;
- La référence d'une unité dans un service qui en comporte plusieurs.

---

<sup>41</sup> *Transversalité dans les soins infirmiers, l'infirmier référent*, Emmanuel BELLANGER-ROUSSEAU, p.5

Au travers de ces quelques missions, nous pouvons établir que les IDE référentes ont un rôle primordial dans :

- Le relais des informations à l'équipe soignante, à l'équipe pluridisciplinaire, à la hiérarchie, dans l'établissement et avec l'extérieur ;
- Les analyses de pratiques professionnelles ;
- L'accompagnement dans les changements de pratiques ;
- La participation à des groupes de réflexion et de travail ;
- La rédaction de protocoles et de procédures.

L'exposé, fait précédemment, met en évidence que **les missions confiées aux IDE référentes découlent d'une délégation de la hiérarchie vers des IDE expertes, dans un domaine donné, et dans un but de développement et de valorisation des compétences.** Il met aussi en avant **qu'une étroite collaboration entre le Cadre de Santé et les IDE référentes est plus que nécessaire afin d'atteindre les objectifs fixés.**

Il paraît maintenant nécessaire de déterminer comment le Cadre de Santé se construit au travers de la relation avec ses collaborateurs et avec les fonctions dont il dispose.

## 2.5 L'identité professionnelle

### 2.5.1 La définition

Dans un premier temps nous allons définir ce qu'est l'identité professionnelle en décomposant ce « *terme* ».

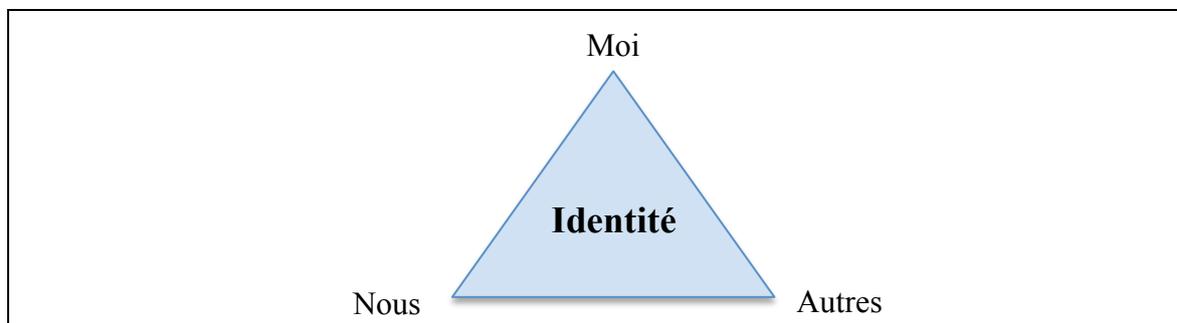
D'après le Larousse<sup>42</sup> le nom identité est le « *caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité* » cela signifie que l'identité est ce par quoi un groupe ou un individu peut être différencié d'un autre. Selon Claude DUBAR, professeur émérite de sociologie à l'université de Versailles Saint Quentin en Yvelines et dont de nombreux travaux ont porté sur la sociologie des relations entre éducation et travail et surtout la sociologie des identités professionnelles, **l'identité**

---

<sup>42</sup> Larousse, version internet <http://www.larousse.fr>, consultée le 15 février 2016

**se construit autour de trois dimensions : le moi, le nous et les autres<sup>43</sup>, selon le schéma suivant.**

Schéma n°4 : Les dimensions de la construction identitaire



L'identité est à la fois propre à soi et propre à autrui : l'identité pour soi renvoie à l'image que l'individu se construit lui-même et l'identité pour autrui est l'image que l'individu désire renvoyer aux autres. **L'identité de chacun se construit aussi à travers l'image que les autres lui renvoient.** La construction de l'identité s'opère donc par l'intermédiaire de l'association de ces trois paramètres. On verra par la suite que cette dernière est rendue possible grâce à un processus de construction.

L'adjectif professionnel signifie « *Qui appartient à une profession, qui est relatif à l'exercice d'un métier, d'une profession* »<sup>44</sup> ; de manière simple l'identité professionnelle correspond au caractère propre d'une profession définie. D'ailleurs Christiane GOHIER, professeur associé à l'Université au Québec dans le domaine, entre autres, de l'identité professionnelle de l'enseignant, co-auteur avec Christian ALIN, explique dans son ouvrage *Enseignant-Formateur : la construction de l'identité professionnelle* que « *L'identité professionnelle est donc avant tout une composante de l'identité globale de la personne, et elle se développerait sur la base de l'identité personnelle par l'inscription dans des formes de vie sociale.* »<sup>45</sup> D'après l'auteur, cette notion renvoie à trois éléments principaux qui sont : le monde vécu du travail, les relations de travail et les trajectoires professionnelles et la perception de l'avenir.

<sup>43</sup> *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Claude DUBAR

<sup>44</sup> *Larousse*, version internet <http://www.larousse.fr>, consultée le 15 février 2016

<sup>45</sup> *Enseignant-Formateur : la construction de l'identité professionnelle*, Christiane GOHIER et Christian ALIN

Renaud SAINSAULIEU, Docteur d'État en lettres et sciences humaines, qui a consacré une quarantaine d'années à des travaux de recherches et d'enquêtes sociologiques sur la question du travail, de la culture et de l'entreprise, définit lui **l'identité professionnelle** comme la « *façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes* »<sup>46</sup>. Claude DUBAR approuve cette définition et reconnaît que l'identité professionnelle est le résultat de relations de pouvoir et d'appartenance à des groupes. Il met en avant le fait que **la construction identitaire dépend de la reconnaissance que l'individu reçoit de ses savoirs, de ses compétences et de son image**. Comme définie précédemment, l'identité professionnelle renvoie à la notion d'identité de métier. Cette identité correspondant pour l'individu au besoin de se sentir intégré socialement en vue de parvenir à une certaine estime de soi. Dans ce cas, **l'identité professionnelle correspondrait au sentiment d'appartenance à une profession se caractérisant par l'usage de pratiques, de vocabulaire ou de gestes communs**.

L'identité professionnelle apparaissant comme le résultat d'un processus d'identification à des collectifs, qui sont influencés ou non par des groupes de professionnels, je suis en capacité de présenter comment s'élabore ce processus de construction identitaire.

### 2.5.2 La construction de l'identité professionnelle du Cadre de Santé

Dans un article écrit en 2010, qui traite de la construction identitaire de l'individu sur un terrain professionnel soumis à de fortes pressions éthiques, financières et d'image, les auteurs, Anne-Marie FRAY et Sterenn PICOULEAU, respectivement ancienne Professeur en management des ressources humaines à l'université, actuellement Directrice de Recherche et de la faculté de Tours, et Professeur à l'École Supérieure de Commerce et de Management de Tours, signifient que « *L'identité par le métier est liée aux caractéristiques de la profession exercée car chaque profession a une définition objective et commune à tous les membres de la société. [...] C'est l'utilisation de ses savoirs, de son style personnel, de ses logiques d'action, de ses stratégies et de ses compétences dans son activité qui constitue son identité professionnelle. [...] L'individu construit donc son identité professionnelle tout au long de son apprentissage du métier et de son*

---

<sup>46</sup> *L'identité au travail*, Renaud SAINSAULIEU

*perfectionnement* »<sup>47</sup>. Les auteurs mettent en avant que **l'individu construit aussi cette identité professionnelle en fonction de l'appartenance à un groupe** ; ce dernier représenté par une équipe, des individus du même grade ou encore des personnes attachées à une cause commune. On comprend d'ailleurs que même si le processus de construction est à la base individuel par les choix que chacun fait personnellement : éducation, formation initiale ; cela ne suffit pas. Effectivement, **il est aussi intimement lié à l'apprentissage et à l'application des pratiques, rendus possible par le rapport aux autres, à l'entreprise et au métier.**

La construction identitaire n'est pas un processus stable, dans le sens où elle est en perpétuelle évolution et qu'elle s'établit tout au long de la vie professionnelle. On peut d'ailleurs ici faire un parallèle avec l'identité professionnelle du Cadre de santé, qui voit celle-ci évoluer sur deux plans :

1. **D'un point de vue individuel avec l'évolution au sein de la profession d'infirmière** : en débutant sa carrière en tant qu'IDE dans un établissement, l'individu s'approprie les savoirs, les stratégies et les compétences propres à cette activité ; puis avec le temps l'individu qui était novice dans ce métier devient expert, puis IDE référente et peut accéder à un poste de faisant fonction de cadre de santé pour finalement devenir Cadre de Santé, avec pour cœur de métier la profession d'IDE ;
2. **D'un point de vue collectif avec l'évolution de la profession elle-même** : effectivement avec la réingénierie des métiers de la santé et avec les réformes hospitalières, on voit se modifier les fonctions du cadre de santé au sein des établissements de santé.

L'identité professionnelle du Cadre de Santé se construit à partir de ce qu'il a conservé du métier d'IDE. Lorsqu'il intègre une fonction d'encadrement dans un service, le Cadre de Santé se voit dans un premier temps, confier la mission d'organisation des soins avec le souci de qualité et de sécurité pour le patient, puis dans un second temps celles d'information, d'évaluation et de contrôle. De plus, les dernières lois de santé entraînent de

---

<sup>47</sup> *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail*, Anne-Marie FRAY et Sterenn PICOULEAU, p.5

nouvelles gouvernances, conduisant les établissements de santé à mettre en place des organisations novatrices comme l'instauration des pôles par spécialités médicales. En parallèle de ces changements, le cadre de santé voit ses missions se multiplier, se diversifier, se transformer pour le conduire vers des tâches plus portées sur la gestion d'équipe, de matériels, de projets. **Cette évolution amène le Cadre à s'éloigner des soins pour se rapprocher de fonctions de management et continue de se construire aux côtés de ses pairs** (Cadres de Santé, Cadres Supérieurs de Santé), il n'en demeure pas moins que le processus de construction de son identité professionnelle a pour genèse son cœur de métier infirmier. **Au cours de sa carrière, à chaque changement de poste, l'individu se déconstruit et se reconstruit en adoptant les caractères propres à la fonction à laquelle il accède.** Ceci est rendu possible grâce à sa propre personnalité mais aussi grâce à son rapport aux autres et à l'établissement dans lequel il exerce. « *La dimension collective facilite et accélère véritablement ce processus. L'homme peut accéder, grâce aux autres, à tous les degrés de reconnaissance existant. [...] Ainsi, la construction identitaire est bien, à la fois construite par la personne, mais aussi par les autres protagonistes de sa vie professionnelle* »<sup>48</sup>.

**Il y a un lien très étroit entre l'identité professionnelle et la reconnaissance de l'individu par les autres.** Il paraît important de définir ce qu'est la reconnaissance pour le Cadre de Santé, comment elle peut être représentée et en quoi elle est nécessaire pour permettre à celui-ci de se construire au sein d'une équipe, d'un groupe de cadres et d'un établissement.

### 2.5.3 La reconnaissance

Florence Osty, Docteur en sociologie, chercheur au CNRS et maître de conférence à Sciences-Po Formation, auteur de *Pourquoi j'irais travailler* émet l'idée qu'à l'origine, le travail a pour but d'apporter une rémunération, mais qu'actuellement l'homme va plus loin et cherche plutôt, à travers le travail, à recevoir une certaine reconnaissance de la société, d'autrui et de soi-même :

---

<sup>48</sup> *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail*, Anne-Marie FRAY et Sterenn PICOULEAU, p.6

- **La reconnaissance de la société** car le travail permet à l'individu de s'intégrer socialement ;
- **La reconnaissance de soi par les autres** car travailler permet à l'individu d'être compris par ses pairs ;
- **La reconnaissance de soi par soi-même** parce que le travail permet la réalisation de soi et son propre accomplissement.

Il paraît donc important pour expliquer ce que représente la reconnaissance vis à vis du Cadre de Santé, de la définir.

D'après le Larousse<sup>49</sup> la reconnaissance est :

- L'action de reconnaître quelqu'un ou quelque chose : la reconnaissance d'une pièce à conviction par un témoin ;
- L'action de reconnaître quelque chose comme vrai ou réel : la reconnaissance du talent d'un écrivain par la critique ;
- L'action d'admettre qu'on est l'auteur ou le responsable d'une action : la reconnaissance de son crime par l'inculpé ;
- **L'action de reconnaître quelque chose comme légitime** : la reconnaissance d'une liberté par la Constitution ;
- Le sentiment qui incite à se considérer comme redevable envers la personne de qui on a reçu un bienfait : témoigner sa reconnaissance à quelqu'un.

Catherine MIEG, clinicienne du travail et consultante en management, dans son ouvrage paru en 2015, *Les habits neufs du management*, explique que **le travail tient une place centrale dans la construction identitaire** sur deux points : premièrement, **il offre la chance de se construire** et, deuxièmement, **il renforce l'identité de l'individu constamment en devenir**. Elle écrit aussi « *La reconnaissance, dans le champ du travail, est la rétribution symbolique obtenue par celui ou celle qui travaille, en retour de la contribution qu'il ou elle apporte à l'entreprise et, à travers elle, à la société toute entière* »<sup>50</sup>. L'auteur s'appuie sur les ouvrages de Christophe Dejours, psychiatre et psychanalyste s'intéressant notamment à la médecine du travail, et explique que la

<sup>49</sup> Larousse, version internet <http://www.larousse.fr>, consultée le 15 février 2016

<sup>50</sup> *Les habits neufs du management – Comprendre la souffrance du manager*, Catherine MIEG, p.114

reconnaissance en plus de pouvoir être communiquée de différentes manières, a plusieurs sens. La reconnaissance qui s'adresse à l'individu est « *une question de dignité humaine, voire de justice sociale, et pas seulement un enjeu de performance* »<sup>51</sup>. Elle met l'accent sur le respect des valeurs et s'exprime par le fait qu'un individu manifeste à l'autre qu'il lui accorde de l'importance et une certaine autorité. « *Cette reconnaissance se traduit par exemple dans la prise en compte des conséquences humaines des décisions, dans la défense d'un management équitable des travailleurs* »<sup>52</sup>.

**La reconnaissance est le résultat d'une appréciation entre le travail accompli et les résultats.** « *Ce jugement est émis par la hiérarchie, les clients ou les bénéficiaires, mais aussi par les collègues ou les subordonnés. [...] Tous ces jugements portés sur « le faire » vont être rapatriés dans un second temps, dans le registre de « l'être » et viendront renforcer l'identité qui, jamais stabilisée, a besoin d'être confirmée dans le regard d'un autre* »<sup>53</sup>. Effectivement la reconnaissance passe par le fait d'être présent pour l'autre et d'être en capacité d'observer la satisfaction aux objectifs fixés par les collaborateurs. Ceci est valable dans un sens comme dans l'autre : des équipes soignantes vers le cadre de santé, du cadre de santé vers les équipes. Cependant pour ce faire le Cadre de Santé a besoin d'être relativement disponible, en tout cas de manière plus certaine aux yeux de l'équipe qui l'encadre. Dans son ouvrage, Catherine MIEG énonce effectivement que le Cadre de Santé pris dans de nombreuses tâches administratives se trouve souvent dans son bureau et donc moins présent dans les unités de soins. « *C'est devenu difficile pour les cadres, en particuliers les managers de proximité, mobilisés par les systèmes d'informations qui les sollicitent pour mettre à jour des procédures, renseigner des plannings, transmettre des indicateurs, répondre à des enquêtes... Les salariés voient leur chef vissé à son poste informatique, déployer une intense activité gestionnaire et administrative très décalée par rapport au concret de l'activité* »<sup>54</sup>. Les propos de l'auteur renvoient ici à la notion du travail invisible du Cadre de Santé.

---

<sup>51</sup> *Les habits neufs du management – Comprendre la souffrance du manager*, Catherine MIEG, p.115

<sup>52</sup> *Les habits neufs du management – Comprendre la souffrance du manager*, Catherine MIEG, p.116

<sup>53</sup> *Les habits neufs du management – Comprendre la souffrance du manager*, Catherine MIEG, p.116

<sup>54</sup> *Les habits neufs du management – Comprendre la souffrance du manager*, Catherine MIEG, p.96

#### 2.5.4 Le travail invisible du Cadre de Santé

Paule BOURRET, Docteur en sociologie, Cadre de Santé formatrice à l'IFCS du CHU de Montpellier et chargée de cours à l'Université de Montpellier, dans son ouvrage *Les cadres de santé à l'hôpital - Un travail de lien invisible*, tente de répondre à la question « *Que font les cadres de santé au quotidien à l'hôpital ?* ». Après avoir détaillé la profession Cadre de Santé par une approche socio-historique et en exposant les évolutions de la fonction, l'auteur, en enquêtant auprès de Cadres de Santé en milieu hospitalier et en les suivant dans leur quotidien, a réussi à apporter des pistes en décrivant **le travail journalier du Cadre de Santé comme « invisible », comme quelque chose de non quantifiable, en tout cas aux yeux des personnels avec qui ils coopèrent ordinairement** : les médecins, les équipes soignantes, la hiérarchie.

De manière générale, le Cadre de Santé a pour mission de manager le travail des équipes soignantes dont il a la responsabilité. Il ne réalise pas lui-même les soins, mais les encadre. Son travail n'est pas précisé, il est varié et peut adopter des formes multiples. En faisant référence à des écrivains comme MONTMOLLIN (1984) et BOLTANSKI (1982), elle note qu'à l'époque déjà, on fait état d'une absence de référence à l'activité des Cadres de Santé. Elle explique aussi qu'à travers des études réalisées, par exemple par le Groupe De Recherche (GDR) cadre sous la direction de BOUFFARTIGUE, « *des travaux font apparaître la méconnaissance, la sous-estimation des difficultés et l'idéalisation du travail des cadres* »<sup>55</sup>.

Une première approche permet de mettre en avant que **les Cadres de Santé « assurent un travail de coordination, comportant en fait peu de travail technique**. *En revanche, comme tous les cadres, ils assurent un travail de mise en cohérence du travail des personnels qu'ils encadrent. Manager, diriger, encadrer sont des activités qui consistent à faire travailler ensemble et à donner du sens à l'engagement* »<sup>56</sup>. Ensuite il est décrit le rôle de médiation entre le haut et le bas, entre les instances et les équipes soignantes, avec souvent des contraintes financières et de restrictions budgétaires. Il est aussi mis en évidence au travers de cette position centrale, que **le Cadre de Santé de proximité est souvent**

---

<sup>55</sup> *Les cadres de santé à l'hôpital - Un travail de lien invisible*, Paule BOURRET, p.50

<sup>56</sup> *Les cadres de santé à l'hôpital - Un travail de lien invisible*, Paule BOURRET, p.52

**critiqué. D'une part, par les équipes soignantes**, médicales et paramédicales, qui reviennent justement sur cette « *proximité* » en expliquant que le cadre est souvent absent du service et donc « *trop loin des malades et de leur famille, et ne contrôlent plus les soins* ». **D'autre part, par l'administration et la direction** qui trouvent « *qu'ils sont trop près des médecins et ne savent pas resituer les enjeux institutionnels* »<sup>57</sup>. Se rajoute à cette idée que **le Cadre de Santé lorsqu'il est dans son bureau, derrière son ordinateur pour organiser de manière globale l'activité du service, effectue un travail plus ou moins utile aux yeux des soignants**. « *Il n'est pas toujours considéré comme un vrai travail ; les Cadres de Santé que l'on taxe, dans les propos quotidiens, de ne pas être suffisamment proches, sont ceux " qui seraient toujours enfermés dans leur bureau " »*<sup>58</sup>. Par les observations qu'elle établit, Paule BOURRET contredit les remarques précédentes quant à l'absence du Cadre de Santé des unités de soins, mais met en avant qu'effectivement cela reste le ressenti de l'ensemble des personnels avec lesquels il collabore. Il n'est en fait tout simplement pas présent là où chacun l'attend. De plus il exerce des missions qui lui demandent d'effectuer des tâches éphémères : « *amortir, compenser, rattraper, récupérer* », ce travail est difficilement repérable. « *À l'heure de la traçabilité du travail, celui du cadre présente la particularité de ne laisser aucune trace visible en extériorité. En quelque sorte, le travail efface le travail. [...] Le Cadre de Santé prend en charge un type de travail émergeant dans ces nouvelles configurations organisationnelles* »<sup>59</sup>.

Par une tentative de définition et en m'appuyant sur mes lectures, j'ai pu faire émerger l'idée que le travail invisible du Cadre de Santé est principalement de l'ordre du lien. Le lien à faire entre les personnels de l'hôpital : médecins, soignants, administratifs, le lien fait à travers les missions effectuées au quotidien : prise de décisions, relais des informations, organisations des soins, et enfin le lien à faire avec les patients et leur famille : accompagnement, explicitation, information. Effectivement **en observant de manière trop globale le rôle et la place du Cadre de Santé dans une institution hospitalière, on peut vite se méprendre sur la lisibilité du travail effectué**.

---

<sup>57</sup> *Les cadres de santé à l'hôpital - Un travail de lien invisible*, Paule BOURRET, p.71

<sup>58</sup> *Les cadres de santé à l'hôpital - Un travail de lien invisible*, Paule BOURRET, p.80

<sup>59</sup> *Les cadres de santé à l'hôpital - Un travail de lien invisible*, Paule BOURRET, p.192

**Les réformes hospitalières ont eu une répercussion directe sur le métier de Cadre de Santé.** Elles ont fait évoluer ses missions, en lien avec la mise en place de la nouvelle gouvernance et entre autres de l'instauration des pôles. Le Cadre de Santé s'est vu attribuer de nombreuses tâches administratives anciennement dévolues à la Direction des Soins. **Cette mutation du rôle du Cadre de Santé l'a conduit à travailler en collaboration avec des infirmières spécialisées dans des domaines particuliers pour chacune.** À travers des délégations de missions vers ces infirmières référentes, le Cadre de Santé peut remplir les nouvelles missions qu'on lui a attribuées. **Le Cadre de Santé en accomplissant ces fonctions s'éloigne de son cœur de métier, « les soins », pour développer ses compétences dans la gestion.** Les infirmières référentes pour l'épauler sont amenées à gérer des missions au plus près des équipes, à être des relais privilégiés de l'information entre le Cadre et l'équipe. Ce constat préétabli m'encourage à continuer mes investigations vers la place du Cadre de Santé au cœur d'une équipe soignante, surtout lorsque des IDE référentes travaillent en lien avec lui et ainsi m'encourage à poser mon hypothèse de recherche.

**Le Cadre de Santé d'aujourd'hui, en lien avec les nouvelles réformes hospitalières, se voit dans la nécessité de déléguer de nombreuses missions vers des infirmières expertes de l'équipe, afin de remplir les nouvelles tâches attribuées par sa hiérarchie, ceci le situant entre les soins et la bureaucratie.**

Cette théorie m'amène désormais à me questionner à nouveau :

- Comment réussir à maintenir une proximité avec l'équipe ?
- Comment continuer à déléguer aux IDE référentes et avoir le sentiment de garder le contrôle ?
- La délégation vers les IDE référentes permet-elle une meilleure communication du Cadre de Santé à l'équipe ?
- La délégation aux IDE référentes permet-elle au Cadre de Santé de développer son identité professionnelle?
- Existe-t-il une perte de proximité avec l'équipe lorsque le Cadre de Santé délègue aux IDE référentes ?

En lien avec les concepts théoriques que j'ai développés dans mon cadre conceptuel, j'ai saisi l'importance des évolutions dans les organisations des systèmes de santé, ainsi que leur impact sur la place du Cadre de Santé de proximité en relation avec les mutations de son rôle et de ses missions auprès de l'institution et les équipes soignantes. En m'appuyant sur ce précédent questionnement, je peux désormais énoncer ma question de recherche, telle que :

**« L'émergence des IDE référentes dans les services de soins, due à l'évolution des missions du cadre de santé, impacte-t-elle son positionnement auprès de l'équipe soignante? »**

## **3. ENQUÊTE**

### **3.1 Le terrain d'enquête**

En m'appuyant sur mon expérience personnelle et la construction de mon cadre conceptuel, je choisis d'orienter mes investigations vers des terrains d'enquête approximativement similaires à celui où j'ai pratiqué. Cette donnée prise en compte, je me suis donc rendue dans des services techniques : Urgences, Réanimation adultes et Réanimation néonatale, de moyenne à grande capacité et ayant mis en place des IDE référentes. Toutes ces unités sont situés en Ile-De-France et font parties de différents Centres Hospitaliers Universitaires et /ou Régionaux.

### **3.2 Les modalités d'enquête**

Sur les conseils de Morgane LE GAL, formatrice à l'IFCS de l'ESM et guidante pour le mémoire, ainsi que Anthony TUYTTEN, Cadre Supérieur des Urgences de l'Hôpital Henri Mondor et Directeur de mémoire, j'ai adopté une méthodologie d'enquête en deux temps.

J'ai choisi d'effectuer dans un premier temps une enquête exploratoire auprès de deux Cadres de Santé des services ciblés, afin d'évaluer la pertinence de mon outil de recherche et le cas échéant d'effectuer les modifications appropriées. Cette première étape, m'a permis de valider le questionnaire d'entretien établi (Annexe II) et surtout d'ouvrir mes investigations auprès des IDE référentes (Annexe III) et de l'équipe soignante (Annexe IV).

Lors de la seconde étape de l'enquête, je me suis rendue dans trois services différents et j'ai rencontré dans chacun d'entre eux :

- une Cadre de Santé (CDS) ;
- une IDE référente (IDEC : IDE Coordinatrice) ;
- deux soignantes (IDE ou AS).

### **3.3 L'outil d'enquête**

J'ai préféré dès le début de ma démarche me diriger vers des entretiens, cette méthodologie permettant d'avoir une dimension relationnelle plus présente qu'avec un questionnaire. En effet, l'entretien prend la forme d'une conversation, plus ou moins dirigée, portant sur l'objet de ma recherche. Il consiste à pratiquer une écoute attentive et active des personnes

interrogées, en cherchant à les comprendre et en ne prenant pas position sur ce qui est dit. Mené avec adaptabilité et souplesse, je sais que l'entretien représente donc la possibilité de comprendre au-delà des mots, avec le ton de la voix, les gestes, les temps d'hésitation, car il permet :

- *« de mettre à jour des processus psychologiques, des données descriptives et qualitatives ; c'est pourquoi il est très employé en recherche qualitative ;*
- *de recueillir des informations soit sur l'interviewé directement (ses connaissances, ses opinions, ses comportements), soit sur l'organisation à laquelle il appartient ;*
- *de recueillir et explorer des jugements directs de valeur (que pensez-vous de...), des attributions de causalités et de responsabilités (quelles sont, selon vous, les causes de...), les opinions et croyances (êtes-vous favorable à...);*
- *de tester, étayer ou infirmer des pistes et hypothèses de travail ;*
- *d'aller plus en profondeur, de prendre en compte les motivations, les raisons qui fondent les opinions exprimées et d'élargir l'enquête par rapport à ce que l'on avait envisagé au départ »<sup>60</sup>.*

En partant de ce postulat, j'ai choisi de me diriger vers des entretiens semi-directifs ; au début uniquement dirigés vers les Cadres de Santé, lors de mon approche exploratoire, et ensuite vers trois publics différents, ce qui a entraîné la création de deux autres questionnaires d'entretien. La méthodologie de l'entretien ne permettant pas de travailler à grande échelle (temps limité dans la recherche), j'ai décidé de concentrer mes investigations sur cinq lieux différents (deux pour l'exploratoire et trois pour le définitif). J'ai effectué pour chaque catégorie d'entretien une grille d'analyse avec des thématiques communes (Annexe V) et j'ai dépouillé chaque entretien (Annexe VI) en surlignant les grandes idées selon les thématiques définies au préalable (Annexe VII). J'ai ensuite regroupé toutes les informations pertinentes dans un tableau récapitulatif, par thématique et personne interviewée (Annexe VIII). J'ai terminé l'analyse des données en faisant une synthèse globale par thème dans ce tableau.

Pour les entretiens exploratoires, je suis allée à la rencontre de deux Cadres de Santé : une d'un service de Réanimation néonatale et l'autre d'une unité de Soins Intensifs néonataux. Pour les entretiens définitifs, je me suis entretenue avec les acteurs de deux services de

---

<sup>60</sup> *Études et conseils : démarches et outils – Construction des outils de recherche*, Angeline AUBERT-LOTARSKI, 2007

Réanimation adulte et d'un service d'Urgences adulte.

Les entretiens ont été possibles grâce à une prise de contact en amont avec la Direction des soins pour certains établissements, qui souhaitaient valider mes questionnaires au préalable. Ensuite, j'ai pris contact avec les Cadres de Santé des services concernés, afin de fixer des rendez-vous avec eux-mêmes et leur équipe.

La limite de l'outil choisi est bien entendu le nombre d'entretiens effectués sur une courte période de recherche et les conditions de l'entretien qui peuvent parfois être préjudiciables. Pour ma part, les circonstances des différents entretiens effectués ont presque toujours été idéales : très peu d'interruptions, organisation des entrevues pour ma venue, bienveillance des personnes interviewées. J'ai par contre fait face à une seule difficulté inattendue, qui correspond au fait que trois des entretiens ont été très courts (seulement 10 minutes).

### 3.4 L'analyse de l'enquête exploratoire

Pour ces deux entretiens, j'ai interrogé deux Cadre de Santé avec des parcours différents.

- **Interviewé 1** : Mme P, âgée de 41 ans, est CDS depuis 2 ans dans un service de réanimation néonatale, où elle exerce seule sa fonction. Elle a exercé pendant 15 ans en chirurgie en tant qu'IDE et 2 ans en tant que FFCS de nuit. Elle est aujourd'hui dans un service moyennement important en capacité d'accueil (10 lits de réanimation et 9 lits de Soins Intensifs) et en taille d'équipe paramédicale (51 IDE/IPDE et 2 AP).
- **Interviewé 2** : Mme T-P, âgée de 50 ans, est CDS depuis 17 ans. Elle présente un parcours professionnel atypique, ayant exercé en tant qu'IPDE aux USA pendant 3 ans et en réanimation néonatale pendant 18 ans dans le secteur privé (PHSP), puis 6 ans en tant que Cadre de Santé dans ce même service. Aujourd'hui elle exerce depuis 10 ans en Néonatalogie/Soins intensifs, où elle exerce seule aussi cette fonction, dans un service de moyenne capacité, tant au niveau de la capacité d'accueil (4 lits de Soins Intensifs et 8 lits de Néonatalogie) que de la taille de l'équipe (16 IDE/IPDE et 5 AP).

Pour chaque thématique abordée je fais le rapprochement avec une question posée au cours de l'entretien, mais il faut savoir que les réponses données abordent souvent plusieurs thèmes. J'ai aussi choisi de présenter mon analyse, pour chaque thématique, précédée par

une puce « • », suivie du cheminement sur mes perspectives, précédée par une puce différente « ➤ ».

### 3.4.1 L'évolution des organisations hospitalières

« *Pensez-vous que l'évolution du métier de Cadre de santé soit en lien avec les nouvelles réformes hospitalières ?* »

- **Oui**, les personnes interviewées affirment que cela dépend de la manière dont le fonctionnement en pôle est mis en place. L'instauration des pôles qui était censé amener un travail en partenariat et de complémentarité entre services n'est pas assez ancienne pour pouvoir voir son effet à l'heure actuelle.
- **Mais**, elles déclarent aussi faire partie d'une nouvelle ère, liée à l'économie des établissements de santé. La suppression des postes de CDS est de plus en plus présente. Il n'est pas envisageable de mettre en place des référentes dans tous les établissements/tous les services, cela dépend de la taille du secteur/de la structure, mais aussi du caractère public ou privé de l'établissement avec des financements différents et des gestions budgétaires établies autrement. Certains secteurs pallient cette difficulté en mettant en place des groupes de travail et en nommant des chefs de projets, ou encore en donnant la référence particulière à une IDE experte dans ce domaine sans la « *dégager* » réellement des soins.
- **Pourtant**, l'aide des IDE référentes permet de garantir une qualité de service, une expertise aux patients car le CDS a de plus en plus de tâches du fait des nouvelles organisations et ne peut plus être seul le garant de la qualité et la sécurité des soins.
  - Je constate à travers ces réponses que le CDS est effectivement impacté par la mise en place des pôles et donc de nouvelles organisations au sein des structures hospitalières. Mais aussi que la gestion économique de la santé en France en lien avec le climat politico-économique du pays a conduit à ces modifications.

### 3.4.2 L'évolution du métier de Cadre de Santé

« *Depuis que vous êtes CDS, avez-vous ressenti une évolution dans le métier ?* »

- **Avant**, le partenariat avec le Chef de Service était différent. Le CDS était dédié pleinement au Chef de Service. Aujourd'hui il existe un partenariat de chacun avec sa hiérarchie : le travail se fait sous la houlette du Chef de Pôle et du Cadre de Pôle.
- **De nos jours**, le métier CDS est de plus en plus centré sur les organisations. La hiérarchie attend de lui plus de transversalité qu'une proximité avec les équipes. *« Nous ne sommes plus dans le faire mais dans s'assurer que ça fonctionne. »* Le CDS est devenu un superviseur, avec de plus en plus de choses à gérer, ce qui l'éloigne forcément des équipes.
- **Les personnes interrogées** notent que le métier de CDS a évolué aussi car la typologie des équipes a changé elle aussi de par l'arrivée de la « *génération Y* » sur le marché du travail et de par les changements de mentalités des « *travailleurs* ». De plus, le profil des personnels est aussi différent dans les établissements privés/publics.
  - Le métier de CDS a évolué vers plus de transversalité dans les services et dans les institutions. Je peux mettre en avant que son rôle s'est fortement développé dans la gestion des organisations et que c'est aussi cette fois-ci, en lien avec l'évolution socio-culturelle des équipes auxquelles il a affaire aujourd'hui.

### 3.4.3 L'évolution des missions du Cadre de Santé

« *Comment voyez-vous la profession du CDS d'ici 5 à 10 ans ? L'évolution qui se profile vous convient-elle ? Pourquoi ?* »

- **Idée première**, la quantité de travail, les tâches sont très importantes. Le CDS est submergé par ce qu'il a à faire. Il est aussi l'interface avec tous les acteurs du service, de l'hôpital ; il est le centre des échanges.
- **Ce que le CDS doit faire par ordre de priorité** : il doit gérer l'organisation des soins, la qualité et la gestion des risques, l'élaboration de tableaux de bord, la rédaction de rapports, la gestion des conflits de personnes, la gestion de l'absentéisme (80% de son temps de travail), la négociation avec les syndicats. Il remplit par ailleurs de plus en plus des missions transversales comme participer à des groupes de travail institutionnels ou encore à des réunions de direction. Ce sont

ces dernières missions qui lui prennent le plus de temps sur une journée de travail, pourtant elles ne sont pas sa priorité.

- **Ce que le CDS souhaiterait faire**, avoir une réflexion sur la qualité de Prise En Charge (PEC) des patients, aborder des projets qu'ils considèrent comme plus intéressants. Ils souhaitent en fait s'impliquer plus dans la qualité de soins des patients que leurs équipes prennent en charge. Ils désirent être au plus près du malade et des équipes.
  - **La suppléance que le CDS remplit**, quand les équipes sont très occupées, avec des charges de travail importantes et parfois en sous-effectif. Le CDS accomplit des tâches qui incombent normalement aux soignants afin de leur dégager du temps (coursier, laboratoire, examens, pharmacie), peut-être dans un souci de montrer qu'il est présent et qu'il peut faire preuve d'une certaine disponibilité pour ses équipes, par besoin de reconnaissance.
- Le CDS a le sentiment d'être présent là où il voudrait l'être le moins : soit dans son bureau, soit en réunion, loin des patients et loin des équipes. Il éprouve la sensation que ces missions secondaires sont chronophages et impactent forcément celles qui sont prioritaires à ses yeux.

#### 3.4.4 La délégation du Cadre de Santé

*« Vous a-t-elle conduit à avoir recours à la délégation ? Si oui : à qui ? Quand ? Comment ? »*

- **Pourquoi ?** Le besoin de délégation est fortement présent, mais il est soumis à la taille de l'équipe qui pourrait ou non justifier sa mise place. De plus, avec le contexte économique actuel, il est difficile de dégager complètement les agents des soins selon les unités/établissements, condition qui semble pourtant nécessaire à l'agent pour l'accomplissement de ses missions de manière performante.
- **Les formes** peuvent être différentes d'un service ou d'un établissement à l'autre. Elle est possible sous forme de groupes de travail avec des membres de l'équipe (médecin, IDE, AS) volontaires qui traitent d'un thème défini et choisi par eux. Cela permet de mener un travail de réflexion autour d'un sujet problématique dans le secteur et sur lequel le CDS n'a pas forcément le temps de se pencher. Les IDE

référentes sont déployées sur le service avec une « *étiquette* » comme l'hygiène, la qualité, la douleur, etc. Elles mettent leur expertise au service de l'équipe dans son ensemble.

- **Comment ?** La délégation vers les IDE référentes s'établit à travers l'évaluation d'un champ de compétences, une expertise sur un domaine donné.
  - La délégation existe dans les services investigués, quelles que soient la taille et la typologie des services ou des équipes. Elle se formalise par contre de manières différentes, en fonction de l'établissement et de son projet de soins, mais vraisemblablement aussi en fonction du contexte économique propre à chaque structure (PREF : Plan de Retour à l'Équilibre Financier, limitation des budgets, etc.)

### 3.4.5 Les missions des IDE référentes

*« Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ? Si oui, en quoi consiste ce partenariat ? »*

- **1<sup>ère</sup> idée**, surtout depuis le nouveau référentiel de formation Infirmier, l'accompagnement des stagiaires, mais aussi des nouveaux arrivants : avec la gestion du planning, du tutorat, des bilans de mi-stage et finaux, mais aussi avec l'organisation : visite du service, badge, vestiaire, tenue...

Mais aussi afin d'avoir un seul interlocuteur ou un nombre très limité, ce qui permet de transmettre un message homogène et fiable auprès des personnes accueillies.

- **2<sup>ème</sup> idée**, il s'agit pour beaucoup de CDS de déléguer la gestion de la pharmacie et des matériels biomédicaux, la commande globale et en urgences, la communication avec ces services et les attachés commerciaux, en passant par la communication vers les équipes de tous les changements de laboratoires pharmaceutiques, présentations pharmaceutiques des traitements ou encore dispositifs médicaux.
- **De manière générale**, il s'agit de déléguer la qualité et la gestion des risques (mises à jour des protocoles et procédures comme la transfusion sanguine, l'accueil des fratries ; la gestion des évènements indésirables), la prise en charge

de la douleur, l'hygiène, la prise en charge de pathologie particulière (diabète, cancer, etc.).

- Les missions des IDE Référentes portent beaucoup sur les mêmes thématiques d'un service à l'autre, et plus particulièrement sur la qualité. C'est en confiant pourtant cette partie que le CDS s'éloigne un peu plus des soins et de l'équipe, pour porter son attention sur des tâches beaucoup plus administratives ou organisationnelles : réunion, plannings, absentéisme.

### 3.4.6 Les IDE référentes

« Selon quels critères les IDE référentes sont nommées dans le service ? »

- **Pourquoi ?** Les besoins sont de plus en plus ressentis en fonction de la technicité des services et de la taille des équipes. Elles ne sont pas forcément dégagées des effectifs soignants auprès des patients, ce qui peut poser des problèmes pour l'accomplissement des tâches qui leur sont déléguées ; et souvent elles sont amenées à remplacer les agents absents au pied levé.
  - **Comment ?** Leur « *nomination* » est liée à un domaine d'expertise dans lequel elles excellent et développent des compétences. Leur mise en place doit être accompagnée auprès des équipes par le CDS, afin d'éviter les déviances et les incompréhensions.
  - **Un cadre ?** Il est important de mettre un « *cadre* » en place autour des IDE référentes afin de formaliser les choses avec les champs de compétences de chacune, les missions qu'elles accomplissent par une fiche de poste , et leur place au sein de l'équipe. Les personnes interrogées donnent aussi des indications sur les moyens d'évaluation de l'atteinte des objectifs autour de réunions de travail ou de moments d'échanges moins formalisés et faits de manière quotidienne.
- Le besoin ultime d'IDE Référentes est présent dans les services ayant une certaine technicité. Je pense qu'il est important que la mise en place de ces IDE soit accompagnée par le CDS auprès des équipes, afin de décrire les missions, les objectifs, la place, les compétences, la légitimité ou encore les limites du poste.

### 3.4.7 La place du Cadre de Santé

« *Quel type de management pensez-vous adopter vis à vis de ces IDE ? Et vis à vis de l'équipe soignante ?* »

- **Généralités**, en fonction de l'établissement elle est différente. D'un pays à l'autre l'organigramme n'est pas organisé de la même manière. Dans les structures privées, les moyens ne sont pas forcément les mêmes que dans les structures publiques et il est noté que les CDS est plus dans la proximité auprès des équipes, en tant que support, garant de la qualité des soins et PEC.
  - **Vis à vis des IDE Référentes**, le CDS a toute sa place. Le travail en partenariat avec les IDE Référentes peut apporter une qualité dans les soins. La tâche du CDS est effectivement d'accompagner les IDE Référentes auprès de l'équipe soignante et de travailler en partenariat avec elles, en établissant une communication importante, d'autant plus que les IDE Référentes ont encore un pied dans les soins et au plus près de l'équipe.
  - **Le management** : le CDS garde le même type de management que ce soit auprès de l'équipe soignante qu'auprès des IDE Référentes. Il laisse beaucoup d'autonomie à son équipe, tout en gardant son rôle de superviseur. Il se dit participatif avec une tendance semi-directif.
- Le CDS veut rester dans la proximité des équipes pour rester garant de la qualité des soins et il travaille en binôme avec les IDE Référentes ; la communication est donc le pilier d'une relation saine et durable entre tous.

### 3.4.8 La place des IDE référentes

« *Comment qualifieriez-vous la relation des IDE référentes avec l'équipe soignante ?* »

- **Les points positifs** : les IDE Référentes sont des éléments positifs pour le service, dans le sens où elles sont garantes d'une expertise quant aux patients et à la qualité des soins et des pratiques, en partenariat avec le CDS. Les CDS interviewées expriment le sentiment que les IDE référentes éprouvent une certaine valorisation à travers les missions qui leurs sont confiées : par le fait que leur supérieur direct

met en avant leurs compétences, leur permet de progresser et leur donne une responsabilité certaine au sein du service, voire de l'institution.

- **Les limites :** Les personnes rencontrées pointent l'importance de ne pas décharger l'équipe de missions qu'elle est capable de remplir, au risque de voir celle-ci perdre ces compétences dans ce domaine. Et dans le même temps, elles soulignent la nécessité d'avoir dans le service des personnes relais, capables de seconder l'IDE Référente lorsqu'elle est absente ; l'idéal étant de fonctionner en binôme.
- Les IDE Référentes sont des personnes ressources dans le service, du fait de leurs connaissances, de leurs compétences, de leurs disponibilités. Mais je crois qu'il n'en demeure pas moins que l'équipe soignante a aussi des compétences et que le CDS doit rester vigilant à ne pas fragiliser l'équipe, en continuant de lui confier des missions. Afin d'approfondir aussi cette thématique spécifique, je choisis d'élargir mes entretiens aux équipes dans mes entretiens définitifs.

### 3.4.9 Le ressenti du Cadre de Santé

« Comment qualifieriez-vous votre relation avec l'équipe soignante ? »

« Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décririez votre identité professionnelle aujourd'hui ? »

- **Par rapport à l'équipe:** il se sent proche des équipes ou en tout cas c'est son souhait. Il a une communication ouverte, il est abordable et sa « *porte est toujours ouverte* ». Il est indispensable qu'il soit un pivot pour le service, au centre des équipes. L'envie d'être au cœur des unités est présente mais la réalité de terrain en est autrement, du fait de la charge de travail organisationnel.
- **Ce qu'apportent les IDE Référentes :** Avoir des IDE Référentes augmente l'efficacité, car cela permet de dégager du temps aux équipes pour améliorer les PEC. Au niveau de l'accompagnement des stagiaires et des nouveaux personnels, les équipes ressentent une certaine homogénéité dans l'intégration, la formation dans les pratiques et les enseignements théoriques en lien avec les pathologies, les procédures, etc.
- Le CDS délègue des missions à des IDE compétentes sur un domaine donné, c'est ce à quoi conduit la GPEC et elle permet aussi une valorisation du personnel.

- Les CDS ont un sentiment très positif à l'égard des IDE référentes, car leur mise en place dans un service permet à ce dernier de maintenir, voire même de faire progresser, la qualité des PEC des patients. De plus les IDE référentes voient ainsi leurs compétences reconnues à travers les missions que le CDS leur confie.

#### 3.4.10 Le ressenti de l'équipe soignante

- **Limite des entretiens exploratoires** car seuls des CDS ont été interrogés et je ne peux me baser que sur ce qu'ils pensent. Cette limite conduit à interroger les IDE référentes et l'équipe soignante lors des entretiens définitifs.
- **Importance** pour l'équipe soignante d'avoir un CDS de proximité, présent dans les unités et proche des agents.

Je note aussi l'importance de l'emplacement physique du CDS en fonction de l'architecture des lieux, à savoir si son bureau est situé dans le service ou à l'extérieur.

- Cette partie m'a permis de constater l'importance d'interroger l'équipe soignante sur son propre ressenti et aussi de développer dans le cadre conceptuel les notions de « *structure hospitalière* » et d' « *équipe soignante* ».

#### 3.4.11 Les autres thèmes abordés

- La création de poste d'IDE Référente est une réponse aux besoins de services mais aussi aux besoins de personnels compétents dans certains domaines mais qui lors d'évaluations annuelles expriment le fait qu'elles ne souhaitent pas se diriger vers l'encadrement.
- Les exigences auprès des CDS sont différentes du public au privé, et d'un service plus technique à un service d'hospitalisation conventionnel, qui accueille souvent de plus grandes équipes.
- La gestion des équipes est plus prenante avec les changements sociologiques ayant lieu depuis une dizaine d'années : changement général des mentalités avec une préoccupation de tous pour les conditions de vie au travail et l'importance de la vie

privée, émergence de la génération Y sur le marché du travail qui ne s'investit pas de la même manière dans son travail que les générations précédentes.

- Les entretiens exploratoires auprès de deux CDS m'amènent vers des axes que je n'ai pas explorés et des concepts que je n'ai pas abordés. Ces pistes d'ouverture confirment l'idée d'étayer un peu plus mon cadre conceptuel, vers les notions d' « équipe » et de « structure hospitalière », en abordant des thèmes comme la taille des équipes et la génération Y, ou encore la taille des structures et l'organisation architecturale.

## 3.5 La structure hospitalière

### 3.5.1 La présentation

*« En cette deuxième décennie du XXIème siècle, en France, l'hôpital soigne et prend en charge tous les malades. On y naît et on y meurt, on y accueille 24 heures sur 24, et souvent gratuitement [...] »<sup>61</sup>.*

**L'hôpital est un lieu où l'organisation est souvent complexe**, du fait qu'il doit remplir de multiples rôles, faire collaborer de multiples acteurs, proposer de nombreuses techniques et enfin répondre aux attentes des patients souvent différentes de celles des autorités compétentes.

Pour comprendre l'organisation d'un centre hospitalier, il est important de faire un focus sur les quatre catégories d'établissements de santé existant à l'heure actuelle. En effet, aujourd'hui en France, on compte 30 CHRU, 2 CHR (non CHU), 618 centres hospitaliers et 334 hôpitaux locaux. L'hôpital local est devenu un hôpital gériatrique et ne traite pas de patients en court séjour, ni de pathologies chirurgicales ou obstétricales. **Les CHR et CHRU disposent de toutes les spécialités cliniques médicales et chirurgicales, ainsi que tous les moyens techniques nécessaires aux explorations.** Il faut savoir que les CHU de Paris, Marseille et Lyon ont des règles de fonctionnement différentes des autres CHU, du fait de leur taille. Par exemple l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) représente à elle seule, 10% des dépenses des hôpitaux français et emploie presque 100 000 agents. Les centres hospitaliers se font remarquer par les spécialités qu'ils offrent à la

---

<sup>61</sup> *L'hôpital*, Jean DE KERVASDOUÉ, p.5

population avoisinante. **Certains centres hospitaliers peuvent quasiment être considérés comme des CHR étant donné leur taille.**

Après avoir compris comment s'organisent les structures hospitalières sur le territoire national, selon leur taille, et avoir vu que de plus en plus les centres hospitaliers sont voués à se spécialiser pour trouver toute leur place aux yeux de la population ; il faut maintenant expliquer le fonctionnement plus interne à ces organisations.

### 3.5.2 L'organisation hospitalière

**Depuis la loi HPST de 2009 et la mise en place des pôles**, le décret n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé fixe les règles de gouvernance hospitalière. Dans ce cadre **un projet de pôle définit les objectifs en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens alloués.**

On peut aujourd'hui définir **l'hôpital public comme une « entreprise publique de santé »**. Effectivement l'hôpital est une entreprise de par son organisation avec un directeur, ayant le pouvoir décisionnel, et un comité consultatif, regroupant le Comité Technique d'Établissement (CTE) et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). Ensuite c'est une entreprise publique, car qu'il emploie en grande majorité des agents fonctionnaires et qu'il est soumis au contrôle de l'ARS, du Trésor Public et au Code des marchés publics. Enfin, c'est un établissement public de santé qui fait comporte une Commission Médicale d'Établissement (CME), une Commission du service des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) et un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

On constate présentement, que l'organisation hospitalière est complexe. *« Pour évoquer la double structure de tout hôpital dans le monde qui tire des racines d'une double légitimité, médicale d'une part et gestionnaire d'autre part, le terme le plus souvent retenu est celui de MINTZBERG <sup>62</sup> qui parle de "bureaucratie professionnelle" »<sup>63</sup>*. C'est à dire que

---

<sup>62</sup> Henry MINTZBERG, né en 1939, est ingénieur et professeur de management à l'université McGill de Montréal. Il est l'auteur de nombreux ouvrages de management sur l'emploi du temps des cadres dirigeants, l'efficacité managériale, la structure des organisations, le pouvoir et la planification stratégique.

<sup>63</sup> *L'hôpital*, Jean DE KERVASDOUÉ, p.57

**l'organisation hospitalière est d'un côté gérée par le directeur d'établissement et de l'autre par les pôles et services qui s'y rattachent.**

Ce rapprochement entre les soins et la gestion administrative au cœur des structures hospitalières est donc mis en avant, dévoile à quoi **le Cadre de Santé se trouve confronté au quotidien, travaillant en collaboration avec la direction d'un côté et les équipes soignantes de l'autre.**

En plus, de décrire le fonctionnement interne d'un hôpital à travers son organisation, il faut pour finir avoir une représentation physique de ce que cela représente.

### 3.5.3 La conception architecturale

Ces organisations récentes conduisent les établissements de santé à se réorganiser et encore plus récemment, avec la loi de modernisation du système de santé, à mettre en place des GHT.

Il faut savoir que l'hôpital est le bâtiment civil qui fait intervenir le plus de corps de métier, après la centrale nucléaire, du fait de sa complexité et des normes auxquelles il doit répondre. **Pourtant aujourd'hui, nous voyons les structures hospitalières devenir de plus en plus imposantes, soit grâce à des agrandissements, soit grâce à de nouvelles constructions.** Par exemple, en 2007, le Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF) a entamé la construction d'un nouvel hôpital afin de devenir l'établissement de référence pour une population de 600 000 habitants. Il fût inauguré en 2012 et accueille en 2016, environ 1100 lits pour une surface de 110 000 m<sup>2</sup>. Il enregistre 240 000 consultations, 76 000 séjours ou encore 10 000 interventions chirurgicales par an. Il est organisé en 5 grands pôles : Pôle Femme-Mère-Enfant, Pôle Chirurgie, Pôle Médecine, Pôle Médecine Tumorale et Pôle Médico-technique, comprenant pour l'ensemble 51 services de soins.

Nous voyons là **l'immensité que peuvent dorénavant représenter ces structures de soins et imaginons aisément l'impact que celles-ci peuvent avoir sur l'organisation interne des hôpitaux, la gestion du personnel, la gestion de la logistique, la gestion hôtelière...**

De plus, les services devenant des entités de plus en plus grandes, ils sont aujourd'hui souvent découpés en plusieurs unités à l'intérieur d'un même secteur géographique. Si les équipes soignantes, au plus près des patients se trouvent au sein même de leur unité de travail, ce n'est pas forcément le cas des Cadres de Santé de proximité. En effet, **le Cadre**

**de Santé se trouve à gérer le service entier, seul ou à deux en fonction de la taille du service. Il voit son bureau localisé au mieux dans le service, mais en dehors des unités, et au pire à l'extérieur du service, parfois même à un étage différent, parce qu'il coordonne plusieurs services, ceci en lien avec la mutualisation des services et la création des pôles.**

Vu l'évolution constatée quant à l'organisation hospitalière, il est désormais évident qu'elle a conduit à changer et à faire évoluer les rôles et missions de ceux qui y exercent, entre autres ceux du Cadre de Santé. Mais ce n'est pas le seul changement qui a eu un impact sur le métier Cadre de Santé, c'est pourquoi dans une dernière partie, il est utile de définir comment est représentée l'équipe soignante.

## 3.6 L'équipe soignante

### 3.6.1 La définition

D'après le Larousse<sup>64</sup>, l'équipe s'entend au sens propre comme un « Ensemble de personnes travaillant à une même tâche : Équipe de collaborateurs ». La définition faite au sens propre consiste en un « **Groupe de personnes unies par des activités, des intérêts communs** ».

Pour compléter cette définition, il semble important de qualifier l'équipe soignante. Selon le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, l'équipe soignante est un « *Groupe de professionnels ayant des qualifications différentes dans le domaine de la santé et qui collaborent à la réalisation d'un projet de soins individualisé commun.*

*Notes: Il s'agit de l'ensemble des soignants, notamment les médecins, les personnels issus des filières infirmière, de rééducation et médico-technique* »<sup>65</sup>.

Cette définition assez généraliste met en avant que **le Cadre de Santé est intégré pleinement à l'équipe soignante dès lors qu'il est acteur du projet de soins du patient.**

Nous pouvons aussi faire la distinction entre équipe médicale, qui comprend le Chef de service et tous les médecins, et équipe paramédicale, qui comprend tous les soignants en

---

<sup>64</sup> Larousse, version internet <http://www.larousse.fr>, consultée le 05 avril 2016

<sup>65</sup> *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*, René MAGNON, Geneviève DÉCHANOZ et Janine BEC, p.95

dehors des médecins. Il faut chercher en plus ici à définir comment est représentée aujourd'hui une équipe soignante.

### 3.6.2 La composition de l'équipe soignante

**L'équipe soignante paramédicale**, aujourd'hui composée de façon à peu près identique d'un service à l'autre avec des IDE, des AS ou AP, des ASH, au plus près des patients, **peut diverger dans sa taille en fonction des capacités d'accueil des services et de la technicité à assurer**. En effet, en lien avec la partie précédente sur les structures hospitalières, on constate que les services de pointe ont des capacités d'accueil grandissantes, du fait de l'unification de plusieurs sites. Ces services qui sont souvent des unités de réanimation adultes ou enfants, d'urgences, de soins continus, se voient divisés sur plusieurs unités, afin de garder une organisation optimale et d'avoir le sentiment de rester à taille humaine. Ces modernités architecturales ne sont pas sans effet sur les équipes soignantes. Effectivement, aujourd'hui **les équipes sont de plus en plus importantes et il n'est pas rare de voir des Cadres de Santé amenés à gérer des effectifs de plus de 100 agents sur leur secteur**.

En plus de ce phénomène quantitatif assez récent, il semble non négligeable de faire un point sur la partie qualitative des équipes. En effet, il faut ici évoquer l'évolution des mentalités dans le métier de soignant avec l'arrivée de la génération Y sur le marché du travail. En décembre 2012, Cyril JOANNES, Psychologue clinicien, relate dans un article une enquête intitulée « L'intégration de la génération Y en entreprise : enjeux, opportunités et obstacles pour les entreprises et les instituts de formations » et réalisée par l'IAE de Lyon à l'occasion du 9<sup>ème</sup> Forum Carrières du Management. Elle a servi de base pour dresser la synthèse suivante : *« Lorsque l'on demande aux entreprises de définir leurs salariés issus de la génération Y, les 2/3 les disent "impatientes", la moitié les considèrent comme "individualistes et constamment connectés aux réseaux sociaux". Les "qualités d'ouvertures d'esprit et de créativité" n'étant relevées que par un quart des entreprises. [...] Le "Y<sup>er</sup>" est donc perçu comme moins impliqué dans le travail, plus individualiste, peu enclin à se fixer sur un poste et globalement réfractaire à l'autorité »*<sup>66</sup>. On comprend donc dorénavant **plus les difficultés de management qui peuvent se poser vis à vis de cette nouvelle génération et le temps plus important dédié à l'intégration, à l'encadrement et à la gestion au quotidien de ces agents**.

---

<sup>66</sup> *Comprendre la génération Y pour mieux la manager*, Cyril JOANNES

Au vu des remarques établies à la suite de l'enquête exploratoire ainsi que lors de son analyse, et des nouveaux apports théoriques faits, il me paraît nécessaire de nuancer l'hypothèse de départ de mon travail de recherche tel que :

**Le Cadre de Santé, en lien avec l'évolution des organisations hospitalières, délègue de nombreuses missions aux Infirmières référentes, pour remplir les nouvelles tâches attribuées par sa hiérarchie, ceci l'obligeant à repenser sa place auprès de l'équipe soignante.**

Pour la suite de mon enquête je décide de conserver le questionnaire destiné aux Cadres de Santé, tel que pour les entretiens exploratoires. De plus pour ouvrir mon questionnement en lien avec la place du Cadre de Santé au sein du service, j'irai interroger les différents professionnels de santé pouvant compléter cette précédente analyse.

## 4. ANALYSE DE L'ENQUÊTE

### 4.1 L'échantillon interrogé

Afin de présenter l'échantillon des personnes interrogées, de manière synthétique, j'ai choisi d'exposer les données sous forme d'un tableau, reprenant l'âge, le sexe, la fonction, l'ancienneté dans la fonction, le parcours professionnel, le service d'exercice professionnel et sa capacité, ainsi que la taille de l'équipe. Pour chaque personne interrogée, j'ai noté aussi la durée de l'entretien, et j'ai fait un rappel couleur pour identifier les professionnels issus d'un même service.

	Âge	Sexe	Fonction	Ancienneté dans la fonction	Parcours professionnel	Service	Capacité du service	Taille de l'équipe
<b>CDS 1</b> <b>24'31</b>	54 ans	F	Cadre de santé	10 ans	<b>IDE :</b> - 20 ans en réanimation; - 1 an en consultations; <b>CDS :</b> - 10 ans aux urgences.	Urgences adulte	66 000 passages/an	45 AS 65 IDE 2 IDEC 2 CDS
<b>CDS 2</b> <b>21'23</b>	43 ans	F	Cadre de santé	9 ans	<b>IDE :</b> - 9 ans en médecine; <b>FFCS :</b> - 2 ans 1/2 en gastro; <b>CDS :</b> - 7 ans en pneumologie; - 6 mois aux urgences; - 2 ans en réanimation.	Réanimation adulte	40 lits	50 AS 78 IDE 3 IDEC 2 CDS
<b>CDS 3</b> <b>46'09</b>	51 ans	F	Cadre de santé	19 ans	<b>IDE :</b> - 4 ans en chirurgie; - 5 ans en réanimation; - 1 an en IFSI; <b>CDS :</b> - 9 ans en IFSI; - 10 ans en réanimation.	Réanimation adulte	15 lits	24 AS 29 IDE 1 IDEC 1 CDS
<b>IDEC 1</b> <b>21'21</b>	33 ans	F	IDEC	1 an	<b>IDE :</b> - 2 ans en soins palliatifs; - 11 ans aux urgences	Urgences adulte		
<b>IDEC 2</b> <b>18'26</b>	31 ans	F	IDEC	10 mois	<b>IDE :</b> - 2 ans en pneumologie - 7 ans en réanimation	Réanimation adulte		
<b>IDEC 3</b> <b>18'42</b>	40 ans	F	IDEC	8 mois	<b>ASH :</b> - 10 ans <b>IDE :</b> - 10 ans en réanimation	Réanimation adulte		

	Âge	Sexe	Fonction	Ancienneté dans la fonction	Parcours professionnel	Service	Capacité du service	Taille de l'équipe
<b>Soignante 1</b> <b>18'38</b>	57 ans	F	AS	25 ans	<b>AP</b> : - 10 ans en crèche; <b>AS</b> : - 10 ans en maison de retraite; - 5 ans aux urgences.	Urgences adulte		
<b>Soignante 2</b> <b>24'31</b>	30 ans	F	IDE	4 ans	<b>IDE</b> : - 4 ans aux urgences.	Urgences adulte		
<b>Soignante 3</b> <b>28'58</b>	25 ans	F	IDE	4 ans	<b>IDE</b> : - 2 ans aux urgences dans un autre établissement; - 2 ans aux urgences.	Réanimation adulte		
<b>Soignante 4</b> <b>10'19</b>	23 ans	F	IDE	1 an	<b>IDE</b> : -1 an en réanimation	Réanimation adulte		
<b>Soignante 5</b> <b>10'17</b>	25 ans	F	IDE	4 ans	<b>IDE</b> : - 4 ans en réanimation	Réanimation adulte		
<b>Soignante 6</b> <b>10'38</b>	28 ans	F	IDE	7 ans	<b>IDE</b> : - 3 ans en chirurgie cardiaque; - 4 ans en réanimation.	Réanimation adulte		

## 4.2 L'analyse par thématique

J'ai abordé ici chaque thématique selon la méthode employée pour l'analyse des entretiens exploratoires, avec une puce différente pour l'analyse des entretiens (« • ») et pour mon cheminement au travers des réponses données par les professionnels de santé interrogés (« ➤ »).

### 4.2.1 L'évolution des organisations hospitalières

« Pensez-vous que l'évolution du métier de Cadre de santé soit en lien avec les nouvelles réformes hospitalières ? » (CDS)

« Pensez-vous que cette délégation soit en lien avec les nouvelles réformes hospitalières? Pourquoi? » (IDEC)

« Pensez-vous que cette délégation soit en lien avec la mise en place des Pôles, suite aux nouvelles réformes hospitalières ? Pourquoi? » (Soignante)

- Les CDS et les IDEC répondent positivement à cette question mais sans forcément faire un rapprochement avec la mise en place de pôles dans les structures hospitalières.  
Elles mettent en avant la nouvelle organisation autour de grandes structures, accueillant forcément de grandes équipes de soins, en tout cas sur les services spécialisés.
- Les soignantes quant à elles ne répondent pas forcément à cette interrogation car elles sont "*loin de ça*", et si elles le font c'est seulement en mentionnant le poids de la direction sur les activités ou les décisions du CDS.
- De manière globale les CDS et les IDEC rejoignent cette idée, en parlant de nouvelle politique de soins dans les organisations soignantes avec des objectifs d'activités à remplir, des contraintes budgétaires à suivre, des normes qualité et sécurité contraignantes et chronophages. Les IDEC qui travaillent de près avec les CDS soulignent que ces derniers sont souvent amenés à participer à des réunions de travail avec la direction, qui les obligent à être absents du service.
  - D'après les réponses apportées par les différentes personnes interrogées, je peux faire le rapprochement entre la mise en place des pôles dans les structures hospitalières, via la loi HPST de 2009 que j'ai développée dans la description de la structure hospitalière, et les changements d'organisation qui ont été effectués depuis. En effet je constate que ces évolutions ont amené les hôpitaux à choisir de nouvelles trajectoires aux travers d'une politique de soins ayant pour objectif d'accroître les activités mais en limitant les budgets consacrés.
  - Ces directives descendant envers les services de soins, ont considérablement modifié la façon d'aborder le soin et le patient, conduisant le CDS à adopter de nouvelles manières de manager l'équipe.

#### 4.2.2 L'évolution du métier de Cadre de Santé

« Depuis que vous êtes CDS, avez-vous ressenti une évolution dans le métier ? » (CDS)

- La première idée des CDS c'est qu'elles n'ont plus le temps...  
Elles parlent toutes d'une évolution du métier qui les a conduites à des tâches administratives et à un travail de gestionnaire. Elles évoquent le fait d'être accaparées par les plannings et les réunions institutionnelles.  
L'évolution encore à venir ne les satisfait pas et leur fait même peur car les éloignent encore plus de leur cœur de métier. Une cadre évoque aussi le pouvoir que les directions ont pris sur les décisions de service et le manque de confiance envers l'encadrement.
  
- Les IDEC rejoignent la pensée des CDS en avançant que l'évolution du métier CDS ne va pas aller en s'améliorant. Ces dernières ne vont pas se rapprocher des équipes, mais bien s'en éloigner en ne faisant plus que du management d'équipe. Forcément avec cela les IDEC pensent qu'elles auront alors un rôle primordial auprès des équipes, sauf si on augmente les effectifs des CDS, ce qui ne semble pas d'actualité.
  
- Les soignantes pointent du doigt l'évolution qui se profile depuis quelques temps et pensent effectivement que le CDS est voué à accomplir des missions purement administratives à long terme. L'une d'entre elle évoque même le fait que nous finirons par devenir interchangeable d'un service à l'autre, sans réelle spécificité. Une autre soignante parle du passé et se rappelle lorsque la CDS venait aider les IDE dans les soins lorsqu'elles n'arrivaient pas à effectuer un soin; elle finit par dire qu'aujourd'hui, c'est inimaginable.
  - Au travers du cadre conceptuel, j'ai pu mettre en avant l'évolution socio-historique du CDS, qui lui fait prendre une part de plus en plus importante dans l'organisation des structures de soins. Si j'établis désormais un rapprochement avec les réponses données par les personnes interviewées, c'est aussi ce qui est ressenti mais de manière plus contrastée. En effet, il est dorénavant évident que le métier du CDS autrefois très proche des soins, a tendance à s'en éloigner pour arriver vers un rôle de gestionnaire.  
La vision qui se profile pour le CDS est vue négativement par beaucoup, si on considère que la proximité avec les équipes est moindre. Cependant le rôle de manager défini comme le rôle premier du Cadre, est pour sa part bien rempli

par les missions de gestion que le CDS effectue. Là où il se trouve contrasté, c'est par le sentiment de ne pas être considéré par la direction, via les décisions qu'il prend ou les missions qu'il accomplit au jour le jour : « *le travail invisible du cadre* ».

- Je peux maintenant affirmer que les missions du CDS ont bien évolué vers des missions les éloignant un peu plus chaque jour des soins.

### 4.2.3 L'évolution des missions du Cadre de Santé

« *Comment voyez-vous la profession du Cadre de Santé d'ici 5 à 10 ans ? L'évolution qui se profile vous convient-elle ? Pourquoi ?* » (CDS)

- Les mêmes missions reviennent sans cesse dans le "top ten", soit: les plannings, la gestion de l'absentéisme, les réunions, les groupes de travail, calculs des effectifs, de l'activité... Les CDS mettent en avant que c'est difficile d'être sur des missions de proximité.
- Les IDEC avancent que les CDS sont effectivement surchargées par la gestion de planning, de l'absentéisme, que certaines considèrent même représenter 70% de leur charge de travail. Les IDEC interrogées parlent toutes des réunions: institutionnelles, de pôle, de service, de travail. Lorsqu'elles abordent ce sujet, les IDEC prennent toutes un air contrit et plaignent beaucoup les CDS de leur service: « *elles sont surchargées malheureusement* », « *Les pauvres, elles ont beaucoup de problème de planning...* ».
- Cette idée de missions purement de gestionnaire et tout de suite mise en avant par les équipes soignantes. Toutes évoquent les mêmes missions en parlant de planning et de gestion de l'absentéisme. D'ailleurs quand je leur demande si les CDS répondent à leurs besoins et quels sont-ils, elles répondent par la positive en disant que pour les moindres changements de planning, de CA ou de calcul de compte épargne temps, les CDS sont disponibles. Aucune d'entre elles ne met en avant des besoins portant sur les soins ou la prise en charge des patients.

- Les évolutions des missions du CDS sont le reflet de sa propre évolution au sein de la structure hospitalière. L'échantillon interrogé est unanime sur les missions qu'effectuent au quotidien les CDS, de l'ordre de la gestion RH ou de l'activité. Comme dans une entreprise, le CDS est maintenant présent pour être le plus efficace possible en rendant l'organisation efficiente. En effectuant ces tâches, qui leur semblent à toutes chronophages, et qui leur prennent tout leur temps, les CDS ne se sentent plus dans la proximité. Cette idée est d'ailleurs mise autant en avant par les CDS que par les IDEC ou les équipes soignantes.
- Le manque de temps auprès des équipes, conduit ainsi le CDS à avoir recourt à la délégation.

#### 4.2.4 La délégation du Cadre de Santé

« Vous a-t-elle conduit à avoir recours à la délégation ? Si oui : à qui ? Quand ? Comment ? » (CDS)

« À votre avis ces missions découlent-elles d'une délégation du CDS ? Si oui, comment cette délégation est-elle mise en place ? » (IDEC)

« Savez-vous comment est établi le partenariat CDS/IDE référentes ? Si oui, pouvez-vous me décrire le fonctionnement ? » (Soignante)

- De manière générale, les CDS fonctionnaient beaucoup avec la délégation de tâches vers les équipes soignantes. Elles expliquent que cette délégation vers les IDEC est devenue incontournable du fait des multiples missions qui leur étaient confiées mais aussi étant donné la charge de travail qu'avaient les équipes soignantes (Annexe IX).

Les IDEC sont toutes mises en place dans les services que j'ai interviewés et des fiches de poste existent sur tous ces secteurs. Chacune des cadres met en avant que ces IDE sont sur des postes officiels aux yeux de la direction mais qu'elles doivent prendre sur leur effectif de soins pour occuper ce poste.

Les CDS travaillent en collaboration avec les IDEC, en se basant sur la confiance et en leur laissant une grande autonomie dans l'accomplissement des missions. Les réunions de compte rendu sont plus ou moins informelles, mais elles disent toutes qu'elles sont disponibles pour accompagner les IDEC en cas de difficultés.

- Les IDEC évoquent effectivement toutes une grande part d'autonomie dans la gestion de leur travail. Elles parlent toutes d'une bonne communication avec leur CDS et d'une relation de confiance facilitée. Les IDEC disent aussi que si elles ressentent la moindre difficulté elles peuvent s'adresser à leur CDS. Une des IDEC met en avant le binôme CDS/IDEC et l'importance d'une bonne entente pour travailler ensemble.

Pour une des IDEC, les missions qui lui sont confiées ne découlent pas forcément de la délégation du CDS car elle a repris des tâches que l'équipe soignante effectuait avant et pour elle ce n'était pas à la CDS de s'occuper du matériel ou de la pharmacie, mais elle dit quand même qu'elle remplace la CDS dans la gestion du personnel et les ressources humaines lorsqu'elle est absente ou en congés.

- L'équipe soignante par contre est plus éloignée du fonctionnement de ce binôme. Elles connaissent l'existante d'une fiche de poste, mais n'en n'ont pas forcément pris connaissance. Pour beaucoup, elles supposent que les CDS et les IDEC se rencontrent régulièrement pour des réunions de travail mais ne donnent pas plus de détails. Elles n'ont pas l'air vraiment au courant du fonctionnement de ce partenariat mais en même temps ne donnent pas l'impression d'être gênées par cela ou curieuses de savoir comment il s'établit.

➤ Le CDS a toujours eu recours à la délégation de quelques manières que ce soit ; généralement sur des tâches secondaires, confiées aux équipes soignantes. Aujourd'hui cette dimension a changé et ce que le CDS est amené à déléguer ce sont les missions de contrôle, d'évaluation et d'amélioration des pratiques.

Les IDEC travaillent presque en toute autonomie, de la conception des outils jusqu'à leur mise en place et des corrections s'il y a lieu ; par exemple pour l'accompagnement des stagiaires ou des nouveaux arrivants, mais aussi pour tout ce qui concerne la pharmacie, le matériel, le laboratoire, etc. Les équipes soignantes rapportent d'ailleurs qu'elles sont assez loin de la formalisation du partenariat CDS et IDEC.

Les IDEC ont des postes spécifiques avec des missions bien précises qui sont en lien direct avec l'équipe soignante.

- Je trouve maintenant important de revenir plus en détail sur les missions qui sont confiées aux IDEC, afin d'établir le lien qu'elles peuvent avoir avec les soins et la prise en charge des patients.

#### 4.2.5 Les missions des IDE référentes

« Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ? Si oui, en quoi consiste ce partenariat ? » (CDS)

« Quelles sont vos missions au sein de l'unité ? » (IDEC)

« Connaissez-vous les missions qu'effectuent les IDE référentes dans le service ? Si oui, en quoi consistent-elles ? » (Soignante)

- Les CDS interrogées décrivent les mêmes missions déléguées aux IDEC: matériel, pharmacie, biomédical, l'organisation autour des stagiaires et des nouveaux arrivants, l'actualisation des procédures.

Pour les CDS qui travaillent avec deux IDEC dans leur service, chacune a des missions bien définies, elles se complètent et se relaient en l'absence de l'une ou l'autre.

De manière très occasionnelle, elles peuvent être amenées à être dans les soins avec la PEC complète de patient, mais cela reste exceptionnel.

- Les IDEC décrivent de manière détaillée les missions qu'elles accomplissent au quotidien et les procédures qu'elles mettent en place.

Pour ce qui est de la prise en charge des stagiaires et des nouveaux arrivants, elles présentent des procédures de A à Z, de l'accueil, au bilan final, en passant par l'enseignement théorique ou encore l'élaboration du PAP (Parcours Progressif d'Apprentissage).

Pour ce qui est de la gestion du matériel, il en est de même: de la relation avec les commerciaux, à la mise en place du matériel, en passant par les formations du personnel ou encore la prise en charge par le biomédical si besoin.

Pour la gestion de la pharmacie, cela va des commandes de médicaments, au changement de dispositifs médicaux et de références, à la communication à l'équipe autour de ces changements et jusqu'à la relation avec la pharmacie pour des erreurs, des retours...

- Les soignantes, si elles ignorent le mode de fonctionnement du binôme, sont très au fait des missions que les IDEC accomplissent dans le service. Elles savent quelle IDEC est plus référente de telle ou telle mission.

Une équipe met en avant que les missions confiées à l'IDEC ont aussi déchargé les soignantes, surtout en ce qui concerne la gestion des appels téléphoniques ou l'accueil des familles.

- Il est clairement mis en avant que les missions confiées aux IDEC sont en lien avec la prise en charge des patients et donc au final, la qualité des soins promulgués par l'équipe soignante. Elles se trouvent dans l'environnement direct du patient et de l'équipe à travers les tâches qu'elles effectuent au quotidien.

Les IDEC peuvent être amenées à se relayer entre elles et il n'est pas fait mention que ce sont les CDS qui relaient les IDEC en cas d'absence.

- Je pense après ces explications situer l'IDEC au sein du service : spécificité, nomination, projet professionnel.

#### 4.2.6 Les IDE référentes

« Selon quels critères les IDE référentes sont nommées dans le service ? » (CDS)

« D'après vous sont-elles en lien avec votre projet professionnel ? » (IDEC)

« Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ? Si oui, en quoi consiste ce partenariat ? » (Soignante)

- Les CDS expliquent que la mise en place des IDEC dans les services a souvent été un long combat avec les directions qui ne voyaient pas toujours l'utilité de cette fonction dans les services. Elles ont pourtant appuyé leur demande en argumentant le besoin de fonction support auprès des équipes de soins et d'elles-mêmes, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, et en fait améliorer la PEC des patients. Les CDS évoquent l'importance d'avoir une nomination des IDEC formalisée au sein du service. Effectivement, elles disent que les expériences précédentes fondées sur une imposition de la direction ou un choix de l'IDE sur des critères non expliqués à l'équipe peuvent amener à des difficultés d'intégration de celle-ci.

Même si pour certaines CDS, il s'agit de réintégrer des agents ayant des contraintes médicales et dont il est dommageable de perdre les compétences, elles sont toutes unanimes quant au fait que la nomination d'une IDEC doit être expliquée aux équipes et accompagnée.

Les CDS parlent désormais d'entretien avec les agents postulant à ce poste. Elles expliquent que les IDEC ont été choisies pour les compétences qu'elles avaient développées dans le service, leur investissement et souvent leur ancienneté.

- Pour toutes les IDEC interrogées sauf une, il s'agit à la base d'un projet professionnel d'évolution dans le métier. Pour l'une d'entre elle, des problèmes médicaux l'ont contraint à se reconvertir. Elle affirme que les soins lui manquent vraiment mais qu'elle a quand même du plaisir d'être restée dans un service technique où elle peut être utile, même si elle reste frustrée de n'être plus en contact direct avec les patients. Pour les autres IDEC, elles semblent épanouies dans leur fonction. Elles en parlent avec motivation et plaisir. Elles se sentent utiles au service, à l'équipe et aux CDS. Elles parlent même de reconnaissance et de satisfaction personnelle de se voir confier certaines missions par le CDS.
  - Les équipes soignantes valorisent beaucoup le travail des IDEC. Elles trouvent pour beaucoup que cela les décharge d'éléments « *polluants* » (téléphone, problème de pharmacie, de matériel, etc). Elles mettent en avant que les IDEC sont désormais des éléments incontournables, sur qui elles peuvent s'appuyer quotidiennement pour les nouvelles procédures, informations diverses, prise en charge de l'urgence technique. Les soignantes disent qu'elles font la part des choses entre les missions du CDS et celles des IDEC, elles s'adressent aux CDS pour la gestion du personnel et aux IDEC pour l'organisation des soins.  
Elles considèrent les IDEC comme des coordinatrices entre le CDS et l'équipe, en plus elles évoquent qu'il n'y a pas cette barrière hiérarchique avec les IDEC, étant des collègues au même niveau qu'elles.
- Les IDEC sont des éléments positifs pour un service, de par les compétences qu'elles peuvent appliquer à bon escient pour accompagner les équipes au quotidien. Il s'agit pour elles d'un projet professionnel en rapport avec des

spécificités qu'elles ont su développer et qu'elles souhaitent désormais partager.

Si ces nouvelles catégories de soignantes ont été difficiles à mettre en place dans les services, elles sont aujourd'hui des éléments indispensables à la bonne organisation des soins autour du patient.

Je peux dire que leur nomination au sein du service reste le point de fragilité à leur introduction auprès des soignantes. Les choix doivent être formalisés, argumentés et expliqués pour leur donner une place légitime dans l'équipe. Ensuite, charge à elles de prendre leur place au sein de l'équipe.

- Cette étape est primordiale afin de faire le distinguo entre leur place et celle du CDS face à l'équipe soignante.

#### 4.2.7 La place du Cadre de Santé

*« Quel type de management pensez-vous adopter vis à vis de ces IDE ? Et vis à vis de l'équipe soignante ? » (CDS)*

*« Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décririez la relation entre le CDS et l'équipe soignante aujourd'hui ? » (IDEC)*

*« D'après vous le CDS est-il suffisamment disponible selon vos besoins ? De quels ordres sont-ils ? » (Soignante)*

- Les CDS décrivent leur management plutôt sur un mode participatif, que ce soit envers les IDEC qu'envers les équipes soignantes, avec une grande part d'autonomie et une relation basée sur la confiance. Deux des CDS interrogées disent ne plus se situer en proximité de leur équipe; pas de leur propre volonté mais plus par la force des choses, par manque de temps et par les obligations de management auxquelles elles doivent faire face, entre autre la gestion du personnel. La troisième CDS interrogée se situe assez proche de son équipe. Elle met en avant ses valeurs et dit essayer de garder cette proximité avec l'équipe, même si aujourd'hui elle avoue que c'est de plus en plus compliqué avec les exigences de la direction.
- Les IDEC, pour deux d'entre elles, relatent une relation difficile entre les CDS et l'équipe soignante. Elles évoquent le fait que les CDS sont obnubilées par les

missions institutionnelles qu'elles considèrent comme la gestion des plannings, de l'absentéisme, les réunions. Elles disent que les CDS font désormais du management, elles ne sont plus soignantes mais gestionnaires. Elles expriment le sentiment que les CDS ont une place très compliquée, qu'elles ont une place tampon entre la direction et le personnel. Elles avouent même qu'elles ont conscience que les équipes ont le sentiment que les CDS ne les soutiennent pas dans les décisions de la direction, mais qu'en tant qu'IDEC, elles se rendent bien compte que les CDS n'ont pas souvent le choix des décisions qui leurs sont imposées.

La troisième IDEC interrogée est en accord avec ce que dit sa CDS. Elle met en avant la place de proximité que maintient cette dernière, elle dit même d'elle qu'elle est parfaite, exceptionnelle et qu'elle sait fidéliser son équipe.

- Pour les équipes soignantes, le bilan sur la place du CDS est aussi contrasté. Effectivement si 2 des soignantes interrogées parlent d'une CDS présente, à l'écoute des agents et qui vient de temps à autre soutenir l'équipe dans les soins, les 4 autres n'ont pas vraiment le même regard. En effet, de manière générale, les CDS sont disponibles et abordables pour tout ce qui concernent les besoins RH: changement de planning, validation de vacances, etc. Elles mentionnent quand même pour certaines, une perte de relation avec leur CDS de l'ordre de l'humain; elles pensent qu'elles s'éloignent de la relation de soins et donc à fortiori de leur cœur de métier soignant.

- Le positionnement du CDS, en rapport avec le cadre conceptuel, choisit ici un management délégué, en responsabilisant les IDEC et en développant leurs compétences, mais aussi un management participatif, en mobilisant les IDEC et les soignantes, et en les impliquant via différentes tâches.

Le CDS délègue et implique les équipes sur des missions en lien avec les soins, pour pouvoir remplir ses missions institutionnelles. Ce type de management l'amène à s'éloigner des soins et donc de la proximité avec les équipes.

Je remarque que les IDEC ont un regard croisé sur la place du CDS et la décrivent comme complexe, car située entre la direction et les équipes, avec chacune leurs propres exigences. C'est le constat que fait le CDS de son

positionnement, qu'il n'envisageait pas comme cela, mais avec des directives qui l'y obligent.

Malgré tout, je vois que les valeurs du CDS restent les mêmes et lorsque cela lui est rendu possible, il essaie de conserver de la proximité avec l'équipe.

- Le positionnement du CDS s'éloigne de l'équipe soignante malgré lui et il est important de préciser la place que les IDEC ont dans le service, pour mieux comprendre cela.

#### 4.2.8 La place des IDE référentes

« Comment qualifieriez-vous la relation des IDE référentes avec l'équipe soignante ? »  
(CDS)

« Comment vous situez-vous vis à vis de l'équipe soignante ? » (IDEC)

« Comment vous situez-vous vis à vis du CDS ? » (IDEC)

- Les CDS considèrent que les IDEC ont une place intermédiaire entre elles et les équipes ou encore les autres services (pharmacie, laboratoire, biomédical, etc).  
Les CDS considèrent que les IDEC ont une bonne relation avec l'équipe soignante, même si pour certaines les débuts ont été marqués par une nomination arbitraire qui a pu compliquer leur intégration en tant qu'IDEC. Ces difficultés sont aussi ressenties lorsque l'IDEC est issue de l'équipe soignante du service en question. Toutes les CDS concèdent qu'au final les choses vont bien dorénavant et qu'elles ont trouvé leur place. Les IDEC apportent une grande aide aux équipes qui les perçoivent au final comme des éléments très positifs.
- Les IDEC avouent toutes qu'il leur a fallu un laps de temps pour trouver leurs marques auprès des CDS et auprès de l'équipe soignante. Elles disent qu'être une ancienne collègue de l'équipe ne facilite pas les choses au début mais qu'après cela s'améliore.  
Elles ont désormais une bonne relation avec les équipes soignantes et les équipes savent qu'elles peuvent compter sur les IDEC. Une des IDEC souligne tout de même que parfois, les équipes auraient tendance à trop s'appuyer sur elle et qu'elle doit parfois recadrer les choses mais qu'elle laisse cette mission à la CDS.

Dans l'ensemble, elles ont le sentiment d'être des relais de communication entre les CDS et les équipes soignantes, et que les équipes viennent plus facilement vers elles car elles sont plus disponibles.

- Pour les équipes soignantes, la place des IDEC évoquée en premier lieu, est une place de lien entre l'équipe et les CDS. Les soignantes parlent d'une relation plus proche avec les IDEC qu'avec les CDS, du fait de leur disponibilité dans le service et aussi du fait qu'elles ne soient pas CDS mais une collègue. Elles disent toutes qu'elles ont une bonne relation avec les IDEC, qu'elles n'hésitent pas à les appeler et qu'elles sont un réel soutien.

- De manière générale, comme je le presentais, les IDEC occupent une place intermédiaire entre le CDS et l'équipe soignante. Elles sont le relai des informations en lien avec la prise en charge des patients mais aussi au plus près des équipes par le rôle primordial qu'elles jouent auprès des stagiaires et des nouveaux arrivants.

Les soignants se sentent plus proches des IDEC que des CDS par le fait qu'elles sont issues de l'équipe et donc plus abordables car au même niveau hiérarchique qu'elles.

Leur positionnement, comme je l'ai dit précédemment, reste à accompagner auprès de l'équipe soignante et le cadrage est fait par le CDS car il est entendu que l'IDEC n'a pas autorité sur l'équipe.

- Après les exposés établis auparavant dans le cadre théorique et l'analyse des entretiens menés auprès des professionnels de santé, je dois maintenant évoquer les ressentis du CDS et des équipes soignantes, qui permettent d'approfondir ma recherche et mes perspectives de cheminement.

#### 4.2.9 Le ressenti du Cadre de Santé

« Comment qualifieriez-vous votre relation avec l'équipe soignante ? » (CDS)

« Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décririez votre identité professionnelle aujourd'hui ? » (CDS)

« Que vous renvoie le CDS sur vos activités ? » (IDEC)

- De manière générale, les CDS interrogés se trouvent disponibles pour les IDEC et les équipes soignantes. Un retour est fait sur la difficulté à établir une relation avec les équipes de nuit, qu'elles gèrent mais qu'elles voient peu. L'une d'entre elles dit qu'elle décale ces horaires de travail, une fois tous les quinze jours pour passer du temps avec les agents de nuit.

Deux des CDS évoquent des difficultés à garder de la proximité avec les équipes, avec l'évolution de leur fonction qui les éloigne de leur cœur de métier. Elles ont le sentiment d'être assaillies par des tâches administratives qui forcément les rendent insatisfaites de leur travail au quotidien. Malgré tout, elles aiment leur métier et disent qu'on ne le fait pas par hasard et elles restent attachées à des valeurs.

La troisième CDS reste aussi attachée à ses valeurs et ressent moins ce manque de proximité avec son équipe et les patients. Elle avoue tout de même que ces derniers temps la gestion du personnel lui a pris énormément de temps mais qu'elle n'en oublie pas moins son équipe et que son souhait est de rester proche de son équipe aussi longtemps qu'elle le pourra.

- Je peux affirmer que le CDS se sent disponible pour l'équipe et les IDEC au travers de missions gestionnaires.

Le CDS a des valeurs propres à son identité professionnelle. Si cette dernière a été guidée par les soins en étant IDE, elle s'en éloigne le jour où il prend un poste de manager, désormais plus proche de l'organisation d'un service de soins. La proximité est définie comme « *Situation de quelqu'un qui se trouve à peu de distance de quelqu'un d'autre* »<sup>67</sup>. Je pense donc que le CDS d'aujourd'hui est effectivement dans une proximité avec l'équipe qui n'est plus désormais de l'ordre du soin, mais plus en lien avec l'organisation du soin.

- Je trouve important de mettre en parallèle le ressenti du CDS et celui de l'équipe soignante à son égard et aussi à l'égard des IDEC.

#### 4.2.10 Le ressenti de l'équipe soignante

« *Que vous renvoie l'équipe soignante sur vos activités ?* » (IDEC)

« *Que vous renvoie l'équipe sur votre partenariat avec le CDS ?* » (IDEC)

« *Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec les IDE référentes ?* » (Soignante)

---

<sup>67</sup> Larousse, version internet <http://www.larousse.fr>, consultée le 27/04/2016

« Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décririez la relation entre le CDS et l'équipe soignante aujourd'hui ? » (Soignante)

« À votre avis, quelles sont les motivations qui poussent à devenir CDS ? » (Soignante)

- Une des CDS parle d'une enquête qu'elle a menée auprès de l'équipe soignante en 2015, sur la mise en place de la fonction IDEC dans le service. Il ressort de cette enquête que 99% des agents sont satisfaits du travail de l'IDEC, qu'elle apporte vraiment un plus et qu'elle permet d'atténuer le stress de l'équipe.
- Les IDEC interrogées ont le même discours. Les équipes soignantes et les CDS semblent satisfaites de leur travail en collaboration. L'une des IDEC soulève même que pour certains agents de l'équipe, elle est devenue indispensable, car elles se déchargent beaucoup sur elle.
- L'équipe soignante est effectivement dans son ensemble très satisfaite de travailler avec les IDEC. Pour certaines, elles parlent même de « *bouée de sauvetage* ». Elles ont le sentiment, que les IDEC ont énormément de connaissances et peuvent apporter des solutions.

Les équipes soignantes évoquent un bénéfice pour elles qui a fortiori a rejailli sur les PEC des patients, sur l'amélioration de la qualité des soins et des prises en charge dans leur globalité.

Les soignantes mettent aussi en avant le sentiment d'avoir une relation privilégiée avec les IDEC: disponibilité, écoute, attention, soutien. Elles sont désormais des personnes ressources pour les équipes en ce qui concerne les soins et l'environnement proche du patient. Les CDS sont désignés comme des personnes ressources pour tout ce qui est de la gestion du personnel et les soignantes évoquent cela de manière logique.

- De manière objective, les différents audits, menés auprès des équipes par le CDS auprès des équipes soignantes, montrent leur pleine satisfaction à travailler en collaboration avec les IDEC. Je peux effectivement dire que le discours recueilli auprès des soignants va dans ce sens. Les IDEC sont un soutien nécessaire pour elles dans la prise en charge au quotidien des patients. Elles leur permettent d'assurer des soins de qualité et dans une sécurité attendue.

Les soignantes ne sont pas dans la négative lorsqu'elles parlent de la place du CDS ou de son positionnement. Elles partent du principe qu'il remplit tout à fait ses missions de gestionnaire des ressources humaines et qu'il est disponible pour leur répondre dans ce sens-là. L'équipe a trouvé en l'IDEC une personne ressource pour répondre à son questionnement sur les soins.

- J'ai développé dans le cadre conceptuel complémentaire, deux notions importantes à prendre en compte que sont l'équipe soignante et sa typologie, ainsi que les structures hospitalières dans son organisation architecturale et humaine, en plus de toutes les représentations évoquées juste avant.

#### 4.2.11 L'impact des structures hospitalières

« Comment imaginez-vous le métier de CDS dans le futur ? » (IDEC)

« Vers quoi pensez-vous qu'elle puisse évoluer d'ici 5 à 10 ans ? » (Soignante)

- Les CDS évoquent pour deux d'entre elles, des services de grandes capacités et forcément générant de grandes équipes soignantes. Elles font un lien avec des services plus petits où elles ont pratiqué et de manière totalement différente. L'une d'entre elle parle aussi des politiques d'établissement et des contraintes budgétaires mises en avant par les directions. Elles abordent aussi le sujet de la nouvelle génération, plus difficile à manager et à monter en compétences, avec une perte des priorités.
- Une des IDEC interrogée parle d'un PREF dans son établissement, impactant fortement le management, les missions et les décisions des CDS. Elle évoque aussi la taille de l'équipe, en citant des services très techniques et ayant une grande ampleur dans l'établissement où elle exerce. Une seconde IDEC énonce aussi que la taille du service et de l'équipe peut, pour elle, avoir un impact majeur sur le rôle du CDS et sa place dans les unités.
- Les soignantes, pour la moitié d'entre elles, suggèrent que la taille du service peut avoir son rôle dans la place du CDS au sein du service et donc auprès de l'équipe soignante.

L'une d'entre elle, rapporte aussi que le service, de par sa spécificité technique, génère une charge de travail lourde et que la gestion en est d'autant plus difficile: arrêt de travail, gestion de conflit, etc.

Une soignante dit qu'elle ne croise que très peu la CDS dans une journée, parce qu'elle est dans l'unité toute la journée et que le bureau de la CDS lui est en dehors des unités.

Enfin une soignante émet l'hypothèse que l'enseignement fait à l'IFCS apprend peut être au futur CDS à savoir prendre de la distance avec les équipes pour ne pas se laisser déborder mais qu'il est tout de même important de garder la relation de proximité.

- Je peux maintenant affirmer que la taille du service, qui engendre une taille d'équipe d'autant plus importante, a un impact considérable sur le rôle que le CDS a au sein du service et sur son positionnement auprès de l'équipe. Les services les plus spécialisés, comme la réanimation ou les urgences, d'établissement « hors norme » peuvent désormais compter jusqu'à 150 soignants. J'imagine très bien que le CDS gérant une telle équipe, même si l'encadrement est au nombre de deux parfois, peut se voir submergé par les missions de planification mensuelle, de gestion de l'absentéisme, etc. Ajouter à cela, les réunions de travail menées par les directions, dans le cadre des pôles ou des GHT, amène le CDS à être de moins en moins présent physiquement dans le service.

Au niveau architectural, ces unités formées souvent autour de différentes « *modules* » de soins, conduisent le CDS à avoir son bureau à l'extérieur des unités.

L'analyse des entretiens menés auprès des professionnels de santé a tendance à confirmer que la place du CDS au sein du service n'est plus en proximité de l'équipe pour ce qui concerne les soins. Mais avant d'affirmer cela, je vais faire la synthèse de mon analyse de l'enquête, afin de pouvoir valider ou infirmer mon hypothèse de recherche, et répondre à ma question de recherche.

### 4.3 La synthèse de l'analyse

Au regard des concepts définis dans le cadre théorique et l'analyse faite des entretiens exploratoires et définitifs, je suis en capacité de montrer que :

- L'hôpital voit son organisation modifiée depuis des années, en application des réformes que l'État instaure : d'abord avec la mise en place des pôles dans les hôpitaux et ensuite avec la construction de « *super structures* » induites par les GHT, conduisant à l'existence de services de très grandes capacités avec des équipes de soins proportionnellement considérables.
- Le Cadre de Santé voit son métier évoluer en parallèle de ces remaniements. Il est désormais un manager d'équipe et de nouvelles missions lui sont attribuées, ce qui modifie largement sa place au sein du service. Il est le garant de l'efficacité de son secteur d'activité, au travers d'une gestion des ressources humaines accrue. À sa charge de développer un management adapté, pour que les dispositions mises en place soient efficaces : par la délégation de missions spécifiques vers les Infirmières référentes et par la participation de l'équipe soignante en l'impliquant dans l'efficacité du service.
- La délégation devient un des outils essentiels pour le Cadre de Santé, afin de remplir ses missions de management de manière efficace. Même s'il y a toujours eu recours, au regard des missions confiées à l'équipe paramédicale, aujourd'hui elle devient primordiale dans les services spécialisés, afin de maintenir, voire d'améliorer, la qualité et la sécurité de prise en charge des patients. Pour une délégation efficace, il convient que le Cadre de Santé accompagne les personnes auxquelles il confie des missions, dans les tâches qu'elles accomplissent mais aussi auprès de l'équipe avec laquelle elles vont travailler.
- Les Infirmières référentes (IDEC), expertes dans un domaine donné, travaillent en collaboration avec le Cadre de Santé. Elles ont en charge d'accompagner la PEC des patients et de veiller à la qualité des soins, de manière autonome. Elles sont un soutien quotidien pour l'équipe soignante ce qui leur confère une relation particulière avec cette dernière. De plus, leur place au sein du service est une strate

intermédiaire entre le Cadre de Santé et l'équipe, car elles sont un réel relai de l'information par la communication qu'elles développent avec l'équipe soignante d'un côté et le Cadre de Santé de l'autre.

- L'identité professionnelle du Cadre de Santé est en constante modification dans un processus de « *déconstruction – reconstruction* ». Partant de sa base identitaire de soignant, ayant été un jour IDE dans les soins, il se construit désormais une identité comme manager d'équipe soignante. Seulement la construction identitaire est rendue possible à travers la reconnaissance que « *les autres* » ont sur le travail accompli. Le Cadre de Santé, s'il effectue au quotidien des tâches reconnues par sa hiérarchie et ses pairs, effectue aux yeux de l'équipe soignante « *un travail invisible* » ; rendant son positionnement d'autant plus difficile au sein du groupe.

#### 4.4 Le retour à la question de recherche

Pour finir, je peux revenir sur les origines de ce travail de recherche et rappeler l'hypothèse, reposée avant l'enquête définitive :

**Le Cadre de Santé, en lien avec l'évolution des organisations hospitalières, délègue de nombreuses missions aux IDE référentes, pour remplir les nouvelles tâches attribuées par sa hiérarchie, ceci l'obligeant à repenser sa place auprès de l'équipe soignante.**

L'analyse faite précédemment, montre que le Cadre de Santé, au travers de multiples évolutions dans les organisations hospitalières, voit son métier progresser vers un rôle de manager. Il travaille en collaboration avec des infirmières expertes, ayant en charge d'assister l'équipe soignante au plus près des soins. Les missions du Cadre de Santé sont prédominées par la gestion des ressources humaines du service, afin de mener ce dernier vers l'efficacité. Cette posture l'éloigne des soins, ce qui rend difficile son positionnement auprès de l'équipe soignante ; celle-ci n'ayant pas de visibilité sur le travail qu'il effectue au quotidien.

Je valide donc mon hypothèse et je réponds maintenant à ma question de recherche :

**« L'émergence des IDE référentes dans les services de soins, due à l'évolution des missions du Cadre de Santé, a-t-elle un impact sur son positionnement auprès de l'équipe soignante? »**

J'affirme que le Cadre de Santé, en lien avec le mode de management qu'il met en place pour répondre aux exigences des organisations hospitalières, s'éloigne des soins et perd sa proximité avec l'équipe soignante.

Les Infirmières référentes dans les services spécialisés, répondent aux questionnements des soignantes en rapport avec la prise en charge globale des patients, alors que le Cadre de Santé, répond pour sa part aux besoins qu'elles ont dans la gestion du personnel.

Il faut alors que le Cadre de Santé repense sa place dans l'équipe et qu'il définisse ses perspectives professionnelles. Il doit ensuite trouver les leviers managériaux qui lui permettront d'y accéder de manière souple et efficace.

Avant de conclure mon travail, il me paraît important dans une dernière partie de faire à mon tour un focus sur mes perspectives professionnelles, en lien avec tout ce travail de recherche théorique, mais aussi cette démarche d'enquête auprès des professionnels de santé et les conclusions que j'en ai faites.

## 5. PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES

Anciennement FFCS dans un service de médecine néonatale, je suis amenée à la fin de mon cursus à l'IFCS à revenir dans ce secteur en tant que CDS. Tout mon questionnement d'origine pour ce mémoire est basé sur mon expérience dans ce service, mon travail en collaboration avec les infirmières référentes et mon positionnement auprès de l'équipe soignante.

Après l'assimilation des nombreuses notions qui construisent mon cadre conceptuel et mon enquête sur le terrain, je sais comment aujourd'hui je souhaite me positionner en tant que CDS d'un service spécialisé et de grande capacité, et je connais les leviers managériaux que je peux mettre en œuvre pour y parvenir.

En effet, un service spécifique comme la réanimation néonatale, prend en charge des patients qui nécessitent une qualité et une sécurité des soins optimales, ainsi qu'un accompagnement de la famille au quotidien. Pendant mes deux années de FFCS, je me suis certainement éloignée de cela, par le fait que je prenais en main de nouvelles fonctions, avec des compétences qu'il fallait que je développe pour remplir mes nouvelles missions, et aussi par le fait que les IDE référentes remplissaient très bien cette mission de proximité auprès de l'équipe.

Avec le recul pris pendant ma formation à l'IFCS, les apports théoriques reçus au cours de l'année et la réflexion que j'ai eue tout au long de l'élaboration du mémoire, **je souhaite revenir dans le service en essayant au quotidien de garder cette part des soins, qui reste j'en suis sûre désormais mon cœur de métier.**

Je vais au quotidien gérer l'organisation des soins autour des plannings, de l'absentéisme, etc, mais j'ai désormais en ma possession des outils qui doivent m'aider à rendre cette mission moins chronophage. Je ne veux pas idéaliser la situation, mais **je sais qu'à travers la délégation**, je peux développer les compétences de certains agents et aussi les responsabiliser en leur confiant par exemple la mission des plannings, dont je conserve l'élaboration finale et la validation.

Ensuite, il me paraît maintenant important de continuer à revêtir ma tenue tunique-pantalon, afin de montrer à l'équipe que je suis là, présente comme elle, prête à les aider s'il y a besoin et que je suis disponible. Justement, **je veux me rendre plus disponible** et

je dois être capable de bien équilibrer les actions en faveur de l'équipe et celles en faveur de la direction ou l'institution. Comme le disait une des CDS que j'ai interrogée « *Sans les soignants, le service n'existe pas* ». Il est évident que les missions institutionnelles doivent être effectuées mais pas au détriment des équipes soignantes. **Leur exécution devant être combinée au bien-être de l'équipe.**

Par ailleurs, **je veux examiner à nouveau le partenariat IDEC/CDS.** Il me paraît maintenant intéressant de travailler avec elles autour de notre collaboration, des missions qui leur sont confiées, du cadre qui existe et que je pourrais améliorer, et aussi des limites de leurs actions, afin de tous nous repositionner au mieux dans le service et auprès de l'équipe.

Et enfin **je veux pouvoir impliquer l'équipe au maximum** dans la vie du service et dans les missions qu'elles ne voient pas (ou que de loin). Je souhaite les faire participer à travers des groupes de travail construits de manière objective et réaliste ; où le chef de projet est un membre de l'équipe soignante qui gère un groupe de personnes, un planning, des objectifs, etc.

J'ai une vision qui peut paraître très utopique de mon futur positionnement en tant que CDS, mais il me semble aujourd'hui tout à fait possible d'allier ma mission de proximité au plus près de l'équipe, soit dans les soins, et ma mission institutionnelle près des instances et de la direction. Le travail en partenariat avec les IDE référentes doit être un atout pour me conduire vers cela. Il faut que **je me réapproprie la communication auprès des équipes**, que ce soit pour les soins et la prise en charge des patients ou que ce soit pour l'organisation des soins.

## CONCLUSION

L'élaboration de ce mémoire est un travail ayant demandé un investissement sans relâche pendant presque toute la formation à l'IFCS, soit dix mois.

Ce travail d'investigation m'a permis de mettre en œuvre la démarche de recherche de manière concrète, après l'avoir abordée de manière théorique pendant les temps de formation à l'ESM. Il m'a permis au travers de nombreuses lectures de m'approprier les concepts en lien avec ma thématique, d'adopter une posture réflexive au travers des enquêtes effectuées et de l'analyse que j'en ai faite.

Cette approche a été motivée par mon expérience professionnelle en tant que FFCS, étant en quête de réponses en vue de reprendre mon poste comme Cadre de Santé dans mon ancien service. Je m'interrogeais, au départ, sur le partenariat qui était établi avec les IDE référentes et le positionnement que cela engendrait pour le Cadre de Santé dans l'équipe soignante.

Mon travail m'a permis de confirmer mon hypothèse et de répondre à ma question de recherche, en concluant que le Cadre de Santé doit repenser sa place dans le service s'il veut garder de la proximité avec l'équipe soignante. En effet, en confiant les missions spécifiques à la supervision des soins aux IDEC, infirmières expertes dans ce domaine, et en n'effectuant plus des missions de gestion, le Cadre de Santé s'éloigne des soignants.

Cette notion, du Cadre de Santé devenu désormais plus gestionnaire, rend peu perceptible le travail qu'il effectue au quotidien pour que le service fonctionne de manière optimale. Il conviendrait de redonner de la valeur à ses missions afin de ramener le Cadre de Santé au centre de l'équipe et du service dans lequel il exerce.

Les échanges que j'ai eus avec les professionnels de santé, tout au long de ce travail ont été très riches et ont ouvert ma réflexion sur de multiples pistes de travail, mais une en particulier a touché ma curiosité. **En effet je me questionne désormais sur la manière de rendre visible « le travail invisible du Cadre de Santé » : Comment ? Par qui ? Pourquoi ?**

## BIBLIOGRAPHIE

### Les ouvrages complets

BENNER Patricia, *De novice à expert – Excellence en soins infirmiers*, Éditions Masson, Hors Collection, 252 pages, 31 août 2003

BOURRET Paule, *Les cadres de santé à l'hôpital – Un travail de lien invisible*, Éditions Seli Arslan, 284 pages, 20 octobre 2006

DE KERVASDOUÉ Jean, *L'hôpital*, 5<sup>ème</sup> édition, Collection Que sais-je ?, Éditions Puf, 127 pages, 01 avril 2015

FRONTEAU Alain et BARUEL BENCHERQUI Dominique, *Le manager : entre confiance et défiance. Comment réconcilier les paradoxes*, MA Éditions, Collection Esk.Doc.Temoign, 130 pages, 26 août 2015

MIEG Catherine, *Les habits neufs du management – Comprendre la souffrance du manager*, Éditions François Bourin, Collection Société, 172 pages, 12 février 2015

MINTZBERG Henry, *Le manager au quotidien – Les 10 rôles du cadre*, 2<sup>ème</sup> édition, Éditions d'organisation, Collection Références-Poche, 294 pages, 28 septembre 2006

### Les chapitres d'ouvrage

COLOMBAT Philippe, *Qualité de vie au travail et management participatif*, Éditions Lamarre, Collection Cadres de santé, 217 pages, 28 juin 2012

DUBAR Claude, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Éditions Armand Cloin, Collection U (5<sup>ème</sup> édition), mai 2015

GOHIER Christiane et ALIN Christian, « *Enseignant-formateur : la construction de l'identité professionnelle* », Éditions l'Harmattan, Collections Éducation et formation, 302 pages, 2000

MAGNON René, DÉCHANOZ Geneviève et BEC Janine, « *Dictionnaire des soins infirmiers et de la professions infirmière* », Éditions Elsevier Masson, Collection Mass, 3<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, 333 pages, 22 août 2005

MORIN Pierre, *Le management et le pouvoir*, Éditions d'Organisation, Collection Eo sup, 190 pages, 1 juillet 1991

OSTY Florence 2008, « *Le désir de métier – Engagement, identité et reconnaissance au travail* », Éditions PU de Rennes, Collection Des sociétés, 244 pages, 27 février 2003

SAINSAULIEU Renaud, « *L'identité au travail – Les effets culturels de l'organisation* », Éditions Presses de Sciences Po, Collection Références, 480 pages, 1988

## Les articles

BELLANGER-ROUSSEAU Emmanuel, « *Transversalité dans les soins infirmiers, l'infirmier référent* », paru dans *Savoirs et soins infirmiers* volume 10, n°4, Novembre 2015, 7 pages

PROUTEAU Francis, « *Le planning révélateur du fonctionnement de l'équipe* », paru dans *Soins cadres* volume 21, n°82S, mai 2012, pages 12-13

RENARD Martine, HERVOUET Dominique et PROUTEAU Francis « *Cadre de santé et délégation, un enjeu managérial* », paru dans le supplément *Soins cadres* n°89, mars 2014, pages 13-15

## Les enseignements

FARNAULT Patrick, *Les postures managériales*, cours théorique, IFCS de l'ESM, 7 décembre 2015

LE GAL Morgane, *La responsabilité du cadre de santé*, cours théorique, IFCS de l'ESM, 11 décembre 2015

## WEBOGRAPHIE

### Les articles

AUBERT-LOTARSKI Angeline, *Études et conseils : démarches et outils – Construction des outils de recherche*, 2007, <http://www.esen.education.fr/conseils/recueil-de-donnees/operations/construction-des-outils-de-recueil/entretien/> (consulté le 20/03/2016)

CATANAS Marc, *Évolution socio-historique de la fonction cadre*, paru sur [cadredesante.com](http://www.cadredesante.com), 07 mars 2008, 5p, disponible sur <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Evolution-socio-historique-de-la> (consulté le 11/12/2015)

CHARVET François-Xavier, *Déléguer ses pouvoirs, mode d'emploi*, L'express entreprise, 2 mai 2008, disponible sur [www.lentreprise.lexpress.fr/gestion-fiscalite/responsabilites-assurances/deleguer-ses-pouvoirs-mode-d-emploi\\_1517443.html](http://www.lentreprise.lexpress.fr/gestion-fiscalite/responsabilites-assurances/deleguer-ses-pouvoirs-mode-d-emploi_1517443.html) (consulté le 10/01/2016)

FRAY Anne-Marie, PICOULEAU Sterenn, *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail*, Management & Avenir 8/2010 (n° 38), p. 72-88, disponible sur [www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-8-page-72.htm](http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-8-page-72.htm) (consulté le 20/02/2016)

JOANNES Cyril, *Cadre de santé : une profession en plein essor*, paru sur [cadredesante.com](http://www.cadredesante.com), 24 octobre 2012, disponible sur [www.cadredesante.com/spip/emploi/article/cadre-de-sante-une-profession-en-plein-essor](http://www.cadredesante.com/spip/emploi/article/cadre-de-sante-une-profession-en-plein-essor) (consulté le 10/01/2016)

JOANNES Cyril, *Comprendre la génération Y pour mieux la manager*, paru sur [cadredesante.com](http://www.cadredesante.com), 5 décembre 2012, disponible sur [www.cadredesante.com/spip/profession/management/article/comprendre-la-generation-y-pour-mieux-la-manager](http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/article/comprendre-la-generation-y-pour-mieux-la-manager) (consulté le 10/04/2016)

MOLINIER Éric, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Etude du Conseil économique et social présentée au nom de la section des affaires sociales, Juin 2005, 274p, disponible sur [http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2005/2005\\_10\\_eric\\_molinie.pdf](http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2005/2005_10_eric_molinie.pdf) (consulté le 03/01/2016)

SIBÉ Matthieu, *L'hôpital magnétique : définition, conceptualisation, attributs organisationnels et conséquences perçues sur les attitudes au travail*, Soutenance de thèse, 21 avril 2014, disponible sur [www.fnege.org/actualites/288/l-hopital-magnetique-definition-conceptualisation-attributs-organisationnels-et-consequences-percues-sur-les-attitudes-au-travail](http://www.fnege.org/actualites/288/l-hopital-magnetique-definition-conceptualisation-attributs-organisationnels-et-consequences-percues-sur-les-attitudes-au-travail) (consulté le 10/04/2016)

SAFON Marie-Odile, *Historique des réformes hospitalières en France*, Avril 2015, 36p, disponible sur <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf> (consulté le 15/12/2015)

VERBRANCK Lucille, *Le cadre de santé et la délégation*, paru sur [cadredesante.com](http://www.cadredesante.com), 23 avril 2004, disponible sur <http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-184.pdf> (consulté le 11/01/2016)

## Les rapports

COUTY Edouard, *Rapport Couty: 46 propositions pour restaurer la confiance à l'Hôpital*, 4 mars 2013, disponible sur [www.nileconsulting.eu/drop/2446.pdf?PHPSESSID961c162fa02b352e90e9d883052f1b95](http://www.nileconsulting.eu/drop/2446.pdf?PHPSESSID961c162fa02b352e90e9d883052f1b95)

DE SINGLY Chantal, *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, 11 septembre 2009, 124 p, disponible sur [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_chantal\\_de\\_singly.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf) (consulté le 12/12/2015)

LARCHER Gérard, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, 10 avril 2008, disponible sur [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_Larcher\\_definitif.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf)

## Les textes législatifs

### Les lois

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184. Disponible sur [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id)

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002 page 4118. Disponible sur [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A64A477D92C6CACB7CE92F004150945F.tpdila18v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000000026343](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A64A477D92C6CACB7CE92F004150945F.tpdila18v_2?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000000026343)

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016. Disponible sur [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A64A477D92C6CACB7CE92F004150945F.tpdila18v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A64A477D92C6CACB7CE92F004150945F.tpdila18v_2?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id)

## Les ordonnances

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6324. Disponible sur [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&categorieLien=id)

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. JORF n°102 du 3 mai 2005 page 7626. Disponible sur [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&categorieLien=id)

## Les décrets

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier. Disponible sur [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000307543](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000307543)

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Décret no 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. JORF n°193 du 20 août 1995 page 12468. Disponible sur [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000554484&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000554484&categorieLien=id)

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. JORF n°1 du 1 janvier 2002 page 38. Disponible sur [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000592539&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000592539&categorieLien=id)

### Les arrêtés

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. JORF n°193 du 20 août 1995 page 12469. Disponible sur

[www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id)

### Les articles

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Article L6146-1 du Code de Santé Publique. Disponible sur

[www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691049&dateTexte=&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691049&dateTexte=&categorieLien=cid)

### Les sites ressources

CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN, [www.ch-sud-francilien.fr](http://www.ch-sud-francilien.fr), (consulté le 20/04/2016)

INSEE, [www.insee.fr](http://www.insee.fr), (consulté le 07/12/2015)

LAROUSSE, [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr), (consulté entre le 01/12.2015 et le 27/04/2016)

LE REPERTOIRE DES MÉTIERS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE, [www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr), consulté le 20/12/2015

## **TABLE DES ANNEXES**

- ANNEXE I : Fiche métier « Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales »**
- ANNEXE II : Questionnaire d'entretien des Cadres de Santé**
- ANNEXE III : Questionnaire d'entretien des IDE référentes**
- ANNEXE IV : Questionnaire d'entretien des soignants**
- ANNEXE V : Grille d'analyse par thématique**
- ANNEXE VI : Verbatim des entretiens**
- ANNEXE VII : Exemple d'entretien traité pour l'analyse**
- ANNEXE VIII : Tableau récapitulatif vierge des entretiens**
- ANNEXE IX : Projet de déploiement d'une infirmière référente**

# ANNEXE I : Fiche métier « Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales »



## Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales

**Famille :** SOINS  
**Sous-famille :** Management des organisations des soins  
**Code métier :** 05U20

### ► Information générale

#### Définition :

Organiser l'activité de soins et des prestations associées,  
Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.  
Développer la culture du signalement et gérer les risques  
Développer les compétences individuelles et collectives.  
Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle.

#### Autres appellations :

Cadre de santé

#### Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Diplôme de cadre de santé

### ► Activités

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
- Veille spécifique à son domaine d'activité

### ► Savoir-Faire

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet / un processus relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau



## ► Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Animation d'équipe	Connaissances approfondies
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies
Droit des usagers du système de santé	Connaissances opérationnelles
Éthique et déontologie professionnelles	Connaissances opérationnelles
Évaluation de la charge de travail	Connaissances opérationnelles
Gestion administrative, économique et financière	Connaissances opérationnelles
Management	Connaissances opérationnelles
Méthodes de recherche en soins	Connaissances opérationnelles
Méthodologie d'analyse de situation	Connaissances approfondies
Organisation du travail	Connaissances opérationnelles
Santé publique	Connaissances opérationnelles
Soins	Connaissances approfondies
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances opérationnelles

### **Connaissances approfondies :**

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/5 ans.

### **Connaissances opérationnelles :**

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

## ► Informations complémentaires

### **Relations professionnelles les plus fréquentes :**

Direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets  
médecins pour la gestion journalière de l'unité  
autres services de soins, médico techniques, logistiques, administratifs pour l'organisation des activités et des soins  
et pour la gestion des matériels  
partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des prestations  
fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens  
service de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels  
instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires  
responsables du pôle et autres cadre du pôle pour l'élaboration et le suivi des projets du pôle

### **Nature et niveau de formation pour exercer le métier :**

Une année de formation, après sélection d'entrée, en institut de formation des cadres de santé  
Diplôme de cadre de santé



LE RÉPERTOIRE DES **MÉTIERS**  
DE LA **FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE**  
« Une aide à la décision pour chacun d'entre nous »



**Correspondances statutaires éventuelles :**

Cadre de santé paramédicale

**Passerelles :**

Cadre soignant de pôle

Formateur des professionnels de santé

## ANNEXE II : Questionnaire d'entretien des Cadres de Santé

Âge/Sexe :

Ancienneté dans la fonction :

Parcours professionnel :

Service :

Capacité du service :

Composition de l'équipe :

1°) Depuis que vous êtes CDS, avez-vous ressenti une évolution dans le métier ?

➡ Si oui, pensez-vous qu'elle soit en lien avec les nouvelles réformes hospitalières ?

2°) Vous a-t-elle conduit à avoir recours à la délégation ?

➡ Si oui : à qui ? Quand ? Comment ?

3°) Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ?

➡ Si oui, en quoi consiste ce partenariat ?

4°) Selon quels critères les IDE référentes sont nommées dans le service ?

5°) Quel type de management pensez-vous adopter vis à vis de ces IDE ?

→ Et vis à vis de l'équipe soignante ?

6°) Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec l'équipe soignante ?

→ Et celle des IDE référentes avec de l'équipe soignante ?

7°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décriez votre identité professionnelle aujourd'hui ?

8°) Comment voyez-vous la profession du cadre de santé d'ici 5 à 10 ans ?

9°) L'évolution qui se profile vous convient-elle ? Pourquoi ?

## ANNEXE III : Questionnaire d'entretien des IDE référentes

Âge/Sexe :

Ancienneté dans la fonction :

Ancienneté dans le service :

Parcours professionnel :

Service :

1°) Quelles sont vos missions au sein de l'unité?

2°) D'après vous sont-elles en lien avec votre projet professionnel?

3°) À votre avis ces missions découlent-elles d'une délégation du CDS?

→ Si oui, comment cette délégation est-elle mise en place ?

4°) Pensez-vous que cette délégation soit en lien avec les nouvelles réformes hospitalières?

→ Pourquoi?

5°) Comment vous situez-vous vis à vis de l'équipe soignante ?

→ Que vous renvoie l'équipe soignante sur vos activités ?

6°) Comment vous situez-vous vis à vis du CDS?

→ Que vous renvoie le CDS sur vos activités ?

→ Que vous renvoie l'équipe sur votre partenariat avec le CDS ?

7°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décriez la relation entre le CDS et l'équipe soignante aujourd'hui ?

8°) Comment imaginez-vous le métier de CDS dans le futur ?

## ANNEXE IV : Questionnaire d'entretien des soignants

Âge/Sexe :

Ancienneté dans la fonction :

Parcours professionnel :

1°) Connaissez-vous les missions qu'effectuent les IDE référentes dans le service?

→ Si oui, en quoi consistent-elles ?

2°) Savez-vous comment est établi le partenariat CDS/IDE référentes?

→ Si oui, pouvez-vous me décrire le fonctionnement?

3°) Pensez-vous que cette délégation soit en lien avec la mise en place des Pôles, suite aux nouvelles réformes hospitalières?

→ Pourquoi?

4°) Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ?

→ Si oui, en quoi consiste ce partenariat ?

5°) Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec les IDE référentes?

6°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décrieriez la relation entre le CDS et l'équipe soignante aujourd'hui ?

7°) Vers quoi pensez-vous qu'elle puisse évoluer d'ici 5 à 10 ans ?

8°) D'après vous le CDS est-il suffisamment disponible selon vos besoins ?

➡ De quels ordres sont-ils ?

9°) A votre avis, quelles sont les motivations qui poussent à devenir CDS ?

10°) Selon vous de qui vient la reconnaissance (patient / médecin / cadre / pairs / référente) ?

## ANNEXE V : Grille d'analyse par thématique

### Thématiques à traiter pour les Cadres de santé :

- Évolution des organisations hospitalières
- Évolution du métier Cadre de Santé
- Évolution des missions du Cadre de Santé
- Délégation du Cadre de Santé
- Missions des IDE référentes
- IDE référentes
- Place du Cadre de Santé
- Place des IDE référentes
- Ressenti du Cadre de Santé
- Ressenti des équipes soignantes
- Autres thèmes abordés

### Thématiques à traiter pour les IDE référentes :

- Missions des IDE référentes
- IDE référentes (compétences / expertises)
- Missions du Cadre de santé
- Délégation du Cadre de Santé
- Évolution des organisations hospitalières
- Place des IDE référentes
- Place du Cadre de Santé
- Évolution du métier Cadre de Santé

### Thématiques à traiter pour les soignantes :

- Missions des IDE référentes
- Ressenti de l'équipe soignante
- Délégation du Cadre de Santé
- Évolution des organisations hospitalières
- Place des IDE référentes
- Place du Cadre de santé
- Évolution du métier Cadre de Santé

## ANNXE VI : Verbatim des entretiens

### Entretien exploratoire Cadre de santé n°1

Âge/Sexe : 41 ans / F

Ancienneté dans la fonction : CDS depuis 2 ans (1 an en néonatal et 1 an en réanimation néonatale)

Parcours professionnel : IDE 3 ans en chir ped  
IPDE 12 ans en chir ped  
FFCS 2 ans de nuit

Service : Réanimation néonatale

Capacité du service : 10 lits de réa et 9 lits de SI

Composition de l'équipe : 41 IDE, 10 IPDE, 2 AP, 1 CDS

1°) Depuis que vous êtes CDS, avez-vous ressenti une évolution dans le métier ?

Je ne sais pas si j'ai assez de recul pour dire ça, mais oui je trouve qu'il y a eu une évolution. Dans le sens où moi je trouve qu'un cadre gère déjà beaucoup de choses, mais il y a de plus en plus de choses à gérer. Et ce système de nous demander de gérer de plus en plus de choses à tendance à nous éloigner un peu des équipes, ce qui me gêne beaucoup, parce que personnellement je préfère être proche des équipes.

→ Si oui, pensez-vous qu'elle soit en lien avec les nouvelles réformes hospitalières ?

On peut dire ça aussi effectivement, dans le sens où on est aussi dans une ère liée à l'économie ; qu'on supprime des postes, y compris des postes de cadres. Et ce à tous les niveaux et en tout cas ici on a bien ressenti les choses. Et du coup voilà on a beaucoup de choses à gérer, on n'a plus personne pour faire « les courses », alors parfois on est obligé de faire « les courses ». On est obligé de suppléer sur certaines choses qui ne sont pas nos

tâches mais qui permet à l'équipe de continuer à tourner quand c'est le grand boom. Lorsque l'on s'aperçoit que la commande n'a pas été récupérée, parce que personne ne peut y aller, c'est terrible... mais on en est là.

Mais autre chose, moi j'ai aussi connu l'ancien système avec mon ancienne cadre, qui fonctionnait très bien avec l'ancien chef de service, qui était aussi un ancien chef de service. Le rôle du cadre dans ce système-là n'était pas non plus le même que maintenant. Je ne voulais pas fonctionner comme ça non plus, c'était le système de la surveillante qui était dédiée à son chef de service et voilà. Je ne dis pas qu'elle n'était pas proche de nous, mais le médecin était mis sur un piédestal. Je n'ai rien contre les médecins non plus mais c'était un système de l'ancienne génération. J'ai travaillé avec elle lorsque j'étais faisant fonction mais pas très longtemps.

2°) Vous a-t-elle conduit à avoir recours à la délégation ?

Oui forcément (rire)

Effectivement on fait aussi un système de référence. Ici on fonctionne beaucoup par groupes de travail.

→ Si oui : à qui ? Quand ? Comment ?

Donc en fonction d'un sujet donné, par exemple elles ont travaillé sur l'encadrement des nouvelles arrivantes parce qu'on a eu un petit souci et ça a permis de remettre à plat certaines choses. Il y a un groupe de travail qui s'est constitué et qui a travaillé sur l'encadrement. Moi ensuite j'ai regardé ce qu'elles avaient fait et je leur ai donné ce que je voulais qu'il en soit. En discutant avec elles, parce qu'elles ont aussi plus d'expérience que moi sur la réa, donc j'avais aussi besoin de leurs connaissances et donc voilà elles ont beaucoup travaillé et moi je leur ai donné mon aval sur ce que je voulais et ce qui pouvait être modifié. Le médecin a lui aussi donné son aval sur certaines choses médicales et du coup on a fait un consensus d'équipe. Ensuite elles ont fait une réunion avec l'équipe, parce que c'était leur travail, et elles ont présenté leur compte rendu à l'équipe, avec mon soutien. Elles ont revu complètement l'encadrement qu'on proposait car on a eu un souci avec un agent en CDD qui a permis à tout le monde de se remettre question.

Elles ont fait d'abord un topo sur la réanimation : les différents termes qu'on peut entendre et les pathologies, elles ont ensuite fait un grand listing de tous les soins qu'on pouvait rencontrer : ce qu'elles avaient vu, ce qu'elles avaient fait, ce qu'elles avaient acquis et ce qui n'avait pas été fait etc.

Moi ça m'a permis de me dire que j'allais aussi les rencontrer plus souvent, en plus c'est arrivé au moment de la passation, quand je suis arrivée dans le service. Du coup je vois les nouvelles tous les 15 jours, 2 fois quand elles sont de jour et 3 fois quand elles passent de nuit. Chaque nouvelle arrivée a une référente que je nomme sur chaque équipe. Donc les nouvelles arrivantes sont encadrées par deux ou trois personnes maximum quand elles arrivent. Le groupe de travail est parti en fait d'un genre d'analyse de pratique, car cette histoire a anéanti l'équipe et à partir de là nous avons décidé de retravailler sur l'encadrement. Elles s'y sont mises tout de suite sachant qu'on allait accueillir des CDD peu de temps après.

Elles ont fait ça, elles ont aussi revu leurs pratiques sur la transfusion sanguine. Il y en a qui font aussi un travail sur l'accueil de la fratrie au sein de l'unité. Elles forment des groupes de travail sur la base du volontariat, sur un thème choisi.

Quand je peux, j'essaie de leur dégager du temps pour qu'elles puissent se retrouver ensemble et travailler. Ces groupes-là étaient déjà constitués avant que j'arrive. Aujourd'hui j'essaie de leur donner les moyens de travailler au niveau temps, pour qu'elles puissent travailler et aller voir les pratiques des autres hôpitaux. Ensuite elles me donnent leurs comptes rendus pour que je puisse avoir un regard dessus et que je puisse leur dire : « ça, c'est super », « ça, ça manque », « ça, c'est à développer », enfin voilà. Ensuite à partir du moment où moi je valide et une fois que le médecin valide, le travail est présenté à l'équipe et c'est quelque chose qui se mettra en place.

Comme le personnel qui part en formation à l'extérieur, je sais que ça a un prix et qu'on ne peut pas envoyer tout le monde. Donc quand elles partent en formation à l'extérieur, je leur demande de faire un retour à l'équipe. Ces comptes rendus permettent aussi de montrer l'intérêt des groupes de travail et des formations à la direction.

3°) Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ?

Chez nous il y a une référente hygiène, une référente qualité, une référente douleur et une référente « aléa thérapeutique ».

→ Si oui, en quoi consiste ce partenariat ?

Elles ne sont pas dégagées des soins saufs quand elles ont besoin vraiment de mettre à plat leur travail. Elles remplissent les tableaux sur leur temps de travail, entre deux tours si on peut dire.

Pour tout ce qui est référence douleur, on a un tableau à remplir. Plutôt que ce soit moi qui le remplisse, c'est elle qui le remplit pour qu'elle puisse voir à quel niveau il nous manque des données : à quel niveau ça n'a pas été bien rempli et à quel niveau au contraire on est très performant. Moi ça me permet quand je fais une réunion ou lors de temps moins formels de leur dire « attention là il faudrait améliorer nos pratiques » ou « ici c'est super, continuer comme ça » et comme ça elle peut appuyer aussi parce qu'elle est dans les soins. C'est un appui pour moi en tout cas dans ce sens. En plus elle aime bien, ça la valorise. Je n'ai pas d'infirmière référente en pharmacie ou pour faire les commandes. Chez moi ce sont les auxiliaires qui font les commandes et les infirmières de nuit qui s'occupent de la pharmacie. Au niveau relationnel avec les autres services logistiques c'est moi qui fais.

#### 4°) Selon quels critères les IDE référentes sont nommées dans le service ?

Toutes les infirmières référentes ont été nommées avant que j'arrive et je ne pourrais pas vraiment répondre à cette question. Mais ce sont toutes des infirmières ayant une certaines expériences.

#### 5°) Quel type de management pensez-vous adopter vis à vis de ces IDE ?

Je suis directive sans l'être... parce que j'attends une certaine chose de leur part et donc forcément je veux que ce soit fait, en tout cas je veux qu'elles atteignent certains objectifs, et de l'autre je les laisse quand même assez autonomes dans ce qu'elles font, dans le sujet qu'elles traitent, dans ce qu'elles veulent faire tout en respectant certaines lignes de conduite.

Tout se fait surtout dans l'échange oral.

#### Et vis à vis de l'équipe soignante ?

Je pense que je suis pareille. J'aime que les choses « roulent ». Forcément je leur ai imposé certaines choses mais « ça roule ». Quand je suis arrivée sur le poste, j'ai mis certaines choses en place qui n'y étaient pas avant moi. J'aime bien les choses carrées, il faut que ce soit carré.

L'équipe est beaucoup force de proposition. C'est vrai que de ce côté-là c'est assez aidant. Les groupes de travail sont souvent à leur initiative. Ce qu'il y a de bien quand même c'est qu'il y a dans le service des IDE qui ont environ une dizaine d'années d'ancienneté et qu'il y a beaucoup de nouvelles, ça fait un bon mélange.

6°) Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec l'équipe soignante ?

Ça se passe assez bien, je sais que si j'ai des choses à leur dire, je peux leur dire sans problème. Et elles, quand elles ont des choses à dire, elles peuvent venir me les dire ; elles savent qu'elles peuvent venir ; elles savent que ma porte est ouverte. J'insiste beaucoup là-dessus, je préfère qu'on me dise les choses, même si ce n'est pas très agréable à entendre, plutôt que de rester dans son coin. Moi je préfère que les choses soient dites : une bonne communication.

Avec l'augmentation de la charge de travail, j'essaie d'être présente, j'essaie de passer dans le service et puis l'avantage d'avoir un bureau au sein du service c'est qu'elles savent que quand elles veulent venir me voir elles peuvent venir me voir. Elles m'appellent facilement. Je passe beaucoup de temps dans mon bureau avec tous les plannings à faire.

→ Et celle des IDE référentes avec de l'équipe soignante ?

Elles sont dans les soins ça se passe pas si mal que ça. Ça se passe plutôt bien parce qu'elles sont dans les soins, que c'est leurs collègues et que malgré tout, elles leur apportent des choses.

Pour celle qui est sortie des soins, comme l'infirmière référente qualité, elle est aussi très présente pour seconder l'équipe. Elle ne fait pas que mettre à jour les protocoles, elle apporte une certaine qualité aux soins des bébés en faisant les soins à « 4 mains ». Elle anime une réunion qui s'appelle « les bonnes pratiques » : ça permet à tous de réfléchir pendant cette réunion avec un médecin présent et des membres de l'équipe. La référente qualité ne fait pas les IPAQSS, c'est toujours moi, parce que pour le moment elle n'est pas sortie à 100 % des soins (ayant beaucoup d'absentéisme). Je ne peux pas lui demander ça, en plus de remettre à jour les protocoles. Peut-être que quand nous serons revenus aux effectifs normaux nous pourrions redéfinir ces tâches.

7°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décriez votre identité professionnelle aujourd'hui ?

C'est une vaste question ça... on est un peu une interface entre la direction, l'équipe, les médecins et les parents. Quoiqu'ici les parents sont beaucoup gérés par les médecins. Je dirai peut-être que je vois moins les parents que dans tout autre service. On est une interface entre les médecins et l'équipe soignante, entre les médecins et la direction, entre la direction et l'équipe soignante, et nous on est au milieu comme dans tout métier de cadre. Je dirai pour passer les messages de la direction vers l'équipe, même si on n'est pas

d'accord avec les messages forcément que l'on doit faire passer. J'ai le sentiment d'être une interface entre tout le monde voilà. Après je gère... J'essaie de gérer au mieux pour que le service fonctionne... Fonctionne au mieux, parce qu'aujourd'hui j'en suis là : fonctionner au mieux.

J'espère qu'on connaîtra des temps un peu meilleurs et que ce sera plus facile quand j'aurais retrouvé un peu de personnel. De faire des choses un peu plus intéressantes. Malgré les évolutions, mon cœur de métier soignant est toujours là et encore heureux, pour faire avancer les équipes, être auprès des familles. Il y a des jours, je me sens quand même submergée par toutes les tâches que j'ai à accomplir, mais je tiens à garder un pied auprès de l'équipe c'est indispensable. Ce qui m'aide c'est d'avoir mon bureau à l'intérieur du service. Parce que j'ai connu le bureau à l'extérieur du service et c'est très différent. Ça aide quand un agent veut venir vous voir à l'abri des regards, mais sinon vous n'êtes au courant de rien. Et comme vous passez beaucoup de temps dans votre bureau, si votre bureau est à l'extérieur vous ne savez rien.

Je ne suis pas dans les soins je ne fais pas de soins mais pour moi c'est indispensable d'être au centre de l'équipe.

8°) Comment voyez-vous la profession du cadre de santé d'ici 5 à 10 ans ?

Ben j'espère... je sais que ça va évoluer de toute façon... j'espère qu'il y aura toujours des cadres de santé et non pas des cadres administratifs comme j'ai pu l'entendre récemment, parce que pour moi ce serait dramatique. Justement s'il n'y avait plus ce cœur de soignant pour les équipes ce serait très difficile.

## Entretien exploratoire Cadre de Santé n°2

Âge/Sexe : 50 ans / Féminin

Ancienneté dans la fonction : 17 ans

Parcours professionnel : IDE en 1985 travaille en réa  
IPDE en 1989 part 3 ans aux USA en nursery puis  
réanimation adulte, revient en France et travaille  
en réa néonatal pendant 18 ans  
CDS en 1999 travaille 6 ans En réa néonatal puis 11 ans  
en néonatal/SI.  
Mastère gestion des risques et sécurité des soins en  
2003-2005

Service : néonatalogie / SI

Capacité du service : 12 lits de SI et 8 lits de NN

Composition de l'équipe : 16 IDE/IPDE et 5 AP

1°) Depuis que vous êtes CDS, avez-vous ressenti une évolution dans le métier ?

Oui effectivement, enfin c'est difficile parce que la fonction de cadre dans le privé c'est différent, ce n'est pas la fonction de cadre que l'on peut voir dans le public. Les fonctions de cadre, qui en fonction des endroits où vous travaillez, ne sont pas forcément les mêmes. Dans le privé on était très dans la proximité, c'est à dire qu'on n'était pas forcément dans les soins, y avait pas forcément côté qualité, gestion des risques, etc. Aujourd'hui c'est quelque chose qui est très prenant, vous êtes très dans les organisations, dans les euh.... On attend du cadre d'être plus transversal, que vraiment être auprès des soins. Ce qui fait que pour des cadres qui sont entre guillemets comme moi, qui sont voilà... qui partent du principe où ma vision en fait c'est que c'est vraiment d'être un support pour les équipes, tout en étant dans la qualité etc, mais c'est vrai que c'est plutôt être dans la réflexion auprès

des prises en charge, auprès de comment faire évoluer les prises en charge dans la qualité, etc, plus que dans des tableaux de bord, des rapports, etc.

C'est vrai qu'aujourd'hui on attend du cadre, j'ai envie de dire d'être très...euh... par mon expérience entre à la fois être euh... ce qu'on faisait à X qui était entre guillemets j'ai envie de dire trop parce que du coup c'était la superbe infirmière qui aidait les autres infirmières et voilà, et puis ce qu'on nous demande aujourd'hui où on te demande vraiment de sortir des équipes et d'être juste la en haut, en disant qu'il faut mettre en place des organisations.

Et je dirais que la fonction de cadre à changer aussi par la typologie des équipes que tu as aussi. Je trouve que les exigences des professionnels qu'elles étaient à l'époque. Je me suis aperçu de ce changement quand je suis arrivée ici environ 2006. Je ne suis pas capable de dire c'est en lien avec le fait que je suis passé d'un établissement privé

PSPH a un établissement public. Parce que pour le coup en 1999 moi j'ai fait mon mémoire sur le passage de l'objet de soins au sujet de soins et j'avais fait une comparaison entre deux services, en public et un PSP H, et sur les mêmes types de patients n'avait pas du tout les mêmes profils de professionnels. Et donc du coup je ne suis pas capable aujourd'hui de dire si mon ressenti par rapport aux professionnels est en lien avec les gens ou le profil des professionnels travaillant dans les établissements. Parce que je pense que les profils ne sont pas les mêmes. Les exigences ne sont pas les mêmes. Depuis 2006 a encore évolué avec l'apparition du nouveau référentiel ; la formation, la réflexion, euh. Le nouveau référentiel associé à une topologie sociologique fait qu'on a un mélange explosif. Encore plus avec la dernière génération.

→ Si oui, pensez-vous qu'elle soit en lien avec les nouvelles réformes hospitalières ?

Oui mais moi personnellement je ne trouve que ce n'est pas forcément... après c'est le fonctionnement du pôle, moi je dirais que si on a vraiment la chance de fonctionner en pôle. On a vraiment un travail en partenariat avec les cadres, on est chacun responsable et autonome de ce que l'on fait, ce qui est je trouve assez important.

Après forcément oui avec les nouvelles réformes hospitalières. Après c'est ce que chacun en fait. Moi j'ai envie de dire, voilà par rapport à mon expérience aux Etats-Unis, où les fonctions étaient très définies et les structures, les unités n'étaient pas du tout structurées pareil. Il y avait un cadre de soin qui était vraiment là pour les soins, pour la qualité des soins et la réflexion autour de la prise en charge des soins. Et il y avait le cadre qui lui était vraiment là pour ce qui tout ce qui était plus organisationnel, tout ce qui était qualité, élaboration et respect des procédures, etc. En France, on n'a pas cette culture là et du coup

c'est vrai que ça change aussi dans le sens où aux US il n'y a pas cette mentalité de hiérarchie entre médecins et IDE, et donc le pôle essaie dans le cadre du regroupement de mettre un cadre de pôle, un médecin, un administratif, de développer cette idée de partenariat et de complémentarité, mais pour le moment j'ai envie de dire qu'il va falloir qu'il y ait des générations qui passent pour qu'on arrive à avoir cette idée de dire entre guillemets... moi en 91-92 j'ai eu un médecin, chef de service qui m'a dit « moi sans les cadres et sans les IDE, je ne peux pas travaillé, donc tous les projets on les fait ensemble » ce n'est pas du tout la mentalité française. Donc on voit bien, qu'en fonction de comment et qui est-ce qui est à la tête des pôles, vous n'avez pas du tout le même fonctionnement de pôle. Et donc de ce fait là, vous n'avez pas non plus la même dynamique sur les projets, vous n'avez pas du tout les mêmes... enfin vous n'aboutissez pas du tout à la même chose. L'organisation en fonction des établissements, en fonction de la culture, en fonction des personnes, on n'obtient pas la même chose sur un même texte. Et donc nous en tant que cadre, je pense qu'en fonction que nous sommes dans un PSPH, dans un privé ou dans un public, nous n'avons pas le même rôle, on n'attend pas la même chose de nous. Et après de la même façon, les équipes que nous avons sont aussi tributaires de tout ça et donc nous recrutons avec une certaine sensibilité, avec un certain profil, etc. Mais c'est vrai que voilà, l'exemple que je donne tout le temps, c'est que les 12 ans où j'ai été à X, je n'ai jamais géré de l'absentéisme. C'est à dire que si j'appelais 3 fois par an quelqu'un pour dire, je suis en difficulté parce qu'il y a un arrêt c'est tout ce que j'ai fait sur mes 6 années de cadre à X. Et quand je suis arrivée ici, c'est à peu près ce que j'ai fait immédiatement. Ici tu passes ton temps à gérer de l'absentéisme, c'est à peu près 80% de ton temps. Tu passes ton temps à gérer des conflits de personnes, à répondre aux exigences des syndicats, à répondre à des... Vous voyez dans mon ancien établissement une phrase que je n'ai jamais entendu « c'est mon droit », ici vous l'entendez régulièrement et les petites jeunes qui sortent de l'école, c'est ça quoi... encore plus qu'avant. On a de plus en plus, de gens qui sont capables de s'arrêter, qui se mettent en absentéisme parce qu'elles ne sont pas contentes de ce qu'on leur dit.

Donc ben voilà... Ça fait un peu mamie, mais bon... Rires.

Je trouve qu'il y a du sens de la profession qui a disparu, l'accompagnement a beaucoup disparu. Les nouvelles IDE sont moins investies dans leur travail, elles font leurs heures. Elles se posent moins de questions... enfin ce n'est pas tout le monde. Par exemple je parlais tout à l'heure de l'absentéisme, pour combler je me tourne plus facilement vers les anciennes que vers les nouvelles.

2°) Vous a-t-elle conduit à avoir recours à la délégation ?

C'est vrai que les 2 ans où j'ai été seule sur le secteur j'aurai pu avoir recours à la délégation. En fait je n'ai pas trouvé de gens à qui je pouvais déléguer. J'ai cherché pendant un moment une IDE référente ; ce que j'aurai voulu déléguer c'était toute la gestion du matériel, toute la gestion des étudiantes... ça c'est sûr, parce que le nouveau référentiel prend énormément de temps. Après l'organisation, la mentalité du service ne le permet pas. On a eu une expérience malheureuse de référente. C'était ma collègue qui avait mis en place des IDE référentes pour le diabète, et au bout d'un an elles se sont épuisées. La notion d'IDE référentes a fait que toutes les autres IDE se sont reposées sur elles et elles n'ont pas cherché à apprendre. Ça posait des problèmes les WE et quand des enfants diabétiques arrivaient aux urgences, il fallait que ce soit ces 2 IDE qui s'en occupent et puis voilà c'était tout. Donc quand moi j'ai repris les choses, on a changé notre fusil d'épaule, on a formé tout le monde et ensuite on a demandé aux gens qui le voulaient d'être impliqués sur les hôpitaux de semaine. Des IDE référentes, je n'en veux pas vraiment, avant j'avais une IDE un peu plus désignée quand je partais en congé.

Au niveau des pharmacies, ici ce sont les IDE qui font les commandes. Le matériel c'est pareil, moi je m'assure des commandes du biomédical.

Ce serait effectivement un souhait d'avoir une IDE référente, mais ça veut dire qu'il faudrait qu'elle soit dégagée des soins et aujourd'hui les organisations avec les EPRD ça n'est même pas envisageable. L'idée aurait été... effectivement si vous dégagez ou si vous recrutez quelqu'un qui va être dédié plus spécifiquement à ça ou dans le cadre d'un reclassement. Par exemple moi j'ai une IPDE qui a des compétences et je la verrai bien transversale sur ça ; transversale sur la formation des nouvelles IDE, des étudiantes, et puis volante sur là où il y a du boulot en dépannage. Aujourd'hui il n'y a aucune structure hospitalière qui va nous dégager du temps. Nous par exemple, on est déjà censé avoir un certain nombre d'ETP qu'on n'a pas. En ce qui concerne cette IDE, aujourd'hui elle est trop compétente pour être puéricultrice dans le service, mais elle n'est pas dans la fonction d'encadrement. Quelque part à un moment qu'est-ce que l'établissement peut proposer à des agents qui ont une certaine compétence sans pour autant avoir pour autant des projets d'encadrement.

Notre unité est aussi une petite unité, les besoins en personnel sont de 2 IDE et une AP de jour et 2 IDE de nuit de mars à septembre, et 3 IDE et une AP de jour et 2 IDE et Une AP de nuit de Septembre à mars. Donc forcément comment justifier de la présence d'une IDE référente sur une petite équipe...

3°) Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec l'équipe soignante ?

Pour moi avoir des IDE référentes ça permet d'augmenter en efficacité et de libérer du temps pour pouvoir augmenter la qualité auprès des patients. Parce que ce soit le cadre ou quelqu'un de l'équipe qui fasse ses tâches là, il y a forcément une dilution, enfin une perte d'expertise. À partir du moment où on met en place une référente, on attend une certaine exhaustivité de la fonction et une certaine expertise, qui va lui donner une autonomie dans ce champ là mais qui va la réduire aussi dans ce champ-là. Après ce qui est intéressant c'est de savoir comment c'est travaillé avec l'équipe et vécu dans l'équipe. Mais aujourd'hui si je dois déléguer l'encadrement des nouvelles IDE avec un programme bien défini, avec des IDE formées sur le même modèle, j'ai envie de dire on gagne en efficacité, tant pendant la période d'intégration que sur la qualité du travail, parce que le message qui va être passé va être le même. Parce qu'effectivement ce n'est pas fait et ce qui se passe c'est qu'en fonction de l'IDE qui encadre, en fonction de la charge de travail le message qui va être passé n'est pas le même.

Donc pour moi mettre des IDE référentes n'empiète pas sur la fonction du cadre parce que c'est plutôt une aide dans sa recherche de qualité par rapport aux soins. Aujourd'hui je pense que le cadre, notamment par rapport aux nouvelles réformes, l'IDE référente est plus à même de garantir au cadre une qualité de service, une expertise offerte aux patient.

4°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous imaginez l'identité professionnelle du cadre qui travaille en collaboration avec des IDE référentes ?

En fonction de comment le cadre gère cela, c'est à dire que nous ne sommes plus dans le faire mais plutôt dans le s'assurer que ça fonctionne, du coup nous ne sommes plus du tout dans le ... Enfin il faut que le cadre soit plus dans une certaine supervision, effectivement un moment donner il faut faire des bilans. Il faut partir des éléments clés que ces IDE relèvent pour élaborer de projets, prioriser des axes d'amélioration, définir des champs, où là c'est le rôle du cadre qui va forcément « rentrer ». Aujourd'hui le cadre va être submergé par ce qu'il a envie de faire très bien et qu'entre guillemets il ne peut pas faire très bien... Si on a des IDE référentes à qui on va donner un champ de compétence, même limité, ça ne peut être qu'aidant pour le cadre de santé. Le point positif de l'IDE c'est de pouvoir garantir une exhaustivité, une qualité des pratiques, le bémol c'est que si ce n'est pas dans un champ bien défini, ça va décharger l'équipe d'une certaine fonction mais c'est au risque que l'équipe perde sa compétence. L'important va être de savoir comment on amène cette personne ressource ? Parce qu'effectivement l'idée ce n'est pas de dire

« maintenant qu'elle est là, il n'y a qu'elle qui fait ça » ou parce qu'on a une IDE référente matérielle on ne compte plus que sur elle pour s'occuper de tout ce qui concerne le matériel.

C'est là que la fonction de cadre intervient, en sachant comment les missions d'IDE référentes entre en jeu. Elles sont amenées par le cadre pour que ça fasse une espèce d'homogénéité avec le reste de l'équipe. Moi je ne les vois pas comme une perte de pouvoir pour le cadre. Moi je pense qu'on a tout a gagné, il ne faut pas qu'elles soient en électrons libres.

5°) Comment voyez-vous la profession du cadre de santé d'ici 5 à 10 ans ?

OH MON DIEU!!!! Je n'en ai aucune idée...

Moi j'ai très peur, qu'on revienne au cadre dans le bureau. Nous sommes aussi le cadre qu'on a envie d'être. (Longue période de réflexion)

Je pense qu'il va y avoir de plus en plus de missions transversales. Je pense qu'il va avoir de plus en plus d'unités à gérer, avec un cadre sup par spécialité. On va devoir effectivement trouver des références.

(Plusieurs questions non abordées avec ce cadre de santé du fait, qu'elle n'avait pas recours à la délégation vers des IDE référentes)

## Entretien définitif Cadre de Santé n°1

Âge/Sexe : 54 ans / Féminin

Ancienneté dans la fonction : 10 ans CDS

Parcours professionnel : IDE pendant 20 ans en réanimation adultes, puis consultation pendant 1 an

Service : Urgences adultes

Capacité du service : 195 passages/jour, 250 passages/jour les jours pointe

Composition de l'équipe : 2 CDS, 2 IDE référentes, 65 IDE et 45 AS

1°) Depuis que vous êtes CDS, avez-vous ressenti une évolution dans le métier ?

Je ne suis pas si ancienne dans la fonction, j'ai été finalement plus longtemps IDE que CDS, mais l'évolution oui, elle est nette. Déjà la taille de l'équipe ne permet pas d'être en proximité avec les équipes comme on pouvait connaître les CDS auparavant. On a beaucoup plus de distance, on est beaucoup moins en proximité des patients et des équipes. Donc l'évolution, elle est beaucoup centrée la dessus, je pense. Et on nous demande de plus en plus de tenir des tableaux de bord, de travail purement administratif, qui sont très chronophages et ça devient très difficile maintenant d'être sur des missions de proximité.

→ Si oui, pensez-vous qu'elle soit en lien avec les nouvelles réformes hospitalières ?

Oui parce que l'on va de plus en plus vers des grosses structures, donc forcément des équipes un peu plus étoffées. Oui je pense qu'il y a un lien net avec les évolutions. Restriction de personnels qui va aussi pour les CDS.

2°) Vous a-t-elle conduit à avoir recours à la délégation ?

Oui, ça s'est fait un peu par obligation même si on est très contente (ma collègue et moi) d'avoir des IDE référentes. Quand on est arrivé sur cette nouvelle structure, avec toutes les difficultés qu'on a pu avoir au début (approvisionnement, pharmacie, logistique qui avait du mal à suivre). On s'est vite aperçu qu'on ne pouvait pas tout faire et qu'à côté de ça il y avait vraiment des besoins par rapport à l'équipe et qu'on ne pouvait vraiment plus faire face à tous ces besoins. Ça a été incontournable, on ne pouvait pas continuer à fonctionner comme on fonctionnait auparavant où le CDS gérait un petit peu tout ce qui se passait dans le service, c'est plus possible.

→ Si oui : à qui ? Quand ? Comment ?

On a commencé avec une IDE référente matériel, qu'on a extrait des soins, parce qu'on n'a pas pu avoir un personnel dédié. Même si le besoin était là. Appel au volontariat, d'ailleurs plusieurs IDE se sont succédées sur ce poste depuis l'arrivée sur le nouvel hôpital. Les deux premières finalement ça ne leur convenaient pas par rapport à leur choix personnel.

3°) Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ?

Maintenant elles sont bien détachées des soins, ça fait un peu une strate intermédiaire. Ça fonctionne beaucoup sur la confiance, sur l'échange. De toute façon c'est difficile de tout contrôler vu la charge de travail, donc on est obligatoirement de travailler sur la confiance, on n'est pas en permanence en train de contrôler ce qu'elles font. Elles ont pas mal d'autonomie.

→ Si oui, en quoi consiste ce partenariat ?

Une IDE référente qui s'occupe plus particulièrement du matériel (biomédical, matériel, pharmacie). Interlocuteur privilégié avec la pharmacie, rôle de superviseur (commande, contrôle des stocks). Proximité des équipes pour leur expliquer comment ça fonctionne, pour faire passer les messages. Lundi, mercredi et jeudi en 12h.

Une IDE référente (mi-temps thérapeutique) qui s'occupe de l'accueil des étudiants, la formation parce que c'est vrai on reçoit une bonne vingtaine d'étudiants par période (IDE/AS/Ambulancier). Nouvelle mission de prendre en charge les nouveaux arrivants : accueil, parcours de formation. Lundi, mardi et vendredi en 6h30

L'une et l'autre ont des tâches particulières, mais sont relais quand l'une est absente.

Une journée de travail en commun pour pouvoir se tenir au courant des différents problèmes qu'il peut y avoir dans le service.

Même si elles ont des missions qui sont à la base quand même un peu différentes, on leur a demandé qu'il y ait un lien entre elles et qu'il puisse y avoir un relais quand l'une ou l'autre n'est pas là.

Ce n'est pas qu'il n'y a pas de contrôle, c'est qu'on n'est pas tout le temps derrière elles. Elles nous rendent compte de ce qu'elles font, on en discute. On peut travailler ensemble sur des projets, mais on leur laisse quand même une autonomie. Après on voit ensemble, ce qui est faisable, pas faisable. On les aide quand elles ont besoin d'aide sur certaines demandes, sur certains travaux. Beaucoup de réunions informelles dans lesquelles elles parlent des difficultés qu'elles rencontrent.

4°) Quel type de management pensez-vous adopter vis à vis de ces IDE ?

Management participatif : l'échange, la discussion.

→ Et vis à vis de l'équipe soignante ?

J'essaie aussi d'être dans le participatif dans la mesure du possible. C'est plus compliqué, vu la taille de l'équipe. Division de l'équipe en RH d'un côté et organisation de l'autre.

5°) Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec l'équipe soignante ?

Globalement plutôt une bonne relation. Des difficultés avec certains individus, donc quelques fois dans le conflit. Mais sur la globalité plutôt des bonnes relations, des relations apaisées. Disponibilité du CDS en cas de problème. C'est parfois un peu plus difficile avec les équipes de nuit, parce qu'on les voit très peu.

→ Et celle des IDE référentes avec de l'équipe soignante ?

Je pense qu'elles ont plutôt une bonne relation. Qu'elles sont bien acceptées par les équipes parce qu'elles sont beaucoup dans une relation d'aide. Elles répondent beaucoup aux difficultés ponctuelles qu'elles peuvent avoir. JE pense qu'elles sont vraiment perçues comme des éléments positifs dans l'équipe. Même si elles sont bien obligées à certains moments de rappeler les règles. Je pense que dans la globalité elles ont bien ressenties.

6°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décriez votre identité professionnelle aujourd'hui ?

Parfois des difficultés à se situer justement puisque le cœur de notre métier qui est centré sur le patient et bien on s'en éloigne de plus en plus. On est beaucoup sur du management d'équipe, avec quand même une certaine distance et on perd vraiment la proximité avec les équipes. C'est à dire qu'on n'a pas un regard direct sur leur travail. On est obligé de faire confiance à ces strates intermédiaires qui sont aussi pour nous un moyen d'avoir des retours. Donc on perd beaucoup la proximité, c'est ce qui me semble le plus marquant. On est de plus en plus en réponse à des missions qui sont plus transversales, même au niveau du service.

7°) Comment voyez-vous la profession du cadre de santé d'ici 5 à 10 ans ?

(Sourire) J'ai du mal à me projeter dans l'avenir. Plutôt par rapport à toutes les réformes qui arrivent, la charge de travail qui est de plus en plus importante, les demandes institutionnelles qui sont de plus en plus importantes ; et qui ont forcément tendance à nous éloigner de notre cœur de métier. Donc on devient vraiment des gestionnaires, on est vraiment plus des soignants ou alors on s'en éloigne de plus en plus.

8°) L'évolution qui se profile vous convient-elle ? Pourquoi ?

Non, enfin non parce que, oui et non...

Non parce que je trouve qu'on fait un métier qui s'éloigne de plus en plus de notre métier de base, qu'il y a de plus en plus de facteurs de stress, on est de plus en plus insatisfait de notre travail.

Oui parce que malgré tout c'est un métier qu'on aime et on ne vient pas faire ce métier par hasard. Et je suis encore attachée à certaines valeurs, notamment de la fonction publique, de la qualité des soins.

Donc oui c'est un métier qui me plaît mais dont je suis de moins en moins satisfaite, à cause de trop grande part de gestions administrative et RH (absentéisme et planning).

## Entretien définitif Cadre de Santé n°2

Âge/Sexe : 43 ans

Ancienneté dans la fonction : Cadre de santé depuis 2007

Parcours professionnel : IDE en 1995  
FFCS en 2004 en Gastro pendant 2 ans ½  
CDS en pneumo pendant 7 ans, puis 2 mois en Réa, 6 mois aux urgences, puis Réa à nouveau depuis 2 ans

Service : Réanimation adultes

Capacité du service : 40 lits

Composition de l'équipe : 50 AS (Jour et nuit)  
78 IDE (Jour et nuit)  
3 IDEC  
2 CDS

1°) Depuis que vous êtes CDS, avez-vous ressenti une évolution dans le métier ?

Oh oui...

Avant j'avais l'impression d'avoir plus d'autonomie, d'avoir le temps de faire les choses, en tout cas autre chose que de l'administratif.

Avant je me rappelle, je faisais... alors c'était un autre service c'est sûr c'était différent, mais je faisais la visite,... Aujourd'hui je n'ai plus le temps je trouve autre que de faire tout ce qui est groupes de travail, réunions et plannings. Et voilà... j'ai l'impression de ne pas sortir de ça.

→ Si oui, pensez-vous qu'elle soit en lien avec les nouvelles réformes hospitalières ?

(Hésitation) je ne sais pas, je ne sais pas du tout...

En fait je ne saurais même pas quand dire, en fait a été crescendo. Après je ne sais pas si c'est la mise en place des pôles...

J'étais en pneumologie lorsque les pôles se sont mis en place et en pneumo, alors l'équipe était beaucoup plus petite. Alors c'est complètement différent entre la pneumo où vous avez 10 infirmières et 10 aides-soignantes que lorsque vous retrouvez avec 80 IDE et puis 50 AS et puis voilà, je ne peux pas comparer. Après je trouve que nous sommes noyés, mais est-ce que c'est parce que l'effectif est plus grand et que le service est plus grand... je ne saurais pas le dire.

2°) Vous a-t-elle conduit à avoir recours à la délégation ?

Ah ben oui...

→ Si oui : à qui ? Quand ? Comment ?

Déjà tout ce qui est matériel que je ne maîtrise pas en réanimation. Donc matériel, formation des nouveaux, même si on a un œil, de contrôle, voilà je ne suis pas dans les soins du tout. Voilà, ça c'est le genre de choses sur lesquelles on se décharge complètement sur les IDEC. Tout ce qui concerne les rencontres avec les délégués médicaux, c'est elles qui voient. Donc tout ça, ça nous décharge quand même beaucoup.

Il y a deux IDEC de jour et une de nuit. En fait c'était déjà un peu instauré quand je suis arrivée. Alors en réa c'est quand même très spécifique, parce qu'il y avait déjà des références matériel, donc elles ont pris un petit peu la continuité, sauf que maintenant il y a une aide-soignante référente matériel et que les IDEC doivent être plus au niveau des soins : des formations, sur le tutorat pour les stagiaires, pour les nouveaux arrivants. C'est l'aide-soignante référente qui gère la pharmacie et le matériel. Nous avons aussi une aide-soignante qui accueille les familles et qui les guide, ça nous dégage beaucoup de temps. S'il y a un problème nous pouvons les voir, mais de manière générale c'est elle qui présente le service, qui fait la visite. Ce qui nous décharge dans un premier temps et l'équipe dans un deuxième temps.

3°) Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ?

Le partenariat avec les infirmières référentes, est formalisé sous forme de fiches de poste. C'est lors des entretiens annuels et de l'évaluation des besoins de chacune, que la cadre de santé précédente avait ciblé les infirmières intéressées, mais aussi vis-à-vis de leurs anciennetés dans le service, de leurs connaissances des pathologies, du matériel... des compétences.

→ Si oui, en quoi consiste ce partenariat ?

(Question abordée au-dessus)

4°) Quel type de management pensez-vous adopter vis à vis de ces IDE ?

Je suis déjà dans la délégation. Je fonctionne beaucoup à la confiance. Si elles ont un problème elles viennent nous voir. Je ne rentre pas du tout dans leur manière de gérer les choses, elles sont en complète autonomie. Par contre moi, je veux qu'il y ait des retours. Donc nous faisons des réunions au moins une fois par mois sur l'évolution du travail, sur ce qu'elles ont fait, de manière collective (toutes les trois ensembles avec les cadres).

→ Et vis à vis de l'équipe soignante ?

Je fonctionne de la même manière avec mon équipe soignante. Je laisse en autonomie de la même manière. Je circule tout de même beaucoup dans les modules. Je discute pas mal avec elles, pour savoir comment ça va. S'il y a un problème, mon bureau est toujours ouvert. Je pars du principe qu'il y a besoin d'un cadre, mais un cadre sans personnel n'est rien du tout.

5°) Comment qualifieriez-vous votre relation avec l'équipe soignante ?

Très bien... sans me lancer des fleurs (rires). Après je ne m'entends pas avec tout le monde, mais lorsqu'il y a des choses à dire je le dis et cela passe quand même, parce qu'elles me connaissent et que l'on est beaucoup dans la discussion.

→ Et celle des IDE référentes avec de l'équipe soignante ?

Alors au début ça a été très difficile parce que c'était des collègues. Il y a eu des problèmes... En fait il n'y a pas eu d'entretien pour désigner les personnes qui souhaitaient avoir ce poste, on a « nommé » ces personnes. Donc là déjà, ça a été très mal vécu par l'équipe. Parce qu'il y a plusieurs personnes qui étaient intéressées : alors pourquoi elle ? Et pas moi ? Alors que nous n'avons pas été reçus en entretien...

Alors pour le coup lorsque la dernière est partie, on a fait une grille d'évaluation sur ce qu'on voulait pour ce poste, avec un score évaluation de zéro à cinq. Et donc voilà, tous ceux qui postulaient pour le poste ont été évalués sur la même grille d'évaluation et c'est celle qui a eu le score maximum qui a été désignée. Nous n'avons pas renouvelé ce qui avait été fait auparavant. Pour le coup on a pu argumenter sur les questions du type et « pourquoi elle est pas moi ? ». Et au final c'est mieux passé.

6°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décriez votre identité professionnelle aujourd'hui ?

Alors je ne me retrouve plus. Ça ne veut pas dire que je n'aime pas ce que je fais, mais je ne m'y retrouve plus. À la base, si on m'avait proposé le poste de faisant fonction, je trouvais ça très bien parce que c'était pour être plus près du personnel et plus près des patients, parce qu'en tant qu'infirmière on a très peu temps pour pouvoir discuter avec les patients et là je m'étais dit, que mon cœur de métier, je pourrais au moins passer du temps auprès des patients, pouvoir discuter avec eux, pouvoir accorder du temps en famille. Et aujourd'hui, je suis très loin de ça... en tout cas ce pourquoi j'avais pris ce poste. Aujourd'hui on a plus le temps, parce qu'on a trop d'administratif, trop de réunions. Alors, je consacre toujours du temps pour le personnel, ça pour moi c'est primordial, c'est-à-dire que je passe toujours dans les modules, que je discute avec eux, des fois ça dure cinq minutes et puis des fois ça dure une demi-heure, trois quarts d'heure. Voilà, parce que pour moi ça reste une priorité. Par contre, je ne suis pas autant présente que ce que je voudrais auprès du personnel. On a besoin de ce temps administratif, mais c'est très chronophage : c'est géré l'absentéisme, faire des plannings, c'est planifié les CA de l'année, c'est passé son temps à calculer les effectifs. Tout ça prend du temps, quand vous avez 10 personnes ça va mais quand on a 80... Voilà.

Encore heureux que nous vous avons l'infirmière référente, parce que sinon je ne sais pas où je trouverais le temps de pouvoir remplir ses tâches. Et ce serait aussi au détriment du personnel. Je ne sais pas si on peut parler de délégation de missions de cadre envers les infirmières référentes, parce que pour moi le cadre n'a pas à s'occuper du matériel. Ici c'est vrai que les cadres ne se sont jamais occupés du matériel, donc au fur et à mesure elles ont pris la continuité de ce qui existait. C'est vrai qu'avant on était aussi tuteur, aujourd'hui on est plus. Ça c'est très bien. Parce que c'est vrai qu'on n'a pas le temps. En plus le nombre de stagiaires va avec le nombre de lits, c'est le jour, c'est la nuit. Parce que nous sommes aussi responsables des équipes de nuits, il ne faut pas l'oublier ça non plus. On se décale vers 21 heures 21h30 pour voir les équipes de nuits une fois tous les 15 jours.

7°) Comment voyez-vous la profession du cadre de santé d'ici 5 à 10 ans ?

Euh je ne sais pas... (en chuchotant)

Je veux me sortir des plannings !!! Les plannings, c'est bon !!! Ça fait 12 ans maintenant, là je commence à saturer. J'ai envie de faire autre chose. Pas Cadre Sup, parce que leur merde

je n'en veux pas, je ne peux pas. Mais par contre, plus en mission transversale, sur la qualité. Me sortir des plannings, c'est bon quoi !!!

Je ne sais pas du tout l'évolution, je ne sais pas du tout...

Après il faut savoir cibler les priorités, même si moi je ne passe plus de temps avec les patients, je passe simplement le matin je fais un petit coucou, voir si ça va, mais par contre je reste toujours très proche du personnel. Donc ça par contre je ne m'en éloigne pas. Et donc même ci-après je passe beaucoup de temps dans les plannings, c'est dans un but d'être encore plus près des soignants, dans leur organisation, dans les soins, pour améliorer l'organisation. C'est pour continuer ce qui est important pour moi, c'est-à-dire le personnel. Le bien-être du personnel, parce que pour moi c'est important. Mais les plannings vraiment j'en peux plus.

8°) L'évolution qui se profile vous convient-elle ? Pourquoi ?

Ah ben là non !!!

En tout cas celle que j'imagine. Parce que plus ça va, plus on est je trouve guider par tout ce qui est réunion, les groupes de travaux qui de toute façon n'aboutissent pas, ... voilà. Ce n'est pas beau hein...

### Entretien définitif Cadre de Santé n°3

Âge/Sexe : 51 ans

Ancienneté dans la fonction : 19 ans

Parcours professionnel : IDE depuis 1985 4 ans en chirurgie  
5 ans en réanimation  
1 an en IFSI  
CDS en 1997 9 ans en IFSI  
10 ans en réanimation

Service : Réanimation adultes

Capacité du service : 10 lits de réanimation et 5 lits de soins continus

Composition de l'équipe : 29 IDE dont 1 IDE Référente (100%) / 24 AS / 6 ASH / 1  
CDS  
Équipe soignante en 12h

1°) Depuis que vous êtes CDS, avez-vous ressenti une évolution dans le métier ?

Ah oui... ah oui oui oui oui !!!

Alors une évolution, ce n'est pas du métier, enfin je ne sais pas si on peut dire du métier... mais si forcément c'est du métier. C'est-à-dire que les contraintes budgétaires font que depuis un peu plus d'un an je suis beaucoup plus centrée sur les plannings. C'est-à-dire qu'avant j'avais beaucoup plus de temps que je consacrais à la partie projet, qui me plaisait beaucoup ; sur l'amélioration des pratiques, sur la qualité des prises en charge, des petites améliorations qui étaient importants pour les équipes. Et là c'est vrai qu'on nous demande beaucoup plus d'activité.

Il faut savoir que le service a changé de chef de service il y a peu. Le nouveau chef de service est jeune est issu de l'équipe médicale. Il a un dynamisme et une capacité de réflexion à 150 %, ce qui fait que nous avons beaucoup changé nos pratiques, ce qui fait que nous avons des patients qui ont une durée moyenne de séjour beaucoup plus courte. Ce qui est très bien pour les malades mais qui fait que nous avons un turnover très important dans l'unité concernant les patients. Donc ce qui fait que nous sommes rentrés dans un travail un petit peu différent où il faut donner de l'élan aux équipes, etc.

Alors on a les contraintes budgétaires qui font que nous avons moins de monde pour assurer autant de travail, voilà... Les remplacements qui auparavant avec les anciens directeurs des soins, lorsque nous avions un congé maternité nous avions un remplacement, aujourd'hui on nous laisse traîner jusqu'à temps que nous arrivions au pied du mur, c'est-à-dire que nous puissions plus fonctionner. Ce qui est le cas au jour d'aujourd'hui puisque depuis la semaine dernière j'ai dû fermer trois lits.

Donc le métier de cadre en effet a évolué. C'est-à-dire qu'on est donc dans ce qui se passe au niveau du pays et avec l'agence régionale de santé qui fait que voilà on a du déficit sur l'hôpital, donc on nous sert les boulons et les boulons qui sont serrés sont le personnel. Par contre il faut continuer à faire de l'activité et plus on fait de l'activité moins elle est rémunérée. On ne sait pas jusqu'où on va pouvoir aller mais à un moment on est au maximum de ce que l'on peut faire, donc ça c'est difficile.

Et donc notre métier évolue parce que l'on doit tenir compte de tout cela : la contrainte économique, on doit apprendre à travailler avec. On doit motiver les équipes, parce que dans les équipes il y a de moins en moins d'agents mais du coup il faut qu'on est des équipes en forme et motivées car il faut qu'elle bosse encore plus et ça c'est vraiment compliqué.

→ Si oui, pensez-vous qu'elle soit en lien avec les nouvelles réformes hospitalières ?

Ah oui oui oui, tout à fait moi je crois que c'est en lien. Ça a changé, c'est sûr qu'avec ça nous avons des objectifs qu'il faut respecter, qui sont signés chaque année par le chef de pôle. Alors moi je pense qu'avec le pôle que nous sommes, nous sommes bien inscrits dans cette dynamique.

Notre métier de cadre de santé n'a pas vraiment changé avec cela car nous avons une cadre de pôle qui se charge de toutes ces missions. Nous on va nous faire des réunions de travail,

des réunions sur les plannings, on va nous faire des éléments sur la mutualisation, on va nous demander d'harmoniser les plannings, de donner des heures de récupération aux agents. Notre cadre de pôle fait beaucoup.

2°) Vous a-t-elle conduit à avoir recours à la délégation ?

Moi j'ai toujours délégué aux infirmières. J'ai toujours voulu qu'elles soient autonomes même avant qu'il y ait une référente. Alors elles pouvaient s'occuper des stupéfiants, des contrôles de kits d'intubation, des commandes de solutés, des stocks, etc. Je les avais autonomisés, l'idée c'était ça.

→ Si oui : à qui ? Quand ? Comment ?

Les contrôles sont maintenant faits par la référente, et moi il m'arrive de le faire de temps en temps.

Il existe une fiche de poste sur le service pour l'IDE référente et je lui confie parfois des missions un peu plus ponctuelles. Je lui confie parfois des missions au coup par coup, qu'elle gère en toute autonomie. Elle me rend simplement compte lorsque celle-ci est terminée afin que je puisse vérifier.

Par exemple prochainement nous devons travailler sur les livrets d'intégration des nouvelles infirmières. Nous avons donc décidé de nous fixer des réunions de travail pour plus tard.

Elle s'occupe aussi de la gestion des lits.

Elle aide aussi de manière ponctuelle pour les soins dans la limite de ses restrictions médicales.

3°) Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ?

Le poste nous ne l'avons pas mis il y a très longtemps en place. Le poste d'infirmière référente c'était un poste que nous réclamions depuis assez longtemps. Depuis plusieurs années même, et qui n'a jamais pu se mettre en place, car la direction ne souhaitait pas embaucher du personnel en plus, il ne voyait pas la nécessité.

Et puis nous avons une infirmière qui était présente depuis très longtemps dans notre équipe et qui a eu des soucis de santé, donc nous avons relancé ce projet. Du coup elle est passée en commission et il fallait la repositionner quelque part dans l'hôpital. Du coup nous avons défendu les missions de cette infirmière référente, en s'appuyant sur le fait que les

nouvelles infirmières qui arrivent avec un nouveau référentiel, sans module de réanimation ont besoin d'être accompagnées ; un temps de formation est donc nécessaire. Nous avons défendu aussi tout l'aspect pharmacie, car chez nous c'est 50 % du travail l'aspect pharmacie. Nous avons énormément de dysfonctionnements avec la pharmacie. Le téléphone aussi qui sonne sans arrêt, donc elle a aussi cette mission d'accueil téléphonique, d'accueil des familles. Elle a déchargé les équipes de soins : de toute la pharmacie, de toutes les vérifications des appareils de dialyse, la mise en conformité des chariots d'urgences, la formation aux nouveaux arrivants. Donc finalement il n'y a pas beaucoup de temps pour qu'elle puisse travailler sur des projets, elle est embolisée par plein de choses. L'infirmière référente est en poste depuis septembre 2015, au début il nous a fallu du temps pour trouver nos marques. Qu'elle trouve sa place dans l'équipe de travail parce que c'est-à-dire qu'il y a des gens qui auraient bien voulu avoir ce poste aussi. Donc ça a été un petit peu difficile de l'asseoir auprès de l'équipe. Enfin pas l'équipe sur laquelle elle travaillait mais plutôt la contre équipe. Avec des agents qui auraient pu aussi avoir ce poste car ils s'étaient beaucoup investis et qui avaient besoin de changement. Mais je n'ai pas eu non plus eu mon mot à dire, c'est la direction qui a choisi, c'était cette personne et pas une autre. C'était ça ou rien. Donc il a fallu que je prenne sur mes postes, donc c'est un choix que nous avons fait pour ne pas la perdre. Pour pouvoir garder ses compétences, son expertise, sur le volet formation. Parce que c'est vrai qu'elle repère pas mal de choses dans les dysfonctionnements.

→ Si oui, en quoi consiste ce partenariat ?

Elle a repris plus des tâches que les infirmières avaient avant, que des tâches à moi. Il y a peut-être la mission de contrôle. C'est-à-dire qu'elle est plutôt vers les soignants et que moi je garde ma fonction de cadre. C'est vrai qu'il ne faut pas mélanger les deux.

La grosse problématique d'une infirmière référente, là on s'aperçoit vite des travers, c'est que comme elle est issue de l'équipe de travail, notamment dans son équipe les gens vont confier des choses, lui demander des choses, et donc le souci c'est son positionnement dans l'équipe, donc ça c'est dur pour elle. De ne pas laisser partir des informations qu'éventuellement moi je peux lui donner, qui ferait parti des missions d'encadrement.

Par contre ce qui est bien c'est que quand moi je suis en vacances, elle prend mon rôle. C'est un relais, elle est toujours en lien avec le cadre de pôle, c'est-à-dire que nous combinons nos vacances toutes les trois. C'est vrai qu'avant quand je partais en vacances c'était une des infirmières de l'équipe qui me remplaçait : dont elles avaient leur boulot

d'un côté et les problèmes de RH à gérer de l'autre. C'est elle maintenant qui gère les problèmes d'absentéisme ou de personnel lorsque je suis absente. Elle s'inscrit aussi dans des groupes de travail. Ça m'a aussi permis de dégager du temps, de pouvoir voir les équipes de nuits, car je gère autant le personnel de jour que de nuit. Ce que je ne pouvais pas faire avant.

Elle est aussi un relais de l'information vers les équipes, sur de nouvelles pratiques par exemple.

4°) Selon quels critères les IDE référentes sont nommées dans le service ?

Là entre autre c'est suite à un reclassement dans le cadre d'une problématique médicale pour un agent bien défini. C'est la direction qui a choisi.

5°) Quel type de management pensez-vous adopter vis à vis de ces IDE ?

J'essaie de lui confier les choses qui sont importantes pour elle, pour qu'elle puisse remplir ses missions au mieux. Mais le problème c'est qu'il faut être prudent de ce que l'on va dire, parce que je ne sais pas forcément si tout ce que je lui dis est « tip top secret ». En effet ce n'est pas la même chose étant donné qu'elle vient d'une des équipes que si elle était venue de l'extérieur. Pour elle ce n'est pas facile, du coup sa place n'est pas évidente.

→ Et vis à vis de l'équipe soignante ?

Plus participatif je dirais. Moi je suis une cadre de proximité. Je suis assez dans mon équipe de travail. Je veux dire que s'il y a un gros coup de bourre, ça m'arrive d'aller aider. Si un matin il y a deux aides-soignantes au lieu de quatre ça m'arrive d'aller faire une toilette. Bien évidemment ce n'est pas ce que je ferais tous les matins parce que j'ai plein d'autres choses à faire, mais ça ne me dérange pas de mettre la main au charbon, parce que nous sommes tous dans la même galère, et que je sais que de toute manière je n'aurais personne d'autre.

Sinon j'essaie de les écouter, de les impliquer, de les faire participer au maximum. Enfin j'essaie de faire au mieux, enfin ce n'est peut-être pas toujours parfait... mais j'essaie.

6°) Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec l'équipe soignante ?

Dans l'équipe il y a d'anciennes infirmières et des infirmières diplômées de moins d'un an. On n'a pas tout à fait le même profil qu'avant. Je m'y retrouve un petit peu moins si on peut dire.

On a beaucoup plus de mal à les monter en compétence. On a du turnover, et puis surtout l'impression qu'une fois qu'elles ont fait leur mois de formation et qu'elles sont en poste, elles savent déjà tout. Alors que nous sommes loin de là. Elles ont peu de questionnements alors qu'elles sont normalement formées à l'analyse. Les médecins aussi voient qu'il y a des biais dans la prise en charge, des insuffisances.

Pour faire un parallèle, nous avons aussi des soucis avec ces agents dans la gestion RH. Des gens qui ne veulent pas revenir sur des temps de formation, des gens qui ne peuvent jamais remplacer les arrêts maladie, des gens qui ont moins d'implication dans le service. Du coup les directions je pense qu'elles ne tiennent pas du tout compte du tout cela, ce qui fait qu'aujourd'hui nous avons des gens qui sont un peu limités et auxquels on ne peut pas leur demander ce qu'on aurait demandé avant.

→ Et celle des IDE référentes avec de l'équipe soignante ?

J'ai fait une enquête en décembre 2015. Tout le monde était très content du poste d'IDE référente. Globalement ça leur apportait vraiment un plus. C'était en lien aussi avec un travail sur le flux des patients et la qualité des soins. Ça enlève un stress à l'équipe, ils sont déchargés de tout ce qui est téléphonie, commande, enfin tout ce qu'il y a autour de la prise en charge nette des patients. 99 % de l'équipe est très satisfaite du travail de l'infirmière référente.

Sa relation se passe bien avec l'équipe... sauf peut-être un agent qui aurait bien voulu avoir le poste et qui lui fait bien comprendre depuis le début. J'avais revu l'infirmière référente pour lui dire de ne pas rentrer là-dedans, j'ai l'impression que depuis cela ça va mieux.

7°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décrieriez votre identité professionnelle aujourd'hui ?

Les directions auraient tendance à nous faire changer nos valeurs, en ce qui me concerne ce sont toujours les mêmes. Donc pour moi mes valeurs sont et ont toujours été les soins, le patient, la famille. J'essaie d'être proche des équipes. Malheureusement on nous pousse à faire autrement. En ce moment je ne fais que gérer des plannings, ça génère beaucoup de stress et je suis de moins en moins proche de l'équipe. Ce n'est pas mon habitude, mais la direction n'a pas anticipé les congés maternité et je me retrouve avec une équipe en sous-effectif. J'essaie d'être toujours aussi présente que je le peux. Je passe tous les matins voir l'équipe pour savoir si ça va, si elles ont besoin d'aide.

8°) Comment voyez-vous la profession du cadre de santé d'ici 5 à 10 ans ?

Moi je vais prendre ma retraite dans 5 ans si je le peux... alors ça va énormément me manquer, malgré toutes les difficultés car j'adore mon travail.

Sinon avant ma retraite je vois ça plutôt noir. Franchement moi je vois ça noir parce que je sors d'une réunion de la semaine dernière, où on nous a montré toutes les dernières contraintes budgétaires... moi ça m'affole. Surtout quand je vois que notre activité a augmenté de 14 % et qui c'est le cas pour pratiquement tous les pôles.

Ça me fait franchement peur. Je suis assez dubitatif par rapport à ça. On veut nous faire mutualiser le personnel alors qu'on nous demande des compétences spécifiques...

Ça fait peur aussi parce qu'on a l'impression qu'il y a une perte de confiance de la direction vers l'encadrement, rien de ce que l'on dit ou demande n'est pris au sérieux.

9°) L'évolution qui se profile vous convient-elle ? Pourquoi ?

Pas vraiment. Cela me fait vraiment peur, surtout quand on voit tout ce qu'on nous demande de faire avec les mêmes moyens voire moins. Le message de la direction étant « qui peut le plus peu le moins... »

## Entretien IDEC n°1

Âge/Sexe : 33 ans / Féminin

Ancienneté dans la fonction : 1 an

Ancienneté dans le service : 11 ans

Parcours professionnel : IDE depuis 13 ans 2 ans en soins palliatifs et après Urgences CHSF

Service : Urgences

### 1°) Comment et depuis quand avez-vous accédé à ce poste d'IDEC ?

J'ai accédé à ce poste en avril 2015, suite à une demande personnelle et un besoin dans le service.

Il y avait une demande activement on reçoit énormément d'étudiants. En moyenne il y en a 15 par mois : infirmiers, aides-soignants, ambulanciers et même parfois manip radio.

### 2°) Quelles sont vos missions au sein de l'unité?

J'ai créé tout ce qui était livret d'accueil pour les différents étudiants, PAP (Parcours d'apprentissage progressif). Ensuite je gère tout ce qui est en amont du stage : les coups de téléphone, planning, c'est moi la tutrice des étudiants. Ensuite je gère tout ce qui est l'accueil avec présentation du service, présentation du planning et des objectifs, les bilans mi stage, les mises en situation professionnelle pour les aides-soignants quand il y en a donc je fais le lien avec l'IFSI et je gère les feuilles de fin de stage. Je gère de A à Z le parcours de l'étudiant.

Je gère effectivement tout ce qui est tutorat des étudiants et je gère aussi tout ce qui est arrivée des nouveaux professionnels de santé et je gère également tout ce qui est matériel, labo et pharmacie. Les commandes sont faites par l'équipe de nuits seulement n'a beaucoup d'intérimaires donc il faut vérifier que les commandes sont bien faites il manque toujours quelque chose qu'il faut passer des coups de téléphone se déplaçaient je ne suis pas seule sur le poste au niveau du matériel et c'est plutôt Soizig qui a la casquette matérielle. Étant

un mi-temps je ne suis pas toujours présente et nous nous complétons l'une l'autre. Je gère aussi le relationnel avec les représentants commerciaux quand ma collègue n'est pas là.

3°) D'après vous sont-elles en lien avec votre projet professionnel?

La situation est un peu particulière. J'ai eu des soucis de santé.

Avant j'avais un autre projet, c'était de partir à l'école d'infirmières anesthésistes. D'un point de vue médical et personnel j'ai été arrêtée trois ans. Hélas la reprise n'était pas du tout envisageable dans les soins.

Du coup au moment de reprendre j'ai contacté la cadre du service et la cadre de pôle, et comme elles souhaitaient que je revienne sur le service elles m'ont proposé le poste d'infirmière coordinatrice en me présentant la fiche de poste. Quand j'étais dans les soins, j'encadrais déjà des étudiants et c'est quelque chose que j'appréciais beaucoup. Elles se sont souvenues de ça et donc elles m'ont dit qu'elles avaient un besoin parce que l'encadrement « péchait » dans le service et qu'elles n'avaient pas le temps de se consacrer à ça. Elles m'ont donc proposé ce poste, le tutorat me passionnant j'ai accepté le poste. On m'avait aussi proposé d'autres postes sur le site mais c'était vraiment un choix personnel et professionnel, en lien avec une expertise que j'avais.

4°) À votre avis ces missions découlent-elles d'une délégation du CDS?

Oui, elles m'ont complètement délégué ce qui était du tutorat. La seule chose c'est qu'elle reste très disponible si j'ai un souci, mais c'est vrai que je gère de façon autonome les étudiants.

→ Si oui, comment cette délégation est-elle mise en place ?

Je sais que si j'ai besoin elles sont toujours présentes je n'hésite pas.

La dernière fois j'ai dû faire un rapport d'invalidation de stage, je les ai tenues au courant mais c'est moi qui ai rédigé le rapport.

C'est moi qui chapeaute les étudiants dans leur globalité. Elles me délèguent cette partie dans la globalité. Au début elles géraient les plannings des étudiants, mais aujourd'hui c'est moi qui gère totalement les plannings des étudiants parce que c'est plus simple. Parce qu'il y avait parfois des incompréhensions ou il y avait des infos qui ne passaient pas. Je suis toujours joignable avec un système de téléphone ou de mail. Je suis toujours joignable comme ça y'a pas de souci. Sur le papier je suis considérée comme tutrice mais je suis aussi maître de stage mais comme je ne suis pas cadre... voilà.

Les infirmières restent encadrantes, elles ne sont pas vraiment tutrices c'est moi la référence. Avant c'était les infirmières qui étaient tutrices et les cadres qui faisaient le planning et les feuilles de fin de stage. Il n'y avait pas de bilan mi stage, il n'y avait pas vraiment d'accueil, c'était les infirmières qui présentaient de manière informelle. Il n'y avait pas quelque chose de bien défini.

5°) Pensez-vous que cette délégation soit en lien avec les nouvelles réformes hospitalières?

Oui oui je pense

→ Pourquoi?

Tout ce qui au niveau de la délégation, au niveau du tutorat je parle. Déjà au niveau des cadres : elles sont beaucoup sur de missions de service, mais surtout des missions institutionnelles. Elles sont surchargées malheureusement. Je parle des projets de la nouvelle certification, tout ce qui est des IPAQSS, de la validation, V2014. Elles sont, pour moi, accaparées par les missions de pôle et les missions de l'établissement, au détriment malheureusement, pas forcément du personnel mais en tout cas des étudiants.

Je ne sais pas si je suis très claire.

Ah oui oui il y a une charge de travail très importante sans compter l'absentéisme. Elles gèrent elles-mêmes l'absentéisme. En plus il faut savoir qu'on est un service fortement touché. Cet absentéisme est dû à une fatigue du personnel, à une surcharge de travail, un plan de retour à l'équilibre financier qui a réduit les ETP. Elles font énormément d'administratif : ce qui est planning et absentéisme couvrent à peu près 70 % de leur activité. Le reste pour l'encadrement du personnel, les entretiens, les groupes de travail qu'elles chapeautent. Elles ont énormément de casquettes et nous sommes une grosse équipe. Pour moi c'est aussi lié à la taille de l'équipe, de ce que j'entends on est une grosse équipe. On peut se comparer à la réanimation adulte, soit la médecine néonatale sur l'hôpital.

6°) Comment vous situez-vous vis à vis de l'équipe soignante ?

Alors c'est très difficile de trouver sa place...

Au début j'ai eu beaucoup de mal puisqu'on est plus aux soins et on n'est pas cadre voilà. Donc il faut bien rester dans ce « cadre », voilà. Il ne faut pas dépasser notre fonction. Comme on a un peu tendance à être la personne ressource pour l'équipe, on va être sollicité de toutes parts. On appelle des fois pour me dire qu'on est - 1 et qu'il y a un arrêt. Alors

généralement, je demande si les cadres sont au courant et à ce moment-là je les informe. Et là ça fait plaisir parce qu'on a le sentiment d'être une personne ressource même si ce n'est pas ma mission. Ce sont des choses qu'il faut bien répéter, parce qu'à partir du moment où on est une personne ressource, on est une personne ressource pour tous...

C'est une équipe que je connais donc du coup niveau communication ça passe très bien. Donc forcément c'est plus facile de m'appeler moi que les cadres la plupart du temps. Sans compter qu'elles ont beaucoup des réunions. Voilà

Donc des fois quand les infirmières voient que je suis présente, elles vont considérer que je suis peut-être plus disponible et elles vont m'appeler donc plus facilement.

Je suis un relais de l'information, ce n'est pas encore dans ma fiche de poste mais on en a parlé avec les cadres : du relais au niveau de la formation et de l'encadrement. Mais pour le moment c'est une facette que je n'ai pas encore développée. Pour le moment ce n'est pas encore quelque chose que je me suis appropriée.

7°) Comment vous situez-vous vis à vis du CDS?

Bah c'est assez clair.

Comme j'avais eu des difficultés au début, à l'entretien avec les cadres, je leur en ai fait par toute suite. Elles m'ont dit qu'elles comprenaient et que c'était plus ou moins logique donc on a remis les choses à plat. Tout simplement en communiquant et en se séparant bien les tâches et maintenant moi je suis bien au clair de ne pas dépasser ma fonction.

Et après voilà elles savent qu'elles peuvent compter sur moi.

→ Que vous renvoie le CDS sur vos activités ?

C'est vrai que ça fait plaisir quand elles m'appellent parce qu'une intérimaire va arriver et qu'elles me disent qu'elles ne peuvent pas l'accueillir et qu'elles comptent sur moi. Qu'elles ne peuvent pas aller en réunion et qu'elles comptent sur moi pour que je leur fasse un compte rendu. C'est vrai que c'est assez agréable, je ne fais pas de réunion à leur place mais je peux y participer pour leur faire le compte rendu. Quand elles reviennent de vacances, ça fait plaisir quand elles viennent me voir et qu'elles me demandent ce qui s'est passé pendant leur absence.

Je ressens une certaine reconnaissance vis-à-vis du travail que j'effectue par les cas de santé.

8°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décriez la relation entre le CDS et l'équipe soignante aujourd'hui ?

Leur relation... ben elle est difficile. Elle est présente et c'est déjà bien. Mais elle est difficile, il y a beaucoup de facteurs qui perturbent cette relation. Notamment tout ce qui est pour moi missions institutionnelles : gestion des plannings et de l'absentéisme, même si c'est dans leur rôle c'est vrai qu'avec ça elles sont moins présentes près des équipes.

Ma place, permet pour le coup de pallier à ça. Pour moi c'est clair mais ce n'est peut-être pas encore clair pour tout le monde. Les infirmières référentes sont un soutien je pense. En tout cas chez nous ça fonctionne bien, on a trouvé un équilibre. Ça fonctionne bien quand même.

J'ai fait sept ans aux urgences dans les soins sur l'ancien hôpital, je n'ai pas vécu le déménagement parce que j'étais en arrêt maladie. Je suis revenue sur l'équipe et donc je connaissais moins de monde, je ne sais pas si c'était plus aidant. Pas forcément, parce que du coup il faut de nouveau créer une relation de confiance, il faut se représenter. Et quand on revient à mi-temps thérapeutique ce n'est pas forcément simple. Il faut aussi faire comprendre que je ne suis pas là tous les jours, ni toute la journée, donc l'air de rien c'est quelque chose qui peut freiner et au final ça passe très bien.

Quand je suis arrivée c'était une création de poste, je ne remplaçais pas quelqu'un. Je suis arrivée, j'ai tout mis en place moi-même et comme j'étais autonome c'était assez simple. Il n'existait rien. Je faisais mes trucs et je rendais des comptes aux cadres. Elles ont parfois réajusté les choses et elles m'ont souvent laissé gérer de manière autonome parce que dans les grandes lignes ça le « faisait ». Quand on sonde les équipes et les cadres, ça se passe très bien. Pour l'équipe et pour les cadres il n'y a pas de souci.

On réussit à prendre le relais : moi et ma collègue. Avec ma collègue on a la même manière de travailler. On se complète dans les jours de présence.

9°) Comment imaginez-vous le métier de CDS dans le futur ?

J'ai du mal à me projeter.

Déjà parce que ce n'est pas quelque chose que je maîtrise de A à Z. Je vois bien les missions. Je vois bien le travail qu'elles effectuent et les rôles. Il y a des choses qui vont évoluer. Ensuite, je ne sais pas si ça va évoluer dans le bon sens... pour les équipes... je pense que si ça continue d'évoluer de la manière dont ça évolue depuis les dernières années, je pense que le rôle des IDEC ou infirmières référentes va être primordial. Il va y avoir besoin d'un relais auprès des équipes. Ou alors il va falloir augmenter les postes de

cadres. Parce que clairement elles ne vont pas pouvoir effectuer toutes les tâches qui leur incombent mais je ne sais pas si cela est possible enfin je ne pense pas avec la politique... Après je n'ai pas vraiment de réponse à vous donner. Après c'est vrai que ce n'est pas un sujet que je maîtrise.

## Entretien IDEC n°2

Âge/Sexe : 31 ans

Ancienneté dans la fonction : 2 mois

Ancienneté dans le service : 7 ans

Parcours professionnel : IDE en 2006  
2 ans en Pneumologie  
7 ans en Réanimation

Horaires de présence : lundi au vendredi en 7h30

1°) Quelles sont vos missions au sein de l'unité?

Faire de l'information sur de nouvelles procédures ou changements des pratiques auprès de l'équipe soignante.

L'accueil et l'accompagnement des nouveaux infirmiers.

Le tutorat des étudiants.

La gestion du matériel au sens du service.

2°) D'après vous sont-elles en lien avec votre projet professionnel?

Oui, parce que j'aimerais développer au sein du service la recherche paramédicale et la recherche clinique. Donc en étant détachée des soins cela me permet de me lancer là-dedans.

3°) À votre avis ces missions découlent-elles d'une délégation du CDS?

Oui, sûrement certaines.

Tout ce qui est encadrement, accueil des nouveaux infirmiers c'est nous qui prenons en charge, alors que dans les autres services il n'y a pas d'IDEC et ce sont les cadres qui gèrent.

→ Si oui, comment cette délégation est-elle mise en place ?

Il existe une fiche de poste. On fonctionne avec la communication, qui se fait bien ici.  
Les trois IDEC ont les mêmes missions, que ce soit le jour ou la nuit.

4°) Pensez-vous que cette délégation soit en lien avec les nouvelles réformes hospitalières?

Je pense, après au sein d'un service comme ça je pense que c'est aussi par rapport à la taille du service et de l'équipe... qui est énorme. Donc elles ont énormément de choses à gérer, notamment les réunions. Et ça permet aux services d'avoir toujours quelqu'un de présent.

→ Pourquoi?

Elles sont souvent absentes pour des réunions.

5°) Comment vous situez-vous vis à vis de l'équipe soignante ?

Je n'ai pas de difficultés. On est bien en lien, ils peuvent faire appel à nous dès qu'ils ont un problème et je ne ressens pas du tout de cassure entre nous : quand on passe les informations, ils suivent les nouvelles procédures. Quand ils ont besoin ils appellent.

→ Que vous renvoie l'équipe soignante sur vos activités ?

Il trouve ça bien parce que ça leur fait toujours quelqu'un de référent. Surtout comme on couvre la journée et la nuit et qu'il n'y a que les week-ends où nous ne sommes pas là et que souvent les problèmes c'est la semaine.

Ils sont plutôt contents que nous soyons là, parce que ça les déchargent de pas mal d'activités, parce que s'il y avait des pannes de matériel ou autre chose ce serait à eux de gérer. Ils peuvent se concentrer plus sur leurs soins et les patients.

6°) Comment vous situez-vous vis à vis du CDS?

Je n'ai pas de difficultés non plus, on communique plutôt facilement. Il y a vraiment une bonne entente par rapport à l'équipe des cadres ; en plus chacun est bien à sa place et il n'y a pas de débordement. Elles nous font confiance et si on a un souci on les appelle et elle nous conseille ou elle nous aide s'il y a des choses où on est dépassé.

→ Que vous renvoie le CDS sur vos activités ?

Elles sont plutôt contentes, puisqu'il y a plein de choses qui avancent, notamment les procédures qu'on peut mettre régulièrement à jour, on acquiert de nouvelles techniques, qui sont du coup rapidement mises en place. Je pense que ça les arrange elles aussi et que ça leur dégage du temps. Pour faire des réunions... (rires) Non sans rigoler les pauvres elles ont beaucoup de problèmes de planning, de gestion.

→ Que vous renvoie l'équipe sur votre partenariat avec le CDS ?

Franchement je n'ai pas d'écho là-dessus, je ne sais pas ce qu'il pense de notre relation avec les cadres.

7°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décriez la relation entre le CDS et l'équipe soignante aujourd'hui ?

Pour moi aujourd'hui d'une manière générale, c'est du management. Il n'est plus soignant, il est beaucoup plus gestionnaire.

Le problème du service c'est qu'il est tellement grand, qu'il y a tellement de monde, qu'on a l'impression qu'elles ne sont que sur les plannings et qu'elles n'arrivent pas à avancer plus que ça. Quand on passe devant leur bureau c'est le planning devant la tête, sur l'ordinateur, en train de gérer un nouvel arrêt. En fait elles ne font que ça. Elles se font bouffer par les arrêts de travail.

Je pense que c'est en lien avec la taille de l'équipe. Parce que quand on était sur les deux sites auparavant je n'ai pas l'impression que c'était comme ça. Sur les services conventionnels aussi ce n'est pas comme ça. En petite équipe, j'ai connu la cadre qui lorsqu'on n'arrivait pas à piquer venait donner un coup de main et c'est elle qui prélevait. Aujourd'hui ça n'arriverait plus, ce serait plus nous qu'on appelle maintenant.

Les nouveaux arrivants demandent aussi plus de gestion. Ce n'est pas vraiment la même mentalité que lorsque nous sommes arrivés dans le service. Je ne sais pas vraiment dire si c'est nous qui avons vieilli ou si c'est un problème de génération. Ce n'est pas les mêmes quand même il faut le dire : ils sont moins sur le travail, ils sont moins impliqués, ils voient moins les priorités, en gros c'est moi d'abord et le patient après. Je ne veux pas faire de généralité...

Il y a aussi le problème des arrêts récurrents. On est une grosse équipe, il y a minimum de trois arrêts par semaine.

8°) Comment imaginez-vous le métier de CDS dans le futur ?

Encore pire. Encore plus de management, encore moins aux soins. Encore moins avec les équipes.

De toute façon il faut voir que l'hôpital devient une entreprise et je pense qu'elles sont entre deux : entre l'équipe qui demande du personnel, du temps, et la direction qui demande du travail, de l'argent.

Elles ont une place très compliquée. Elles ont une pression de la direction. Elles font le tampon entre les équipes et la direction.

Il y a plein de nouvelles choses qui ont été mises en place avec la réorganisation de l'hôpital entre autres la mutualisation d'un service à l'autre. Les cadres n'ont pas le choix. Mais les équipes le ressentent comme si elles ne les soutenaient pas. Elles ont une place très compliquée et je ne pense pas que ça s'arrangera.

### Entretien IDEC n°3

Âge/Sexe : 40ans

Ancienneté dans la fonction : Septembre 2015

Ancienneté dans le service : 10 ans en tant qu'IDE

Parcours professionnel : ASH puis IDE en 2005 toujours en réanimation

Service : Réanimation

1°) Quelles sont vos missions au sein de l'unité?

La gestion de la pharmacie, de toutes les commandes : matériel, pharmacie,...., l'entretien des appareils (dialyse, respirateur,...).

La formation des nouveaux arrivants, des étudiants.

Vous pouvez aussi vous rapporter surtout à la fiche de postes.

Je suis aussi là pour seconder l'équipe quand il y a besoin.

2°) D'après vous sont-elles en lien avec votre projet professionnel?

À la base ce n'était pas du tout un projet professionnel. Ça a été plutôt un concours de circonstances à cause de mes problèmes de dos.

(N'a pas vraiment envie d'aller plus loin sur le sujet)

3°) À votre avis ces missions découlent-elles d'une délégation du CDS?

Non, ce sont des missions infirmières.

→ Si oui, comment cette délégation est-elle mise en place ?

Mon seul côté cadre, est en remplacement de Sylvie quand elle n'est pas là. Dans mes missions il y a aussi cela, remplacer la cadre lorsqu'elle est absente. Par exemple ce qui concerne les plannings, les absences, ce genre de choses. Je ne vais pas en réunion à sa place. C'est surtout sur la gestion du personnel.

4°) Pensez-vous que cette délégation soit en lien avec les nouvelles réformes hospitalières?

(Question non abordée)

→ Pourquoi?

(Question non abordée)

5°) Comment vous situez-vous vis à vis de l'équipe soignante ?

(Visage qui se ferme, sourire mitigé)

Euh... c'est difficile ce que vous me demandez. Je me situe dans un positionnement qui n'est pas facile à prendre. Surtout qu'après 10 ans de réa je suis plutôt incrustée dans une équipe en particuliers. Et que là je ne suis plus sur aucune équipe... je suis un peu au-dessus tout le monde, enfin au-dessus pas dans le sens supérieur, mais plutôt avec une vue globale des deux équipes. Ce n'est pas un positionnement très facile, parce que j'ai « les fesses entre deux chaises », entre la cadre et les paramédicaux. Donc forcément ce n'est pas facile.

Je ne suis pas rentrée dans un bon climat, ce poste a fait énormément parler. Il s'est dit énormément de choses autour de ce poste. J'ai su être intelligente quand j'ai pris ce poste, surtout vis à vis de l'équipe avec laquelle c'était difficile. J'ai fait en sorte d'arriver doucement.

Maintenant ça se passe bien. Les gens ont compris mon poste. Si maintenant apprécie moi je recule avec mon poste : Je le perçois mieux, je perçois mieux leurs attentes aussi. Du coup, là, c'est beaucoup mieux. Les gens savent maintenant à quoi sert l'infirmière référente.

Pour moi ce n'était pas évident. J'aurais largement préféré rester dans les soins près des patients. Je ressens une certaine frustration de ne plus m'occuper des gens. De toute manière je n'aurais pas pu aller dans un autre service occuper d'autres patients. Donc finalement c'est un bon compromis de rester dans un service qui est quand même novateur, de pouvoir de temps en temps être celle qui aide et donc de garder un type technique. De ne pas tout perdre non plus. C'est un service dans lequel le travesti aussi donc c'est un peu logique quoi.

→ Que vous renvoie l'équipe soignante sur vos activités ?

L'équipe est satisfaite, je pense même que la problématique de ce poste c'est qu'il tend à devenir indispensable et que ce n'est pas forcément une bonne chose. C'est-à-dire qu'il y

en a beaucoup pour qui je suis là, donc on ne fait plus rien : on ne range que les médicaments, c'est un peu le côté « boniche ». Il y a un vrai laisser-aller les gens se sont complètement délestés des choses qu'il doit faire. Il y a des choses que je fais pour les aider lorsque j'ai le temps, mais finalement maintenant c'est devenu des habitudes et les gens ne font plus les choses. Il y a plein de choses sur lesquelles il faut régulièrement recadrer. Dans ces cas-là, c'est la cadre qui le fait. Je pense que c'est plutôt du rôle de la cadre, mais ça m'arrive quand même de le faire.

6°) Comment vous situez-vous vis à vis du CDS?

La cadre me laisse une grande part d'autonomie. On travaille ensemble sur les choses sur lesquelles on doit bosser ensemble. Elle m'inclut sur des choses qui sont quand même intéressantes, qui sortent un peu de l'ordinaire. Je crois que c'est nécessaire de toute manière d'avoir une bonne entente, parce que l'on travaille un peu en binôme. La cadre de santé en plus m'apporte plein de choses que je ne sais pas. Elle a beaucoup de choses à me transmettre sur des choses qu'elle faisait seule avant : comment faire ? Qui appeler? Ce genre de choses.

*« Est-ce que vous vous vouer à devenir CDS un jour ? »*

*Non pas du tout, ce n'est pas mon truc, non !!! Non, non, ce n'est pas pour moi... surtout pas ici.*

*On fait dans cet hôpital ce ne serait pas possible. On a une direction, ce n'est pas possible... moi je ne pourrais pas tenir. Avec la pression qu'ils mettent, les gentillesse qu'ils envoient aux cadres, c'est un peu... Un peu compliqué. Moi je n'ai pas un caractère qui permettrait de faire ça.*

→ Que vous renvoie le CDS sur vos activités ?

On a fait au début des réunions et puis maintenant ça roule, donc on n'en fait plus. Mais si c'est une nécessité on peut en faire.

On se parle en fait. Il y a une communication établie de manière continue entre nous. On planifie s'il y a des travaux assez spécifiques à faire.

7°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décriez la relation entre le CDS et l'équipe soignante aujourd'hui ?

... Comment vous dire...

C'est une cadre quasi parfaite, non il faut vraiment le dire. C'est quelqu'un d'assez exceptionnel dans sa gestion des choses. Ce n'est pas pour rien que les gens sont là depuis 10-12 ans voir plus. Elle a su fidéliser ses équipes, mais je vous assure que c'est une cadre exceptionnelle.

Après moi c'est sûr que maintenant que je suis là tous les jours et sur les deux équipes aperçoit aussi de certaines choses que je ne voyais pas avant.

*(Difficulté à dire les choses, je lui dis que tout ceci restera bien entendu entre nous)*

Alors si ça reste entre nous... favorise une équipe par rapport à l'autre. Elle a une équipe préférée quoi. Je ne le pensais pas, j'étais la première à dire que ce n'était pas vrai, mais maintenant de l'extérieur, c'est vrai. Après c'est une cadre qui est juste quand même. Maintenant elle a le droit d'avoir des affinités plus avec d'autres, voilà. C'est aussi l'équipe où il y a le plus d'anciens.

C'est quelqu'un de très présent, de très attentive, de très à l'écoute de son personnel. Elle va toujours défendre son personnel. Elle va toujours faire en sorte que les choses... Aujourd'hui elle passe énormément de temps à pied avec la direction par mail, ça fait des mois qu'elle passe la moitié de son temps sur les plannings, sur les arrêts. C'est vrai que ces derniers mois nous avions rarement connu ça.

8°) Comment imaginez-vous le métier de CDS dans le futur ?

Je pense qu'elles vont s'arracher les cheveux, vous aussi... (Sourire)

Ah oui, franchement, je vois ça... L'évolution du CDS d'ici cinq à 10 ans, je pense que savait très difficile de gérer des équipes parce que l'on voit bien avec les nouvelles infirmières que la société a changées. Les filles qui arrivent sur le marché ont changé aussi. Ça va devenir de plus en plus difficilement gérable. C'est-à-dire que l'état d'esprit que nous pouvions avoir : d'entraide, de conscience professionnelle, de finir plus tard, de revenir si nécessaire, et il n'y avait pas d'heures Sup à l'époque et on était là et on revenait. Les heures supplémentaires sont arrivées et ont pourris complètement les choses.

Oui, je pense qu'elles ont du souci à se faire les cadres. Et puis il y a aussi la bagarre avec la direction, où nous sommes sur le terrain et elle est dans un bureau. Nous n'avons pas du tout les mêmes priorités.

## Entretien soignant n°1

Âge/Sexe : 57 ans

Ancienneté dans la fonction : 25 ans AS/AP

Parcours professionnel : Maison de retraite  
Crèche dans le territorial  
5 ans aux Urgences du CHSF

1°) Connaissez-vous les missions qu'effectuent les IDE référentes dans le service?

Oui je les connais.

→ Si oui, en quoi consistent-elles ?

Virginie s'occupe des élèves : de présenter les élèves, de les intégrer dans le service, de leur expliquer l'attente du service, de faire un point sur leurs objectifs, de faire les entretiens de mi-stage et de fin de stage. Elle travaille aussi sur des protocoles et sur le matériel, sur des groupes de travaux, enfin sur plein de choses...

Soizig est plus spécifique sur le matériel et la pharmacie. Elle est la référente pharmacie et le matériel. Tout ce qui est organisation du matériel, réparations et besoins.

2°) Savez-vous comment est établi le partenariat CDS/IDE référentes?

Oui.

→ Si oui, pouvez-vous me décrire le fonctionnement?

Elle se rencontre régulièrement je suppose, pour faire des points. J'imagine qu'elles ont besoin de l'aval des cadres pour faire certaines choses, pour mettre en place des nouveaux dispositifs ou du matériel, même au niveau des protocoles. C'est quelque chose que l'on peut voir.

Je sais qu'il existe une fiche de poste. Leur poste est officialisé, en tout cas sur le service. Elles ont aussi, je pense, un rôle de soulager les cadres. Avant qu'elles soient en place c'était les cadres qui faisaient tout ça.

3°) Pensez-vous que cette délégation soit en lien avec la mise en place des Pôles, suite aux nouvelles réformes hospitalières?

Oui je pense, oui oui oui. Oui je pense complètement en lien.

→ Pourquoi?

Je pense que c'est en lien avec toutes ces nouvelles normes, tous les nouveaux décrets.

4°) Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ?

Oui tous les jours.

→ Si oui, en quoi consiste ce partenariat ?

Elles viennent nous voir déjà tous les matins, nous dire bonjour (Rire). On sait donc si elles sont là ou si elles ne sont pas là. Après on a leur numéro de téléphone donc si on a un souci, on les appelle. Si elles peuvent nous aider, elles nous orientent ou sinon elles nous disent d'attendre qu'elles vont le faire.

5°) Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec les IDE référentes?

C'est une relation très... en même temps pour moi ce sont d'anciennes collègues. Elles sont très ouvertes, elles sont très disponibles. On peut discuter avec elle pour faire un point. Et puis comme ce ne sont pas les cadres, que ce sont plus des collègues encore. Elles ne sont plus infirmières dans les soins mais elles sont encore proches. On a des échanges plus simples et plus proches qu'avec nos cadres.

6°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décrieriez la relation entre le CDS et l'équipe soignante aujourd'hui ?

Moi personnellement je pense qu'elles font ce qu'elles peuvent. Elles passent beaucoup de temps à remplacer les arrêts, elles ont beaucoup de difficultés à mettre en place les groupes de travail parce qu'elles passent leur temps à chercher du personnel.

Je pense que malheureusement c'est le lot de toutes les cadres de l'établissement. Elles sont très disponibles, elles sont à l'écoute. Quand elles ne peuvent pas nous aider elles nous le disent. Elles passent beaucoup de temps en réunion. Je pense qu'elles ne font pas vraiment ce qu'elles voudraient faire : établir des groupes de travail, rédiger les protocoles, être auprès des équipes, peut-être faire un vrai tour avec les médecins le matin, pouvoir orienter les patients,... enfin le vrai rôle du cadre quoi.

Enfin c'est ce que faisaient les cadres avant, mais ça n'existe plus ce n'est pas possible pour elles. Je dirais que ce changement a eu lieu, il y a environ une petite dizaine d'années, les cadres n'ont plus le temps pour nous, parce qu'elles font les plannings, le remplacement des gens absents, les réunions. Je dirai qu'en fait elles sont juste des cadres, j'enlèverai le mot « santé » pour les qualifier. En fait elles pourraient être cadres partout, elles sont devenues des cadres d'entreprise. En fait elles sont devenues des gestionnaires, elles sont devenues des cadres administratives alors qu'elles se débattent pour rester des cadres de santé. Enfin elles aimeraient mais c'est toute la machine administrative qui fait qu'elles ne sont plus du tout dans leur rôle de cadre de santé. Santé ! ! ! Enfin elles sont là mais tout va tellement vite que la disponibilité elles ne l'ont plus. Je me souviens qu'il y a une dizaine d'années quand j'étais sur l'ancien site, lorsqu'une infirmière avait du mal à piquer un patient, la cadre venait aider l'infirmière. Aujourd'hui ce n'est plus possible. Ou sinon elle venait en renfort quand il y avait besoin. Aujourd'hui cela est devenu complètement inimaginable. Leur charge de travail est devenue... leur journées ne sont pas assez longues pour pouvoir tout faire.

7°) Vers quoi pensez-vous qu'elle puisse évoluer d'ici 5 à 10 ans ?

Je pense qu'il n'y aura plus de cadres. Je pense que ce sera réglé comme on nous fait avec les nouveaux logiciels, le patient est devenu un client. Il n'y aura plus de cadres de santé, il restera peut-être un cadre de pôle qui aura plein de services à gérer, mais qui n'aura pas plus le temps car on lui demandera lors des réunions du rendement, du chiffre, de remplir les lits. Maintenant c'est ça on est dans la rentabilité, dans l'argent. Quand on a des réunions de service sincèrement, on nous fait des courbes avec les taux de passage, des camemberts... enfin sincèrement moi je vais vous dire en tant qu'aide-soignante « je m'en fous ». Pour moi une réunion de service ce n'est pas ça ; c'est qu'est-ce qu'on peut faire dans le service, qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer ? Ce qu'on a changé est-ce que c'est mieux ? Est-ce que ce n'est pas mieux ? Comment mieux s'organiser ?... c'est comment on fait pour que le patient soit mieux pris en charge ? Répondre au mieux à la famille, prendre en charge la famille.

8°) D'après vous le CDS est-il suffisamment disponible selon vos besoins ?

Vite fait

→ De quels ordres sont-ils ?

Je pense que de plus en plus nous sommes en souffrance par rapport à la charge de travail. Psychologiquement je pense qu'aux urgences on vit des situations où nous ne sommes pas beaucoup soutenus par rapport à ce qui peut nous arriver, par exemple l'agressivité verbale, l'agressivité physique. Il y en a de plus en plus et c'est de moins en moins supportable. Mais aussi par rapport au décès. On n'a pas de soutien. Encore heureux que nous sommes une bonne équipe et que l'on se soutient les uns les autres. On parle beaucoup entre nous, on arrive à parler avec Soizig ou avec Virginie. Mais on a du mal à parler avec les cadres, je pense que c'est en lien avec leur disponibilité. Il n'y a pas de temps prévu pour cela. Je pense que c'est important de savoir comment va son équipe. Ce qu'il manque c'est la relation personnelle que peuvent avoir les cadres avec les membres de l'équipe, savoir si tel ou tel agent va bien, être capable de repérer s'il a un souci, dire bonjour dans les yeux et pas juste en passant. Cela manque beaucoup aujourd'hui.

Je pense que le rôle du cadre c'est aussi de voir le petit truc qui ne va pas chez ses agents, mais aujourd'hui elles n'ont plus le temps pour ça. Ce n'est pas un reproche je pense qu'aujourd'hui tout va très vite et qu'on leur en demande beaucoup. Elles sont vraiment sous pression on leur en demande de plus en plus.

Je pense qu'il y a des gestionnaires pour cela notre cœur de métier ce n'est pas ça. Je pense vraiment qu'il y a des gens qui pourraient faire ça. Je pense que c'est aussi en lien avec la formation, je ne sais pas comment sont formés les cadres actuellement, je pense qu'ils s'éloignent considérablement de leur cœur de métier : je me demande où est le patient là-dedans ? Et le personnel il est où ? Je me demande des fois si dans les écoles des cadres on ne leur apprend pas justement à s'éloigner un peu du personnel, à être moins proche... enfin je m'entends quand je dis proche je veux dire à être moins attaché au personnel, parce que c'est vrai que des fois il y en a qui peuvent vous « bouffer » et qu'il est important de savoir garder la distance, mais après il y a le côté humain. C'est vrai nous sommes des humains, on est là pour les patients mais nous sommes des humains aussi. Et donc on a besoin de sentir qu'il se passe quelque chose. Je ne sais pas si j'ai vraiment bien répondu à la question... (sourire)

## Entretien soignant n°2

Âge/Sexe : 30 ans

Ancienneté dans la fonction : Diplômée depuis 2012

Parcours professionnel : 4 ans aux urgences

1°) Connaissez-vous les missions qu'effectuent les IDE référentes dans le service?

Oui

On a une infirmière qui est plus sur le matériel. Et l'autre IDEC qui est plus sur l'encadrement des nouveaux arrivants : que ce soit élèves ou nouveaux professionnels.

Après je peux développer si vous voulez.

→ Si oui, en quoi consistent-elles ?

La première est notre référente que ce soit du matériel, soit du consommable. C'est notre bouée de sauvetage (sourire), notre « au secours ». Dès qu'on a un problème et qu'on ne sait pas le résoudre, elle nous aide, elle nous apprend des choses qu'on ne savait pas. Il y a des changements des fois qui ont lieu et nous ne sommes pas au courant : des changements de procédures, des changements d'approvisionnements, les changements de fournisseurs, des changements de... bon bah voilà. Des changements de protocoles sur l'hôpital dont nous ne sommes pas forcément au courant. Elle fait le lien. Ce que nos cadres n'ont pas le temps de faire. C'est elle qui vient nous présenter le nouveau matériel, les nouvelles procédures ce ne sont pas les cadres.

L'autre infirmière coordinatrice, c'est plus sur l'accueil des étudiants. On va avoir un réel lien pour tout ce qui est des étudiants. Tous les étudiants que ce soit IDE, AS, Ambulanciers. C'est vrai qu'on va avoir un réel rôle d'encadrement et en même temps on va discuter avec elle des difficultés qu'on peut avoir avec les élèves. Comment on peut aider les élèves et les nouveaux arrivants.

2°) Savez-vous comment est établi le partenariat CDS/IDE référentes?

C'est assez flou. Par rapport aux faits que les IDEC qui ne soient pas cadres et

qu'elles fassent des choses qui découlent plutôt de la mission des cadres. On a l'impression qu'elles ne valorisent pas le travail que font les IDEC.

→ Si oui, pouvez-vous me décrire le fonctionnement?

J'ai entendu parler de la fiche de poste, mais c'est vrai que je n'ai pas été voir ce qu'elle comportait.

3°) Pensez-vous que cette délégation soit en lien avec la mise en place des Pôles, suite aux nouvelles réformes hospitalières?

Je ne sais pas si c'est en lien...

→ Pourquoi?

Je pense que je n'ai pas assez d'expérience, ça ne fait que quatre ans que je travaille. Quand je suis arrivée dans le service, elles n'étaient pas en place et c'était compliqué : chacun à s'épuiser dans son coin.

Le service est tellement grand que je pense qu'il manquait un rôle de supervision, que les cadres n'avaient pas le temps de faire.

4°) Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ?

Elles ont créé beaucoup de choses sur le service. Elles ont fait le lien entre la pharmacie et l'équipe : c'était très très très compliqué. Pour le coup notre relation avec la pharmacie est devenue beaucoup mieux.

→ Si oui, en quoi consiste ce partenariat ?

Ça nous facilite beaucoup le travail après il faut que toute l'équipe joue le jeu. Quand les gens jouent le jeu c'est agréable de travailler. C'est vrai que ça nous évite de courir partout et forcément ça permet à l'ambiance de rester sympa.

5°) Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec les IDE référentes?

Moi je n'ai pas de problème. Franchement moi je suis plutôt super contente qu'elles soient là et qu'elles nous déchargent de certaines choses. Parce que quand on est dans le jus et que l'on court partout, elles ont un rôle de temporisateur, elles nous expliquent les choses. Elles ont un rôle intermédiaire entre l'équipe soignante et les cadres, elles, nous expliquent les choses que les cadres n'ont, elles, pas le temps d'expliquer. Les cadres sont souvent dans

leur bureau et à part nous dire bonjour une fois par semaine quand elles passent par là ; on ne les voit pas plus. Les IDEC sont bien plus disponibles que les cadres de santé. En plus nous avons une relation d'égal à égal avec elles.

Elles ne sont pas cadres mais elles font le lien, il n'y a pas de lien de hiérarchie avec elle.

Elles ont un rôle important d'oreilles auprès des cadres (je pense) mais ce qui est bien c'est qu'elles ont un rôle plus humain que les cadres du service.

6°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décriez la relation entre le CDS et l'équipe soignante aujourd'hui ?

Je vais être très dur mais... pour qu'il y ait une relation il faudrait prendre le temps d'écouter les autres et pas d'imposer son point de vue pour certains. Dans une relation il faut être d'égal à égal et des fois on n'a pas l'impression.

Pour être en communication... enfin je ne sais pas comment l'expliquer. Je ne sais pas si c'est à cause d'un manque de temps. Des fois j'ai l'impression qu'elles ne font pas grand-chose à part des réunions et des plannings. Sincèrement j'ai l'impression qu'elles ne font que des plannings et des réunions où elles sont là-haut avec la direction et qu'elles nous oublient un petit peu. Je n'ai pas l'impression que nous soyons défendus par nos cadres.

Après je ne pense pas qu'elles s'éclatent dans leur boulot, je ne les trouve pas épanouies dans ce qu'elles font.

Je n'ai pas l'impression qu'elles soient au courant de nos difficultés. Elles ne sont pas assez présentes, elles n'écoutent pas assez les choses. On attend d'elles qu'elles viennent dans le service et qu'elles nous disent : « j'ai vu que c'était le bazar, mais j'ai vu que vous aviez bien géré. Il y a peut-être des points à améliorer, mais c'était bien ce que vous avez fait. Il n'y a jamais un « c'est bien », à chaque fois ça ne va jamais. Il y a toujours des réflexions négatives donc au bout d'un moment pas ça va bien, si vous n'êtes pas contentes de ce qu'on fait... moi je ne suis pas contente de la manière dont je suis encadrée !!! Je n'ai pas l'impression d'être considérée en tant que personne.

Il n'y a pas de reconnaissance de mon travail. Il n'y a pas de reconnaissance des cadres de santé vers l'équipe soignante. Les paroles c'est toujours pour dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Exceptionnellement une fois par an, on nous parle du nombre record de passages qu'il y a eu aux urgences et c'est la seule fois où on nous félicite.

Moi j'ai l'impression d'avoir une gestionnaire de planning. C'est quelqu'un qui doit nous faire rentrer dans les rails. Une surveillante générale !!! Qui ne comprend pas nos

difficultés ou bien alors là où ils doivent leur mettre une pression là-haut... Il y a peut-être aussi un problème de communication.

Avec tous les changements qui ont été faits dans le service ouverture de lit et pas d'ouverture de poste en lien, on est tous au bord du gouffre ; limite burnout. On en parle beaucoup avec l'équipe soignante. On n'a pas l'impression d'être soutenus par les cadres. On ne nous explique pas les choses, on nous les impose sans nous les expliquer. On nous impose des choses il n'y a pas de concertation, de discussion. En fait il n'y a pas de relation, il y a une relation dominant-dominée. Il n'y a pas de communication.

7°) Vers quoi pensez-vous qu'elle puisse évoluer d'ici 5 à 10 ans ?

(Question non posée)

8°) D'après vous le CDS est-il suffisamment disponible selon vos besoins ?

Ça dépend laquelle... elles ont chacune des qualités qui ne sont pas forcément mises en avant.

➡ De quels ordres sont-ils ?

Elles ne comblent pas nos besoins, lorsque nous sommes en difficulté, qu'il manque quelqu'un, elles ne font rien. Elles pourraient être de temps en temps un tout petit peu plus dans les soins et ça nous permettrait de gagner du temps... des fois ça nous sauve la vie. Ce n'est pas grand-chose mais elles ne le font jamais. Le fait de se sentir écouté, respecté. Qu'elles viennent nous aider quand nous sommes en difficulté,... en fait elles nous font plutôt souvent des réflexions alors que nous sommes submergés de travail.

### Entretien soignant n°3

Âge/Sexe : 25 ans

Ancienneté dans la fonction : IDE depuis 2012

Parcours professionnel : 2 ans en réanimation dans un autre CH  
2 ans en réanimation dans ce CH

1°) Connaissez-vous les missions qu'effectuent les IDE référentes dans le service?

Oui oui.

→ Si oui, en quoi consistent-elles ?

Elles ont un rôle de formation.

Elles ont un rôle de matério-vigilance. Elles participent à l'écriture des procédures, des protocoles.

Elles ont un rôle sur le système informatique : elles travaillent à l'évolution d'un logiciel qu'on utilise en réa et qui nous aide à surveiller nos patients.

Elles s'occupent du matériel défectueux.

Elles encadrent les nouveaux.

Elles sont en relation avec la pharmacie, avec le magasin, avec le biomédical.

2°) Savez-vous comment est établi le partenariat CDS/IDE référentes?

Je ne sais pas, elles doivent faire des réunions.

→ Si oui, pouvez-vous me décrire le fonctionnement?

Je pense qu'il y a une histoire de hiérarchie. Forcément. Après ça m'a l'air très informel leur relation, mais en même temps je ne suis pas les petits papiers.

C'est-à-dire qu'en fait il y a tellement de travail la journée, que je n'ai vraiment pas le temps de voir ce qui se passe à l'extérieur des chambres de mes patients.

En fait aucune idée de comment cela s'organise.

3°) Pensez-vous que cette délégation soit en lien avec la mise en place des Pôles, suite aux nouvelles réformes hospitalières?

Je pense peut-être que oui...

→ Pourquoi?

Je pense qu'on est un service tellement énorme, on n'est pas loin d'avoir 40 lits, on n'est pas loin d'avoir 170 paramédicaux en tout, après si on rajoute les médecins, les kinés, tous les intervenants extérieurs. Je pense que les cadres ont autre chose à faire qu'établir des protocoles, faire de la maintenance, s'occuper du matériel.

J'ai l'impression que depuis quelques années, les cadres on leur demande plus un travail administratif et du coup elles délèguent pas mal de choses. Parce qu'en fait en rien les IDEC ne sont nos supérieures mais elles ont un rôle plus d'encadrement que les cadres. Par exemple la cadre je peux passer une journée sans la croiser, ou peut-être cinq minutes au café, alors que l'IDEC c'est un référent de proximité.

Mais elle n'a pas du tout les mêmes missions, je ne vais pas aller voir l'IDEC pour un truc sur mon planning.

Les cadres aujourd'hui j'ai l'impression qu'elles font de la gestion, du planning, de la ressource humaine.

4°) Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ?

Ah ben oui tout le temps.

→ Si oui, en quoi consiste ce partenariat ?

Elles nous forment, elles nous informent sur les nouveaux process, sur les nouveaux matériels, sur les nouvelles procédures, sur les nouvelles informations. Avec elles ont fait des retours d'expérience. Au quotidien c'est plus ça.

Et après il y a tout ce qui est « extraordinaire » : la dialyse qui plante, un truc qu'on n'arrive pas à faire, le truc qui bug, l'ordinateur qui ne veut pas s'allumer... et on a nos trois patients et on a autre chose à faire que gérer ça, et donc elles gèrent tout ça. Moi je sais qu'elles sont souvent là pour gérer l'urgence technique.

Elles ne nous disent pas, mais je suis sûre qu'elles ont un rôle de surveillance du dossier de soins. Elles regardent qu'il n'y ait pas de manque dans les dossiers. Ce n'est pas vraiment un rôle de supervision c'est plutôt un rôle de surveillance... (sourire) Alors pas forcément pour faire l'alerte vers la cadre mais plutôt pour revenir directement vers nous après.

5°) Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec les IDE référentes?

Pour moi c'est une relation de proximité. Elles sont abordables, elles sont à l'écoute, elles sont avenantes. Elles ne sont pas forcément disponibles dans l'immédiat, si j'ai besoin d'elles je les appelle. Mais c'est vrai qu'elles ont aussi leur part de travail. Ma relation avec elles s'est toujours bien passée.

6°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décriez la relation entre le CDS et l'équipe soignante aujourd'hui ?

Euh... Je pense qu'elles sont complètement dans la gestion, mais elles font de la gestion du personnel : de la RH, du planning, des arrêts... ça leur fait perdre un temps fou. C'est-à-dire qu'elles sont toutes les deux abordables, disponibles, à l'écoute.

Les IDEC vont plus nous informer sur les pratiques de soins, les nouvelles procédures, alors que les cadres vont plus nous informer sur les formalités de gestion du temps de travail par exemple pour ouvrir un compte épargne temps, pour le report des heures d'une année à l'autre etc.

7°) Vers quoi pensez-vous qu'elle puisse évoluer d'ici 5 à 10 ans ?

Moi je pense que ça va se passer comme pour nous, les infirmières, vous serez toutes interchangeable. C'est-à-dire que la cadre des urgences n'est pas là, ce n'est pas grave on prend la cadre de réa. On vous enverra dans n'importe quel service même si ce n'est pas sur votre pôle pour faire de la RH. Les plannings que ce soit en réa ou ailleurs c'est pareil. Je suis sûre que ça va se terminer comme ça. De toute manière c'est la politique actuelle, une politique de mutualisation.

8°) D'après vous le CDS est-il suffisamment disponible selon vos besoins ?

Ah oui, les deux sont suffisamment disponibles.

→ De quels ordres sont-ils ?

Ma demande de dispo, mes plannings, mes RTT... pour tout ce qui concerne les soins c'est plutôt l'IDEC que j'irai voir.

9°) A votre avis, quelles sont les motivations qui poussent à devenir CDS ?

(Long silence)

Ah ben il y en a plein...

Déjà la différence de salaire même si elle n'est pas énorme. Je pense qu'il y a une histoire de satisfaction personnelle, de gravir les échelons. Je pense qu'il y a une convenance avec la vie personnelle. Ne plus être dans les soins et avoir un autre pan du travail, de découvrir autre chose.

10°) Selon vous de qui vient la reconnaissance (patient / médecin / cadre / pairs / référente) ?

Je pense qu'elle vient de l'équipe paramédicale principalement. Je pense que pour que l'équipe ait une reconnaissance envers le cadre il faut du temps, de l'écoute, de l'attention et il ne faut pas trop en demander.

## Entretien soignant n°4

Âge/Sexe : 23 ans

Ancienneté dans la fonction : IDE depuis 2015

Parcours professionnel : 1 an en réanimation

1°) Connaissez-vous les missions qu'effectuent les IDE référentes dans le service?

Oui, elles sont là pour coordonner.

→ Si oui, en quoi consistent-elles ?

Entre le matériel et nous.

Elles organisent les formations des étudiants et des nouveaux arrivés.

C'est un peu comme « les filles à tout faire ». Si on a un problème, on les appelle.

2°) Savez-vous comment est établi le partenariat CDS/IDE référentes?

Absolument pas.

Elles doivent avoir des réunions, mais je n'en sais pas plus.

Je pense qu'il existe une fiche de poste, mais je ne l'ai jamais vu, je ne la connais pas.

→ Si oui, pouvez-vous me décrire le fonctionnement?

(Question non abordée)

3°) Pensez-vous que cette délégation soit en lien avec la mise en place des Pôles, suite aux nouvelles réformes hospitalières?

Non, pas forcément.

→ Pourquoi?

Les IDEC que l'on a, appartiennent entre guillemets à notre service et pas au pôle. Par contre je pense que leur mise en place est bien en lien avec les missions que la cadre peut leur déléguer.

4°) Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ?

Oui, tous les jours.

→ Si oui, en quoi consiste ce partenariat ?

L'un ne va pas sans l'autre... (rires). L'équipe ne va pas sans les IDEC.

Nous sommes dans un service qui est très difficile par rapport aux soins et à la charge de travail, et donc on se retrouve à déléguer certaines choses. Elles sont vraiment là pour nous soutenir.

Par exemple hier on avait un arrêt, alors l'IDEC l'a remplacé dans les soins. Ou parfois ça peut être aussi qu'elles posent les dialyses parce que nous on n'a pas le temps, des choses comme ça quoi... En fait elles sont surtout là pour nous aider.

Elles relaient aussi pas mal les informations. Elles nous informent pour les nouvelles machines, pour les nouveaux protocoles.

5°) Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec les IDE référentes?

Euh je ne sais pas... ça se passe bien. Elles ont une facilité d'accès, on peut les appeler à tout moment. Elles sont là pour nous. On sent que derrière on est soutenu.

6°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décriez la relation entre le CDS et l'équipe soignante aujourd'hui ?

Le fait qu'elles délèguent autant aux IDEC fait que l'on est moins confronté aux cadres. On a moins cette relation de travail.

Elle gère les plannings, les arrêts maladie. On perd la relation qu'on a avec les IDEC, avec nos cadres. En fait avec les IDEC on perd de la relation avec les cadres. Elles perdent de la relation des soins, si les IDEC n'étaient pas là, on appellerait plutôt les cadres. En fait les cadres sont plus sur des fonctions administratives.

7°) Vers quoi pensez-vous qu'elle puisse évoluer d'ici 5 à 10 ans ?

Après ça dépend des services. Ici on est dans un grand service, il y a 150 personnes, je pense que c'est hyper difficile à gérer entre les arrêts, le relationnel entre les médecins et les paramédicaux. Donc c'est vrai qu'on est un très gros service, entre celles qui partent, celles qui arrivent, pour elles c'est énormément de boulot. Après dans un service où il y a un petit peu moins de personnel, on peut se permettre plus de choses, voilà...

Après je pense que je ne suis pas objective, parce que je ne connais que ce service. Mais c'est vrai que lorsque j'étais en stage, j'ai vu des unités plus petites et la cadre était un peu partout, on la voyait plus souvent. En fait il n'y avait pas d'IDEC et la cadre gérait toutes ses missions.

8°) D'après vous le CDS est-il suffisamment disponible selon vos besoins ?

Oui

→ De quels ordres sont-ils ?

Je sais que je peux l'appeler à n'importe quel moment. Par exemple pour lui demander comment poser mes CA. Pour discuter elle est toujours là. Après si j'ai un problème avec une personne dans le service, ce n'est pas les IDEC que j'irai voir, ce sera plutôt la cadre.

9°) A votre avis, quelles sont les motivations qui poussent à devenir CDS ?

Je pense que le métier d'infirmière ça nous permet de faire plein de choses, de voir des services différents, de monter un petit peu d'échelons. Je pense qu'à partir du moment où on a fait le tour dans notre métier, parce que je pense qu'un moment on arrive à faire le tour, où on fait les choses mécaniquement, où on ne réfléchit plus, où on n'a plus cette « niaque », je pense qu'on a ce besoin d'évoluer. Après c'est soit une spécialité : IADE, IBODE, etc ou cadre, en fait c'est en fonction de ce qu'on cherche.

10°) Selon vous de qui vient la reconnaissance (patient / médecin / cadre / pairs / référente) ?

Je pense le paramédical, en fait l'équipe soignante et aussi les IDEC.

C'est vrai que des fois on ne leur montre peut-être pas assez que leur boulot est difficile. Parce que c'est vrai qu'on a beau dire qu'elles ne font pas assez ; derrière les plannings il faut les tenir, derrière elles sont tirées par l'administratif aussi, la direction qui leur impose des choses. Donc c'est des contraintes pour nous, elles le savent et que derrière elles ne peuvent pas faire autrement. Je pense que les cadres ont vraiment « le cul entre deux chaises », elles sont tiraillées administratif et nous le personnel.

Je pense qu'en plus ça va devenir de pire en pire.

## Entretien soignant n°5

Âge/Sexe : 25 ans

Ancienneté dans la fonction : IDE depuis 2012

Parcours professionnel : Réanimation adultes depuis 3 ans 1/2

1°) Connaissez-vous les missions qu'effectuent les IDE référentes dans le service?

Je ne connais pas sa fiche de poste détaillée.

→ Si oui, en quoi consistent-elles ?

Moi je sais qu'elle gère tout ce qui concerne la pharmacie, les commandes de matériel, tous les appels téléphoniques.

Elle gère tous les appels que ce soit les familles ou que ce soit les intervenants de l'hôpital, cela nous permet de nous détacher du téléphone, de ne pas avoir à sortir des chambres à chaque fois pour répondre au téléphone, et puis ensuite de courir après les collègues, ce qui nous fait perdre un temps fou. Du coup c'est elle qui gère l'ensemble des appels et qui après s'adresse aux personnes qui sont concernées.

Après elle gère tout ce qui concerne les patients : les sorties, les transferts, tout ce qui est administratif. Quand il y a des patients qui arrivent du bloc opératoire c'est elle qui gère : l'heure à laquelle il sortira du bloc, l'heure à laquelle il arrivera dans le service.

Elle gère tout ce qui est pharmacie : toutes les commandes de médicaments. Ça c'est pareil, on faisait toujours plein de commandes différenciées en essayant de voir avec les collègues pour essayer de faire une commande commune mais ça ne fonctionnait pas. Séverine elle essaye plutôt d'anticiper les demandes, du coup ça nous permet d'avoir les médicaments assez rapidement et donc d'éviter d'être en panne et d'avoir à aller se dépanner dans les étages et donc perdre du temps.

2°) Savez-vous comment est établi le partenariat CDS/IDE référentes?

Concrètement Séverine s'occupe de ce que l'on faisait avant, pour qu'on soit déchargé et que l'on ait plus de temps. C'est vrai qu'en fait elle a plutôt récupéré nos tâches.

Après vraiment le travail au niveau de la cadre et de l'infirmière référente, je ne sais pas vraiment...

Je sais qu'elle a récupéré nos tâches c'est vrai mais vraiment entre elles je ne sais pas trop...

→ Si oui, pouvez-vous me décrire le fonctionnement?

(Question non abordée)

3°) Pensez-vous que cette délégation soit en lien avec la mise en place des Pôles, suite aux nouvelles réformes hospitalières?

(Question non abordée)

→ Pourquoi?

(Question non abordée)

4°) Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ?

Oui

→ Si oui, en quoi consiste ce partenariat ?

Par exemple, quand il va nous manquer des traitements on va aller la voir pour lui demander de les commander.

C'est pareil, si on a des sorties ou quoi que ce soit et que nous n'avons pas encore de confirmation médicale, on va aller la voir pour savoir si elle a des nouvelles.

Si on doit avoir des entrées du bloc c'est avec elle qu'on va s'organiser. Comme c'est elle qui gère en même elle nous prévient.

Après comme ce sont des tâches que nous faisons avant, si on a du temps on va aussi aller l'aider, parce que ce sont des tâches qu'on sait faire.

5°) Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec les IDE référentes?

Concrètement c'est une collègue à nous, puisqu'avant d'avoir ce poste d'infirmière référente elle était infirmière comme nous. C'est vraiment un poste qui a été adapté à ses problèmes

de santé. Donc concrètement étant donné que c'était une collègue, qu'elle soit référente ou pas ça ne change rien. Ça reste une collègue comme une autre.

Il n'y a aucun problème de communication. C'est une grosse aide, ça nous décharge énormément. Par exemple, le téléphone ça semble bête, mais quand on est en train de faire un soin et que la famille par exemple a déjà appelé deux fois et qu'on ne peut toujours pas répondre, on ne peut pas se permettre de dire à la collègue de passer le message de rappeler encore une troisième fois. Là c'est bien que ce soit Séverine qui puisse s'en occuper. Cela permet vraiment de nous centrer sur les soins.

6°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décriez la relation entre le CDS et l'équipe soignante aujourd'hui ?

Nous avons une cadre très accessible. Ce qui est bien c'est qu'elle n'est jamais débordée par ces tâches, en fait c'est plutôt que si on a besoin de lui parler, si on a besoin d'elle, elle va être là pour nous écouter, elle va prendre du temps. Il n'y a pas de souci avec ça. La communication avec la cadre elle est plutôt bonne.

Par contre, dans les soins concrètement elle n'y est pas du tout. Après si jamais, on est vraiment dans le jus, elle va venir nous aider, dans le sens où elle va pouvoir nettoyer des chambres avec nous. C'est sûr que dans les soins c'est très très très rare qu'elle y soit.

Elle est rarement absente du service, au maximum c'est deux à trois heures de temps en temps. Elle est quand même très rarement absente de l'unité.

7°) Vers quoi pensez-vous qu'elle puisse évoluer d'ici 5 à 10 ans ?

Bonne question (rires) ...

Franchement, je ne vois pas trop.

8°) D'après vous le CDS est-il suffisamment disponible selon vos besoins ?

Oui, franchement oui.

➡ De quels ordres sont-ils ?

Elle sait prendre le temps, par exemple des fois elle prend le temps de rester tard ou devenir tôt pour voir l'équipe de nuit.

Si on a besoin de poser des jours par exemple, là elle arrive toujours à trouver un moyen pour nous dégager nos journées, pareil pour les congés. Concrètement, quand on a une demande en particulier elle arrive toujours à nous l'accorder.

9°) A votre avis, quelles sont les motivations qui poussent à devenir CDS ?

(Question non abordée)

10°) Selon vous de qui vient la reconnaissance (patient / médecin / cadre / pairs / référente)?

Je pense que c'est un peu un ensemble, c'est un peu tout le monde.

Après c'est vrai qu'ici, on travaille vraiment tous ensemble, que ce soit les médecins, les infirmières, il n'y a pas de différence, on travaille vraiment tous ensemble.

En réanimation, moi je l'ai toujours senti comme ça, il n'y a pas de différence, on travaille tous ensemble.

## Entretien soignante n°6

Âge/Sexe : 28 ans

Ancienneté dans la fonction : IDE depuis 7 ans (diplômée 2010)

Parcours professionnel : Chirurgie cardiaque pendant 3 ans  
Réanimation adulte depuis 4 ans

1°) Connaissez-vous les missions qu'effectuent les IDE référentes dans le service?

Oui en gros.

→ Si oui, en quoi consistent-elles ?

Elle encadre les élèves lorsqu'ils arrivent. On travaille en duo avec elle. Elle s'occupe de tout ce qui touche à la pharmacie, elle s'occupe de tout ce qui touche au matériel défectueux, elle s'occupe de tout ce qui est réserve médical, faire des commandes, (tout ce qu'on n'aime pas faire tout doucement).

2°) Savez-vous comment est établi le partenariat CDS/IDE référentes?

Pas du tout...

Ah... c'est par rapport à notre charge de travail. C'était une demande de notre part. Parce qu'on nous en demandait quand même beaucoup par rapport à ça. Ça devenait quand même un peu compliqué de gérer les patients plus tout ce qui était le côté manutention et tout ça...

*« Est-ce que vous savez comment la CDS confie les missions à l'IDE référente ? Comment s'établit la communication entre elles ? »*

Ah ben ça par contre pas du tout... Leur relation entre elles deux... non vraiment. Je ne sais pas ce que Sylvie lui demande de faire en plus. Je n'ai pas de vision là-dessus, pas plus que ça.

→ Si oui, pouvez-vous me décrire le fonctionnement?

(Question non abordée)

3°) Pensez-vous que cette délégation soit en lien avec la mise en place des Pôles, suite aux nouvelles réformes hospitalières?

Alors non je ne pense pas. Moi je ne le vois pas comme ça. Parce qu'en soit, elle reste dans service. Est-ce qu'elle agit au niveau des pôles ? En tout cas on ne le voit pas comme ça.

*« Alors ma question est plutôt tournée dans l'autre sens ? Est-ce que la mise en place des pôles a agi sur les missions du CDS qui se voit déléguer maintenant des missions aux IDE référentes ? »*

Ah peut-être oui... nous on ne le ressent pas, on ne voit pas tout ça.

Oui effectivement Sylvie aurait une charge de travail plus importante, qui aurait emmené la création de poste de l'infirmière référente... nous on ne l'a pas ressenti comme ça, en tout cas on ne nous l'a pas présenté comme ça. Parce qu'en fait ce sont plus des missions que nous faisons avant qui nous ont été enlevées pour alléger nos journées de travail.

Après voilà je pense que Séverine aide Sylvie dans son travail, mais nous on ne voit pas tout ça.

→ Pourquoi?

(Question non abordée)

4°) Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ?

Oui et notamment avec les élèves. Tout ce qui est pharmacie : si on a un problème de pharmacie on ne gère plus vraiment le problème. On passe l'information à Séverine et c'est elle qui s'en occupe.

Elle s'occupe aussi d'encadrer les nouveaux arrivés.

→ Si oui, en quoi consiste ce partenariat ?

Elle s'occupe beaucoup de la théorie et si nous nous n'avons pas le temps de montrer des choses, Séverine nous dit qu'elle va aller avec la nouvelle arrivée ou avec l'élève pour s'en occuper. Ça reste tout de même ponctuel parce qu'elle a beaucoup d'administratif et elle a du mal à se dégager de ça pour pouvoir venir dans les soins.

5°) Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec les IDE référentes?

Ça a été bénéfique pour nous. Elle reste notre collègue bien sûr. Ça s'est très bien passé toute suite. C'est vrai qu'au début on n'osait pas lui donner des choses à faire, surtout quand ce sont des choses que nous-mêmes on n'aime pas faire. Donc forcément on avait du mal à le demander. Parce que c'est vrai qu'elle avait déjà ses missions à faire alors encore lui demander de venir nous aider dans les soins c'était compliqué. Mais maintenant c'est vrai qu'on a trouvé notre rythme.

6°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décriez la relation entre le CDS et l'équipe soignante aujourd'hui ?

La relation avec Sylvie est restée la même. Elle ne s'est pas plus éloignée de son équipe soignante. Elle reste quand même proche de nous, accessible, abordable. Séverine ne va pas être le tampon,... elle n'est pas cadre.

Sylvie est accessible, on arrive à la voir. Par contre, pour moi Sylvie n'est pas soignante. Son travail reste de l'administratif, dans la gestion des équipes.

7°) Vers quoi pensez-vous qu'elle puisse évoluer d'ici 5 à 10 ans ?

Sincèrement, déjà qu'elle en fait beaucoup pour une seul cadre. Gérer tout un service comme ça. Évoluer ça veut dire prendre des tâches supplémentaires, est-ce qu'elle aurait le temps et les moyens d'avoir des taches supplémentaires ? Déjà que ce n'est pas facile je pense tous les jours... je ne sais pas. Concrètement moi déjà aujourd'hui je lui tire mon chapeau.

8°) D'après vous le CDS est-il suffisamment disponible selon vos besoins ?

Oui

→ De quels ordres sont-ils ?

Mes besoins ça va être pratico-pratique : le planning, elle va être disponible si on a besoin et elle fera son possible pour nous arranger. Au niveau du planning ou au niveau de l'effectif ou autre chose.

9°) A votre avis, quelles sont les motivations qui poussent à devenir CDS ?

(Question non abordée)

10°) Selon vous de qui vient la reconnaissance (patient / médecin / cadre / pairs / référente) ?

De tout le monde.

J'ai une certaine reconnaissance pour ma cadre de santé. Mais même les patients, parce qu'elle est quand même aussi très présente auprès des patients. Elle fait le tour du service, même si elle n'est pas dans les soins, elle passe toujours pour dire bonjour, voir tous les patients tous les matins. Je pense qu'elle est assez abordable pour les familles, pour les patients s'il y a une requête ou quelque chose dans ce genre.

## ANNEXE VII : Exemple d'entretien traité pour l'analyse

Thématiques à traiter pour les Cadres de santé :

- Évolution des organisations hospitalières
- Évolution du métier Cadre de Santé
- Évolution des missions du Cadre de Santé
- Délégation du Cadre de Santé
- Missions des IDE référentes
- IDE référentes
- Place du Cadre de Santé
- Place des IDE référentes
- Ressenti du Cadre de Santé
- Ressenti des équipes soignantes
- Autres thèmes abordés

### Entretien définitif Cadre de Santé n°1

1°) Depuis que vous êtes CDS, avez-vous ressenti une évolution dans le métier ?

Je ne suis pas si ancienne dans la fonction, j'ai été finalement plus longtemps IDE que CDS, mais l'évolution oui, elle est nette. Déjà la taille de l'équipe ne permet pas d'être en proximité avec les équipes comme on pouvait connaître les CDS auparavant. On a beaucoup plus de distance, on est beaucoup moins en proximité des patients et des équipes. Donc l'évolution, elle est beaucoup centrée la dessus, je pense. Et on nous demande de plus en plus de tenir des tableaux de bord, de travail purement administratif, qui sont très chronophages et ça devient très difficile maintenant d'être sur des missions de proximité.

→ Si oui, pensez-vous qu'elle soit en lien avec les nouvelles réformes hospitalières ?

Oui parce que l'on va de plus en plus vers des grosses structures, donc forcément des équipes un peu plus étoffées. Oui je pense qu'il y a un lien net avec les évolutions. Restriction de personnels qui va aussi pour les CDS.

2°) Vous a-t-elle conduit à avoir recours à la délégation ?

Oui, ça s'est fait un peu par obligation même si on est très contente (ma collègue et moi) d'avoir des IDE référentes. Quand on est arrivé sur cette nouvelle structure, avec toutes les difficultés qu'on a pu avoir au début (approvisionnement, pharmacie, logistique qui avait du mal à suivre). On s'est vite aperçu qu'on ne pouvait pas tout faire et qu'à côté de ça il y avait vraiment des besoins par rapport à l'équipe et qu'on ne pouvait vraiment plus faire face à tous ces besoins. Ça a été incontournable, on ne pouvait pas continuer à fonctionner comme on fonctionnait auparavant où le CDS gérait un petit peu tout ce qui se passait dans le service, c'est plus possible.

→ Si oui : à qui ? Quand ? Comment ?

On a commencé avec une IDE référente matériel, qu'on a extrait des soins, parce qu'on n'a pas pu avoir un personnel dédié. Même si le besoin était là. Appel au volontariat, d'ailleurs plusieurs IDE se sont succédées sur ce poste depuis l'arrivée sur le nouvel hôpital. Les deux premières finalement ça ne leur convenaient pas par rapport à leur choix personnel.

3°) Êtes-vous amené à travailler en collaboration avec des IDE référentes ?

Maintenant elles sont bien détachées des soins, ça fait un peu une strate intermédiaire. Ça fonctionne beaucoup sur la confiance, sur l'échange. De toute façon c'est difficile de tout contrôler vu la charge de travail, donc on est obligatoirement de travailler sur la confiance, on n'est pas en permanence en train de contrôler ce qu'elles font. Elles ont pas mal d'autonomie.

→ Si oui, en quoi consiste ce partenariat ?

Une IDE référente qui s'occupe plus particulièrement du matériel (biomédical, matériel, pharmacie). Interlocuteur privilégié avec la pharmacie, rôle de superviseur (commande, contrôle des stocks). Proximité des équipes pour leur expliquer comment ça fonctionne, pour faire passer les messages. Lundi, mercredi et jeudi en 12h.

Une IDE référente (mi-temps thérapeutique) qui s'occupe de l'accueil des étudiants, la formation parce que c'est vrai on reçoit une bonne vingtaine d'étudiants par période (IDE/AS/Ambulancier). Nouvelle mission de prendre en charge les nouveaux arrivants : accueil, parcours de formation. Lundi, mardi et vendredi en 6h30

L'une et l'autre ont des tâches particulières, mais sont relais quand l'une est absente.

Une journée de travail en commun pour pouvoir se tenir au courant des différents problèmes qu'il peut y avoir dans le service.

Même si elles ont des missions qui sont à la base quand même un peu différentes, on leur a demandé qu'il y ait un lien entre elles et qu'il puisse y avoir un relais quand l'une ou l'autre n'est pas là.

Ce n'est pas qu'il n'y a pas de contrôle, c'est qu'on n'est pas tout le temps derrière elles. Elles nous rendent compte de ce qu'elles font, on en discute. On peut travailler ensemble sur des projets, mais on leur laisse quand même une autonomie. Après on voit ensemble, ce qui est faisable, pas faisable. On les aide quand elles ont besoin d'aide sur certaines demandes, sur certains travaux. Beaucoup de réunions informelles dans lesquelles elles parlent des difficultés qu'elles rencontrent.

4°) Quel type de management pensez-vous adopter vis à vis de ces IDE ?

Management participatif : l'échange, la discussion.

→ Et vis à vis de l'équipe soignante ?

J'essaie aussi d'être dans le participatif dans la mesure du possible. C'est plus compliqué, vu la taille de l'équipe. Division de l'équipe en RH d'un côté et organisation de l'autre.

5°) Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec l'équipe soignante ?

Globalement plutôt une bonne relation. Des difficultés avec certains individus, donc quelques fois dans le conflit. Mais sur la globalité plutôt des bonnes relations, des relations apaisées. Disponibilité du CDS en cas de problème. C'est parfois un peu plus difficile avec les équipes de nuit, parce qu'on les voit très peu.

→ Et celle des IDE référentes avec de l'équipe soignante ?

Je pense qu'elles ont plutôt une bonne relation. Qu'elles sont bien acceptées par les équipes parce qu'elles sont beaucoup dans une relation d'aide. Elles répondent beaucoup aux difficultés ponctuelles qu'elles peuvent avoir. Je pense qu'elles sont vraiment perçues comme des éléments positifs dans l'équipe. Même si elles sont bien obligées à certains moments de rappeler les règles. Je pense que dans la globalité elles ont bien ressenties.

6°) Après les différents thèmes abordés ici, pouvez-vous me dire comment vous décriez votre identité professionnelle aujourd'hui ?

Parfois des difficultés à se situer justement puisque le cœur de notre métier qui est centré sur le patient et bien on s'en éloigne de plus en plus. On est beaucoup sur du management d'équipe, avec quand même une certaine distance et on perd vraiment la proximité avec les équipes. C'est à dire qu'on n'a pas un regard direct sur leur travail. On est obligé de faire confiance à ces strates intermédiaires qui sont aussi pour nous un moyen d'avoir des retours. Donc on perd beaucoup la proximité, c'est ce qui me semble le plus marquant. On est de plus en plus en réponse à des missions qui sont plus transversales, même au niveau du service.

7°) Comment voyez-vous la profession du cadre de santé d'ici 5 à 10 ans ?

(Sourire) J'ai du mal à me projeter dans l'avenir. Plutôt par rapport à toutes les réformes qui arrivent, la charge de travail qui est de plus en plus importante, les demandes institutionnelles qui sont de plus en plus importantes ; et qui ont forcément tendance à nous éloigner de notre cœur de métier. Donc on devient vraiment des gestionnaires, on est vraiment plus des soignants ou alors on s'en éloigne de plus en plus.

8°) L'évolution qui se profile vous convient-elle ? Pourquoi ?

Non, enfin non parce que, oui et non...

Non parce que je trouve qu'on fait un métier qui s'éloigne de plus en plus de notre métier de base, qu'il y a de plus en plus de facteurs de stress, on est de plus en plus insatisfait de notre travail.

Oui parce que malgré tout c'est un métier qu'on aime et on ne vient pas faire ce métier par hasard. Et je suis encore attachée à certaines valeurs, notamment de la fonction publique, de la qualité des soins.

Donc oui c'est un métier qui me plaît mais dont je suis de moins en moins satisfaite, à cause de trop grande part de gestions administrative et RH (absentéisme et planning).

## ANNEXE VIII : Tableau récapitulatif vierge des entretiens

	Évolution des organisations hospitalières	Évolution du métier CDS	Évolution des missions du CDS	Délégation du CDS	Missions des IDE référentes	IDE référentes	Place du CDS	Place des IDE référentes	Ressenti du CDS	Ressenti des équipes soignantes abordés	Autres thèmes abordés
CDS 1 24'31											
CDS 2 21'23											
CDS 3 46'09											
IDEC 1 21'21											
IDEC 2 18'26											
IDEC 3 18'42											
Soignante 1 18'38											
Soignante 2 24'31											
Soignante 3 28'58											
Soignante 4 10'19											
Soignante 5 10'17											
Soignante 6 10'38											

## ANNEXE IX : Projet de déploiement d'une infirmière référente



CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL  
VILLENUEVE-SAINT-GEORGES  
Lucie & Raymond AUBRAC

Référence : SF/CC/Juin 2015

22/06/2015

# FICHE PROJET

## DEPLOIEMENT D'UN POSTE D'INFIRMIER EN POSTE D'INFIRMIER REFERENT DANS L'UNITE DE REANIMATION/SURVEILLANCE CONTINUE

Protocole d'accord réalisé dans le cadre d'un projet de réaménagement de poste à moyen constant

### PRESENTATION DU PROJET

L'augmentation de l'activité au sein de l'unité (416 patients en 2010 versus 679 patients en 2014) nécessite une réflexion sur les organisations de travail.

Un groupe de travail pluri-professionnel sur le thème de l'activité, le flux, l'organisation et la qualité des soins a débuté en janvier 2015 pour mettre à plat les processus et fluidifier les organisations pour maintenir l'efficacité et l'activité.

Un des leviers à la fluidité des organisations et l'amélioration de la performance des professionnels serait la possibilité de dégager un infirmier des équipes de travail pour le mettre sur un poste transversal d'infirmier référent.

### INTERETS GLOBAUX POUR L'UNITE

- Maintenir l'activité et la performance
- Développer les compétences
- Améliorer l'adaptation à l'emploi
- Diminuer la pression des salariés
- Améliorer le bien être au travail
- Stabiliser les emplois dans les différentes catégories professionnelles
- Diminuer les risques professionnels

### INTERETS FONCTIONNELS

- Libérer les infirmiers(ères) des tâches logistiques (commandes, rangements, contrôle de matériel d'urgence, mise en conformité bactériologique de matériel...)
- Favoriser une prise en charge continue des soins par les professionnels (libérer les agents de l'accueil téléphonique par exemple)
- Renforcer l'accompagnement et la formation des nouveaux : encadrement, tutorat des étudiants, préparation et animation de séquences pédagogiques, accompagnement sur des techniques spécifiques, avis consultatif...)
- Réaliser ponctuellement certains soins en situation d'afflux massif de patients (préparation de dialyse, de patients pour un examen, de dossier de sortie...)

VILLENEUVE-SAINT-GEORGES - VILLENEUVE-SAINT-GEORGES CEDEX

VILLENEUVE-SAINT-GEORGES

VILLENEUVE-SAINT-GEORGES

- Déléguer des tâches d'audit, de mises en place de procédures, accompagnement du processus de certification
- Décharger les infirmiers des missions de référent en l'absence du cadre de proximité (interlocuteur privilégié). Réaliser une analyse de situation des possibilités de remplacement en cas d'absentéisme à présenter au cadre de pôle afin de permettre une aide à la décision plus rapide. Permettre le relai d'informations de situations nécessitant une prise de décisions par la voie hiérarchique
- Optimiser l'accompagnement des professionnels et faciliter le transfert d'informations aux équipes de nuit par une présence physique du cadre de jour sur des périodes déterminées
- Soulager la charge en soins en cas d'absence inopinée (aide ponctuel aux soins pendant les horaires de travail de l'infirmier référent)
- Améliorer les prises en charge de patients en préopératoire (rencontre avec les patients et leur famille, remise des livrets d'accueil, échanges, visite du service, liens entre les différentes unités d'aval...)

#### LIAISONS HIERARCHIQUES

- Directeur Général : Mr H. [REDACTED]
- Coordonnateur Général des Soins : Mr C. [REDACTED]
- Directeur des Ressources Humaines : Mr P. [REDACTED]
- Cadre de Pôle : Mme C. [REDACTED]
- Chef de Pôle : Dr G. [REDACTED]
- Cadre d'unité : Mme F. [REDACTED]

#### PROFESSIONNELLE REPEREE POUR CETTE FONCTION

- Mme D. [REDACTED] Séverine, titulaire

#### HORAIRES DE TRAVAIL

- Du lundi au vendredi
  - o Le Lundi de 7h30 à 15h
  - o Du mardi au vendredi de 8h30 à 16h

#### EVALUATION/BENEFICE

- Evaluation des compétences et amélioration de l'adaptation à l'emploi
- Accompagnement des équipes de nuit
- Evaluation du bien-être au travail (absentéisme, maintien des salariés en poste, motivations des professionnels...)
- Traitement et évaluation des évènements indésirables
- Evaluation du maintien de l'activité
- Amélioration de l'adéquation entre les commandes et les besoins

#### Périodicité de l'évaluation :

- 6 mois, 12 mois, 2 ans et 3 ans : réaliser une enquête comparative de l'impact social
- Au lancement du projet : Etat des lieux des compteurs d'heures des IDE, du taux d'absentéisme sur la dernière année écoulée, nombre de demande de vacations rémunérées et non rémunérées en heures supplémentaires
- Projet entériné définitivement après ce délai d'expérimentation
- Période d'essai de 3 mois

#### Indicateur de qualité :

- Activité logistique de pharmacie : indicateurs tenus par Mme V. **RENAUD** sur le suivi des commandes (dépannage non urgent...)
- Sécurisation du circuit du médicament par le rangement des malles par la référente IDE
- Diminution du délai d'attente aux réponses téléphoniques et diminution du bruit au sein de l'unité (objectif : bienveillance)
- Relevé des patients programmés vus en préopératoire trimestriellement (livret d'accueil, visite du service, entretien)
- Relevé du nombre de nouveaux arrivants formés par catégorie professionnelle avec focus sur séquences de formation proposées
- Relevé du nombre d'étudiants encadrés dans le cadre de la fonction tutorat
- Indicateurs de suivi des accompagnements pédagogiques ponctuels réalisés en fonction de prises en charge complexes (ILA ACTIVE, décubitus ventral...)

#### **CONTRAINTES DU PROJET**

- Pas de remplacement de l'absentéisme par l'infirmier référent sauf absentéisme « de dernière minute » sur du soin ponctuel et sur le temps de travail de l'infirmier référent
- Modification des effectifs versus 29 infirmiers à la place de 30
- En cas d'absence de l'infirmier référent, les tâches sont redéployées sur le personnel infirmier
- Obligation pour Mme D. **ELM** de remplacer les absences de Mme F. **MAINE** et de poser des congés de manière intercalée avec Mme F. **MAINE** (Articulation des repos longs réalisée en lien avec le planning du cadre)

#### **OUTILS**

- Fiche de poste
- Planning de travail de l'infirmier référent
- Projet d'encadrement des nouveaux arrivants (AS/IDE)
- Procédures, protocoles

#### **NOMS ET FONCTIONS DES PERSONNES SIGNATAIRES DU PROTOCOLE D'ACCORD**

Mr P. **LUZZI** Directeur des Ressources Humaines  
Mr C. **LEMI** Coordonnateur des Soins  
Dr G. **BERGET** Chef de Pôle  
Mme C. **BOISSON** Cadre de Pôle  
Mme F. **MAINE**, Cadre de santé  
Mme D. **ELM** Infirmière

# Diplôme de Cadre de Santé

## DCS@15-16

### TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

### TITRE DU DOCUMENT

Le partenariat Cadre de Santé et Infirmières référentes :  
*Comment repenser la place du Cadre de Santé ?*

### AUTEUR

Anne BRANDICOURT

### MOTS CLÉS

Cadre de Santé, Infirmière référente,  
Réformes hospitalières, Délégation,  
Identité professionnelle, Positionnement

### KEY WORDS

Nurse manager, Reference nurse,  
Hospital reforms, Delegation,  
Professional identity, Positioning

### RÉSUMÉ

Le Cadre de Santé, au travers de multiples évolutions dans les organisations hospitalières, voit son métier progresser vers un rôle de manager d'équipe. Il travaille en collaboration avec des infirmières référentes, ayant en charge d'assister l'équipe soignante au plus près des soins. Les missions du Cadre de Santé sont prédominées par la gestion des ressources humaines du service, afin de mener ce dernier vers l'efficience.

**« L'émergence des Infirmières référentes dans les services de soins, due à l'évolution des missions du Cadre de Santé, a-t-elle un impact sur son positionnement auprès de l'équipe soignante ? »**

À travers la conceptualisation de notions importantes et une enquête auprès des professionnels de santé, j'ai répondu à cette question en affirmant qu'aujourd'hui le Cadre de Santé, en s'éloignant des soins, est amené à repenser sa place au sein de l'équipe soignante et à redéfinir ses perspectives professionnelles.

### ABSTRACT

Nurse Manager, through multiple changes in hospital organizations, sees his/her job turning to a role of team manager. He works in collaboration with expert nurses, being responsible for supporting the care team at the closest of the care. The missions of Nurse Manager are predominated by the management of the human resources of the service, to lead the latter towards efficiency.

**« Does the emergence of 'reference nurses' in care units, due to the evolution of Nurse Manager's missions, impact his/her positioning with the health care team? »**

Through the conceptualization of important concepts and a survey among health professionals, I answered this question by confirming that today, Nurse Manager, by getting away from cares, is steered to redesign his/her position among the health care team and to redefine his/her career prospects.