

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

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

***Le cadre de santé face aux soignants,  
une relation sous contrôle***

Isabelle PINTO

**DCS@17-18**

## Avertissements pratiques

### **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'ESM – Formation & Recherche en Soins.

## Remerciements

Ce travail ne pourrait exister sans l'accompagnement et la bienveillance de ma Directrice de mémoire, Madame Isabelle Robineau-Fauchon. Je tiens donc à la remercier en premier lieu, pour sa disponibilité, son dynamisme, les échanges, le partage d'expérience.

Je remercie toute l'équipe de l'ESM, et tout particulièrement Madame Morgane Le Gal et Monsieur Patrick Farnault pour leur accompagnement dans cette année riche, et également pour leurs apports théoriques, qui ensemble ont permis la construction professionnelle de la future cadre que je vais devenir.

Un grand merci aux cadres de santé et aux infirmiers qui ont accepté de participer à ce travail.

Je remercie mes proches, pour leur appui et ma compagne pour sa patience, son soutien, sa compréhension, sur lesquels j'ai pu m'appuyer et pour sa motivation sans laquelle je n'aurais pris la décision de m'inscrire au concours.

Merci à Alice pour son aide précieuse et son temps.

Enfin, un immense merci à Amélie, Aurélie, Christophe, Laura, Lucie, Pascale, Sophie, mes compagnons de route pour avoir été des ressources inestimables et inépuisables, avec une solidarité sans faille, un soutien indispensable.

Je dédie ce mémoire à Antoine, ami et collègue, qui a été d'un grand soutien dès le début de ce projet professionnel, et me témoignait sa foi en ma réussite. En arrivant au bout de ce cheminement, une pensée en sa mémoire est mon moyen de le remercier et de lui rendre hommage.

*“Aucun homme n’est libre s’il ne sait pas se contrôler”*

*Pythagore*

## Sommaire

Introduction .....	4
1 D'une expérience à un questionnement.....	5
2 Le contrôle et ses concepts .....	7
2.1 Définition du contrôle.....	7
2.2 Le contrôle social.....	7
2.3 Le contrôle moral .....	8
2.4 Le contrôle professionnel.....	9
3 Le contrôle et son histoire dans le monde soignant .....	10
3.1 Le contrôle dans l'histoire hospitalière en France .....	10
3.1.1 De l'hospice à l'hôpital, de la charité à l'éloignement des indésirables .....	10
3.1.2 De la médecine scientifique aux théories des organisations du travail.....	10
3.1.3 De l'hôpital moderne à la santé sous contraintes économiques.....	12
3.1.4 La santé sous contrôle économique jusqu'au contrôle de gestion des hôpitaux .....	13
4 Le contrôle et les soignants.....	15
4.1 L'évaluation et les compétences.....	16
4.2 L'évaluation des pratiques professionnelles soignantes .....	16
5 Le contrôle dans l'exercice de la fonction de cadre de santé .....	17
5.1 Retour sur l'histoire de la profession et de sa fonction contrôle.....	18
5.2 Les missions du cadre de santé .....	20
5.2.1 Les rôles interpersonnels du cadre de santé .....	20
5.2.2 Les rôles décisionnels du cadre de santé .....	21
5.2.3 Les rôles liés à l'information du cadre de santé.....	21
5.3 Une des compétences du cadre de santé, la fonction contrôle.....	22
5.3.1 La démarche qualité .....	22
5.3.2 La gestion de l'unité de soins .....	24
5.3.3 Fixer des objectifs et les évaluer .....	25
5.3.4 La délégation .....	25
6 Aboutissement à une question de recherche.....	26
7 Enquête.....	26
7.1 Méthodologie .....	26
7.1.1 Objectifs de l'enquête .....	26
7.1.2 Le choix, l'élaboration et l'utilisation des outils .....	26
7.2 Résultats des entretiens auprès des cadres .....	27

7.2.1	Présentation des lieux d'exercice, de l'origine et de l'ancienneté professionnelle.....	28
7.2.2	Les principales missions du cadre de santé.....	28
7.2.3	Les représentations du contrôle.....	30
7.2.4	Les activités soignantes contrôlées.....	32
7.2.5	La difficulté et la facilité du contrôle.....	35
7.2.6	La perception du contrôle.....	38
7.2.7	Le contrôle, ce à quoi il est lié.....	40
7.2.8	Le contrôle outil de valorisation.....	42
7.3	Résultats des questionnaires auprès des infirmiers.....	44
7.3.1	Origine et expérience des infirmiers.....	44
7.3.2	Les principales missions du cadre de santé selon les infirmiers.....	45
7.3.3	Les missions contraignantes du cadre de santé selon les infirmiers.....	45
7.3.4	A quoi l'infirmier associe le contrôle.....	46
7.3.5	La perception du contrôle par l'infirmier.....	47
7.3.6	Les activités soignantes contrôlées.....	47
7.3.7	Exercice du contrôle.....	48
7.3.8	Synthèse des résultats.....	48
7.4	Confrontation des résultats entre entretiens cadres et questionnaires infirmiers.....	49
7.5	Analyse croisée.....	50
7.5.1	Le contrôle, élément majeur des missions du cadre de santé.....	50
7.5.2	La qualité au cœur de la fonction contrôle du cadre de santé.....	51
7.5.3	Le contrôle et son image négative.....	52
7.5.4	L'accompagnement et la confiance alliés du contrôle.....	52
7.5.5	Le contrôle au service de la valorisation.....	53
7.6	Les résultats de l'enquête face à la question de recherche.....	53
8	Limites de ce travail de recherche.....	55
8.1	L'apprentie chercheuse.....	55
8.2	Une enquête limitée.....	55
8.3	Le temps, une ressource épuisable.....	55
	Conclusion.....	56
	Bibliographie.....	57
	Table des annexes.....	

## Liste des abréviations

**IFCS** : institut de formation de cadre de santé

**PMSI** : Projet de Médicalisation des Systèmes d'Information

**GHM** : groupes homogènes de malades

**DPC** : développement professionnel continu

**EPP** : évaluations des pratiques professionnelles

**HAS** : Haute autorité de santé

## Introduction

Soignante depuis 2008, j'ai pu constater une transformation du système de santé français vers une logique de transparence et de qualité. Différents textes de loi ont organisé cette orientation qualitative de la prise en charge du patient, accompagnés par des réformes liées à la formation paramédicale initiale et continue. Les métiers du soin ne sont pas figés, et obligent les professionnels à actualiser, et à évaluer leurs pratiques, pour être au plus près des évolutions en matière de santé.

Le cadre de santé détient un rôle essentiel dans la mise en œuvre de cette démarche, pour garantir une sécurité et qualité des soins au niveau de son unité. Son exercice actuel est le fruit d'une mutation de son identité, devenu un manager et un gestionnaire. Le contenu de la formation en IFCS (institut de formation de cadre de santé), en témoignage, se faisant en partenariat universitaire, le diplôme de cadre de santé est associé à celui d'un master en management. Le métier évolue mais la finalité reste inchangée, le patient.

Le cadre au sein de son service, cultive une cohésion, pour que chaque acteur du parcours de soins, ait une place et un rôle définis en collaboration avec l'exercice de chacun. Ainsi il s'inscrit dans une logique d'évaluation des compétences des soignants pour leurs permettre un développement professionnel de celles-ci. S'en dégage, de cette manière, le désir d'offrir un niveau de prise en soins du patient optimal, par des agents reconnus formant un collectif pluri disciplinaire sensible aux bonnes pratiques soignantes.

Un aspect des missions managériales du cadre, semble cependant mal perçu par l'équipe, sa fonction contrôle. Pour s'assurer qu'il ne s'agissait pas d'un avis purement personnel et isolé, il fut partagé auprès d'autres soignants, avec le même constat. Me dirigeant vers cette profession de santé, et convaincue de l'importance du contrôle dans mon futur exercice, je choisis d'en faire le thème de mon travail de recherche de fin d'étude. De cette façon, par une exploration, je serais en mesure de comprendre ce qu'il implique et provoque.

Ce mémoire, pour débiter, expose le cheminement réflexif autour d'un contexte d'émergence aboutissant à un questionnement de départ. Cette étape permet de développer par la suite un cadre de référence théorique, conduisant à une question de recherche.

Pour tenter d'y répondre, une enquête de terrain faite d'entretiens avec des cadres de santé et de questionnaires adressés à des infirmiers sera présentée. Elle amènera des résultats confrontés entre eux puis croisés avec la théorie abordée. Une synthèse de l'état de réponse à la question de recherche clôturera cette phase d'analyse.

Avant de conclure, les limites de ce travail seront précisées.

# 1 D'une expérience à un questionnement

L'histoire des professions soignantes est liée à la religion et à son évolution dans notre société. Le soin était assuré par des religieuses, premières infirmières au chevet des malades. Les prémices de l'encadrement suivaient la hiérarchie ecclésiastique, la mère supérieure en avait la responsabilité. Au XIXe siècle un courant de laïcisation va progressivement entraîner la disparition du personnel religieux des établissements de santé. Au milieu du XXe siècle leur éloignement est total laissant place à une nouvelle configuration des personnels de soins.

Le corps médical choisit au sein de l'équipe d'infirmières, l'une d'entre elle considérée comme la plus experte, la plus investie dans le travail du service, avec une ancienneté importante et une autorité notable. Elle est choisie pour avoir le rôle de « surveillante ».

Il faudra attendre différentes étapes dans la formation et la reconnaissance pour aboutir au cadre de santé d'aujourd'hui. Cependant le souvenir de la surveillante continue à exister dans l'esprit collectif, et le cadre de santé se voit porter une image négative de surveillance, de contrôle.

Cette perception du contrôle je l'ai ressentie sur le terrain, en tant qu'infirmière diplômée d'Etat depuis 2008. J'ai connu des profils de cadres de santé très différents, aux méthodes de management opposées. Certains étaient dans la proximité, d'autres dans la distance.

J'ai travaillé en début de carrière, dans un service où le cadre était très visible et disponible. Il était même assez protecteur, vis-à-vis des contraintes qui lui étaient demandées par la direction, prenant le temps d'essayer de les appliquer de manière qu'elles ne soient pas un handicap dans nos exercices, idéalement. Même s'il n'était pas physiquement présent, il connaissait l'avancement de la journée et les difficultés que nous pouvions rencontrer. Cependant, lorsqu'il intervenait pour vérifier si les procédures écrites étaient respectées, ou si les dossiers de soins étaient bien remplis, cela était mal vécu, par les soignants. Ces contrôles ne dégagent que les points négatifs de notre travail. J'entendais régulièrement les soignants se plaindre, que « ce qui est bien fait ce n'est jamais mis en avant ». Malgré la bienveillance de ce cadre envers son équipe, ses actions de contrôle étaient mal perçues.

Après un changement d'établissement, j'ai été encadrée par un cadre de santé, dont la présence très importante, faisait ressentir un sentiment de surveillance permanente. Cela rendait difficile toute prise d'initiative, car nous devenions dépendantes de la cadre pour toute décision concernant l'organisation du service. Cependant, elle remarquait les personnalités fortes et s'appuyait sur elles pour mener ses directives. Elle arrivait à trouver des relais parmi ces personnes mais au détriment des autres membres de l'équipe, ce qui aboutissait à un manque de confiance en leur travail. Beaucoup de ses décisions étaient subies et non comprises par les soignants. La pression ressentie entraînait une peur avant chaque prise de poste.

A partir de ces deux expériences, je m'interroge dans un premier temps sur la perte de confiance d'une équipe en lien avec l'encadrement d'un cadre, de son omniprésence freinant le développement d'autonomie d'une équipe. Mais des doutes sont présents sur le véritable questionnement que ces situations me posent, et surtout est-ce vraiment sur le lien entre présence du cadre et degré d'autonomie d'un équipe, que je souhaite construire ma future recherche ?

Je me concentre par la suite sur ce qui a été le plus mal vécu par l'équipe à laquelle j'appartenais, et ce fut l'omniprésence du supérieur hiérarchique, et son contrôle déséquilibré. Et même lorsque le cadre était moins présent, son contrôle était lui aussi mal perçu, le manque de valorisation du travail des soignants était pointé.

Avec ces constats, je commençais à entrevoir les notions sur lesquelles je désirais mener mon travail qui alimenteraient mon mémoire. Un questionnement se construit autour de la fonction contrôle du cadre de santé et de la valorisation du travail des agents dans son service. Comment les associer ?

Afin de savoir si cette réflexion est partagée sur le terrain, je suis allée interroger une cadre de santé exerçant depuis un certain nombre d'années en secteur hospitalier. Selon elle la fonction contrôle est essentielle mais est peu employée par les cadres, car elle a une mauvaise image. Le personnel la perçoit comme un espionnage et un manque de confiance. Cela renvoie à la surveillance du passé. Pourtant c'est un outil nécessaire pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Au-delà de vérifier les comportements et les pratiques de ses agents, elle utilise le contrôle pour valoriser et encourager son équipe en les félicitant sur ce qui fonctionne parfaitement.

Elle remarque qu'au sein d'un hôpital le contrôle est permanent et rythmé par la certification, les audits, les grilles d'analyse de procédure, ... Elle pense que ma démarche est intéressante, car il faut rétablir la place de la fonction contrôle. Elle m'informe d'ailleurs, qu'à l'AP-HP une formation est organisée auprès des cadres, témoignant un besoin de redéfinir le contrôle dans l'exercice de la profession de cadre de santé.

J'ai démarré cette formation en tant qu'infirmière, arrivant à une étape de ma carrière où j'ai fait le choix d'évoluer professionnellement. Quel cadre de santé je souhaite devenir, telle est la question qui m'a suivi et me suis encore durant cette année intense et des plus enrichissantes. M'interrogeant sur cette nouvelle identité soignante, quelle place je désire donner au contrôle dans mon futur exercice ?

Avec ce cheminement de pensées et cet entretien exploratoire, j'aboutis à une question de départ : **En quoi le cadre de santé peut-il faire de sa fonction contrôle, un outil de valorisation du travail des agents ?**

## 2 Le contrôle et ses concepts

Dès notre naissance le contrôle intervient dans nos vies, par la première respiration particulièrement douloureuse, à partir de cet instant se met en place un contrôle de notre capacité à respirer de manière autonome. Notre existence est faite d'étapes à franchir pour réussir à évoluer. La plus primaire, qui intervient dans les premières années de vie, est une aptitude à entrer dans la société, à entrer dans la vie en collectivité, par la capacité à être « propre ». En effet, l'enfant en maîtrisant son besoin d'élimination, réalise un contrôle, lui permettant ainsi d'intégrer le système scolaire, premier lieu de socialisation durant son existence.

L'être humain sera ensuite dans chaque sphère de sa vie soumis ou acteur de contrôle, par un aspect social, moral et professionnel. Ces différentes dimensions vont être les axes de définition du contrôle pour en avoir une vision globale, nous amenant ensuite à la rapprocher de la fonction contrôle dans le soin.

### 2.1 Définition du contrôle

« Vérification portant sur des choses en vue d'examiner si elles remplissent les conditions demandées »<sup>1</sup>

### 2.2 Le contrôle social

Cette notion a une histoire, montrant l'évolution du sens qui lui fut donné. Habituellement on parle de surveillance des comportements des individus dans ses moindres détails et domaines de la vie en société, pour expliquer le contrôle social. Nous allons voir que cela est bien plus complexe, notamment grâce aux écrits de divers sociologues comme E. Durkheim, M. Foucault ou encore B. Bouquet.

Au XIXe, siècle il s'agissait de régulation sociale pour proposer un sens « positif » au contrôle social. Le but étant de trouver une cohésion sociale en harmonisant les comportements individuels vers un respect des normes et des valeurs de l'époque. De cette manière, l'union des hommes dans la société était possible par sa capacité à se réguler elle-même. Les normes sont divisées par des facteurs internes, la religion, la coutume et l'opinion publique et par des facteurs externes les lois, le droit et l'éducation, en somme par l'Etat<sup>2</sup>. Pour E. Durkheim, il ne peut exister de société sans un contrôle social, condition obligatoire pour permettre la socialisation des individus, car il est vecteur de cohésion sociale et d'épanouissement, permettant leur intégration dans une structure. Il reconnaît tout de même un aspect contraignant, base de la réputation négative du mot contrôle.

Après la seconde guerre mondiale, le contrôle social sera défini comme un phénomène de pouvoir rejoignant le sens en anglais du mot contrôle, en opposition à la signification française qui se centre sur la vérification. M. Foucault dans son ouvrage *surveiller et punir*<sup>3</sup>, analyse les nouveaux modes, les nouvelles technologies de contrôles et de surveillance des individus s'accompagnant de correction en cas de non-respect des règles.

Après 1968 un aspect moins coercitif du pouvoir exercé par le contrôle se ressent, notamment par la notion d'autocontrôle, d'autodiscipline. La société se régule par elle-même.

---

<sup>1</sup> <http://www.cnrtl.fr>

<sup>2</sup> Durkheim E, *L'éducation de la morale*, Puf, 2012, 248 pages

<sup>3</sup> Foucault M, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Gallimard, Paris, 1993, 360 pages

Le début du XXI siècle voit un tournant caractérisé par l'apparition de la société de contrôle. Une fièvre sécuritaire et des contraintes économiques de plus en plus importantes contextualisent l'évolution du contrôle social.

Les institutions sociales voient leur fonctionnement surveillé et vérifié pour répondre aux objectifs de réduction des coûts, situation qui se retrouve dans le monde du soin où nous reviendrons plus tard.

La police est source de contrôle mais également un outil d'étude de la société par son emplacement central dans l'organisation de la vie de la cité, mais depuis plusieurs années elle vient à être critiquée par la surveillance pesante exercée sur la population, en vue de la protéger. Les déplacements sont suivis par nos téléphones portables, nos échanges sur les réseaux sociaux sont scrutés, les puces facilitant notre quotidien renferment un nombre d'informations personnelles infinies, ... On note une évolution technologique flagrante, aboutissant à cette impression de contrôle permanent des individus.

Qu'en est-il du contrôle social dans le monde du soin ? Il est possible de le mettre en parallèle avec l'histoire de l'hygiène<sup>4</sup>. En effet qu'est-ce que l'hygiène, si ce n'est le respect de normes précises, de protocoles à suivre à la lettre, avec son lot de contrôles, de procédures d'évaluation pour vérifier que l'hygiène soit bien respectée. Un manquement peut entraîner une sanction. Au-delà du monde hospitalier, il s'agit d'un sujet sociétal car suivre les règles d'hygiène, permet de protéger les individus. Le terme « hygiène » tient son origine du mot grec *hygie*, désignant la déesse de la santé et de la propreté. Aristote est le premier à donner de l'importance à l'hygiène en vantant les vertus des bains dits « thérapeutiques ». Même avec une histoire si ancienne, l'hygiène corporelle est mise à mal jusqu'au XIXe siècle à cause des croyances négatives sur l'eau, qu'il faudrait éviter pour empêcher les problèmes de peau. Il faut attendre le professeur Pasteur pour mettre en évidence le lien entre hygiène et prévention des infections. Une autre découverte est cruciale pour l'hygiène hospitalière. L'importance du lavage de mains des soignants démontrée par le Dr Semmelweis, pour diminuer les transmissions d'agents infectieux responsables de nombreux décès. La continuité de ces recherches se remarque à l'hôpital par l'instauration en 1988 d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), afin de contrôler et de diminuer les infections contractées alors que le patient est hospitalisé. Au XXIe siècle, un défi de taille représente une grande part des actions du CLIN, les résistances aux antibiotiques de plus en plus nombreuses, rendant difficile la lutte contre certaines infections.

Le contrôle en société est très souvent mal perçu et subi comme une pression, voire une atteinte à la liberté. Le versant hygiéniste, permet de donner un aspect positif au contrôle, par sa sécurisation et vérification de la qualité des soins.

## 2.3 Le contrôle moral

Étymologiquement, « morale » vient du latin *moralis*, traduction par Cicéron, du grec *ta ethica* ; les deux termes désignent ce qui a trait aux mœurs, au caractère, aux attitudes humaines en général et, en particulier, aux règles de conduite et à leur justification.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Arveiller, Jacques. « De l'Hygiène publique à l'éducation sanitaire. Un texte de Charles Marc (1829) », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 39, (n°1), 2006, pp. 115-134

<sup>5</sup> Encyclopédie universalis

Le contrôle de soi, un autocontrôle aussi nommé « self control » emprunté à l'anglais, régit notre quotidien, afin de maîtriser les impulsions, les envies, les émotions qui nous traversent. Savoir déceler ce qui nous est néfaste, ou au contraire qui participe à notre bien-être.

Cette maîtrise personnelle est le fruit d'un long cheminement, démarrant dès la petite enfance.

Il faut apprendre à dominer ses émotions, son attitude et sa manière de parler. Cette construction se fait par les normes, les règles qu'il faut suivre, sous peine de sanction, ou de jugement par les autres en cas de non-respect.

Quelles sont ces normes qui vont influencer notre façon d'être et notre place dans notre société ?

Les normes sociales selon Durkheim assurent le lien social et sont les manifestations contraignantes de valeurs, ce qui nous force à adopter notre comportement en société. Les normes morales également peuvent se confondre ou s'opposer aux normes sociales.

Elles peuvent être d'origine religieuse, éthique ou bien philosophique, et diffèrent selon le lieu ou l'époque où l'on se trouve. Elles aident les individus à définir le bien et le mal.

Autre aspect qui pousse tout citoyen à avoir un contrôle de soi, les normes juridiques. Elles sont un ensemble de lois, qui entraînent une sanction si elles ne sont pas suivies. Pour Emile Durkheim les mœurs dominantes dans une société sont exprimées par le droit, qui accompagne leur évolution. Quel impact ont toutes ces formes de contrôle de soi sur les soignants ?

Le professionnel de santé doit faire preuve d'humanisme face à n'importe quelle situation, et dans la prise en charge de chacune des personnes soignées. La tolérance et le respect vis-à-vis des patients, de leurs proches, sont des valeurs obligatoires dans tout exercice. En reconnaissant et en respectant la singularité et les spécificités de chacun, le soignant est un acteur du soin devant avoir une maîtrise de soi importante. Au-delà de l'usager, ce contrôle aboutit à une autonomie de travail tout en étant en collaboration avec les autres membres de l'équipe à laquelle il appartient.

## 2.4 Le contrôle professionnel

Quel que soit le domaine d'activité, le travail fourni est contrôlé pour en vérifier sa qualité, le respect des protocoles et s'assurer que toutes les demandes sont validées. Dans le monde de l'entreprise le contrôle existe tout au long d'un cycle de production avec des objectifs différents selon l'étape où il intervient. Il peut être interne ou externe. Pour cela des démarches qualité sont déployées pour évaluer la qualité des produits et services proposés, par des enquêtes de satisfaction du client, des audits qualité, des évaluations des pratiques professionnelles. Des procédures de certification rejoignent cet esprit de contrôle de la qualité, prouvant aux clients que l'entreprise répond à un ensemble de normes, attestant le caractère qualitatif du mode de production des produits.

On ne peut parler de contrôle professionnel sans aborder la notion de hiérarchie. Dans « surveiller et punir » M. Foucault, précise que chaque individu a une place assignée, et doit respecter une discipline dictée par la hiérarchie. A chaque niveau d'une organisation professionnelle, tout agent rend des comptes à son supérieur hiérarchique, évaluant, vérifiant le respect des normes. Des bilans annuels sont organisés afin de connaître l'état de compétences des individus, identifier leurs faiblesses et définir des projets d'avenir.

On retrouve également la notion d'autocontrôle, chaque travailleur évalue la qualité de son propre travail, se remet en question et ajuste de manière autonome lorsqu'un problème est constaté.

L'organisation hospitalière répond également à cette démarche d'évaluation, par les procédures de certification et d'accréditation, indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins. Un autre aspect de contrôle très pesant, est la maîtrise des coûts, mise en œuvre par la succession de réformes législatives. Les ARS (agences régionales de santé) répartissent les dotations financières et la tarification à l'activité (T2A), imposent une surveillance accrue des dépenses de santé.

### 3 Le contrôle et son histoire dans le monde soignant

#### 3.1 Le contrôle dans l'histoire hospitalière en France

##### 3.1.1 De l'hospice à l'hôpital, de la charité à l'éloignement des indésirables

L'hôpital a ses prémices était un hospice, si l'on remonte à son origine étymologique<sup>6</sup>, ospital, « établissement charitable où l'on accueille les pauvres, les voyageurs » rejoignant le sens du mot hospitalité « accueil des pèlerins, des voyageurs, des indigents dans des maisons hospitalières ». Le soin est lié à la religion car toujours proche d'une structure religieuse et sans grande vocation médicale.

Au Moyen âge, se développe la notion d'assistance aux pauvres, aux personnes âgées, aux pèlerins et aux malades, dans des maisons d'hospitalité. En 1656 Louis XIV ordonne que dans chaque ville soit créé un Hôtel-Dieu pour « y loger, enfermer et nourrir les pauvres mendiants invalides, natifs des lieux ou qui auront demeurés pendant un an, comme aussi les enfants orphelins ou nés de parents mendiants ».<sup>7</sup> Ainsi y sont accueillis les plus démunis, mais dans des conditions sanitaires inexistantes. On rassemble de cette manière les personnes indésirables dans un lieu commun où le pouvoir peut ainsi les contrôler, en les isolant. De ce fait la société est protégée des marginaux, représentés par les vagabonds, les prostituées et ceux appelés les fous à cette époque. L'ordre public est maintenu. Le contrôle fait ses premiers pas dans le système de santé français naissant.

##### 3.1.2 De la médecine scientifique aux théories des organisations du travail

Un tournant se fait au XVIIIe siècle par la sécularisation.

Les bâtiments religieux sont redistribués dont les structures d'hospitalité pour les nationaliser. En effet après la révolution de 1789, les révolutionnaires voient les hospices comme un héritage peu glorieux de l'ancien régime et les transforment totalement. Puis Napoléon Bonaparte oblige les maires des grandes villes à avoir un hôpital, et y fera entrer les médecins. Chose étonnante, les hospices d'hier étaient marqués par leur absence, ils exerçaient soit en cabinet privé, soit directement au chevet des malades. Une permanence médicale se fait de jour comme de nuit avec l'instauration de l'internat des hôpitaux.

Il s'agit cette fois de la « révolution médicale »<sup>8</sup>, avec son lot d'innovations concluant de nombreuses recherches et symbolisant une renaissance intellectuelle et scientifique. L'examen clinique est complété par l'auscultation au stéthoscope, la mesure de la pression artérielle par appareillage comparable à un tensiomètre, prise de la température par un thermomètre, une meilleure connaissance en anatomie (possible grâce à l'autopsie). Les examens complémentaires apparaissent par des dosages biologiques, par les prémices de l'endoscopie et de la radiologie. Le corps et sa physiologie est de plus en plus maîtrisé, sous contrôle médical.

Le XIXe siècle voit également naître la santé publique sous l'influence des dits hôpitaux s'orientant vers la prise en charge des malades, et l'émergence de l'hygiène comme un facteur déterminant pour éviter l'apparition d'infections. Notamment en termes d'hygiène des mains comme lors des accouchements, diminuant le nombre de femmes mourant en couche.

Comme il a été vu précédemment dans la partie définissant le contrôle, le courant hygiéniste, apporte son lot de normes et donc un contrôle en conséquence pour en vérifier leur respect.

---

<sup>6</sup> <http://www.cnrtl.fr>

<sup>7</sup> J.M Galmiche, « hygiène et médecine, Histoire et actualités des médecines nosocomiales », Louis Pariente 1999 p.23-67

<sup>8</sup> Christelle Rabier, « Une révolution médicale ? Dynamiques des professions de santé entre révolution et empire », *Annales historiques de la Révolution française*, 2010

Chaque établissement hospitalier est rattaché à une commune, l'Etat commence à avoir un contrôle sur son système de soins.

Ce siècle de changements importants ne peut être évoqué sans références à la révolution industrielle, qui léguera à notre monde moderne un patrimoine structurel, et touchant même le monde de la santé.

Deux grandes figures apparaissent en France et aux Etats Unis, respectivement H. Fayol et F.W Taylor, comme pionniers dans les théories d'administration.

H. Fayol (ingénieur puis dirigeant des Mines de Commentry, en Auvergne) est un précurseur du management et de la gestion d'entreprise. Ses principes<sup>9</sup> démontrent une autorité organisée liée à la notion de responsabilité, associée à une hiérarchie et une unité de commandement assurée par un seul dirigeant et ainsi ne pas avoir de contradictions dans les ordres donnés. Il décrit celui qui administre comme celui qui prévoit, planifie, organise, commande et contrôle. Les bases des fonctions du manager sont posées. Cela combiné à une division du travail, le travailleur se spécialise dans une unique tâche devenant hautement qualifié et augmentant la productivité. Cette haute spécialisation fut présente dans les structures hospitalières, il était question de soins en série. Une alternative à cette organisation des tâches met à mal ce mouvement, depuis de nombreuses années, l'hôpital s'oriente vers une mobilité et une polyvalence de ses agents. Néanmoins on peut reconnaître une part de Fayol dans la gestion des soins actuelle, en effet la carte sanitaire de planification et les schémas régionaux d'organisation des soins visant à ajuster les besoins en soins et en équipements sanitaires de manière territoriale, en sont les témoins.

Quant à F.W Taylor (ingénieur) il inspira H. Fayol par ses travaux d'organisation scientifique du travail (OST)<sup>10</sup> plus connu sous la dénomination du « Taylorisme ». Il s'agit d'un modèle rationnel visant à donner les capacités à une entreprise d'atteindre les meilleurs résultats possibles. Les caractéristiques de cette approche du travail sont :

- ✓ Une étude méthodique des postes de travail
- ✓ Une sélection des salariés selon les tâches à réaliser
- ✓ La création de services spécialisés dans la production du travail
- ✓ Une recherche continue de la méthode d'organisation la plus optimale

Dans cette configuration, les employés sont des outils passifs, dédiés à des tâches précises et sans grande possibilité pour la prise d'initiatives. On retrouve un contrôle très présent sur le travail et dans l'encadrement, visant à supprimer toute incertitude et amener l'exécutant dans un état de soumission. La rationalité accrue du travail s'exprime aussi par une maîtrise absolue de chaque étape de conception d'un produit et par des données statistiques de la productivité, en évaluant les résultats. On retrouve ici la notion de qualité qui va connaître un essor et une place de choix dans l'organisation d'une structure. Un parallèle est fait entre l'organisation hospitalière et le Taylorisme, puisque l'évaluation de la qualité des soins est au cœur du quotidien d'un hôpital. Elle ne peut se résumer à une simple retranscription de la satisfaction des patients. Le patient y est un élément majeur, mais plus comme une finalité.

L'organisation de sa prise en charge doit être de qualité et pour s'en assurer, il existe une démarche permettant d'évaluer et par conséquent de contrôler chaque étape de celle-ci.

---

<sup>9</sup> Fayol H. Administration Industrielle et Générale. Dunod, 2<sup>ème</sup> édition, 1999, 133 pages

<sup>10</sup> Taylor F. Principes d'organisation scientifique des usines. Hachette, 2018, 160 pages

Ensuite apparaît un modèle dit bureaucratique<sup>11</sup>, celui du sociologue allemand Max Weber. Définissant la structure idéale d'une organisation afin d'atteindre des actions rationnelles et efficaces.

Là encore le contrôle a une place importante pour s'assurer que chaque agent respecte les devoirs de sa fonction, complétant les éléments caractérisant la bureaucratie :

- ✓ Les agents sont soumis à une discipline et à un contrôle
- ✓ La hiérarchie est organisée à des fins fonctionnelles
- ✓ La rétribution est figée et graduée selon le niveau hiérarchique en lien avec la fonction occupée
- ✓ L'avancement est conditionné par l'ancienneté et l'aval des supérieurs

Autre courant important, celui des ressources humaines dans le management porté par les études au sein de la Western Electric Company entre 1927 et 1932 d'Elton Mayo<sup>12</sup> (psychologue et sociologue australien).

S'inspirant des travaux menés par F.W Taylor, il se concentre sur le lien entre les conditions matérielles du travail et la productivité<sup>13</sup>. Ainsi le climat psychologique et les modalités du commandement sont identifiés comme des éléments d'une grande influence sur le comportement des travailleurs et donc sur leur rendement. Les relations de groupes qu'elles soient d'unions ou de clivages répondent à des normes propres au collectif et sont des moyens de résistances face à la hiérarchie ou à l'extérieur. En résulte de cette analyse la définition d'une organisation comme étant un « système social ».

Pour obtenir des résultats et un effet de groupe, il faut porter de l'intérêt aux personnes, faire participer les agents aux démarches de changement d'une structure. Il est recherché dans ce contexte un épanouissement au travail, une estime de soi et une motivation forte, on peut retrouver ce modèle chez de nombreux managers hospitaliers.

Ces différents concepts ont tous laissé une trace et donne un sens à l'évolution du contrôle à l'hôpital.

On remarque tout de même qu'une restructuration des organisations soignantes est en cours par un partage des responsabilités entre les dirigeants et les professionnels de santé, en parallèle d'un décloisonnement entre les services pour un meilleur fonctionnement et une amélioration de la qualité des soins. Mais cela sera vu plus tard pour ne pas perturber cette analyse chronologique.

### 3.1.3 De l'hôpital moderne à la santé sous contraintes économiques

La création de l'hôpital public en 1941 marque la fin de la logique de secours aux nécessiteux, laissant place à une démarche d'assistance à tous les malades.

Alors gérés par les maires, la loi de 1941 place l'Etat dans une situation de contrôle progressive des établissements hospitaliers, représenté par le préfet qui en nomme le directeur.

---

<sup>11</sup> Weber M. Economie et société, tome 1 et 2, 2003, Editions Pocket, 410 pages et 448 pages

<sup>12</sup> Mayo E. The Human Problems of an Industrial Civilization. Routledge, 3<sup>ème</sup> édition, Taylor & Francis Ltd, 2010, 204 pages (consultation en ligne d'une traduction)

<sup>13</sup> Don Hellriegel, John W. Slocum, *Management des organisations*, 2006, 726 pages

Les ordonnances de 1945 fondent la création de la sécurité sociale au nom de la solidarité nationale et moyen de financement pérenne des hôpitaux.

Il s'agit du début de l'Etat providence, regroupant les actions économiques et sociales de l'Etat. Les préoccupations budgétaires n'existent pas à cette époque.

C'est dans ce contexte qu'intervient l'ordonnance de 1958 du premier ministre Michel Debré, relative la création de centres hospitaliers et universitaires (CHU), réforme de l'enseignement médical et du développement de la recherche médicale. La formation médicale y est bouleversée, liant l'hôpital à celle-ci. Les médecins sont ainsi placés au cœur de l'organisation hospitalière. Les ambitions d'avancées sont fortes, et les dépenses se font sans compter, permettant une période de grandes découvertes, telles que la transplantation cardiaque, l'imagerie par résonance magnétique, le scanner, l'échographie.

En 1970 la loi de réforme hospitalière donne naissance à un véritable service public hospitalier, en y définissant ses missions : assurer les examens nécessaires pour établir un diagnostic, dispenser les traitements, prodiguer des soins d'urgence, accueillir les malades, les blessés, les femmes enceintes, traiter les affections graves durant leur phase aiguë. Sont pris en compte les deux systèmes d'hospitalisation publique et privée. Un contrôle de plus en plus fort de l'Etat sur la gestion des hôpitaux se dessine, mettant à l'écart les représentants locaux, et met en place la planification hospitalière avec une carte sanitaire déterminant les régions et les secteurs sanitaires en France. De ce fait, un contrôle des demandes de création, de transformation ou d'extension des hôpitaux et cliniques est organisé.

Cette période faste dans le monde de la santé, fait suite à la seconde guerre mondiale, et est appelé historiquement les trente glorieuses. Le pays étant à reconstruire, il connaît un développement social et économique de grande ampleur. L'univers de la santé est inclus dans cette dynamique et voit l'Etat y prendre une place de gestionnaire de plus en plus pesante, avec un contrôle grandissant. Le nombre de lits d'hospitalisation est en constante augmentation, et le financement ne connaît pas de restrictions, cela dans un contexte de plein emploi et un équilibre de la sécurité sociale créée en 1945.

La grande crise financière de 1979 en conséquence du choc pétrolier de la même année change cette opulence de moyens. Une ère va alors éclore, celle des contraintes économiques.

### 3.1.4 La santé sous contrôle économique jusqu'au contrôle de gestion des hôpitaux<sup>14</sup>

Ce temps est marqué par une crise économique sans précédents et des contraintes budgétaires, ce contexte va mettre en relief une obligation de contrôler le financement de l'hôpital. Le chômage et l'espérance de vie grandissant, la sécurité sociale se retrouve en déficit, situation qui perdure jusqu'à notre époque actuelle.

A partir de 1983, la dotation globale est mise en place, mettant fin à la tarification au prix de journée, véritable vecteur d'augmentation exponentielle des dépenses de santé. De plus un forfait journalier à la charge du patient est instauré. Les dépenses liées à la santé sont sous contrôle comptable, et au même moment, un intérêt pour l'analyse des activités médicales débute.

Ayant comme objectif de définir l'activité des établissements et de calculer le financement budgétaire qui en découle. Ce sont les prémices du PMSI (Projet de Médicalisation des Systèmes

---

<sup>14</sup> Appui sur les cours de M. Letourneau D, *Politiques de santé*, Université Paris-Est Créteil

d'Information), aux Etats Unis, cette démarche est déjà ancrée dans le fonctionnement du système de santé.

Les paiements aux hôpitaux se font sur une base de données les « *Diagnosis Related Groups* » (DRG), qui permettent de classer les séjours hospitaliers dans des groupes déterminés par des critères médicaux et économiques. Ce classement va inspirer le système français par la création des GHM (groupes homogènes de malades). « *Un GHM est un profil de séjour de patient basé sur les données administratives et sur les diagnostics et les actes. Le GHM tente de préciser la notion de "produit" à l'hôpital. Le groupe homogène de malades est en effet un "panier de soins" correspondant à un type de patient donné défini par le clinicien*<sup>15</sup> »

Une réforme de grande envergure va poser la matrice de l'hôpital actuel et un contrôle de plus en plus organisé de l'Etat sur les hôpitaux. Cette loi est fondatrice de toutes celles qui la suivront, la loi du 31 juillet 1991, portant sur la réforme hospitalière. Structurée par plusieurs axes (l'évaluation, la contractualisation, la régionalisation, l'organisation, et les droits des malades), apportant nombres de changements et une vraie rupture avec les trente dernières années.

Par l'évaluation des pratiques professionnelles, par le PMSI obligatoire, par la vérification de l'atteinte ou non des objectifs, par la planification de l'offre de soins, le contrôle est présent de manière globale dans cette nouvelle restructuration législative de l'hôpital.

Ce que la loi de 1991 pose, les ordonnances de 1996 le fixent. La création des ARH (agence régionale d'hospitalisation) sera l'outil de l'Etat pour vérifier les atteintes d'objectifs, pour allouer les ressources, pour analyser les activités des établissements, de continuer la planification sanitaire et si besoin de mettre sous tutelle les établissements publics de santé défaillant.

L'évaluation et le contrôle de la qualité des soins devient une procédure obligatoire, par l'accréditation. : « *il s'agit d'assurer l'accès de tous les malades à des soins dont la qualité et la sécurité doivent être préservées et améliorées*<sup>16</sup> ».

Une agence est créée pour sa mise en œuvre, l'ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). La qualité est ainsi évaluée par une procédure d'évaluation externe, chaque établissement de santé public ou privé y est soumis, et cela tous les cinq ans. A cela s'ajoute une évolution de la jurisprudence relative à la responsabilité médicale et à la médiatisation omniprésente. Synonyme de pression, obligeant les établissements à faire preuve de transparence sur les actions mis en œuvre pour la construction d'une politique globale de gestion des risques, et ainsi contrôler chaque acteur, chaque équipement, chaque étape d'un parcours de santé. En parallèle une vigilance se retrouve à tous les niveaux du soin : identité, transfusion, matériel, médicament.

Les années 1990 connaissent en parallèle plusieurs crises sanitaires (les affaires du sang contaminé et des hormones de croissance, la crise alimentaire de la vache folle), engendrent une fragilisation dans la confiance en notre système de santé mais également envers le corps médical. Le patient passe d'un état de passivité, à acteur dans son parcours de soins. En témoigne la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et la charte du patient hospitalisé. La démocratie sanitaire s'organise, et l'usager du système de santé est inclus dans le fonctionnement des établissements de santé.

Par ces bouleversements, sont recherchés la transparence et la sécurité des soins dispensés. Cette sécurité pour la garantir est évaluée et se construit par des processus de contrôles, déjà évoqués.

---

<sup>15</sup> Haytham ELGHAZEL, *Initiation au pmsi (court séjour)*, Rapport PRISMA, février 2005

<sup>16</sup> « L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé », guide de l'PHAS, juin 2005

En 2004, s'organise progressivement le passage à la tarification à l'activité, la T2A, pour tous les établissements de santé. Les coûts sont détaillés, afin d'identifier les différentes activités de l'hôpital. Les recettes sont privilégiées sur les dépenses, et les résultats sur les moyens. On ne parle plus de budget mais d'état prévisionnel des dépenses et des recettes (EPRD). En poursuivant la démarche de la PMSI, des GHM, la T2A est un nouvel outil qui démontre le contrôle de gestion exercé par les pouvoirs publics sur l'univers de la santé.

En parallèle, un constat d'hétérogénéité des pratiques professionnelles médicales et de leur organisation est fait, amenant l'obligation d'évaluations des pratiques professionnelles de tous les médecins. Le but de cette démarche est de conduire « *une action explicite d'amélioration par rapport à une pratique cible définie au regard des données de la littérature*<sup>17</sup> ». La méthodologie privilégiée repose sur la roue de Deming, ou PDCA, pour plan (planifier), do (faire), check (vérifier) et act (agir), afin d'améliorer la qualité et l'harmonisation des pratiques.

En 2009, la loi relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et au territoire (HPST) voit le jour, et complète les réglementations qui la précèdent.

La gouvernance des hôpitaux publics évolue, elle devient bicéphale. Le Conseil d'administration est substitué par le conseil de surveillance, qui met en œuvre la stratégie et assure un contrôle permanent de gestion de l'établissement.

Les ARH sont remplacées par les ARS (agences régionales de santé), ayant comme fonction de mettre en œuvre au niveau régional la politique nationale de santé et obtenir une gestion efficiente du dispositif sanitaire, social et médico-social. Elles organisent les soins, la veille et la sécurité sanitaire, et sont vigilantes sur les situations financières des établissements de santé. Autrement dit un contrôle organisé de l'Etat par région, sur le fonctionnement des structures de soins.

Les réformes législatives suivantes placent encore la qualité, la transparence et la sécurité des soins de manière centrale. L'évaluation est au cœur du quotidien des hôpitaux, les soignants en sont donc les acteurs dont le cadre de santé qui participe à son organisation.

## 4 Le contrôle et les soignants

Au niveau des soignants, le contrôle passe en premier lieu par une maîtrise de soi, le respect d'une déontologie, mais surtout lié à l'évaluation de leur exercice.

La plupart des professionnels de santé sont organisées en ordre. Ces instances ont une mission de régulation sous délégation de l'Etat régit par le code de la Santé Publique.

Dans leurs missions entres autres, apparaissent plusieurs types de contrôle. Les inscriptions au tableau et l'accès à la profession y sont contrôlés, mais également une vigilance du respect de la déontologie et participe à la diffusion des bonnes pratiques et à l'évaluation de celles-ci.

---

<sup>17</sup> « L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé », guide de l'PHAS, juin 2005

## 4.1 L'évaluation et les compétences

L'évaluation se définit comme une « action d'évaluer, d'apprécier la valeur (d'une chose)<sup>18</sup> ». Elle est présente dans le quotidien des soignants, l'état de santé et d'autonomie du patient sont évalués de manière permanente, et ce pour en déceler toute amélioration, aggravation ou stabilité.

Par des valeurs telles que les constantes vitales, les échelles d'évaluation de la douleur, les résultats d'examen biologiques, la quantification de liquides biologiques, entre autres, mais également par une observation clinique du patient. En évaluant, le soignant propose les soins les plus adaptés en fonction des résultats obtenus et ainsi offrir une prise en charge globale de qualité. Pour y arriver le soignant met en jeu des compétences.

La compétence est définie par Guy Le Boterf (Docteur en lettres et sciences humaines et en sociologie) comme « *la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte données*<sup>19</sup> ». Cette notion est très présente dans le monde professionnel, où elle s'acquiert par l'expérience, en associant une connaissance des ressources et d'en avoir la capacité d'utilisation, avec une analyse des pratiques, le tout en mobilisant et en combinant ces ressources, selon Guy Le Boterf.

L'univers de la santé reconnaît ce processus, les professions paramédicales sont définies par des compétences présentes pour chaque corps de métier dans un référentiel. Dès la formation initiale la compétence accompagne l'apprenant, la formation en soins infirmiers en est l'un des témoins. L'obtention du diplôme d'infirmier d'Etat est le fruit de la validation de dix compétences<sup>20</sup> sur les trois années d'étude. L'évaluation y est représentée et cela comme première compétence à acquérir, mais également de manière suggérée dans les autres.

L'évaluation des compétences est ancrée dans la pratique soignante et ce dès la formation. Se construisant sur la durée, par l'expérience, la compétence est évaluée pour s'assurer d'une démarche de qualité dans la prise en soins du patient.

## 4.2 L'évaluation des pratiques professionnelles soignantes

L'HAS définit l'évaluation des pratiques professionnelles « *comme l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle. Ces pratiques concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventives*<sup>21</sup> ».

Le but étant d'offrir une qualité de soins globale, à chaque étape du parcours de soins, mobilisant chaque acteur de santé, comme le rappelle l'OMS « *C'est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.* »

---

<sup>18</sup> Définition <http://www.cnrtl.fr>

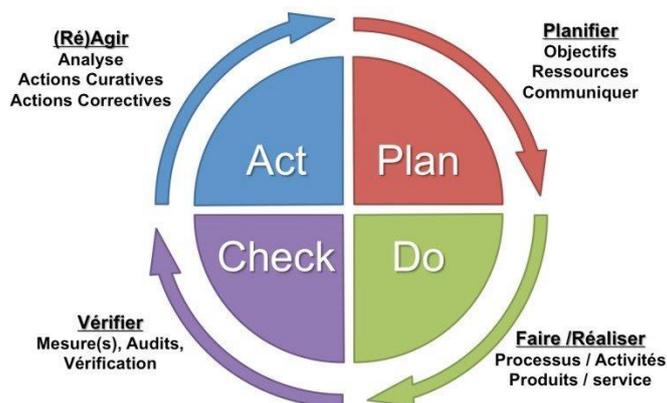
<sup>19</sup> L'Ingénierie des compétences, fiche 3, Editions d'Organisation, 1999

<sup>20</sup> Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

<sup>21</sup> *L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé*, Juin 2005 Guide de l'HAS

Par l'évaluation, on recherche une action de contrôle, de régulation et de questionnement, avec comme objectif aboutir à une démarche d'amélioration.

La méthodologie employée pour l'EPP repose sur le modèle de Deming, PDCA pour Plan (planifier), Do (faire), Check (vérifier/contrôler), Act (agir).



Ainsi quatre temps sont définis, la première étape identifie les pratiques, et choisit un thème ou une prise en charge à l'origine d'un questionnement, pour en dégager des objectifs qui seront mesurables en choisissant une méthode adaptée. La deuxième décrit les pratiques en lien et propose un diagnostic de la situation, grâce à l'utilisation de la méthode choisie. La troisième analyse et mesure les résultats obtenus puis les évalue s'ils correspondent aux objectifs attendus, il s'agit d'un processus de vérification. Enfin la quatrième vise à rendre pérenne les résultats obtenus, amenant une amélioration ou une nouvelle pratique à intégrer. Ou au contraire à mener des actions correctrices en cas de dysfonctionnements constatés.

Une profession en particulier voit son exercice être sous contrôle de plusieurs manières, celle des médecins.

Il a été précisé précédemment, que le monde de la santé vit sous contraintes économiques. Dans cette logique, l'activité médicale est donc sous vigilance pour en maîtriser les dépenses (tarification, codification). Mais également en conséquence des divers scandales sanitaires, leurs pratiques et leur déontologie sont évaluées et contrôlées.

L'organisation d'évaluation des pratiques professionnelles est obligatoire dans les établissements de santé en mobilisant les équipes pluridisciplinaires. Pour les infirmiers, il existe notamment une obligation de formation professionnelle continue, définie dans la Loi de Santé Publique du 9 août 2004. Un lien entre formation et évaluation des pratiques est existant, puisqu'elles déterminent des axes d'amélioration dont les applications pourront être facilitées par des actions de formation.

## 5 Le contrôle dans l'exercice de la fonction de cadre de santé

H. Fayol en 1916 décrivait le travail du cadre par de la planification, de la coordination et du contrôle<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Fayol H. Administration Industrielle et Générale. Dunod, 2<sup>ème</sup> édition, 1999, 133 pages

H Mintzberg (universitaire canadien en sciences de gestion,), dans *le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre* débute son livre sur une question « *Que font les cadres ?* », question qui peut être déroutante mais d'une grande simplicité, et poursuit en citant Strong, « *le cadre donc, planifie, organise, motive, dirige et contrôle. Ce sont là les grandes composantes de son travail. Il ajoute la précision, l'ordre, la direction, l'intégration des efforts et l'efficacité aux contributions des autres. C'est le meilleur sens qu'on peut donner au mot « gérer ». Tel est le travail du cadre* ». Dès la première page le mot contrôle y apparaît à deux reprises, confortant l'idée qu'il a une place importante dans le quotidien d'un cadre, et donc dans celui du cadre de santé.

## 5.1 Retour sur l'histoire de la profession et de sa fonction contrôle

Comme il a été constaté dans le contexte d'émergence, les professions soignantes ont un historique fortement lié à la religion. Les religieuses furent les premières infirmières dans les établissements ancestraux des hôpitaux. La population accueillie était composée d'indésirables, que la société souhaite écarter, les pauvres, les malades, les vagabonds, ... Dès le début, certaines de ces religieuses étaient dédiées à d'autres tâches que les soins, elles avaient des fonctions de vérification et d'intendance que P. Bourret<sup>23</sup> nous explique « *si la première responsabilité commune à toutes les sœurs est l'accueil du malade... elles assurent au quotidien dans le contrôle des dépenses, veillant à faire des économies par une gestion rigoureuse tant auprès des malades que du personnel* ».

Il y a dès cette époque lointaine, une distinction entre les soignantes dont certaines plus gestionnaires, et dans la surveillance que les autres. Ce groupe de religieuses a par la suite la nomination de surveillante, ancêtre du cadre de santé d'aujourd'hui. Elle surveille plus qu'elle ne soigne<sup>24</sup> et rappelle l'ouvrage *Surveiller et punir* de M. Foucault.

En revenant sur les racines de la profession, on comprend l'image négative souvent pensée par les équipes de leur responsable. Par la surveillance pesante, les équipes ressentent un contrôle très présent et synonyme de pression.

L'histoire des cadres de santé, nous donne une première origine à la représentation peu positive de la fonction contrôle. En effet la surveillante comme on a pu le voir, surveille plus qu'elle n'encadre. Ce constat entache la fonction d'encadrement du cadre de santé d'aujourd'hui, réduisant sa fonction contrôle à une fonction de surveillance, aux yeux de certains.

Le rôle de la surveillante se voit évoluer avec les progrès de la médecine scientifique et est assurée par des infirmières laïques à partir des années 1960, les religieuses quant à elles sont au fur et à mesure éloignées du monde de la santé.

Pour devenir surveillante, il faut être considérée comme faisant partie des meilleurs éléments du service et posséder une certaine ancienneté. Ce sont en quelques sortes des « super infirmières ». Mais à partir des années 1990, le métier va muter. On parle de d'infirmière générale puis de cadre infirmier avec le décret du 4 octobre 1975. Le terme de surveillante se fait de plus en plus rare mais reste dans les mentalités.

L'encadrement infirmier tourne son regard vers le monde de l'entreprise. L'organisation est questionnée et un intérêt envers les sciences de gestion croissant.

---

<sup>23</sup> Paule Bourret, *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Seli Arslan 5<sup>ème</sup> tirage, Paris, 2014, 286 pages

<sup>24</sup> M. Poisson, *Origines républicaines d'un modèle infirmier*, Editions Hospitalières, 1998, 150 pages

Ce versant gestionnaire amorce une mutation, comme le précise P. Bourret « *une rationalisation des prises en charges des malades et reconfigure le travail des médecins et des personnels... il se traduit par un nouveau programme de la formation des cadres en 1995 qui parachève une orientation totale de la fonction vers une dimension gestionnaire* ».

En effet le décret du 18 août 1995<sup>25</sup> crée le nouveau diplôme de cadre de santé, où les connaissances en médecine et chirurgie ne sont plus évaluées au concours d'entrée en formation, et où l'enseignement se concentre autour de l'économie et des politiques de la santé, de la gestion, et du management. Ce nouveau diplôme est commun à l'ensemble des professionnels paramédicaux réglementés, et remplace tous les autres certificats de cadre. Il devient obligatoire pour exercer la profession et surtout s'ouvre à tout professionnel issu d'une filière paramédicale et non seulement infirmière, justifiant de quatre années d'exercice de sa profession.

L'identité professionnelle du cadre évolue et va au-delà des compétences techniques. Autrefois en position inférieure au corps médical, il était confiné à des tâches de secrétariat et de surveillance. Il est désormais un collaborateur de l'équipe médicale, de la direction, le lien entre l'équipe soignante et ces derniers.

Le statut du cadre de santé voit une formalisation plus tard avec le décret de 2001<sup>26</sup> Ainsi un statut unique du corps des cadres de santé est créé, regroupant l'ensemble des filières infirmières, de rééducation et médico-techniques. L'encadrement est non plus comme une prolongation du métier d'infirmier sur le simple fait de son ancienneté mais comme une nouvelle profession. Dont la formation se fait obligatoirement en institut de formation de cadre de santé (IFCS).

Le souvenir de la surveillante disparaît donc au profit du cadre de santé dont sa position est celle d'un manager, mais reste en mémoire des professionnels.

A l'avenir un défi de taille attend la profession, celle de la réingénierie du diplôme de cadre de santé. Réflexion menée depuis 2011, elle n'a pour le moment pas de date précise de son exécution, ni de son contenu. Axée sur la notion de compétences, plusieurs pistes sont évoquées comme la différenciation entre les futurs cadres en unité de soins et ceux en centre de formation, ou encore d'en augmenter la durée à deux ans, pour d'avantage de terrain en stage, mais également d'en faire une formation purement universitaire. Autre aspect non négligeable en ce qui concerne l'avenir de la fonction cadre de santé, celui de l'infirmier de pratiques avancées, quel positionnement et quelle place hiérarchique occuperait il face à ces nouveaux métiers de santé ?

La fonction contrôle a accompagné l'évolution des cadres de santé, d'abord par les surveillantes, qui par leur dénomination sont incarnées par cette fonction. Puis par le terme de cadre, qui dans le domaine de l'encadrement a une origine militaire, il s'agit d'un grade intermédiaire, un officier qui s'interpose entre l'état-major et les soldats. La encore la dénomination renvoie à une notion de contrôle forte. Cependant, il persiste une culture négative du contrôle car souvent mal vécue ou mal interprétée. Comment œuvrer pour en faire un levier ? afin de répondre à cette question voyons quelles sont les missions du cadre de santé, et analyser à quel niveau la fonction contrôle se manifeste.

---

<sup>25</sup> Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, JO 20 août 1995, n°12468

<sup>26</sup> Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, paru le 1er janvier 2002 au J.O.

## 5.2 Les missions du cadre de santé

Le cadre en unité de soins tel que nous le connaissons est un manager certes mais avec une singularité car il est lié au monde de la santé. Il assure la qualité et la sécurité des soins dispensés dans son unité. Même s'il est éloigné de sa pratique soignante pour se rapprocher de ses obligations managériales, il reste toujours un soignant, un maillon essentiel dans l'organisation sanitaire.

Définir clairement le travail d'un cadre hospitalier n'est pas une tâche facile, en témoigne le rapport commandé par R. Bachelot, ancienne ministre de la santé en 2009, à C. de Singly (directrice de l'Institut du Management, Ecole des hautes études de la santé publique). Il s'agissait d'une étude sur la formation, le rôle et la valorisation des cadres hospitaliers. Ce rapport en définit 4 missions principales du cadre de santé, à savoir :

- ✓ une mission de management d'équipes et d'organisations
- ✓ une mission transversale ou de responsabilité de projet
- ✓ une mission d'expert
- ✓ une mission de formation

Dès l'introduction du rapport, son auteur s'interroge sur la clarté de ces missions animant les cadres de santé, et rejoint P. Bourret en parlant d'un « *travail invisible des cadres* », constatant un manque de visibilité de leur travail, alors qu'il est dense et diversifié.

La profession de cadre de santé est règlementée par un référentiel d'activités et de compétences<sup>27</sup>. Ces compétences s'appuient sur des capacités s'adaptant à différentes situations, le cadre de santé, anticipe, prévoit, priorise, décide, négocie, organise, délègue, anime, motive, évalue, valorise, analyse.

Huit compétences<sup>28</sup> rassemblent ces aptitudes où le contrôle apparaît de manière directe sur la 7<sup>ème</sup> et détournée sur d'autres. Elles peuvent être mises en parallèle avec les dix rôles du cadre identifiés par H. Mintzberg<sup>29</sup> et de positionner la fonction contrôle du cadre de santé dans ces différents rôles.

### 5.2.1 Les rôles interpersonnels du cadre de santé

Le cadre est un chef et un leader symbolique, un agent de liaison.

Il est chargé de la gestion du personnel, il en entretient leur motivation, les inscrit dans une montée en compétences et coordonne leurs actions. Il construit un réseau au sein et hors de son organisation. Il veille aux droits et à la sécurité des patients, mais également au respect du droit du travail et aux règles professionnelles. Le cadre est garant de la qualité et de la sécurité des soins, pour cela il conduit une démarche qualité.

---

<sup>27</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction générale de l'offre de soins : Diplôme cadre de santé, référentiel des activités et des compétences. Décembre 2012.

<sup>28</sup> 1. Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activités de soin  
2. Organiser et coordonner les activités du secteur d'activités de soin  
3. Encadrer (ou manager) des équipes pluri professionnelles dans un secteur d'activités de soin  
4. Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle  
5. Conduire une démarche qualité et de gestion des risques  
6. Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche  
7. Contrôler et évaluer les activités  
8. Communiquer, transmettre les informations et rendre compte

<sup>29</sup> « Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre », éditions Eyrolles, 2007

On retrouve de cette manière, dans les rôles interpersonnels, quatre des huit compétences du référentiel du cadre de santé à savoir :

- ✚ Encadrer (ou manager) des équipes pluri professionnelles dans un secteur d'activités de soin
- ✚ Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle
- ✚ Conduire une démarche qualité et de gestion des risques
- ✚ Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche

La fonction contrôle est exprimée dans ces compétences de manière détournée. En effet pour pouvoir encadrer les activités des agents, il doit en contrôler leur bonne coordination. L'enjeu est de vérifier si chaque étape du parcours de soins du patient est respectée et si les acteurs et moyens intervenants le sont de manière cohérentes.

Pour connaître l'état en compétences de ses agents, le cadre de santé doit réaliser des actions de contrôle. En évaluant les pratiques professionnelles, il peut alors mesurer les points positifs et négatifs de ces agents et mettre en place des actions pour les améliorer. La démarche qualité en est l'outil pour y parvenir, le lien avec le contrôle est à nouveau démontré.

### 5.2.2 Les rôles décisionnels du cadre de santé

Le cadre régule, négocie et entreprend. Il évalue les pratiques professionnelles, il contrôle, coordonne, organise, gère les plannings, les lits et s'assure du respect et de la conformité des protocoles de soins. Il est le garant de la qualité et de l'efficacité des soins. Il met en place des actions correctives quand l'activité le nécessite et s'éloigne du respect des normes. Il inclut le personnel dans les recherches d'amélioration dans la prise en charge des usagers au sein de son service. Il met en œuvre et participe aux projets d'établissement, de service. Il évalue les besoins en personnel, en équipement pour un bon fonctionnement de son unité.

Les compétences concernées par les rôles décisionnels sont de ce fait :

- ✚ Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activités de soin
- ✚ Organiser et coordonner les activités du secteur d'activités de soin
- ✚ Contrôler et évaluer les activités

C'est ici que le contrôle est directement abordé par le contrôle des activités et l'évaluation des pratiques (mission qui apparaît être transversale).

### 5.2.3 Les rôles liés à l'information du cadre de santé

Le cadre a un rôle central dans le traitement de l'information, il la réceptionne et la transmet aux interlocuteurs adéquates. Il est un porte-parole et un observateur actif, en animateur et modérateur de réunions de travail. Il assure une communication ascendante, descendante, verticale. En effet le cadre transmet l'information recueillie au sein de son équipe, à ses supérieurs, de même que dans le sens inverse. Au sein même de son équipe, le cadre assure une transmission et échange de l'information, il est responsable de la qualité de la communication, et vérifie que la confidentialité soit respectée.

La compétence « Communiquer, transmettre les informations et rendre compte » est clairement mise en avant, et le contrôle intervient une nouvelle fois. Le cadre de santé étant garant de l'information transmise par son équipe, il doit en vérifier sa qualité et son exactitude.

### 5.3 Une des compétences du cadre de santé, la fonction contrôle

Nous venons de le voir, la fonction contrôle du cadre de santé, s'exprime dans tous les rôles de H. Mintzberg<sup>30</sup>.

Dès sa formation, l'étudiant cadre de santé, voit la fonction contrôle apparaître dans quasi tous les modules du volet théorique.

Dans son encadrement le cadre, coordonne, évalue la qualité des soins et la démarche qualité, délègue et contrôle car la délégation ne retire pas la responsabilité, organise et contrôle les activités professionnelles. Le cadre de santé au sein de son unité de soins est responsable et garanti la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients. Selon Walter Hesbeen<sup>31</sup>(ancien infirmier, docteur en santé publique de l'Université catholique de Louvain, responsable du Groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service et de soin à Paris), le métier de cadre de santé se situe entre trois orientations : un cadre gestionnaire, un cadre technique, un cadre soignant. Sa fonction contrôle est de ce fait exercée dans ces trois niveaux et s'exprime de diverses manières exposées ci-dessous.

#### 5.3.1 La démarche qualité

L'OMS la définit comme suit en 1982 : « *L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

On note que l'évaluation en ce qui concerne la qualité des soins ne peut se résumer à une simple retranscription de la satisfaction des patients. Le patient y est un élément majeur, mais plus comme une finalité. L'organisation de sa prise en charge doit être de qualité et pour s'en assurer, il existe une démarche permettant d'évaluer et par conséquent de contrôler chaque étape de celle-ci.

Le contrôle en qualité signifie prévention et recherche de solutions, « *un programme de contrôle traduit des activités de surveillance avec l'idée d'apporter des recommandations si les activités vérifiées ne correspondent pas aux normes de qualité établies*<sup>32</sup> ». La roue de Deming en est le reflet, dans ses quatre étapes, plan (planifier), do (faire), check (contrôler) et act (agir). On parle donc de management de la qualité, qui est un système permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité<sup>33</sup>.

Le cadre de santé en manager s'inscrit dans un principe d'amélioration continue de la qualité, qui régule son quotidien. Il s'assure que les protocoles soient respectés, relève les dysfonctionnements et recherche leurs origines puis des voies de correction pour prévenir la récurrence, il mobilise les membres de son équipe dans cette démarche, il participe à des audits, met en place des indicateurs d'activité.

---

<sup>30</sup> « Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre », éditions Eyrolles, 2007

<sup>31</sup> « Cadre de santé de proximité : Un métier au cœur du soin », 2001

<sup>32</sup> M. Hubinon « *management et unité de soins* » éditions de Boeck Université, 199

<sup>33</sup> Manuel d'accréditation de santé de l'ANAES, 2002

Pour conduire une démarche de qualité, différents outils sont utilisables :

 Les évaluations des pratiques professionnelles (EPP)

L'HAS définit l'évaluation des pratiques professionnelles « *comme l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle. Ces pratiques concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventives*<sup>34</sup> ».

Le but étant d'offrir une qualité de soins globale, à chaque étape du parcours de soins, mobilisant chaque acteur de santé, comme le rappelle l'OMS « *C'est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.* »

Par l'évaluation on recherche une action de contrôle, de régulation et de questionnement, avec comme objectif aboutir à une démarche d'amélioration.

Le cadre évalue des activités, des compétences et donc des pratiques soignantes. En fixant des objectifs d'amélioration, il porte son équipe vers un état de bonnes pratiques. Garant de la qualité et de la sécurité des soins, l'EPP a toute sa place dans la démarche qualité.

Les évaluations de pratique sont intégrées à la pratique infirmière, et se retrouve dans la législation, l'article R 4312-10 du code de la santé publique stipule que « *pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances* ». Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière, l'évaluation des pratiques professionnelles est une obligation pour « *garantir la qualité et l'efficacité* », d'une prise en charge globale du patient. En 2009, la loi portant réforme sur l'hôpital et relative aux patients amène une nouvelle notion de formation continue des professionnels de santé associée à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le cadre de santé peut être à l'initiative d'EPP, ou participer à sa mise en place. Il s'agit là d'un moyen de rendre à sa fonction de contrôle toute son efficacité, car il est centré sur les pratiques et sur les professionnels concernés. Le cadre par cet aspect du contrôle, devient un garant d'optimisation et d'amélioration des soins au sein de son unité.

 La gestion des risques

L'HAS définit la gestion des risques comme étant une démarche qui a pour objectif d'assurer la sécurité du patient et des soins qui lui sont délivrés. Pour cela elle contribue à diminuer le risque de survenue d'événements indésirables pour le patient et la gravité de leurs conséquences.

Le cadre législatif au niveau de la santé donne à la gestion des risques une place importante depuis une dizaine d'années, notamment avec la loi relative aux hôpitaux, aux patients, à la santé, et aux territoires de 2009 et le décret relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, de 2010.

Il s'agit d'un processus intégré aux organisations et particulièrement aux établissements de santé. Il vise à identifier, à analyser, à contrôler, à évaluer et à prévenir les risques et les situations potentiellement à risque pouvant être à l'origine de préjudices pour le patient.

---

<sup>34</sup> L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, Juin 2005 Guide de l'HAS

Plusieurs outils existent pour mener cette démarche, tout d'abord en amont de la survenue d'un évènement, avec comme but de le prévenir. Les EPP, ainsi chaque professionnel de santé participe à l'amélioration continue de la qualité des soins prodigués, et de déceler les situations où le risque existe. Le DPC (développement professionnel continu), inscrit les soignants dans des actions de formation continue et donc à améliorer leur pratique durant toute sa carrière. Mais également les signalements d'évènements indésirables, et les inspections des établissements comme dans le cadre de la certification.

La gestion des risques intervient également à posteriori se reposant sur la méthode Quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ?

Pour cela les sont organisés les REX (retour d'expérience), des revues de mortalité et de morbidité, l'analyse des fiches de signalement des évènements indésirables.

Dans le domaine de la santé, la gestion des risques touche dans les établissements de santé, à leurs organisations, à leurs pratiques et aux expériences des professionnels. Au sein de ce processus le cadre est présent de façon centrale, en effet « *le cadre assure dans l'organisation des soins une double fonction à la correction d'un contexte à risque, mais également l'anticipation et la mise en place d'actions de prévention inter-services*<sup>35</sup> ».

Par la notion de correction, le contrôle apparaît, et rejoint la dimension de vigilance liée à cette gestion des risques et où le cadre a une place fondamentale. Il incite à la saisi et suit les fiches de signalements d'évènements indésirables dans son service, très souvent un point de départ d'identification d'un risque. Il organise des réunions au sein de son équipe pour développer une démarche réflexive autour des risques identifiés, notamment grâce aux EPP qu'il réalise. Il participe à la matériovigilance, à la pharmacovigilance, à l'hémovigilance, à l'identito vigilance. Cette surveillance permet de cibler des axes de prévention et d'amélioration face à des risques constatés.

### 5.3.2 La gestion de l'unité de soins

Vu comme un entrepreneur, il est responsable de la gestion des ressources humaines, financières et logistiques de son service. Dans sa fonction ressources humaines, il contrôlera l'absentéisme, le présentisme de son équipe, mais également le planning, ce fameux outil qui est chronophage. S'assurer que chaque agent travaille en respectant la durée de travail défini par les conventions collectives, qu'il soit remplacé en cas d'absence.

Le cadre de santé vérifie et contrôle l'équité du planning de son équipe, l'adéquation de son effectif à l'activité de son service de soins.

Sans oublier, la phase de recrutement, essentielle pour nourrir son équipe de nouveaux éléments potentiellement porteur de cohésion. Durant l'entretien, une évaluation des motivations, du parcours, des représentations, du candidat est réalisée et le cadre s'assure que le choix fait sera bénéfique à la vie de l'unité.

Une évaluation des compétences des agents est également au cœur de la gestion du personnel, avec comme moment important les évaluations annuelles. Faisant le bilan de l'année écoulée, les points de réussite et de difficulté sont identifiés, avec des axes d'amélioration proposés pour l'année à venir. Des objectifs sont posés et évalués lors du prochain entretien d'évaluation.

---

<sup>35</sup> Isabelle Poullain, Frédéric Lespy « Gestion des risques : guide pratique à l'usage des cadres de santé », 2002

Une logique de gestion économique voulue par la conjoncture actuelle est également présente dans l'exercice du cadre de santé. C'est une source de contrôle à rajouter, chaque dépense est contrôlée pour s'assurer de son utilité.

Le cadre veille à la bonne exécution des actes au niveau de chaque acteur de l'équipe pluridisciplinaire, en s'assurant de la connaissance des aptitudes et limites de la fonction de chacun. Mais également il s'assure du suivi des protocoles de soins, où le cadre a pu participer à leur élaboration. Il vérifie notamment que les pratiques des soignants respectent la réglementation professionnelle. On retrouve ici la garantie d'offrir une qualité et une sécurité des soins prodigués au sein de son unité. Un outil est essentiel et réunit tous les intervenants dans un parcours de soin, le dossier de soins, dont la tenue et la traçabilité conformes sont vérifiées par le cadre de santé. Pour permettre aux soignants d'avoir les moyens d'assurer une prise en charge de qualité, le cadre de santé s'assure que les ressources matérielles sont en adéquation avec l'activité de son unité de soins.

### 5.3.3 Fixer des objectifs et les évaluer

Lors des entretiens individuels et annuels, la cadre de santé et l'agent font un bilan de l'année écoulée et des objectifs sont fixés et contractualisés. C'est par l'observation et l'accompagnement, que le responsable des soins peut mener ce moment privilégié de constat et projeter des projets avec l'agent.

Le cadre ainsi que son supérieur hiérarchique définissent conjointement, des objectifs globaux pour le service également, et sont à évaluées sur leur atteinte ou non. La conduite de projet en est un des exemples.

### 5.3.4 La délégation

C'est une procuration, un mandat pour agir à la place de quelqu'un<sup>36</sup>.

La délégation intervient dans un rapport hiérarchique, un délégateur délègue une partie de ses pouvoirs à un délégataire qui est un collaborateur à un niveau hiérarchique inférieur. Cette délégation n'empêche pas la responsabilité du délégateur, elle donc suivie d'un contrôle pour s'assurer qu'elle corresponde bien au cadre établi et si la mission déléguée est remplie.

Dans « *Déléguer au quotidien*<sup>37</sup> » 7 règles sont données pour optimiser la délégation :

- ✓ Règle 1 : Déléguer de manière différenciée.
- ✓ Règle 2 : Bien connaître chacun de ses collaborateurs directs.
- ✓ Règle 3 : Diriger en faisant partager les orientations stratégiques.
- ✓ Règle 4 : Faire en sorte que la délégation soit appelée par les délégataires.
- ✓ Règle 5 : Se comporter soi-même en délégataire interactif avec son manager.
- ✓ Règle 6 : Contrôler ce qui a été délégué.
- ✓ Règle 7 : Se comporter en coach de ses délégataires.

Le contrôle apparaît comme étant une des règles de la délégation.

Le cadre de santé se trouve tant dans une position de délégateur que de délégataire, au vu de sa position de lien entre la Direction de l'établissement et de l'équipe soignante. La gestion des ressources humaines peut être vue comme une délégation du cadre de pôle par exemple, et la gestion du planning peut être déléguée par le cadre à un infirmier.

---

<sup>36</sup> <http://www.cnrtl.fr>

<sup>37</sup> De Michel Bussièrès, Jean-Pierre Gauthier et Stéphanie Savel, Editions d'Organisations 2003

## 6 Aboutissement à une question de recherche

Après la théorie exposée, résultat de recherche documentaire, de l'histoire du contrôle jusqu'à nos jours, mon questionnement s'est développé. Une question de recherche se dessine pour pouvoir mener une phase d'enquête en lien avec mon thème, la fonction contrôle du cadre de santé.

### Comment la fonction contrôle est-elle utilisée et interprétée par le cadre de santé ?

Par cette question, je recherche à connaître la réalité de l'exercice du contrôle dans le quotidien du cadre de santé, et comment celle-ci est perçue, par le cadre mais également par les soignants.

Je fais le choix de ne pas formuler d'hypothèses répondant à cette question, cela dans une démarche de neutralité dans l'élaboration de l'outil de recherche. En effet je ne souhaite influencer les réponses des cadres rencontrés lors des entretiens, en orientant mes questions pour valider ou non mes hypothèses.

## 7 Enquête

### 7.1 Méthodologie

#### 7.1.1 Objectifs de l'enquête

La question de recherche formulée à la suite du cadre de référence étant : **En regard de la théorie qui a été exposée, Comment la fonction contrôle est-elle utilisée et interprétée par le cadre de santé ?**

Pour essayer d'y apporter une réponse, je suis allée à la rencontre des professionnels de santé exerçant en unité de soins. Les apports théoriques apportés par le cadre de référence sont ainsi comparés au quotidien de la pratique soignante, en menant un travail d'enquête. Cette partie est dédiée à sa construction et à son déroulement.

Le contrôle fait partie intégrante de l'univers de la santé, et plus particulièrement de l'exercice du cadre de santé. Il est donc naturel, de recueillir leur témoignage autour de leur fonction contrôle, qui est le fil conducteur de ce mémoire. Cette fonction étant dirigée vers les soignants, il a été nécessaire d'en connaître leur perception et de pouvoir ainsi faire une comparaison entre les propos rapportés des cadres et les réponses des infirmiers. Il s'agit de faire une analyse des données collectées, qualitative et quantitative.

#### 7.1.2 Le choix, l'élaboration et l'utilisation des outils

Le choix des outils est le fruit d'une réflexion menée avec la directrice de mémoire. Deux populations sont ciblées, celle des cadres de santé et des infirmiers.

L'entretien semi directif a semblé être le mode de rencontre des cadres de santé le plus approprié. Il permet un espace de liberté de paroles tout en définissant un cadre directeur par un guide d'entretien, préparé en lien avec le cadre de référence.

La grille d'entretien (**Annexe 1**), a été construite après plusieurs sessions de guidance avec ma directrice de mémoire. Ces moments ont été d'une grande aide pour aboutir à des questions pertinentes et dont la formulation permettait une liberté d'expression. Le but était de ne pas orienter les réponses des personnes interrogées et pouvoir recueillir leurs expériences et représentations sans influence de ma part.

Le déroulement type de l'entretien contenait une première partie s'intéressant à l'origine et le parcours professionnel des cadres. Puis une deuxième partie centrée sur une vision de terrain de la fonction contrôle, sa place, son importance, son utilisation, ses difficultés, ses facilités, ses représentations, et sa finalité. Ce temps fort de l'entretien a pour objectif d'apporter des éléments de réponses à la question de recherche. Enfin une dernière partie, où la question de départ est en fond pour juger si mon questionnement est pertinent et trouve un intérêt aux yeux de mes pairs.

Conjointement avec la directrice de mémoire, un nombre de professionnels fut défini. 8 cadres de santé ont été rencontrés, avec une prise de contact directe profitant de mon stage d'encadrement et de mon réseau personnel. Une certaine hésitation à accepter ma sollicitation fut notable. Voulant ne pas orienter leurs futures réponses et pour qu'elles soient les plus spontanées possibles, je présentais vaguement mon thème de recherche, le contrôle. Bien souvent une certaine peur était exprimée, mais je n'ai connu aucun refus. Cette réaction, me conforte sur le fait que mon sujet est important à traiter s'il suscite de la crainte en premier abord.

Les entretiens ont duré 30 minutes en moyenne, et tous se sont fait dans les bureaux des cadres de santé, et au final chaque cadre m'a remercié de parler de ce thème.

La question de départ étant, en quoi la fonction contrôle du cadre de santé, est un outil de valorisation du travail des agents ? Il m'a semblé important de recueillir la perception des soignants en rapport avec le contrôle exercé par les cadres de santé. L'une des catégories principalement visée par les actions de contrôle du cadre sont les infirmiers. Ainsi seuls ces professionnels ont été invités à répondre.

Voulant avoir un maximum de réponses, j'ai opté par un questionnaire en ligne (**Annexe 2**) avec des questions fermées à choix simple ou multiples. Pour la construction du questionnaire, un travail en collaboration avec ma directrice de mémoire fut réalisé avec plusieurs échanges. Aucune question n'a été formulées de sorte que le soignant n'ait à rédiger de réponse, et ainsi proposer un questionnaire rapide à remplir. L'objectif était que le questionnaire soit rempli en totalité, et d'éviter que certaines questions restent sans réponses par la nécessité de les rédiger. De cette manière, je n'impactais pas sur le travail du soignant, et lui permettait de le remplir selon sa disponibilité.

La finalité de ces questions est de connaître la perception par les infirmiers de la fonction contrôle du cadre de santé, avec son impact, sa représentation et à quoi il est apparenté.

135 infirmiers exerçant en France ont répondu à ce questionnaire et à toute ses questions, disponible sur la plateforme google drive.

Les résultats étant des données quantitatives, ils sont présentés sous formes de graphiques pour une meilleur lecture. Un aspect qualitatif est à noter également d'où l'intérêt de les confronter par la suite aux résultats des entretiens cadres.

## 7.2 Résultats des entretiens auprès des cadres

Pour respecter l'anonymat de chaque cadre interviewé, ils sont nommés par des chiffres. Le nom de leur établissement est volontairement non communiqué pour suivre cette démarche. Les entretiens se sont déroulés durant le mois d'avril 2018.

### 7.2.1 Présentation des lieux d'exercice, de l'origine et de l'ancienneté professionnelle.

Deux cadres de santé ne sont pas issus de la filière infirmière, l'une étant préparatrice en pharmacie et l'autre manipulatrice en radiologie. Cette information peut avoir son importance lors de l'analyse de leurs réponses.

Une diversité se retrouve dans les services où exercent les cadres, le service public est fortement représenté et un cadre travaille dans le secteur privé à but non lucratif. Le but étant de recueillir des éléments sur la perception et de l'organisation de la fonction contrôle du cadres de santé auprès des agents, tous sont des cadres de proximité.

	Profession d'origine	Structure	Unité de soins	Ancienneté en tant que CDS	Effectif	Moyenne d'âge de l'effectif
Cadre 1	Infirmière diplômée d'Etat	Centre hospitalier public	Chirurgie orthopédique, traumatologique et rachidienne	5 ans	30	30 ans
Cadre 2	Préparatrice en pharmacie	Centre hospitalier public	Cardiologie	1 an	100	30 ans
Cadre 3	Infirmière diplômée d'Etat	Centre hospitalier public	Psychiatrie intra et extra hospitalier	14 ans	30	30 ans
Cadre 4	Infirmière diplômée d'Etat	Centre hospitalier public	Pneumologie	25 ans	20	35 ans
Cadre 5	Infirmière diplômée d'Etat	Centre hospitalier public	Hépatogastrologie	10 ans	20	35 ans
Cadre 6	Manipulatrice en radiologie	Centre hospitalier public	Réanimation	3 ans	85	30 ans
Cadre 7	Infirmière diplômée d'Etat	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif	Urgences	12 ans	15	25 ans
Cadre 8	Infirmière diplômée d'Etat	Centre hospitalier intercommunal	Consultations de pneumologie	19 ans	20	40 ans

### 7.2.2 Les principales missions du cadre de santé

**Question : quelles sont les principales missions du cadre de santé ?**

Pour le cadre 1, la fonction RH, le management, le contrôle de la qualité des soins et la conduite de projet animent principalement son exercice.

Pour la cadre 2, ses missions les plus importantes sont la gestion du planning, s'assurer de la qualité, le contrôle lié à la qualité par audits, EPP.

Concernant la cadre 3, il s'agit du contrôle de la qualité des soins par des audits, le planning, le remplacement des autres cadres et cadre supérieur, et assurer une permanence téléphonique. Le cadre est dans le management des équipes et organise la vie du service.

La cadre 4 se concentre sur la régulation du planning, l'organisation du service, la gestion des commandes (matériels, médicaments) avec un contrôle, mais aussi des dossiers de soins et de la qualité. Son travail est autour de la coordination et de la cohésion d'équipe, de donner du sens et une valeur au soin, par la communication, en faisant le lien entre l'équipe paramédicale et médicale.

Pour la cadre 5, on retrouve les ressources humaines, avec une part importante de gestion du planning. Mais aussi construire le plan d'équipement, gérer les tableaux de bords (matériels, équipements). Elle s'assure que les pratiques professionnelles soient les bonnes en faisant des audits, et parle d'accompagnement des équipes.

La cadre 6 parle de l'organisation, d'appui aux équipes, de ressources humaines, avec une gestion du planning lui prenant beaucoup de temps ce qui la contrarie. Elle s'inscrit dans une démarche de reconnaissance du travail de ses agents et précise « *qu'un cadre ne peut fonctionner sans son équipe* ».

Pour la cadre 7, sa réponse est assez brève et me cite l'organisation du service, le management des équipes, la régulation des plannings, le contrôle de la qualité des soins par des EPP.

Concernant la cadre 8, il s'agit du management des équipes, de la gestion de l'activité avec une régulation des plannings et une mise en adéquation des effectifs avec l'activité. Elle anime et fait de la conduite de projet.

**La fonction contrôle n'apparaît pas comme la principale fonction du cadre de santé. La gestion des ressources humaines est citée directement ou par le biais de la régulation des plannings par tous les cadres interrogés. Je remarque également que le management des équipes est cité ou sous-entendu par 5 cadres, avec pour 4 d'entre elles l'organisation du service.**

**Sur les 8 cadres vus en entretiens, 5 décrivent le contrôle comme faisant partie de leurs principales missions.**

**De plus une cadre parle des audits de pratiques professionnelles en réponse à cette première question sur les activités du cadre. Ce qui est très intéressant, car lorsque la fonction contrôle est abordée dans cette partie de l'entretien, elle n'est pas exposée seule. Elle est associée à la qualité des soins à chaque fois et accompagnée par des outils comme les EPP et les audits.**

**Ces observations m'amènent à inclure la cadre ayant donné les audits comme l'une de ses missions importantes, avec les 5 qui ont présenté le contrôle dans ce sens, ce qui élève le résultat à 75%.**

**C'est un résultat fort, montrant que la fonction contrôle est essentielle pour une grande majorité des cadres de santé rencontrés. En réalité elle est exercée par tous, car si le contrôle n'était pas cité à ce moment de l'entretien, j'y faisais ensuite référence en rappelant qu'il apparaissait dans le référentiel des activités du CDS. Par ce rappel, je pouvais questionner les cadres, s'ils en faisaient l'utilisation ou non, la réponse fut positive pour tous.**

### 7.2.3 Les représentations du contrôle

#### Question : Quelle représentation avez-vous du contrôle ?

Pour la cadre 1, le contrôle est obligatoire, et même s'il a une image peu positive. Cette cadre précise que l'image du contrôle dépend de comment il est utilisé, et qu'il y a une nécessité de communiquer sur sa finalité. De cette manière il y a une construction de quelque chose d'utile et permet une amélioration au niveau de l'équipe sur la qualité. Elle conclut par « *le contrôle permet la qualité* ».

Pour la cadre 2, le contrôle est très lié à la délégation, car toute délégation entraîne le contrôle, étant donné qu'elle n'enlève pas la responsabilité. Elle décrit le contrôle comme faisant parti de manière générale de la vie du service, pour savoir ce qu'il s'y passe pour cela il faut être présent. Pour elle le contrôle doit être discret, détourné pour qu'il ne soit pas ressenti comme un poids, mais sert à détecter les problèmes pour pouvoir ensuite les corriger.

Du point de vue de la cadre 3, le contrôle est son quotidien, pour montrer sa présence dans le service, auprès des équipes et des patients.

Concernant la cadre 4, elle répond qu'elle n'a pas de représentation du contrôle, mais poursuit en disant « *ce n'est pas moi la représentation du contrôle* ». Pour elle le contrôle est lié au vécu, car bien souvent ses agents ont connu un contrôle qui s'accompagnait de sanction. Et c'est cela qu'elle souhaite changer dans l'esprit de son équipe, et lui donner une image plus positive. Pour cela, elle l'explique pour que le contrôle soit fait et accueilli avec bienveillance. La sanction ne doit intervenir que s'il y a eu plusieurs fois le même dysfonctionnement, qu'il a été remarqué et signalé à l'agent. Le cadre est là pour mettre en place des actions pour corriger cela mais si en dépit de ses initiatives, il n'existe pas de changement, elle doit intervenir.

Pour la cadre 5, « le contrôle ne doit pas être sanctionnant », car il peut avoir une image négative. Le mot contrôle fait peur et possède une connotation scolaire, il peut rappeler un parcours difficile où l'agent fut en échec face au contrôle. Il doit se faire dans l'accompagnement dans le but d'améliorer les pratiques et ne doit pas viser une personne en particulier mais être un projet d'équipe.

Pour la cadre 6, le contrôle a une connotation négative car il est effrayant pour un grand nombre de personnes. Le rôle du cadre de santé est de faire en sorte qu'il soit compris. Si cette fonction est bien expliquée, elle sera vue comme utile et grâce à elle les pratiques peuvent être améliorées et sécurisées. Elle termine par « Il faut éloigner la notion de contrôle de celle de sanction ».

Du point de vue de la cadre 7, le contrôle doit être constructif pour permettre le changement des pratiques professionnelles vers les bonnes pratiques.

Au début, lorsqu'un agent intègre son équipe, il a une vision très négative et a du mal sur le fait que son travail soit contrôlé. Mais au final il se sent grandit dans sa pratique et reconnaît que c'est grâce à un contrôle régulier. Il est important pour détecter une erreur et l'éviter par la suite.

Le contrôle sécurise le travail du soignant et donc la prise en charge du patient. Il comprend que l'enjeu le plus important est ce dernier.

Enfin la cadre 8, présente le contrôle comme étant un outil de vérification pour s'assurer que les missions pour lesquelles les agents ont été recrutés soient bien réalisées. Il est synonyme de qualité et de sécurité dans les soins et pour le patient, qui en est la finalité. Il permet de voir ce qui va et ce qui au contraire est à rectifier, à partir de là, la cadre peut mettre en place des moyens.

Dans la fonction de cadre, le contrôle est inévitable, grâce à elle le cadre peut garantir un fonctionnement sain de son service. Mais il doit prêter une attention particulière à la manière avec laquelle il exerce cette fonction, pour qu'il ne soit pas vécu comme du « *flicage* ».

5 cadres précisent que l'image du contrôle dépend de son utilisation et comment il est mis en œuvre. Un travail de communication, pour en expliquer le but est nécessaire, et ainsi que de s'assurer de la bonne compréhension de la démarche.

L'une d'entre elles parle même de bienveillance dans son action de contrôle et dans l'accueil du contrôle par son équipe.

La manière dont va être utilisée le contrôle lui permet de ne pas être vécu comme du « *flicage* ». Terme certes familier, mais qui démontre la perception d'hyper surveillance que certains agents développent face au contrôle, et que le cadre ne souhaite y être associé.

4 cadres associent le contrôle à un outil de rectification de problèmes constatés grâce à celui-ci, des actions sont mises en place pour qu'ils ne se réitèrent pas.

Je retrouve 4 cadres qui parlent du contrôle en termes de qualité et en font un outil d'amélioration des pratiques professionnelles, « *le contrôle permet la qualité* ». 3 d'entre elles le présentent comme une sécurisation dans les soins prodigués au sein de leur service. De plus à deux reprises, cette utilisation du contrôle est décrite comme une base contributive de la démarche qualité.

Pour 3 cadres, le contrôle peut avoir une image négative et dans ce cas son travail repose sur l'utilisation et l'explication du pourquoi et la finalité de celui-ci. Il s'agit d'en faire un levier pour améliorer les pratiques de chacun, faisant écho au groupe de réponses vues précédemment. On retrouve également le rapprochement du contrôle et de la sanction, résultat du vécu des agents et de son rapport avec le contrôle par le passé. Cette expérience peut expliquer cette représentation peu positive de la fonction contrôle.

Deux rapports à cette association contrôle/sanction, se distinguent :

- ✓ Soit le cadre admet que le contrôle peut amener à la sanction, en cas d'échec de prise en compte des remarques du cadre.
- ✓ Soit le cadre veut écarter le lien entre contrôle et sanction, « *Il faut éloigner la notion de contrôle de celle de sanction* », « *le contrôle ne doit pas être sanctionnant* » sous peine de donner au contrôle une image négative.

Une seule cadre, a évoqué la délégation en lien avec les représentations au sujet du contrôle. Un cadre est amené à déléguer pour réussir à coordonner les actions de chacun dans le service. Mais l'acte délégué doit être contrôlé par la suite pour s'assurer qu'il soit bien exécuté.

Le contrôle est obligatoire et inévitable pour 2 cadres et rejoint le caractère essentiel de cette fonction vu dans les réponses à la question précédente. Il est également utilisé pour montrer la présence au quotidien du cadre dans l'unité pour 2 autres cadres, ce qui est important auprès des équipes et même pour les patients. L'une d'entre elles, décrit le contrôle comme devant être une action discrète, même détournée, être présent oui mais sans que les agents le ressentent comme une pression.

Par cette question, je retrouve l'importance du contrôle dans l'exercice du cadre de santé, notion amorcée par la question antérieure.

**Conscient de l'image négative que peut avoir le contrôle, le cadre de santé en fait un levier pour construire une démarche d'amélioration des pratiques et de rectification des problèmes. Pour y arriver, il s'appuie sur sa façon de communiquer, toujours dans un processus explicatif sur ses bénéfices et sa finalité : la sécurité et la qualité de la prise en charge du patient**

**Le contrôle peut se traduire par un accompagnement de l'équipe, possible grâce à une présence et une bienveillance du cadre.**

#### 7.2.4 Les activités soignantes contrôlées

##### **Question : Que contrôlez-vous le plus ?**

Pour la cadre 1, ce qui est le plus contrôlé est la traçabilité dans les dossiers de soins, pour reconnaître le travail de chacun, et avoir les informations nécessaires pour une bonne prise en charge du patient. Il y a également un aspect médico-légal, permettant de se défendre en cas de litige.

Vient ensuite un contrôle du respect des horaires, il lui ait arrivé de venir au moment de la prise de poste des agents et de s'assurer que les retards étaient bien notés et savoir quels agents avaient la fâcheuse habitude d'arriver très fréquemment en retard. Cela a des répercussions sur le bon fonctionnement du service, et sur les relations entre agents, si rien n'est fait pour corriger ces manquements.

Pour la cadre 2, sa réponse rejoint celle sur les représentations et redonne le contrôle de la délégation comme action de contrôle dominante. De plus la cadre, contrôle les temps de pause car selon elle, si ses agents sont trop souvent en salle de pause par exemple, il y aura un impact sur la qualité de la prise en charge du patient. De manière plus globale, elle s'assure de l'état de propreté de son service. Mais aussi de l'hygiène par rapport aux tenues des professionnelles, s'ils ne portent pas de bijoux, de cheveux détachés car ils sont le contact direct avec l'établissement de santé, ils le représentent.

Ensuite, le dossier de soins représente une part importante du contrôle. Par la traçabilité et le remplissage des cibles.

Concernant la cadre 3, la qualité d'accueil du patient est l'une des premières actions contrôlées, il est déterminant pour la poursuite des soins et pour le patient. Mais aussi l'état des chambres, de leur propreté et de leur sécurité, essentielles en psychiatrie.

Puis le dossier de soins concentre un grand niveau de contrôle, du point de vue de la traçabilité, de l'ouverture des cibles adéquates. Cela permet d'avoir une information commune au sein de l'équipe, et savoir donner « *les bonnes informations, au bon moment* ».

A propos de la cadre 4, la vérification de la bonne réalisation des commandes prend une grande place. Elle aussi contrôle l'état de propreté du service et reconnaît que sur ce point son personnel est attentif.

Après le contrôle des soins mais la cadre se sent un peu dépassée, car elle n'a exercé que 8 ans en tant qu'IDE. La compétence pour cela appartient aux agents, mais si on lui signale une difficulté elle va s'y intéresser, et réfléchir à des moyens pour y pallier car son métier « *c'est d'assurer la sécurité et faire en sorte que le service tourne bien* ».

De nouveau la traçabilité dans le dossier de soins est citée, cela est essentiel pour démontrer la charge de travail présente dans son service de pneumologie.

Lorsqu'elle en fait le contrôle, elle affiche par la suite les résultats, en surlignant ceux positifs. Elle conclut par le fait que le contrôle c'est aussi valoriser les soignants.

Pour la cadre 5, le contrôle est lié essentiellement à la tenue du dossier de soins. En rapport avec la traçabilité, la présence des informations à avoir pour la bonne prise en charge du patient. Elle cite la surveillance de la courbe de poids, s'agissant d'un service d'hépatogastrologie, la mesure doit être quotidienne et prévenir toute dégradation de l'état du patient.

La cadre 6, parle du contrôle des horaires, ce qui n'est pas agréable mais nécessaire car on lui signale des abus. Donc il lui arrive d'arriver beaucoup plus tôt pour constater si ces signalements sont vrais ou non et agir en conséquence. Par la convocation des agents et leur rappeler que si des horaires existent, ils permettent le bon fonctionnement du service.

Etant dans un service de réanimation, le respect des normes est primordiale. Ainsi la traçabilité des vérifications des équipements, des chambres, des postes de soins, des stupéfiants, est contrôlée.

L'état général du service l'est aussi, ainsi que la tenue des professionnelles et cela de manière plus détournée, en se déplaçant, en allant saluer son équipe en début de journée, la cadre « *finit par aguerrir son regard* ». Très rapidement elle va remarquer certains problèmes et le transmettre aux personnes concernées pour un réajustement.

Beaucoup d'internes vont et viennent dans son service, et ils sont très friands de faire beaucoup d'exams et d'auscultations des patients. Bien souvent ils ne les rhabillent pas après ces actes médicaux, et c'est une chose que la cadre supporte mal. Elle n'hésite pas à le rappeler de manière cordiale à ces apprentis médecins.

Dernier contrôle majeur, celui d'observer si ses agents vont bien, car un cadre doit prendre soin de l'équipe, et au fil du temps il saura déceler des moments où moralement l'agent est atteint. Elle fait comprendre qu'elle peut être une personne ressource et disponible, et donner son avis « *en tant que cadre mais aussi en tant qu'humaine* ».

Pour la cadre 7, la traçabilité du travail des agents occupe un axe de contrôle important. Les dossiers de soins sont contrôlés par le biais d'EPP, grâce à un tableau préparé par la cadre. Elle délègue ensuite cette évaluation à un agent, cette méthode permet la prise de conscience des manquements à corriger par le professionnel et l'inscrit dans un processus réflexif d'amélioration de ses pratiques. La cadre est vigilante également à l'information donnée par son équipe pour en vérifier sa pertinence et son exactitude.

L'état des box est régulièrement surveillé pour s'assurer que le matériel est bien disponible et rangé, et que ce lieu de soin soit propre.

Je retrouve ensuite le contrôle de la tenue des agents et du respect des horaires.

Pour la cadre 8, sont cités en une phrase, la réalisation du travail, la qualité, la mise en sécurité du patient, la sécurité du personnel, la présence des agents en termes d'horaires.

Vient ensuite de manière plus détournée, l'état des box de consultations, des chambres d'EFR<sup>38</sup>, en observant tout en se déplaçant dans son service. Le but est de contrôler mais sans être constamment derrière les agents cela serait « *invivable* ».

**Un constat frappant concerne la traçabilité, 7 cadres sur 8 évaluent la traçabilité comme étant le contrôle le plus réalisé.**

---

<sup>38</sup> Explorations fonctionnelles respiratoires

Celle qui ne l'a pas cité, encadre un service de consultations, peut être que cela peut expliquer l'absence de ce contrôle dans ceux abordés.

Sur ces 7 cadres, 6 contrôlent la traçabilité, en regard du dossier de soins, pour la reconnaissance du travail des soignants, et reflète la qualité de la prise en soins des patients. Pour la cadre en réanimation, les normes en vigueur dans ce type de service l'amène à en vérifier les traçabilités. Lorsque la traçabilité est défaillante, l'équipe en est informée. Pour les dossiers de soins, la cadre des urgences, a organisé une EPP qu'elle a délégué à une infirmière, ce qui a été un déclencheur de prise de conscience que des efforts devaient être fait.

En termes de résultats, viennent ensuite 6 cadres abordant l'état général du service, des chambres ou des box.

Pour 4 d'entre elles, la tenue du personnel est contrôlée au quotidien, faisant remarquer que les bijoux et les cheveux détachés sont à éviter. L'une d'entre elle faisant du soignant la vitrine de l'établissement de santé où il travaille et se doit de respecter les règles d'hygiène de base.

Ces deux contrôles peuvent se faire non comme une action particulière en soit, mais plus de manière détournée. En se déplaçant dans le service pour n'importe quelle raison, leur regard « aguerris » détecte tout manquement dans ce sens et amène le cadre à le signaler aux agents ciblés. Le but n'est pas d'être continuellement derrière les agents, cela serait contreproductif et difficilement gérable pour les soignants.

Le contrôle du respect des horaires apparaît pour 4 cadres notamment. Elles n'hésitent pas à venir au moment de la prise de poste des agents du matin pour contrôler s'il n'y a pas de retard et surtout s'ils sont bien transmis. C'est une tâche délicate, qui n'est pas appréciée tant par les responsables paramédicaux d'unités, que par les soignants.

3 cadres sur 8, contrôlent l'information transmise, pour être sûre qu'elle soit adéquate. Le contrôle des traçabilités du dossier de soins, est un complément pour obtenir une information commune vérifiée.

Apparaissent ensuite des contrôles isolés, ne concernant qu'un 1 cadre pour chacun d'eux :

- ✓ La délégation et le temps des pauses
- ✓ La qualité de l'accueil, premier contact avec le patient et déterminant pour la suite de sa prise en charge
- ✓ Le contrôle des soins, même si la cadre se déclare ne plus avoir la compétence de réaliser les soins, elle reste vigilante lors de tout signalement négatif dans ce sens. Elle se fait force de propositions avec l'équipe, pour solutionner la difficulté, car elle est garante de la sécurité des soins.
- ✓ Un contrôle plus surprenant et inattendu, est celui de s'assurer du bien-être de ses agents. Le cadre prend soin de son équipe, et avec l'expérience il sait reconnaître un soignant en souffrance. Il se rend alors disponible pour écouter et tenter de l'être activement, « *en tant que cadre mais aussi en tant qu'humaine* ».

Par ces réponses, les contrôles les plus exercés sont ceux liés aux soins. Soucieux que le travail des soignants soit reconnu, ils sensibilisent leurs équipes à l'importance d'une

traçabilité hautement visible. La qualité en est la finalité, rejoignant les missions principales du cadre et les représentations du contrôle, vues précédemment.

En parallèle, l'information donnée par les soignants est contrôlée et doit être commune à tous et cela est rendu possible, entre autres, par la traçabilité dans les dossiers de soins.

Je comprends aussi que le contrôle peut être fait de manière détournée pour ne pas trop peser sur l'équipe et qu'il ne soit perçu comme une pression. De cette façon, l'état du service et la tenue du personnel en sont la cible, et vise à avoir un état de propreté et un respect des règles d'hygiène optimal.

Quel que soit le contrôle abordé, la communication revient, car il est important de transmettre les observations faites. Et si elles sont négatives de pouvoir réajuster avec le soignant.

Le cadre de santé en connaissant son équipe, se soucie de son bien être en tant que professionnel mais en tant qu'être humain également. Définir cela comme étant un contrôle essentiel, est une découverte et apporte une dimension bienveillante à cette fonction. Dans les réponses sur les représentations, cette notion de bienveillance est apparue et se retrouve conforter par ce cadre de santé.

Une représentation apparue dans ces réponses, est à mettre en valeur, celle de la valorisation des soignants possible grâce à la fonction contrôle.

#### 7.2.5 La difficulté et la facilité du contrôle

**Question : quels sont les contrôles les plus difficiles ? et à contrario les contrôles les plus faciles ?**

Pour la cadre 1, la traçabilité des horaires est difficile car elle n'est pas présente de manière permanente, de plus son bureau n'est pas géographiquement centré au sein du service.

Ce qui est au contraire facile, est la traçabilité des soins puisque le dossier patient est informatisé. Elle peut donc y avoir accès directement depuis son bureau.

Pour la cadre 2, la difficulté principale réside dans le contrôle de la bonne exécution des soins. Etant préparatrice en pharmacie initialement, elle ne peut contrôler la technicité des soignants. Cependant lorsqu'un acte lui semble suspect, elle en réfère à sa cadre de pôle ou à un collègue cadre infirmier. Sauf s'il s'agit d'un comportement grave, elle attendra que la faute se renouvelle pour le signaler au soignant et rectifier avec lui sa pratique.

De plus elle fait référence au contrôle des horaires de travail, elle ne peut être là pour la prise de poste de l'équipe du matin, ni à la sortie de celle de l'après-midi.

La facilité quant à elle réside sur le contrôle du respect des règles d'hygiène, de la propreté du service, de la bonne gestion et tenue de la pharmacie.

Pour la cadre 3, il n'a pas été évident de déterminer des contrôles difficiles. Non pas qu'ils n'en existent pas, mais surtout de réussir à se rappeler dans quelles situations de contrôle elle a été mise en difficulté. Néanmoins, le travail de l'équipe de nuit est apparu comme compliqué à contrôler, et doit faire l'objet d'une réflexion. Puis elle conclut sa réponse en précisant que « *ce qui est le plus complexe dans le contrôle, c'est de ne pas pouvoir tout contrôler car le cadre ne peut être partout* ».

La facilité du contrôle réside dans la vérification des commandes avant leur validation, cela est plus simple lorsque le cadre est d'origine infirmière.

Dans l'exercice de la cadre 4, il n'existe pas de contrôle difficile, « *moi dans le contrôle je ne suis pas en difficulté, je n'ai pas de problème à aller voir le travail des uns et des autres* ».

Réponse qui m'a surprise je dois l'avouer car unique par rapport aux autres cadres, mais est assez logique au final. La représentation du contrôle pour cette cadre est liée à la bienveillance.

Pour les contrôles faciles, ce sont les commandes car cela est chiffré.

Concernant la cadre 5, elle fait un comparatif entre son métier de cadre hygiéniste par le passé et celui de cadre de proximité pour les audits de pratiques professionnelles. Le manque de distance vis-à-vis de l'équipe est un handicap pour certains agents qui se trouvent déjà en difficulté. « *Contrôler les pratiques de l'équipe à laquelle on appartient peut-être difficile* ». Elle l'explique par le rapport hiérarchique entre le cadre de santé d'unité et le soignant de ce même service. Par contre lorsqu'il s'agit de quick audit, sur l'hygiène des mains, ou la tenue, le contrôle est plus facile. Ils sont rapides avec deux ou trois questions.

Que cela soit à propos d'audits de pratiques ou de quick audit, la difficulté exprimée également est de restituer les résultats dans un délais court. Pour pouvoir en discuter en équipe rapidement.

Pour la cadre 6, le contrôle n'est pas difficile en soit, c'est ce qui va le suivre. Elle prend l'exemple de l'agent qui est arrivé en retard à plusieurs reprises, comment dire les choses avec les mots justes ? Le but n'est pas d'être menaçant mais de faire comprendre que cette attitude n'est pas acceptable. A l'inverse, le contrôle de la tenue des professionnels, est lui beaucoup plus facile. La légèreté et l'humour sont utilisés pour amener les remarques.

La cadre 7, exprime la complexité à intervenir lorsqu'un soignant commet une faute auprès du patient et qu'elle est présente. Sauf s'il y a un aspect de gravité, le cadre se trouve dans une situation délicate pour reprendre le professionnel face à la personne soignée, sans le mettre en difficulté. Une explication de l'intervention du cadre s'en suit, mais le soignant n'accepte pas toujours qu'une erreur ait pu être détectée par son supérieur.

Pour le contrôle facile, les check list dans les box et la tenue des professionnels sont citées. Tout comme les audits et les EPP, car ils permettent d'obtenir des bases fiables. Puis contrôler le temps d'attente grâce à l'outil informatique et mettre en place des solutions pour fluidifier les prises en charge.

Pour la dernière cadre, la difficulté ou la facilité du contrôle est lié à l'agent ciblé. S'il se montre consciencieux, fait le travail pour lequel il a été embauché, s'il comprend la démarche du cadre, s'il sait se remettre en question, alors le contrôle est facile.

Si au contraire l'agent ne tient pas compte des remarques, que même leur répétition n'a aucun impact, qu'il fait preuve de mauvaise volonté, alors le contrôle se complexifie et peut devenir plus « *sévère* » et être dans un management plus directif. Le stade ultime étant la sanction, par des arrêts de contrat, de suspension de stagérisation ou de processus de titularisation.

Dès le recrutement, la cadre est claire sur ce qu'elle attend des agents, et si des problèmes sont rencontrés, elle propose des ajustements. Elle espère en retour une conscience professionnelle, et une motivation de la part de son équipe. Chose qui n'est pas systématique avec les nouveaux diplômés, elle ne sait l'expliquer mais elle dénonce une génération de soignants très différente que 10 ans en arrière.

Pour cette question, je remarque une plus grande dispersion des réponses. Aucun contrôle majoritairement difficile ou facile n'apparaît. Lorsque des cadres se rejoignent sur les mêmes notions, ils ne sont que 2 pour chacune :

- ✓ La traçabilité des horaires : Le cadre n'ayant pas les mêmes horaires que ses agents, ce contrôle est compliqué à effectuer.
- ✓ Le respect des règles d'hygiène et la tenue : il s'agit d'un contrôle rapide, et facilité par la discrétion de celui-ci, faisant écho au contrôle détourné vu plus haut.
- ✓ L'outil informatique comme support facilitant le contrôle, utilisé pour la traçabilité des dossiers de soins ou le temps d'attente aux urgences.

La facilité est possible grâce à l'utilisation de la démarche qualité par des audits rapides et des EPP en intégrant les agents dans leur utilisation.

Ils sont déclencheurs d'une prise de conscience sur la nécessité d'amélioration des pratiques, et inscrit les professionnels dans un processus réflexif.

Ensuite la difficulté éprouvée est en rapport avec :

- ✓ L'origine ou le parcours professionnel du cadre : le fait ne pas être issu de la filière infirmière rend le contrôle du soin plus complexe. Mais aussi l'expérience permet de comparer la relation d'un cadre avec une équipe selon s'il en fait partie ou non. La proximité et le lien hiérarchique peuvent être un désavantage.
- ✓ La personnalité propre du cadre mais aussi celle des agents : le cadre ne voit pas de difficulté dans le contrôle mais cherche à avoir les mots et l'attitude justes lorsqu'il est confronté à un manquement dans le travail de ses agents. Ce qui n'est pas toujours évident surtout face à un agent chez qui la motivation, la conscience professionnelle et la remise en question sont absentes.
- ✓ Les limites de la fonction : la non présence en continue du cadre, notamment la nuit l'empêche de contrôler le service dans son ensemble.
- ✓ Ce que peut engendrer l'action de contrôler : la communication est un enjeu majeur, le but n'étant pas d'être dans la menace mais de faire comprendre le pourquoi du contrôle et des observations négatives qui en découlent. Cependant le cadre peut être amené à employer un contrôle plus « sévère » voire aller jusqu'à la sanction. Ce durcissement intervient, en cas de non prise en compte répétée de ses remarques, alors qu'il met en place des actions pour aider à corriger ces failles.

Ce qui est à retenir également et qui se retrouve de manière directe ou non pour 3 cadres, est l'adaptabilité de la communication selon la situation et la finalité du contrôle. Passer par l'humour pour des contrôles plus faciles, savoir reprendre un agent sans le mettre en difficulté, être dans la sévérité face à des contextes d'échec de réajustement.

## 7.2.6 La perception du contrôle

**Question : Selon vous est-ce votre fonction contrôle est perçue positivement ou négativement par les agents ?**

Pour la cadre 1, la perception est en fonction du contrôle effectué. S'il s'agit du respect des horaires, cela est perçu négativement car il est associé à du « *flicage personnalisé* ». Lorsque la traçabilité dans les dossiers de soins est l'enjeu du contrôle, il est perçu positivement car les agents sont acteurs dans la réalisation d'audits. Ils reconnaissent qu'il y a des manques et ont conscience qu'ils peuvent mieux faire, et donc améliorer leurs pratiques professionnelles. Au-delà du dossier de soins, les audits des pratiques, montrent certes ce qui est à améliorer mais aussi ce qui est bien réalisé. De cette façon le contrôle gagne en positivité auprès des agents, car il les valorise.

Pour la cadre 2, elle ne pense pas que les soignants perçoivent le contrôle, elle se dit stratégique dans sa manière de faire. Elle cite comme outil pour y arriver, le « *management promenade* ». En se déplaçant dans le service, elle observe beaucoup, pour contrôler de manière contournée. Si son observation l'amène à constater un manquement, elle réajuste immédiatement comme par exemple l'utilisation du téléphone portable dans le poste de soins ou dans les couloirs, qui est interdit. Cette action de réajustement directe est accueillie avec surprise par les agents.

Je lui fais remarquer qu'au final comme le contrôle n'est pas réellement identifié par les agents, elle ne peut définir leur perception positive ou négative.

Elle se rend compte qu'en effet, elle ne peut répondre à cette question. Mais après réflexion, lors des audits qu'elle a réalisés, elle a ressenti un certain stress de la part de ses agents et une difficulté à l'accepter. Dans cette situation elle perçoit une image assez négative du contrôle.

Concernant la cadre 3, elle pense que les agents le perçoivent négativement, car le cadre « *attaque leurs habitudes de travail et leur fonctionnement* », et précise qu'elle le vit bien.

Consciente de cette perception, elle n'essaye pas forcément de la changer. Cependant elle remarque qu'avec les EPP mensuelles obligatoires dans son établissement, cette perception peut évoluer car les agents se rendent compte des exigences qui existent envers les cadres de santé. Après tout, les cadres de santé sont eux aussi contrôlés. La démarche pédagogique de ces évaluations est positive et « *casse l'image négative du contrôle* ». Les agents voient sur quels points ils doivent progresser mais aussi ceux où ils sont à féliciter, dans ce cas le contrôle est mieux accepté. Cela se retrouve également lors des évaluations annuelles. Si dans premier temps, cette cadre a décrit la perception du contrôle comme négative par les agents, en conclut en regard de sa réponse, qu'ils existent des outils pour que le contrôle soit bien perçu.

Pour la cadre 4, là encore le sentiment d'une perception négative est exprimé. Elle précise que tout dépend de la manière dont le contrôle est effectué et expliqué. Le contexte économique dans les hôpitaux est très pesant, et les équipes le vivent au quotidien. Elle le prend en compte pour ne pas être dans un contrôle exagéré et accepter que tout ne peut être parfait lorsque l'effectif est réduit par exemple.

La cadre 5, même si l'équipe reconnaît une légitimité au cadre pour exercer sa fonction contrôle, le contrôle est perçu négativement. Elle rappelle que le mot contrôle fait peur, alors pour faire évoluer cette perception, elle préfère employer les termes d'évaluation et d'audit pour accompagner le contrôle.

La cadre 6, parle d'une perception différente selon les agents, selon la charge de travail du jour où le contrôle est réalisé. Certains agents le perçoivent comme une contrainte alors que d'autres comme une ressource pour améliorer leurs actions.

Globalement le contrôle fait partie du travail, il est normal qu'il existe. Il est vrai que le sentiment de « *flicage* » ressenti lorsque les mêmes remarques sont répétées, donne au contrôle une image négative auprès des équipes.

Pour la cadre 7, sa réponse est nuancée mais exprime une perception selon elle, majoritairement négative. Selon si le contrôle amène à observer des manquements, alors il est mal perçu, au contraire s'il permet de remarquer de bonnes pratiques, il est perçu positivement. Elle constate que malheureusement les agents retiennent plus facilement ce qui est pointé comme à corriger que ce qui est valorisé.

Pour la cadre 8, tout dépend de son utilisation et comment il est organisé. Le but est d'éviter qu'il soit comparé à du « *flicage* ». Elle pense qu'il doit être mal perçu. Ainsi le faire de manière détournée est une option et dans ce cas les agents ne se rendent pas compte du contrôle. Comme elle annonce clairement ce qu'elle attend des agents, ils savent qu'elle va exercer cette fonction. Cette action lui permet de transmettre ce qui va et de reconnaître la qualité de leur travail, et en même temps de cibler ce qui ne va pas. Pour cela une communication ajustée et une attitude posée sont nécessaires. Prendre le temps de préparer le retour à l'équipe ou à un agent en particulier, de ne restituer que des faits et non des jugements.

Agir de cette façon, évite d'en arriver au conflit, mais surtout d'inscrire le soignant dans une démarche réflexive pour expliquer les dysfonctionnements dans ses pratiques.

**La perception négative du contrôle par les agents est évoquée par les 8 cadres, c'est un résultat marquant.**

**Pour 6 de ces cadres, des actions sont mises en place ou existent faisant évoluer cette image.**

**Tout d'abord par la communication « *quel que soit le contrôle à faire, il doit être expliqué et en exposer la finalité, c'est ainsi que le contrôle est mieux perçu* ». 5 cadres durant ces entretiens rejoignent cette vision que le contrôle se vit selon la manière dont il est effectué et expliqué, en présentant son intérêt. Notamment par la cadre n'essayant pas de changer l'aspect négatif du contrôle perçu par les agents.**

**L'une d'entre elles, partage le besoin de préparer le retour à faire auprès des agents, surtout lorsqu'il s'agit de transmettre un dysfonctionnement. Prendre le temps de poser les mots, d'énoncer des faits, d'éviter le jugement, d'être dans une attitude calme, de recevoir l'agent à l'écart du reste de l'équipe, ou d'organiser un temps avec tous.**

**L'image négative du contrôle vient du fait que ce mot fasse peur, rappelle une cadre qui en a déjà fait référence dans sa réponse précédente sur les représentations. Elle préfère utiliser les termes d'évaluation et d'audit à la place de celui de contrôle.**

**Une nouvelle fois des outils de la démarche qualité sont présentés comme la conduite d'audits et d'EPP. Soit à l'initiative du cadre, soit dans le cadre d'obligation institutionnelle. Dans tous les cas, la participation des soignants leur permet de cheminer vers une reconnaissance du contrôle positive et utile pour améliorer leurs pratiques.**

Je remarque que 2 cadres sur 8, pensent que le contrôle peut se faire de façon détournée et ainsi faire en sorte que les agents ne le perçoivent pas. Cela n'empêche pas de faire un retour et la communication entre à nouveau en jeu.

Cette manière de faire est abordée également dans les réponses sur ce que le cadre de santé contrôle le plus et est nommée comme étant du « *management promenade* » par une cadre. Il est à noter, qu'il s'agit de l'unique responsable paramédical, qui n'a pas un ressenti négatif du contrôle par son équipe. En réalité elle ne peut se prononcer sur la perception, car elle l'ignore.

Un terme commun est apparu à deux reprise, celui de « flicage ». Il nourrit l'image négative du contrôle aux yeux des cadres l'ayant abordés. Décrit comme un ressenti lorsque ce sont les horaires qui sont contrôlés ou lorsque les mêmes remarques sont répétées.

Cependant, la répétition n'est pas toujours interprétée comme du « flicage », cela si elle s'espace dans le temps, et ainsi l'agent comprend que grâce à lui il a pu s'inscrire dans un processus de progression. De cette façon sa représentation du contrôle évolue vers une acceptation.

La valorisation grâce au contrôle est à nouveau notable pour une cadre, mais en constatant que les agents retiennent plus facilement les remarques négatives que celles positives.

#### 7.2.7 Le contrôle, ce à quoi il est lié

**Question : je vais vous citer 4 mots et vous allez me dire celui ou ceux qui sont, selon vous, le plus liés au contrôle :**

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| ✓ Le pouvoir   | ✓ La méfiance      |
| ✓ La confiance | ✓ L'accompagnement |

La cadre 1, choisit les mots accompagnement et confiance. Pour elle le cadre en contrôlant le travail de ses agents les accompagne dans leur progression, organise l'activité de soins avec des moyens. La confiance est forcément lié au contrôle, car par les points positifs relevés par la fonction contrôle, la confiance s'installe et valorise le travail des soignants.

Pour la cadre 2, le contrôle est lié à la confiance et à l'accompagnement. C'est une construction de la relation entre cadre et agents. Le contrôle permet d'évaluer la qualité de travail d'un agent et au fur à mesure, le cadre accompagne, puis il fait confiance à ses agents lorsque le travail fourni est reconnu. Elle ne comprend pas que cela peut être associé à du pouvoir, car le cadre de santé en possède peu puisqu'il doit rendre compte de son travail à son cadre de pôle. Si le contrôle était une affaire de méfiance, il ne pourrait y avoir de travail en équipe, et la qualité serait dégradée.

Pour la cadre 3, ce sont le pouvoir et l'accompagnement qui sont liés au contrôle. La fonction de cadre de santé impose le pouvoir par son grade. Il a le pouvoir de dire ce qui va et ce qui ne va pas grâce au contrôle. Mais être dans le pouvoir, n'empêche pas la pédagogie. Le but du cadre est de travailler ensemble et cela est possible par l'accompagnement. Mais il existe des limites et lorsque l'accompagnement n'est plus suffisant, le pouvoir prend le relais.

Cela peut amener à sanctionner.

La cadre 4, se positionne sur l'accompagnement et la confiance. « *Sans confiance on ne peut pas travailler ensemble* ». L'accompagnement se construit sur la durée, par les audits, les EPP. Le contrôle accompagne les agents dans leur progression, il permet d'évaluer où en est le soignant.

Pour la cadre 5, l'accompagnement et la confiance sont cités. « *La confiance n'exclut pas le contrôle* », c'est d'ailleurs le contrôle qui amène la confiance. Cela se construit dans le temps, il y a donc un accompagnement. Si la méfiance est présente, le climat au sein de l'équipe ne permet pas de travailler ensemble, d'avancer, de construire des projets. Pour l'éviter, il est nécessaire de communiquer mais de la façon adaptée.

La cadre 6, associe le contrôle à l'accompagnement. Le cadre de santé se doit d'être une ressource pour son équipe. Avec son recul, le cadre observe ce qui se passe correctement et ce qui ne va pas. C'est ensemble que les réajustements se font, sur la durée en accompagnant la capacité des agents à améliorer leurs pratiques.

Pour la cadre 7, les mots accompagnement et confiance sont choisis. C'est en constatant les bonnes pratiques, que l'on arrive à la confiance et cela grâce au contrôle. Il faut communiquer sur ces constatations pour valoriser le travail de l'équipe. L'honnêteté est la base d'une relation de confiance, tant vis-à-vis du cadre que des agents. C'est une construction dans la durée avec de l'accompagnement, le contrôle permet d'améliorer les points négatifs.

Pour la cadre 8, la confiance et l'accompagnement sont identifiés. Si le contrôle se fait sans raison, sans retour, sans objectif, alors il est inutile et s'apparente à de la méfiance. Le contrôle doit être constructif, il se fait sur la durée, en accompagnant l'équipe, par l'encadrement, par de la formation. « *On ne peut pas contrôler si on n'a pas donné aux agents les moyens de faire correctement leur travail* ». Cette cadre précise, que la confiance est essentielle pour réussir à travailler ensemble, en équipe, « *je travaille en confiance* ». Pour y arriver elle doit pouvoir évaluer la qualité du travail des agents, et le contrôle est l'outil pour y parvenir.

**6 cadres sur 8 ont associé à chaque fois deux mots proposés, soit l'accompagnement et la confiance, et pour l'une d'entre elles, l'accompagnement et le pouvoir. L'accompagnement n'a été cité de manière isolée, qu'une unique fois.**

**L'accompagnement est lié au contrôle pour chaque cadre de santé interrogé. Il se construit dans la durée, le contrôle permettant d'évaluer l'état de progression des agents et de reconnaître leur travail.**

**En accompagnant par le contrôle, le cadre se doit de donner aux agents les moyens pour réaliser leur travail de manière qualitative, précise la cadre 8.**

**L'accompagnement est associé à la confiance pour 6 cadres sur 8. Le contrôle identifie les lacunes mais aussi les bonnes pratiques, il se fait progressivement et installe une relation de confiance entre le cadre et les agents. « *La confiance n'exclut pas le contrôle* », il en est l'outil pour y parvenir.**

**Le contrôle se fait par l'accompagnement et amène la confiance, ce qui valorise le travail des soignants et est une base solide pour « *travailler ensemble* ». Pour cela, la communication adaptée et l'honnêteté sont citées comme indispensable. Une cadre durant son entretien, se veut être ressource pour son équipe, et conjointement avec celle-ci, des axes d'amélioration sont créés.**

Le pouvoir n'est cité qu'une fois, justifié par le grade du cadre et donc sa position hiérarchique par rapport aux agents. De ce fait, le cadre de santé a l'aptitude de déterminer ce qui fonctionne ou non dans son équipe. Pour le faire elle utilise la fonction contrôle. Mais elle précise que le pouvoir doit se faire avec pédagogie même s'il peut prendre le relais de l'accompagnement, lorsque celui-ci est en échec. Dans ce cas, le pouvoir peut amener à la sanction.

La cadre 2, s'oppose à cette vision du pouvoir, réduisant celui du cadre de santé puisqu'il est soumis à celui du cadre de pôle.

La méfiance est abordée par 3 cadres, en l'excluant du contrôle car elle dégrade le travail en équipe, détériore le climat en son sein, et rend impossible toute construction de projet. Un contrôle aboutissant à de la méfiance, n'est pas envisageable, cela signifie qu'il est effectué sans raison, sans retour à l'équipe et sans objectifs.

Le contrôle selon les cadres vus en entretiens, est inscrit dans l'accompagnement pour aboutir à une relation de confiance.

#### 7.2.8 Le contrôle outil de valorisation

**Question : selon vous le contrôle peut-il être un outil pour valoriser le travail des agents ?**

La cadre 1, y répond positivement, en décrivant le contrôle comme un outil de valorisation pour de la montée en compétence. Cela se vérifie avec les entretiens annuels. Elle rappelle que selon elle la fonction contrôle est nécessaire et indispensable pour un cadre de santé car il est responsable du service.

La cadre 2, ne pensait pas la fonction contrôle dans ce sens. En arrivant à la fin de l'entretien, elle se montre tout à fait en accord avec la notion de contrôle comme outil de valorisation auprès des agents. Mais après réflexion, elle n'inclut pas tous les types de contrôles dans cette démarche. Elle cite en exemple, le contrôle du respect des horaires, elle ne perçoit pas comment elle peut valoriser un soignant sur ses retards. Par contre par le biais de la qualité, cela est possible, car elle permet d'améliorer les pratiques professionnelles.

La cadre 3, est en accord avec l'utilisation de la fonction contrôle dans ce sens. Le cadre se doit de montrer à ses agents leurs points de réussites, ainsi que ceux à améliorer en lui faisant comprendre qu'ils en ont la capacité. C'est en cela que le contrôle est valorisant.

Pour la cadre 4, la valorisation du travail par le contrôle est une évidence. Elle le fait régulièrement en présentant les résultats d'évaluations de pratiques, d'audits, des questionnaires de satisfaction des patients. Les points positifs sont transmis, de même que les améliorations constatées. *« Il ne faut pas se concentrer uniquement sur les problèmes, mais surtout communiquer sur ce qui fonctionne bien, c'est là que l'on valorise ».*

Concernant la cadre 5, c'est à nouveau une réponse positive. La valorisation du travail des agents par le contrôle, est une réalité. Les soignants sont d'autant plus sensibles lorsque les retours concernent leur travail directement lié au patient. La cadre fait aussi état des retours positifs aux tutelles, valorisant et reconnaissant le travail de son équipe. Ces moments sont moteurs pour valider des projets de service, tel qu'un programme d'éducation thérapeutique.

Pour la cadre 6, la valorisation par le contrôle est validée. Les pratiques des soignants sont valorisées surtout par des constats positifs. Pour les points à améliorer, l'agent peut au départ, ne pas être réceptif mais lorsque le contrôle permet de mesurer une amélioration, il en est valorisé. En effet sa capacité de remise en question et de progresser sont mises en avant. C'est par ce cheminement, que le contrôle acquière une meilleure image.

Pour la cadre 7, elle parle de la valorisation comme l'objectif ultime du contrôle, et est une chose naturelle dans son management. Les EPP sont un moyen d'y parvenir, car si les résultats sont bons, ils reflètent la qualité du travail des soignants, et leur capacité de progresser, surtout lorsque ce sont des pratiques en lien avec la prise en charge du patient. Même en évaluant le travail administratif, qui est moins apprécié par les soignants, le contrôle permet de souligner son importance et de démontrer son utilité pour une prise en charge globale du patient qualitative.

Enfin la cadre 8, valide l'utilisation du contrôle dans ce sens. « *Le contrôle oui c'est un outil et il peut valoriser bien sûr, c'est essentiel pour un cadre* ». En contrôlant régulièrement les compétences des agents, le cadre sait s'ils montent en compétences ou non. Le contrôle alimente l'évaluation annuelle, sans lui, la cadre ne voit pas comment elle pourrait réaliser ces entretiens.

C'est une valorisation de leur savoir-être et de leur savoir-faire, mais également de leur capacité à s'améliorer. Avec en vue la qualité de la prise en charge des vies humaines confiées à l'équipe.

**Toutes les cadres interrogées, sont en accord avec l'utilisation du contrôle, comme un outil de valorisation du travail des agents. Pour 7 d'entre elles, c'est une partie de leur management. La cadre 2, ne pensait pas à cette possibilité avec le contrôle, mais avec cet entretien elle inclut cette finalité à ses objectifs du contrôle.**

Pour que l'agent soit valorisé, un retour sur les résultats des évaluations de pratiques, des audits, des questionnaires de satisfaction, doit être fait. Avec une attention particulière sur les bons résultats, communiquer sur des éléments positifs est moteur pour donner au contrôle une valeur de reconnaissance et de valorisation du travail d'une équipe. « *Il ne faut pas se concentrer uniquement sur les problèmes, mais surtout communiquer sur ce qui fonctionne bien, c'est là que l'on valorise* ». 3 cadres procèdent de cette manière.

Le travail de l'agent est au cœur de la fonction contrôle. 4 cadres le décrivent comme le moyen de mettre en valeur sa capacité de remise en question et de progresser. Une cadre revient alors sur la perception négative du contrôle que peut ressentir l'agent et déclare que « *C'est par ce cheminement, que le contrôle acquière une meilleure image* ».

L'objectif de ce processus est l'amélioration des pratiques, on retrouve le but de la démarche qualité.

Un autre axe valorisant est abordé par 3 cadres, la montée en compétences est abordée, « *en contrôlant régulièrement les compétences des agents, le cadre sait s'ils montent en compétences ou non* ». Ainsi elle est reconnue grâce au contrôle qui est une source pour la conduite des évaluations annuelles, rapportée par 2 cadres.

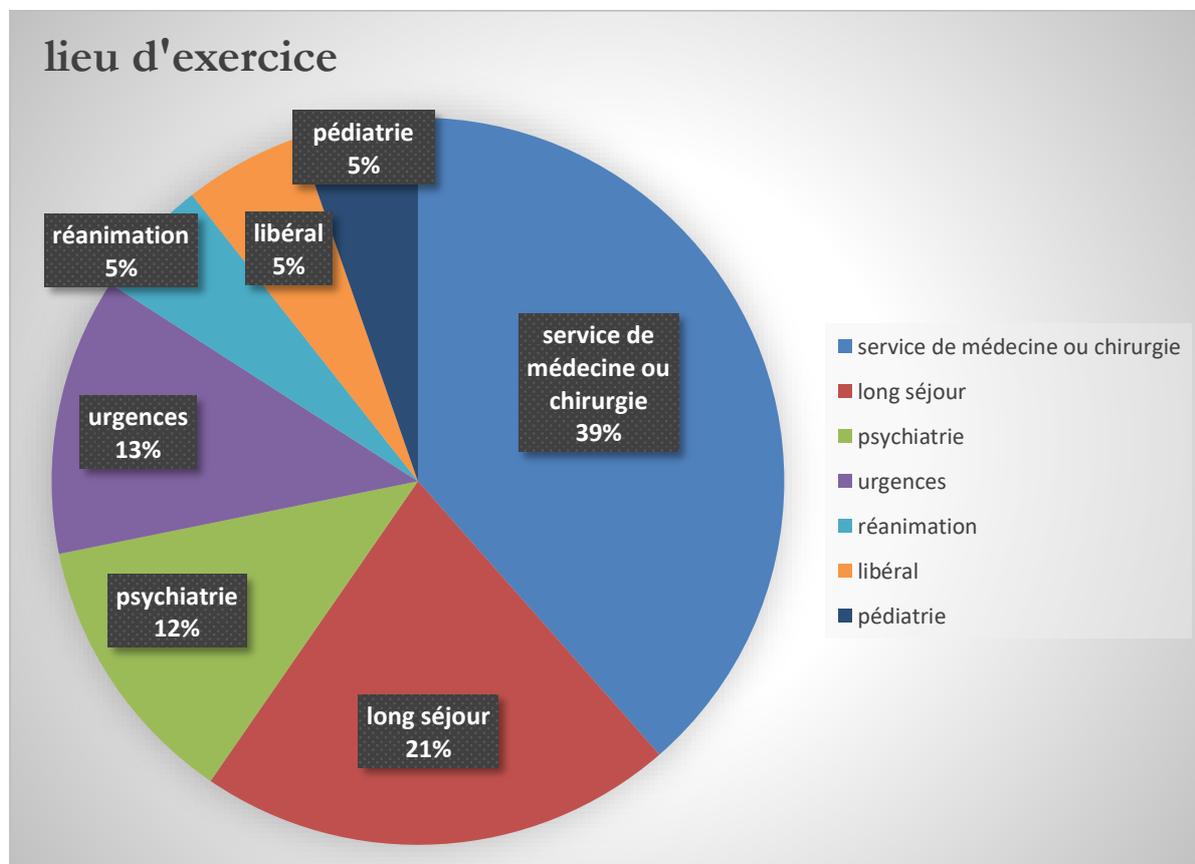
Pour conclure, une phrase extraite d'un entretien résume ce qui a été observé, « la valorisation est l'objectif ultime du contrôle ».

### 7.3 Résultats des questionnaires auprès des infirmiers

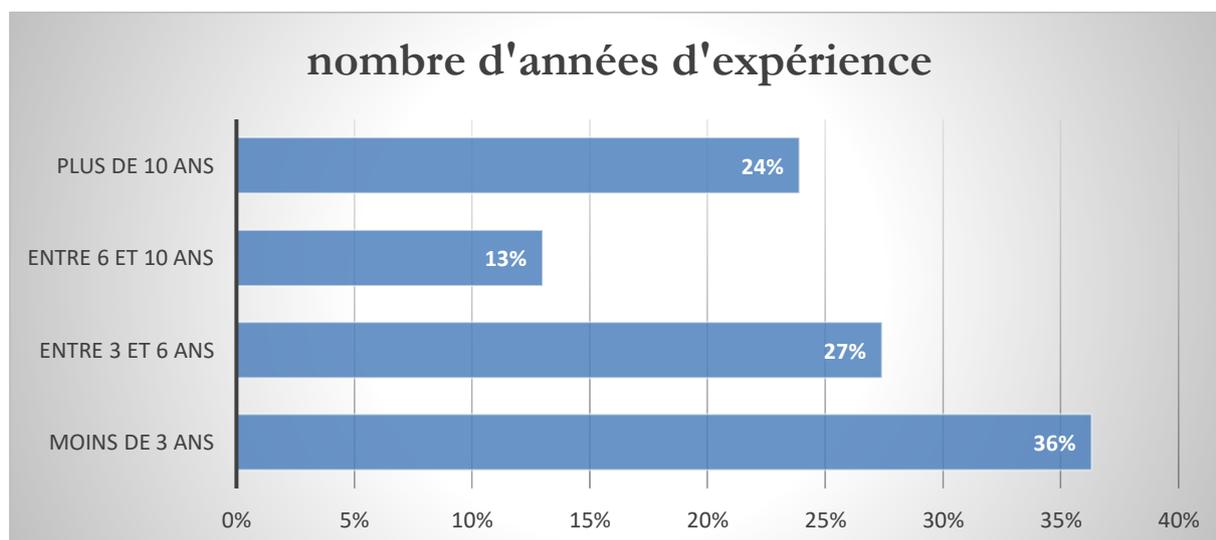
Tout comme les cadres de santé, l'anonymat des infirmiers ayant participé à ce questionnaire a été respecté. Ainsi ni le nom du soignant ni de celui de son établissement n'ont été demandés.

#### 7.3.1 Origine et expérience des infirmiers

Une diversité de lieux d'exercice est constatée, une majorité en médecine ou en chirurgie à hauteur de 39%.



L'ancienneté professionnelle est représentée par des tranches d'années, avec une majorité de professionnels travaillant en tant qu'infirmier depuis moins de 3 ans, 36%, mais aussi des soignants plus expérimentés ayant plus de 10 ans d'exercice, pour 24% d'entre eux.

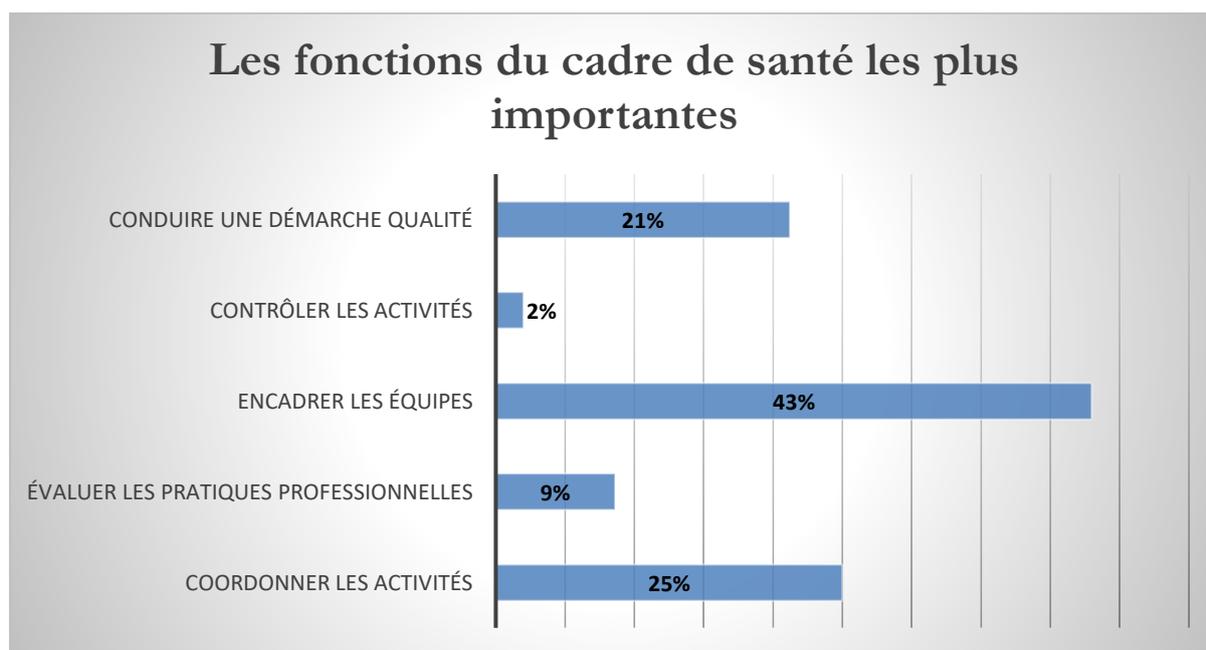


### 7.3.2 Les principales missions du cadre de santé selon les infirmiers

**Question : parmi ces fonctions du cadre de santé, choisissez-en 2 qui sont pour vous les plus importantes.**

De cette manière, je définie les principales missions du cadre de santé selon les infirmiers. Les propositions faites, sont inspirées du document de travail de la **DGOS**<sup>39</sup> sur le référentiel des activités du cadre de santé. Seulement deux réponses sont demandées pour faciliter l'analyse d'une part mais aussi pour ne pas avoir une dispersion de résultats.

Par ordre de réponses, l'encadrement des équipes, la coordination des activités et la conduite d'une démarche qualité, apparaissent en premier lieu, comme le montre le graphique ci-dessous. Le contrôle arrive en dernière place avec uniquement 2% des choix, selon les infirmiers, il n'est pas une fonction essentielle du cadre de santé.



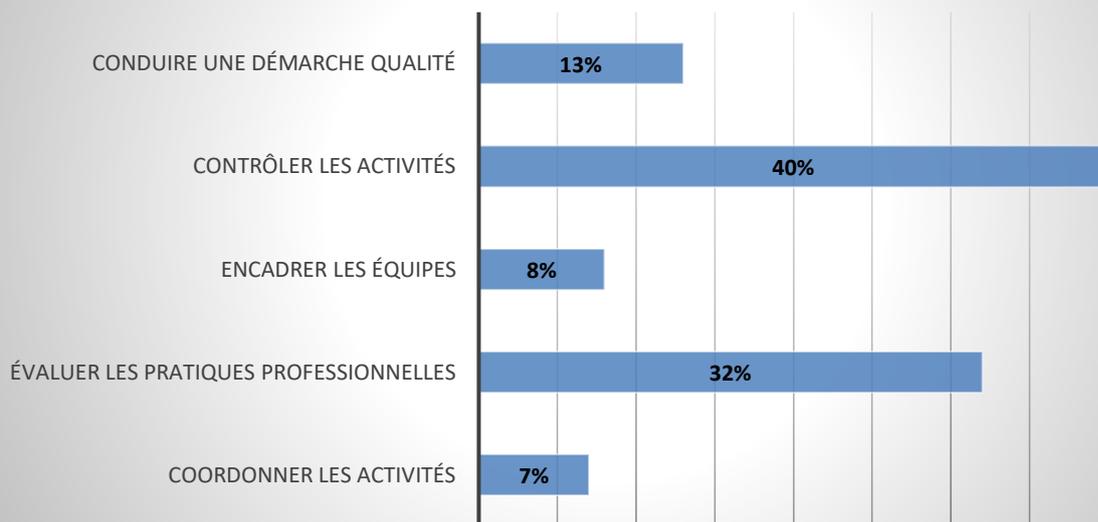
### 7.3.3 Les missions contraignantes du cadre de santé selon les infirmiers

**Question : Parmi ces fonctions du cadre de santé, choisissez-en 2 qui sont pour vous les plus contraignantes.**

L'objectif est de savoir, si la fonction contrôle est perçue comme contraignante, par les soignants. En effet, cette fonction est celle ayant la plus grande proportion de résultats, 40% des infirmiers estiment qu'elle est contraignante, suivie par l'évaluation des pratiques à hauteur de 32%.

<sup>39</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction générale de l'offre de soins : Diplôme cadre de santé, référentiel des activités et des compétences. Décembre 2012.

## Les fonctions les plus contraignantes du cadres de santé

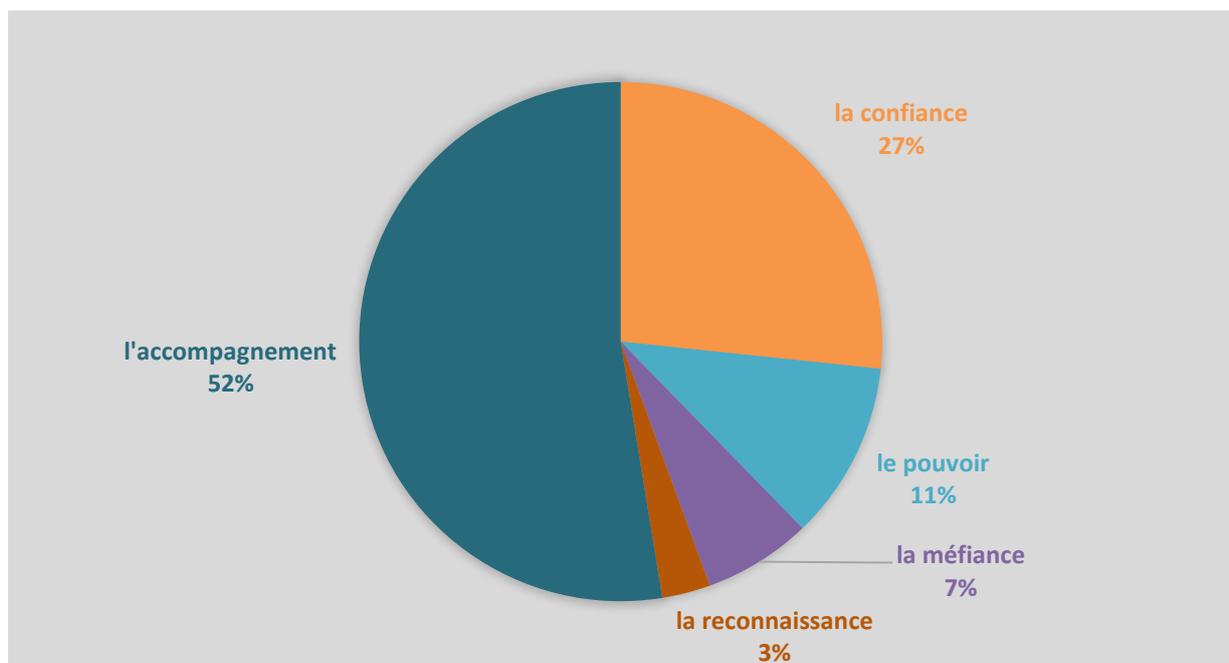


### 7.3.4 A quoi l'infirmier associe le contrôle

**Question : le contrôle est plutôt lié à la confiance, à la méfiance, à la reconnaissance, au pouvoir, à l'accompagnement ?**

Je recherche ici la représentation du contrôle par les soignants.

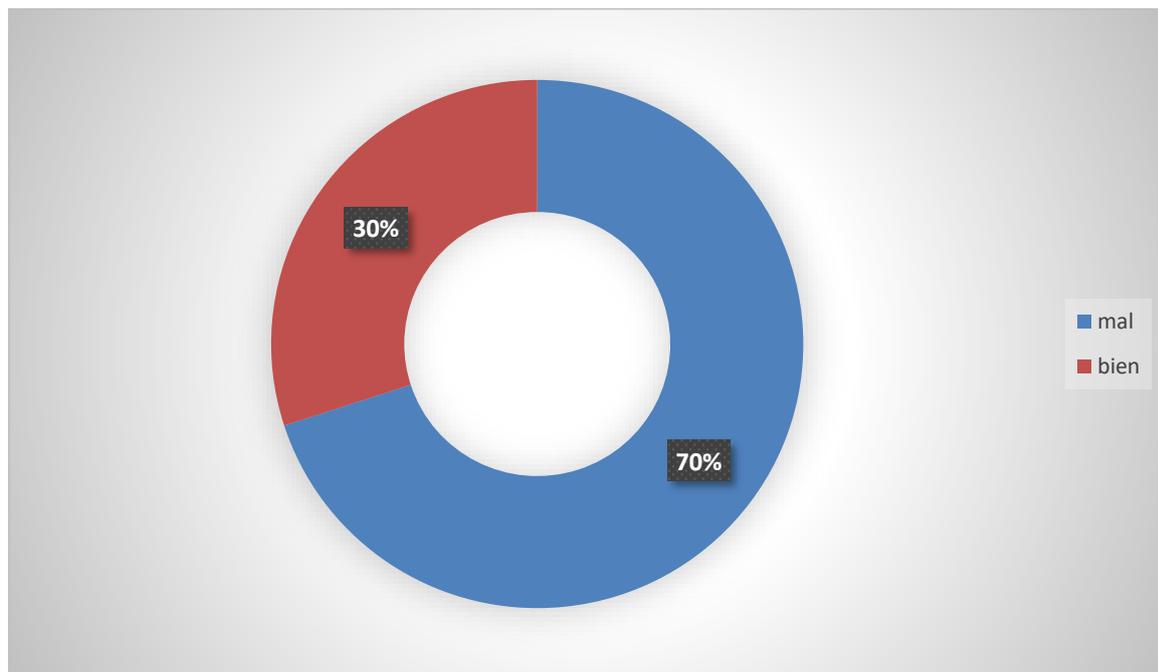
Le contrôle est synonyme d'accompagnement pour 52% des infirmiers, et de confiance pour 27% d'entre eux. La reconnaissance ne recueille que 3% des résultats.



### 7.3.5 La perception du contrôle par l'infirmier

#### Question : Comment vivez-vous le contrôle ?

Par cette question, je cherche à savoir comment est vécu le contrôle par les soignants. 70% des soignants le vivent négativement et 30% le vivent positivement.

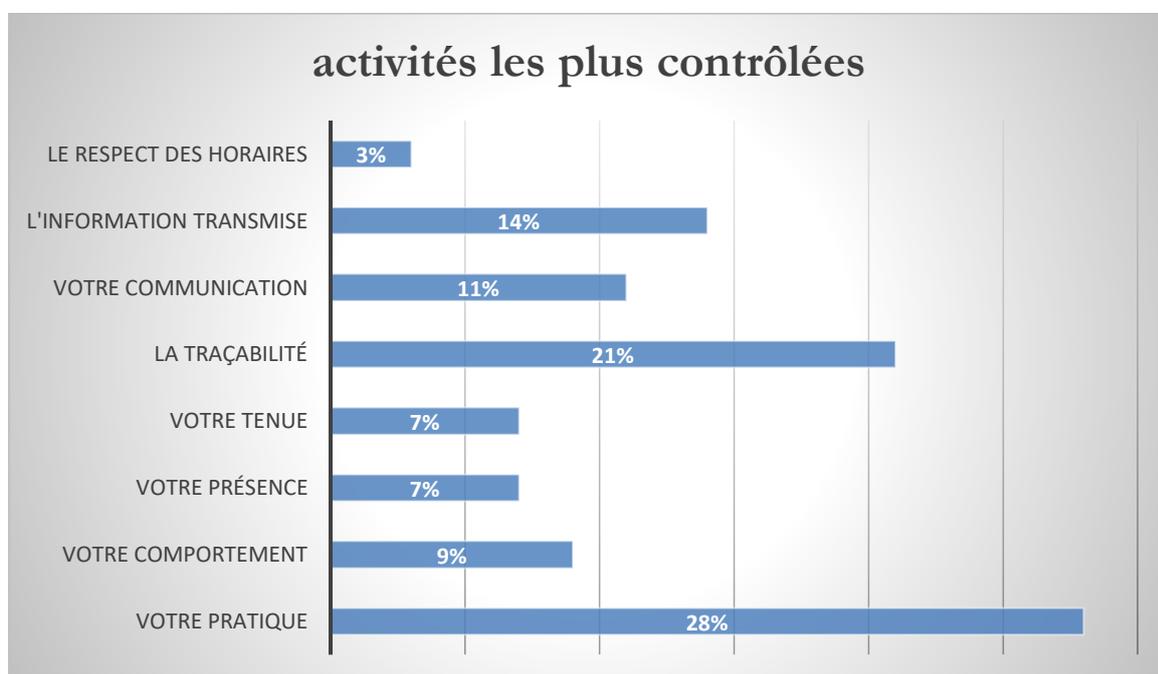


### 7.3.6 Les activités soignantes contrôlées

#### Question : qu'est ce qui est le plus concerné par le contrôle du cadre de santé dans votre activité ?

Par ce questionnaire, je souhaite déterminer à quels moments de son activité, l'infirmier ressent le plus le contrôle du cadre de santé.

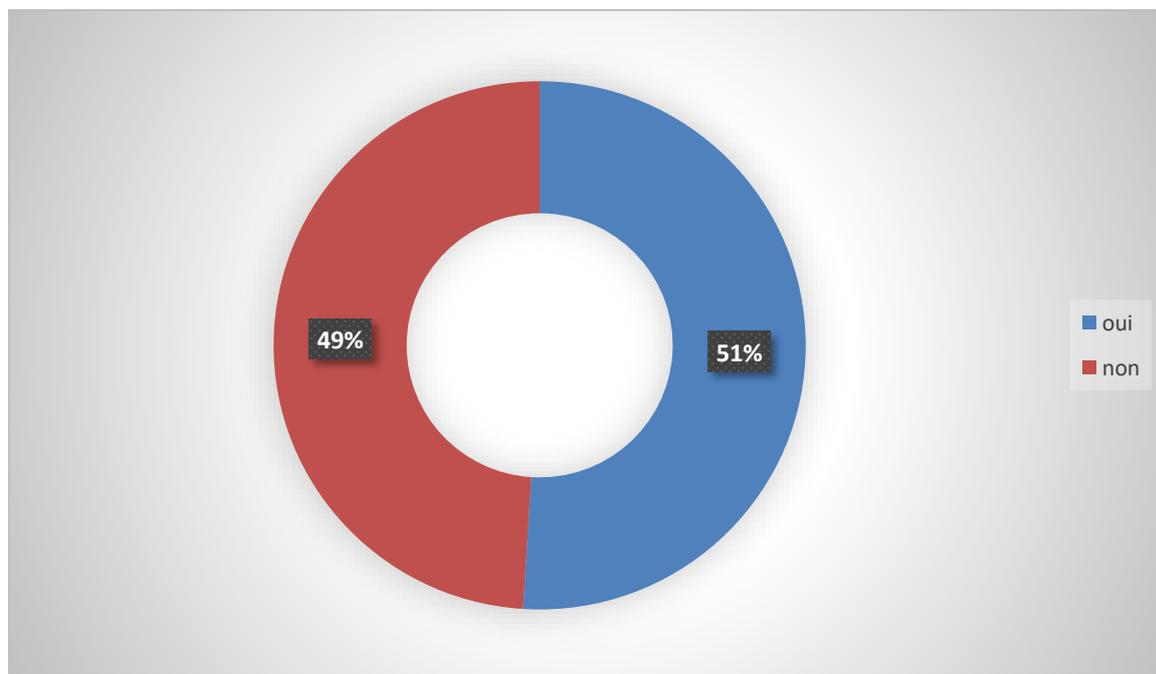
La pratique des infirmiers est contrôlée en 1<sup>er</sup> lieu avec 28% des résultats, puis la traçabilité à 21% et l'information transmise à 14%. La tenue est l'un des éléments le moins contrôlé.



### 7.3.7 Exercice du contrôle

#### Question : Exercez-vous une fonction contrôle ?

Afin de savoir si les soignants au-delà d'être contrôlé, les soignants sont eux-mêmes acteurs de contrôle. La moitié des infirmiers ayant participé à cette enquête utilise une fonction de contrôle.



### 7.3.8 Synthèse des résultats

La fonction contrôle n'est pas une mission principale du cadre de santé mais elle ressentie comme étant la plus contraignante. Elle est d'ailleurs perçue négativement par les soignants, cependant elle est associée à de l'accompagnement et de la confiance, mais n'amène pas de reconnaissance.

Le contrôle de l'activité infirmière par le cadre de santé concerne principalement la pratique, la traçabilité et l'information donnée par le soignant mais aussi sa communication.

Même si le cadre de santé exerce un contrôle sur le soignant, celui-ci peut se retrouver également en situation de contrôler.

## 7.4 Confrontation des résultats entre entretiens cadres et questionnaires infirmiers

Par ces deux moyens d'enquête, je peux faire des constats de rapprochement et d'éloignement entre comment le cadre de santé perçoit le contrôle, et comment ce contrôle est vécu par les soignants.

Que ce soit pour les cadres de santé ou pour les infirmiers, la fonction contrôle n'est pas décrite comme la principale fonction du cadre de santé.

Cependant, elle est citée à de nombreuses reprises par les cadres de santé comme étant une des missions les plus importantes, alors que les infirmiers n'en font que très peu référence.

Ici une opposition est notable et démontre un manque de considération de la fonction contrôle du cadre de santé par les soignants. Alors que celle-ci est au cœur de l'exercice des cadres.

Pour les infirmiers le métier de cadre se concentre sur l'encadrement des équipes, la coordination des activités et la conduite d'une démarche qualité. Il s'agit pour ces missions d'une correspondance avec les réponses des cadres de santé, puisque le management et l'organisation du service ont été à plusieurs reprises abordés. Tout comme la démarche qualité, qui est détaillée par les cadres par les audits, les EPP.

Même si la fonction contrôle du cadre de santé n'est pas mise en avant par les infirmiers, ils ont une lecture des principales activités du métier de cadre, se rapprochant de la réalité du travail de ces derniers.

Je me suis intéressée aux activités soignantes les plus contrôlées, le cadre de santé s'intéresse majoritairement aux pratiques de ses agents par le biais des EPP. Ce qui se retrouve dans les réponses des infirmiers, avec notamment la traçabilité qui arrive de part et d'autre en 1<sup>ère</sup> position. Le respect des horaires et la tenue des professionnels apparaissent pour les cadres comme concentrant également une grande partie de leur contrôle. Cela ne se vérifie pas dans les retours des soignants qui les placent dans leurs dernières positions. Cet écart paraît assez logique, puisque les cadres utilisent un contrôle plus détourné en ce qui concerne la tenue, je remarque cette manière d'agir est efficace puisque non perçue. Concernant les horaires, leur contrôle est décrit comme difficile par les cadres dû à leur non présence permanente, la réponse des soignants est donc pleine de cohérence.

Les responsables paramédicaux d'unités de soins, pensent que leur fonction contrôle est perçue négativement par les soignants. Ce ressenti se confirme grâce aux résultats du questionnaire, puisqu'elle est considérée comme la mission la plus contraignante exercée par le cadre de santé du point de vue des infirmiers. De plus les infirmiers partagent massivement un rapport difficile avec le contrôle, il est mal vécu pour 70% d'entre eux.

L'une des cadres de santé explique l'image négative du contrôle car le mot en lui-même fait peur et préfère utiliser les termes d'évaluation et d'audit à sa place. Les infirmiers ne vont pas dans ce sens car l'évaluation des pratiques professionnelles est la deuxième mission synonyme de contrainte.

Un autre résultat est à confronter, la qualité. Elle est mise en valeur par les cadres de santé dans chaque entretien, alors que pour 13% des infirmiers, elle est définie comme contraignante.

J'ai proposé que ce soit dans les entretiens ou dans le questionnaire de choisir parmi une proposition de mots, ceux qui sont associés au contrôle. Je constate une correspondance des réponses rapprochant le contrôle de l'accompagnement et de la confiance. Malgré la perception négative du contrôle de la part des soignants ils lui reconnaissent des finalités positives.

Cependant, les cadres estiment que le contrôle valorise le travail des agents, alors que les infirmiers n'associent pas le contrôle à de la reconnaissance (seulement 3% des infirmiers lient la reconnaissance au contrôle).

**En croisant les résultats des entretiens cadres et ceux des questionnaires infirmiers, je remarque que la fonction contrôle du cadre de santé porte une image négative et contraignante de la part des soignants. Durant les entretiens, les cadres de santé ont démontré une capacité à le reconnaître, et explique tout ce qui est mis en œuvre pour faire évoluer cette perception.**

**Alors que cette mission est décrite comme une des plus importantes par les cadres de santé, les infirmiers ne ressentent pas cette importance et la considère comme subsidiaire. Le même constat se ressent pour la qualité, qui est au cœur du travail du cadre de santé mais ne semble pas être considérée par les infirmiers, au même titre que la valorisation de leur travail par le contrôle.**

**Néanmoins le contrôle est porteur de confiance et d'accompagnement, cette notion se trouve confirmée et gagne en valeur puisqu'elle est exprimée par les soignants. Le contrôle par l'accompagnement et amenant de la confiance est une affaire d'équipe.**

## 7.5 Analyse croisée

A ce stade de ce travail de recherche, il est important de confronter les éléments apportés par l'enquête de terrain, à la théorie exposée en première partie. De cette manière l'aspect théorique de la fonction contrôle du cadre de santé, est ou non vérifiée par la pratique de l'exercice du métier, auquel je me prépare.

### 7.5.1 Le contrôle, élément majeur des missions du cadre de santé

Les cadres de santé interrogés place le contrôle comme faisant partie de leurs principales missions. Elle est utilisée par tous les cadres rencontrés et définie comme essentielle dans leur pratique.

Les activités et les compétences des cadres de santé sont rassemblées dans un référentiel. Il a été vu précédemment que le contrôle apparaît tel un fil conducteur, dans les huit compétences<sup>40</sup> référencées. Cette importance est encore plus visible par la mise en lien de ces compétences et des rôles du cadre identifiés par H. Mintzberg.

Avec l'analyse des entretiens, des contrôles apparaissent comme dominant, que l'on peut classer selon la méthode employée dans le cadre de référence.

---

<sup>40</sup> 1. Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activités de soin

2. Organiser et coordonner les activités du secteur d'activités de soin

3. Encadrer (ou manager) des équipes pluri professionnelles dans un secteur d'activités de soin

4. Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle

5. Conduire une démarche qualité et de gestion des risques

6. Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche

7. Contrôler et évaluer les activités

8. Communiquer, transmettre les informations et rendre compte

En voici la répartition :

#### ✚ Le contrôle dans les rôles interpersonnels

Ils regroupent les compétences, 4, 5 et 6, ce qui inclue donc :

- ✓ La démarche qualité, par les EPP, les audits
- ✓ La traçabilité
- ✓ Les horaires et la tenue du personnel, par un contrôle détourné
- ✓ Le bien-être de l'équipe

#### ✚ Le contrôle dans les rôles décisionnels

Ils regroupent quant à eux les compétences, 1, 2 et 3, on y retrouve de cette manière :

- ✓ Le respect des normes
- ✓ Le contrôle des soins
- ✓ La délégation

#### ✚ Le contrôle dans les rôles liés à l'information

Liés à la compétence 8, la transmission de l'information transmise par les agents y est associée.

La théorie et la pratique professionnelle sur le terrain sont bel et bien en accord, et positionne le contrôle comme outil essentiel de la fonction de cadre de santé.

### 7.5.2 La qualité au cœur de la fonction contrôle du cadre de santé

La démarche qualité est abordée dans chaque entretien réalisé lors de l'enquête. « *Le contrôle permet la qualité*<sup>41</sup> ». La fonction contrôle se construit autour de la qualité à laquelle il est constamment associé et accompagné par des outils tels que les audits et les EPP, « *le contrôle doit être constructif pour permettre le changement des pratiques professionnelles vers les bonnes pratiques* »<sup>42</sup>. Les cadres l'utilisent pour identifier les compétences des soignants, leurs points forts ainsi que les éléments de leurs pratiques à améliorer. Mais également pour reconnaître les situations à risques et mettre en place les moyens de les prévenir et de les éviter.

Pour tout cela le cadre s'assure que les soignants soient formés en conséquence et si besoin leur propose des formations en lien.

La méthode PDCA se reflète dans l'exercice de la démarche qualité des cadres, puisqu'il identifie les pratiques, et choisit un thème ou une prise en charge à l'origine d'un questionnement. Après une analyse de la situation, il élabore en intégrant l'équipe dans ce processus, des pratiques optimales, une nouvelle façon de faire pour corriger le dysfonctionnement identifié. Puis il évalue si ce changement apporte un bénéfice ou non.

Cette association, est reconnue par le cadre de référence, en effet la compétence 7 est « contrôler et évaluer les activités » et s'exprime pleinement par la démarche qualité. Le témoignage des responsables d'unités de soins, montre qu'ils utilisent les méthodes liées à la qualité, et ont le souci de mettre à disposition les ressources nécessaires pour appliquer les axes d'amélioration qui résultent de la démarche qualité.

Que ce soit dans un contexte théorique que pratique, le contrôle est un vecteur de qualité.

---

<sup>41</sup> Cadre 1

<sup>42</sup> Cadre 7

### 7.5.3 Le contrôle et son image négative

Le contrôle dans la société porte une image négative depuis son origine, avec une association fréquente au pouvoir. Un aspect contraignant lui est reconnu comme le soulignait E. Durkheim. Cette maîtrise personnelle est le fruit d'un long cheminement, démarrant dès la petite enfance. L'homme se construit en respectant des normes, des règles et sachant que si elles ne sont pas suivies, une sanction peut intervenir. Certains cadres expriment leur besoin d'éloigner la fonction contrôle de la sanction alors que d'autres l'assument en derniers recours.

L'histoire même de la profession de cadre de santé, témoigne d'un héritage lourd dont le personnel soignant encadrant veut se défaire.

Avec le questionnaire adressé aux infirmiers, cette perception sociétale du contrôle s'y retrouve. Il n'est pas défini comme essentiel dans l'exercice du cadre de santé, et est décrit comme une mission contraignante.

Les cadres ont conscience de cette faiblesse d'image de leur fonction contrôle, et tente de l'améliorer. Une notion de « flicage » est amenée, rappelant la surveillance policière décriée par une partie de la population, dont le cadre souhaite la différencier de son contrôle aux yeux des équipes. La communication est montrée comme l'outil indispensable pour faire évoluer cette perception. « *Quel que soit le contrôle à faire, il doit être expliqué et en exposer la finalité, c'est ainsi que le contrôle est mieux perçu* <sup>43</sup> ».

Cela rejoint la compétence 8 du référentiel « Communiquer, transmettre les informations et rendre compte », P. Bourret citée dans le cadre de référence stipule que « *L'activité des cadres de santé des hôpitaux comporte une part importante consacrée à la communication* <sup>44</sup> ».

La démarche qualité est présentée également comme levier pour une reconnaissance positive du contrôle. Cela grâce à la participation de l'équipe à cette mission centrale du cadre, l'intégrant dans une voie d'amélioration de sa pratique et donc de sa valorisation.

En regard de ces mises en lien entre cadre de référence et enquête, je peux dire que le contrôle sert la qualité, et la qualité valorise le contrôle. Le contrôle sans communication perd de son utilité, la communication permet une acceptation du contrôle. En dépit du rapprochement entre contrôle et contrainte par les soignants, une ouverture sur une revalorisation de la fonction contrôle est possible, en effet ils l'associent à l'accompagnement et à la confiance.

### 7.5.4 L'accompagnement et la confiance alliés du contrôle

L'enquête de terrain a questionné les cadres mais également les infirmiers sur leur identification du contrôle. L'accompagnement et la confiance en sont ressortis comme les plus liés au contrôle. La relation de confiance par le contrôle, se construit sur l'accompagnement dans la durée.

D'un point de vue théorique, le contrôle ne peut être ponctuel, unique, il se fait dans le temps et en accompagnant les équipes. C'est ainsi que les compétences et les difficultés des agents sont identifiées. Les évaluations de pratiques et les entretiens d'évaluations annuelles, en sont l'illustration. Ces derniers sont des bilans de l'année écoulée, impossible à réaliser par le cadre s'il ne s'inscrit pas dans une démarche d'accompagnement de l'équipe. S'appuyant sur la réalité de la pratique des soignants, une relation de confiance s'installe car il ne s'agit pas seulement de pointer leurs faiblesses, mais de mettre en avant, également, là où le soignant excelle. Des objectifs à

---

<sup>43</sup> Cadre 6

<sup>44</sup> Paule Bourret, « Modes de communication des cadres de santé. Exigences de la relation et proximité des équipes », *Communication et organisation*, mis en ligne le 27 mars 2012.

atteindre pour l'année suivante, sont posés conjointement, ce qui démontre un peu plus le degré d'accompagnement important du contrôle, dans la relation cadre, soignant.

Des difficultés vécues par les cadres sur le terrain sont à prendre en compte, pouvant mettre à mal cette relation. Le manque de motivation, de conscience professionnelle, et de remise question de la part des soignants, sont un frein dans cette construction et des axes de travail pour le cadre de santé.

Le contrôle est au service de la valorisation des compétences. Les cadres place le contrôle comme moyen d'accompagner les soignants dans une montée en compétences. La notion de compétence, est centrale comme le prouve le cadre de référence de ce mémoire. Présente dès la formation des professionnels, elle est évaluée pour en connaître son degré d'acquisition, possible avec l'expérience, et par la combinaison de plusieurs savoirs. C'est par cette évolution de l'agent en compétence, que la qualité des soins est possible.

Les cadres donnent de l'importance à ce processus car il permet de « *travailler ensemble* ».

Je remarque néanmoins que la notion de confiance est manquante dans mon cadre de référence, mais est amenée par la conviction des cadres, que la confiance est l'aboutissement possible de leur accompagnement par le contrôle.

#### 7.5.5 Le contrôle au service de la valorisation

Les témoignages des cadres valident le contrôle comme outil de valorisation, pour y parvenir l'ensemble des missions du cadre de santé, en lien avec leur fonction contrôle sont utilisées. La théorie se retrouve par la démarche qualité, par la compétence et son évaluation, au service de la valorisation du travail des agents.

### 7.6 Les résultats de l'enquête face à la question de recherche

Pour rappel, le cadre de référence et son contenu théorique a amené un questionnaire, sur lequel s'est axé l'enquête de terrain, à savoir : **Comment la fonction contrôle est-elle utilisée et interprétée par le cadre de santé ?**

La fonction contrôle est centrale dans l'exercice du cadre de santé, rejoignant la diffusion du contrôle présente dans le référentiel des activités du cadre de santé. Le cadre étant un chef d'orchestre au sein de son service, le contrôle en permet l'harmonie.

Il est utilisé par une visibilité ou par discrétion ou même par bienveillance, de manière quotidienne au service de la qualité et de la sécurité des soins, dont le cadre est garant, mais également pour s'assurer de l'état de bien-être de son équipe. Cet objectif est pour moi une révélation, et maintenant qu'il est connu, se révèle être essentiel.

La garantie dont le cadre est responsable, évoquée précédemment, est possible par les outils de la démarche qualité, qui sont l'expression concrète de cette fonction. Le cadre souhaite inscrire tout soignant dans un processus d'amélioration de ses pratiques, en évaluant ses compétences et ses faiblesses, en identifiant les risques pour les prévenir.

Le contrôle porte une image négative, résultant de la perception sociétale de celui-ci comme une contrainte, ou du propre vécu de l'agent. Le cadre proximité n'ignore pas ce constat, et œuvre pour que cette fonction soit synonyme de valorisation et de reconnaissance. Néanmoins, il n'a pas de certitudes sur les raisons pouvant expliquer les représentations négatives des soignants vis-à-vis du contrôle. La rencontre par entretiens serait un complément pour aider à répondre à ma question de recherche.

Néanmoins le cadre a conscience que pour aboutir à une reconnaissance positive du contrôle, il se doit d'être un manager communiquant, adaptant son discours à la situation et à son interlocuteur, en expliquant le comment et le pourquoi du contrôle. Sans communication, sans retour de ses actions, le cadre perd tout le bénéfice que le contrôle peut avoir.

Il considère le contrôle comme un accompagnement, permettant la montée en compétences des soignants de son unité, et de reconnaître le travail dans son ensemble du soignant.

La finalité de la fonction contrôle étant la confiance, l'espoir du cadre est qu'elle soit perçue, non comme une contrainte, mais bien en allée de tous au service d'une prise en charge du patient qualitative et sécurisée.

## 8 Limites de ce travail de recherche

### 8.1 L'apprentie chercheuse

En premier lieu, j'estime que mon expérience quasi inexistante en matière de recherche fut un frein dans la conduite de ce mémoire. Loin de me résigner, j'ai cheminé au fil des difficultés pour les convertir en source d'amélioration. Guidée par ma directrice, l'étudiante apeurée par la tâche que j'étais en début de formation, a laissé place à une future professionnelle enrichie par cette expérience de recherche. La rencontre des cadres de santé dans un tel contexte fut un moment marquant et porteur. Cependant, mon statut de débutante a été un certain handicap dans la conduite d'entretien. Une impression de ne pas avoir été en mesure d'exploiter pleinement ce moment de témoignage s'offrant à moi, est perceptible. Je pense tout de même proposer un résultat conforme à mon objectif de donner une image à la fonction contrôle reflétant la réalité de son utilisation.

### 8.2 Une enquête limitée

Le nombre réduit de cadres de santé interrogés ne peut donner une valeur de généralité à ce travail. Néanmoins il apporte un témoignage sur les pratiques de terrain de la fonction contrôle. En ayant eu le désir de rencontrer des professionnels dans divers univers de soins, public et privé, je voulais apporter une certaine représentativité.

Le choix du questionnaire semble être l'outil de recherche le plus adapté pour un nombre de retours importants. Il fut construit en parallèle que le guide d'entretien des cadres de santé, je me questionne s'il n'est pas préférable d'attendre l'analyse des entretiens cadres pour son élaboration. De cette manière des questions pourraient compléter celles déjà existantes et avoir une résonance plus en adéquation avec celles destinées aux cadres.

Cet outil d'enquête me paraît être une sorte d'amorce, car il n'apporte pas d'argumentation du soignant à ses réponses. Comme par exemple, comprendre comment le contrôle peut être perçu comme contraignant et être associé à de l'accompagnement et de la confiance.

Une certaine frustration est notable de ma part, celle de ne pas avoir le développement de leur partage de pratique. Ce constat, m'amène à considérer, que des entretiens semi directifs auprès des infirmiers auraient été un choix pour combler ce manque.

### 8.3 Le temps, une ressource épuisable

La temporalité m'a semblé être un adversaire, le mémoire se trouve mêler à d'autres impératifs, et le temps qui lui fut consacré insuffisant à mon sens. Le désir de se consacrer pleinement à ce travail de recherche est ressenti, mais sans tout le contenu pédagogique de la formation, sans l'évolution personnelle, professionnelle, vécue, aurait-il été possible ? je ne pense pas, ou tout du moins, son résultat ne serait pas autant en lien avec la pratique soignante.

## Conclusion

Ce mémoire est l'aboutissement d'une année de formation intense et enrichissante au sein de l'IFCS. Véritable fil rouge de ces 8 derniers mois, il est le témoin de l'évolution personnelle et professionnelle, du futur cadre de santé que j'aspire à être.

Avant de définir mon thème de mémoire, je souhaitais que le travail de recherche qui allait l'accompagner, soit par la suite transposable à mon possible exercice. Aborder la fonction contrôle du cadre fut dans un premier temps craint, dû à son image défavorable de manière générale.

Mais après réflexion, et la rencontre en entretien exploratoire d'une cadre de santé du service public hospitalier, ce sujet m'a conquis par son aspect central dans le quotidien du cadre de santé. En comprendre son origine, ses représentations et ses utilisations, me permet de le définir de manière précise et participe à la reconnaissance de sa nécessité pour tout responsable d'unité de soins.

Par cette recherche, la théorie n'apparaît pas éloignée de la réalité de terrain, témoignée par les cadres de santé rencontrés. Ces moments d'échanges et de partage sont certainement ce que le mémoire permet de plus valorisant, par l'intérêt exprimé au sujet de mon thème, le contrôle.

Par l'alliance du cadre théorique et pratique, le contrôle en ressort associé à la démarche qualité et à la montée en compétences des soignants. L'une et l'autre sont fortement liées et assurent au patient une prise en soins dans le respect des procédures et d'un haut niveau d'exigence.

Pour y parvenir le cadre de santé tient un rôle déterminant et de régulateur. Garant de la qualité et de la sécurité des soins, il met en œuvre les actions nécessaires pour que son équipe soit pleinement engagée dans cette garantie.

Sa fonction contrôle est mobilisée pour chacune des activités et des compétences qui lui attribue le référentiel de sa profession. En manager du soins, le cadre de santé accompagne les soignants sur la durée en évaluant leurs pratiques professionnelles, leur manière d'interagir avec les usagers, leur degré de motivation et leur implication dans la vie du service.

Même si son contrôle peut être souvent mal perçu, comme l'ont témoigné les retours de questionnaires infirmiers, il agit en manager communiquant pour expliciter son contrôle, et vers quelles finalités il l'utilise. Loin de ne se concentrer seulement sur les axes à améliorer, le contrôle est un outil de valorisation du travail de l'agent. Il met en valeur ses points de réussite et d'amélioration, et identifie ses faiblesses pour lui offrir les moyens de progresser.

Par cet accompagnement, la relation entre cadre de santé et soignant, servie par sa fonction contrôle, ouvre sur une confiance mutuelle.

Même si des éléments sont à approfondir pour répondre à ma question de recherche, ce travail propose une vision d'ensemble sur la fonction contrôle du cadre.

Je serais tentée de dire qu'arrivant au terme de ce mémoire, cette étude soit terminée, mais au contraire elle se poursuit nécessairement.

L'arrivée prochaine des infirmiers de pratiques avancées dans les services de soins, pose question sur le positionnement du cadre de santé face à cette nouvelle profession de santé. Où se situera sa fonction contrôle dans l'accompagnement de ces pratiques ?

## Bibliographie

### Articles :

Bouquet, Brigitte. «Regards sur le contrôle social : Une approche socio-historique ». Reconfigurations de l'État social en pratique. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, 2012. (Pages. 33-45)

Consulté le 20 janvier 2018

Disponible sur : <https://books.openedition.org/septentrion/9542>

Bouquet, Brigitte. « Analyse critique du concept de contrôle social. Intérêts, limites et risques », *Vie sociale*, vol. 1, no. 1, 2012, pp. 15-28

Consulté le 28 janvier 2018

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2012-1-page-15.htm>

Arveiller, Jacques. « De l'Hygiène publique à l'éducation sanitaire. Un texte de Charles Marc (1829) », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. vol. 39, (n°1), 2006, pp. 115-134

Consulté le 29 janvier 2018

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2006-1-page-115.htm>

Xavier Rousseaux, « Contrôle social. Un concept pertinent pour la recherche historique ? », éditions de la Sorbonnes, *Hypothèses* 2017/1 (20), p. 237-247.

Consulté le 29 janvier 2018

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-hypotheses-2017-1-page-237.htm>

J.M Galmiche, « hygiène et médecine, Histoire et actualités des médecines nosocomiales », Louis Pariente 1999 p.23-67

Consulté le 5 mars 2018

Rabier, Christelle. « Une révolution médicale ? Dynamiques des professions de santé entre révolution et empire », *Annales historiques de la Révolution française*, vol. 359, no. 1, 2010, pp. 141-159

Consulté le 5 mars 2018

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-Annales-historiques-de-la-revolution-francaise-2010-1-page-141.ht>

Valentin Chémery, « Contrôle partout ? Contrôle nulle part ? Usages historiens du contrôle social » éditions de la Sorbonnes, *Hypothèses* 2017/1 (n°20), p. 177-187.

Consulté le 29 janvier 2018

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-hypotheses-2017-1-page-177.htm>

Rémi Lenoir, « Contrôle (du) social. La construction d'une notion et ses enjeux », Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) *Informations sociales* 2005/6 (n° 126), p. 6-15.

Consulté le 3 décembre 2017

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2005-6-page-6.htm>

- Stephen Scott Brewer, « Entre émotions et contrôle de soi : un enjeu essentiel pour l'autonomie dans l'apprentissage des langues », *Lidil* (n°48), 2013, mis en ligne le 01 mai 2015  
Consulté le 29 janvier 2018  
Disponible sur : <http://lidil.revues.org/3331>
- Sylvie Craipeau, Gérard Dubey et Raphaël Koster, « Maîtrise du jeu, contrôle de soi : une quête à corps perdu », *Quaderni* (n°67), Automne 2008, mis en ligne le 05 octobre 2008  
Consulté le 29 janvier 2018  
Disponible sur : <http://quaderni.revues.org/228>
- Marc Bollecker, Wilfrid Azan « L'importation de cadres théoriques dans la recherche en contrôle », *Comptabilité - Contrôle - Audit* 2009/2 (Tome 15), p. 61-86.  
Consulté le 5 mars 2018  
Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-comptabilite-contrrole-audit-2009-2-page-61.htm>
- Paule Bourret, « Modes de communication des cadres de sante. Exigences de la relation et proximité des équipes », *Communication et organisation* (n°24), 2004, mis en ligne le 27 mars 2012  
Consulté le 13 mai 2018  
Disponible sur : <http://communicationorganisation.revues.org/2904>
- Isabelle Gernet, Christophe Dejours « Évaluation du travail et reconnaissance », *Nouvelle revue de psychosociologie* 2009/2 (n° 8), p. 27-36.  
Consulté le 25 novembre 2017  
Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-depsychosociologie-2009-2-page-27.htm>
- Alexandra Fourcade, « La qualité des soins à l'hôpital », *adsp* n° 35 juin 2001  
Consulté le 19 février 2018
- Pascal Vignally *et al.*, « Évaluation des pratiques professionnelles du médecin : historique de la démarche en France », *Santé Publique* 2007/1 (Vol. 19), p. 81-86  
Consulté le 17 mars 2018  
Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-1-page-81.htm>
- Hervé Boyer, « La fonction de cadre de santé », *VST - Vie sociale et traitements* 2010/3 (n° 107), p. 62-69.  
Consulté le 12 novembre 2017  
Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2010-3-page-62.htm>
- Hugo Bertillot, « comment l'évaluation de la qualité transforme l'hôpital. Les deux visages de la rationalisation par les indicateurs », *cabiers internationaux de sociologie de la gestion* (n°15), septembre 2016  
Consulté le 19 février 2018

Cueille Sandrine, « Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public », *Politiques et management public*, vol. 25, n° 4, 2007

Consulté le 17 février 2018

Disponible sur : [http://www.persee.fr/doc/pomap\\_0758-1726\\_2007\\_num\\_25\\_4\\_2389](http://www.persee.fr/doc/pomap_0758-1726_2007_num_25_4_2389)

Sophie Reinhardt. « Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ? » *Sociologie*. Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis, 2011

Consulté le 17 mars 2018

Frédéric Pierru, « Planifier la santé, une illusion technocratique ? », *Les Tribunes de la santé* 2012/4 (n° 37), p. 83-94

Consulté le 7 mars 2018

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2012-4-page-83.htm>

Daniel Crepin, « L'approche systémique : pour manager plus efficacement, un nouvel outil de lecture des organisations », *Recherche en soins infirmiers* 2007/4 (N° 91), p. 97-105.

Consulté le 5 mars 2018

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-4-page-97.htm>

Dominique Bertrand, « Accréditation et qualité des soins hospitaliers », *adsp* n° 35 juin 2001

Consulté le 19 février 2018

## Ouvrages :

Paule Bourret, *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Seli Arslan 5<sup>ème</sup> tirage, Paris, 2014, 286 pages

Mintzberg H. *Le manager au quotidien- les dix rôles du cadre*, Editions-Organisations. 2<sup>ème</sup> édition. Paris. 2016. 283 pages

Fayol H. *Administration Industrielle et Générale*. Dunod, 2<sup>ème</sup> édition, 1999, 133 pages

Taylor F. *Principes d'organisation scientifique des usines*. Hachette, 2018, 160 pages

Weber M. *Economie et société*, tome 1 et 2, 2003, Editions Pocket, 410 pages et 448 pages

Mayo E. *The Human Problems of an Industrial Civilization*. Routledge, 3<sup>ème</sup> édition, Taylor & Francis Ltd, 2010, 204 pages (consultation en ligne d'une traduction)

Thevenet M, *Management une affaire de proximité*, Editions-Organisations, 2003, 184 pages

Thevenet M, *Quand les petits chefs deviendront grands*, Editions-Organisations, 2004, 179 pages

Revillot J-M, *Pour une vision éthique du métier de cadre*, Lamarre, Paris, 2010, 235 pages

Foucault M, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Gallimard, Paris, 1993, 360 pages

Dukheim E, *L'éducation de la morale*, Puf, 2012, 248 pages

Le Boterf G, *Ingénierie et évaluation des compétences*, Editions d'Organisation, Paris, 2011, 280 pages

Crozier M. et Friedberg E, *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*, Seuil, Paris, 1981, 478 pages

Don Hellriegel, John W. Slocum, *Management des organisations*, 2006, 726 pages

Michael Ballé, Marie-Noëlle Champion-Daviller, *Organiser les services de soins: le management par la qualité*, 2004, 214 pages

Céline Bottega, Antoine Gentier, *Voyage initiatique au coeur de la théorie des organisations*, 2013, 240 pages

### **Cours :**

Dumond J.P. *La théorie de l'action organisée*, 2017, Université Paris-Est Créteil

Robineau-Fauchon I, *Gestion des risques en établissements de santé*, 2018, ESM Créteil

Chapalain H, *Une histoire des cadres de santé : d'hier à demain*, 2017, ESM Créteil

Letourneau D, *Politiques de santé*, Université Paris-Est Créteil

### **Textes officiels :**

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé ; journal officiel n°193 du 20 août 1995

Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, code de déontologie des infirmiers

Référentiel d'activités et de compétences des cadres de santé, document de travail, Ministère des Affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, décembre 2012

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

## **Webographie :**

Haute autorité de santé : <https://www.has-sante.fr>

Agence régionale de santé : <https://www.ars.sante.fr>

<https://www.cairn.info/>

Site internet de l'IFCS : <https://www.omnispace.fr/esm>

## Table des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien cadre de santé

Annexe 2 : Grille questionnaire infirmier

**Pinto Isabelle**  
**Mémoire**  
**CDS 2017/2018**

**GUIDE D'ENTRETIEN CADRE DE SANTE**

- 1) Quel est votre parcours professionnel ?
- 2) Depuis combien de temps êtes-vous cadre de santé ? et dans ce service ?
- 3) Comment s'organise votre service ?
- 4) Quelle est la moyenne d'âge de votre personnel ?
- 5) Si vous deviez donner vos principales missions, quelles seraient-elles ?  
Si le contrôle est cité :
- 6) Quelle représentation avez-vous du contrôle ?
- 7) Qu'est-ce que vous contrôlez le plus ? dans quel but ?
- 8) Quels sont les contrôles les plus difficiles ?
- 9) Pourquoi sont-ils difficiles ?
- 10) Et au contraire des contrôles plus faciles à faire ? lesquels
- 11) Pourquoi ?
- 12) Selon vous est-ce que la fonction contrôle que vous exercez est plutôt perçue positivement ou négativement par les agents ?
- 13) Pour quelles raisons selon vous ?
- 14) Si réponse négative=> essayez-vous de changer cette perception
- 15) Par quels moyens ?

Si le contrôle n'est pas cité à la question 5)=> parmi les compétences du référentiel CDS, la fonction contrôle y apparaît, l'exercez-vous ?

Si oui questions 6), 7), 8), 9), 10), 11), 12), 13), 14), 15)

Si non=> pourquoi ? selon la réponse lui demander s'il a une explication à la perception négative du contrôle puis 13), 14), 15)

16) Je vais vous citer 4 mots et vous allez me dire celui ou ceux qui sont, selon vous, le plus liés au contrôle :

- ✓ Le pouvoir
- ✓ La confiance
- ✓ La méfiance
- ✓ L'accompagnement

17) Selon vous le contrôle peut-il être un outil pour valoriser le travail de vos agents ?

18) Comment ?

## questionnaire infirmier

Mémoire diplôme cadre de santé 2017/2018

Merci de votre participation qui ne prendra que quelques minutes  
ce questionnaire intervient dans le cadre d'une réflexion à propos de la fonction contrôlé

\*Obligatoire

### 1. Vous travaillez en \*

*Une seule réponse possible.*

- Service de médecine ou chirurgie ou obstétrique
- En long séjour (SSR, EHPAD)
- En psychiatrie
- Autre : \_\_\_\_\_

### 2. Vous êtes diplômé depuis \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- moins de 3 ans
- entre 3 et 6 ans
- Autre : \_\_\_\_\_

### 3. Vous êtes dans le service depuis \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- moins de 3 ans
- entre 3 et 6 ans
- Autre : \_\_\_\_\_

### 4. Parmi ces fonctions du cadre de santé, choisissez en 2 qui sont pour vous les plus importantes (cochez 2 cases) \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- coordonner les activités
- évaluer les pratiques professionnelles
- encadrer les équipes
- contrôler les activités
- conduire une démarche qualité

**5. Parmi ces fonctions du cadre de santé, choisissez en 2 qui sont pour vous les plus contraignantes (cochez 2 cases) \***

Plusieurs réponses possibles.

- coordonner les activités
- évaluer les pratiques professionnelles
- encadrer les équipes
- contrôler les activités
- conduire une démarche qualité

**Dans votre activité professionnelle**

---

**6. Le contrôle est plutôt lié à (1 seule réponse) \***

Une seule réponse possible.

- la confiance
- au pouvoir
- la méfiance
- la reconnaissance
- l'accompagnement

**7. Comment vivez vous le contrôle \***

Plusieurs réponses possibles.

- bien
- mal

**8. le contrôle a concerné (plusieurs réponses possibles) \***

Plusieurs réponses possibles.

- votre pratique
- votre comportement
- votre présence
- votre tenue
- le respect des protocoles
- votre communication
- l'information transmise
- Le respect des horaires
- Autre : \_\_\_\_\_

**9. Vous exercez vous même une fonction contrôle \***

Plusieurs réponses possibles.

- oui
- non



# Diplôme de Cadre de Santé

## DCS@17-18

Mémoire de fin d'étude au diplôme de cadre de santé

Le cadre de santé face aux soignants, une relation sous contrôle

Isabelle Pinto

### MOTS CLÉS

Contrôle, cadre de santé, qualité, accompagnement, confiance, pouvoir, valorisation, communication, soignant, compétences, pratiques professionnelles

### KEY WORDS

control, nurse manager, quality, accompagnement, trust, mistrust, power, valorization, communication, health workers, competencies, professional practices

### RÉSUMÉ

Le contrôle, est un mot qui apparaît dans notre quotidien privé et professionnel. Il d'autant plus présent dans le domaine de la santé. Infirmière diplômée depuis 2008, j'ai pu constater que le contrôle était craint ou perçu négativement selon la manière dont il était utilisé. Ce constat fut très questionnant en vue de ma future fonction, d'où ma question de départ : Comment le cadre de santé peut faire de sa fonction de contrôle un outil de valorisation du travail des agents ?

Pour pouvoir y répondre, le contrôle a été tout d'abord défini de manière générale, puis son histoire a été étudié dans le secteur du soin, pour aboutir à la place du contrôle dans la fonction de cadre de santé. Ce travail a abouti à une question de recherche qui a été la base de mon enquête auprès des cadres de santé et des infirmiers : Comment la fonction contrôle est-elle utilisée et interprétée par le cadre de santé ?

Ainsi je suis partie à la rencontre de plusieurs cadre de santé, dans des spécialités diverses, avec en parallèle un questionnaire distribué aux infirmiers. En analysant leurs témoignages, leurs vécu et leurs expériences de terrain, j'ai tenté de répondre à mes questionnements. Les résultats montrent une fonction contrôle essentielle dans l'exercice du cadre de santé, alliée de la démarche qualité pour aboutir à une amélioration des pratiques professionnelles. S'inscrivant dans un accompagnement du soignant, une relation de confiance se construit grâce à une communication adaptée du manager qu'est le cadre.

Cette étude m'a permis de comprendre que la notion de contrôle est complexe et que la vision négative qui l'accompagne bien souvent n'est pas le reflet des possibilités qu'offre le contrôle aux soignants. Le cadre de santé par son management contribue à la reconnaissance positive du contrôle.

### ABSTRACT

Control is a word that appears in our private and professional daily life. It is even more present in the health field. Registered Nurse since 2008, I found that control was feared or perceived negatively depending on how it was used. This observation appeared central for my future role as a nurse manager and raised the question of turning control into a development tool for health care professionals.

To answer to this question, control was first defined in a general way, then its history in the care sector was studied, and finally the place of control in the function of nurse manager was analyzed. This work resulted in a research question that was the basis of my survey of nurse managers and nurses: How does the nurse manager use and interpret the control function? So, I met several nurse executives, in various specialties, with a parallel questionnaire distributed to nurses. By analyzing their testimonies, their experiences in the field. The results show an essential control function in the exercise of the nurse managers, ally of the quality approach to achieve an improvement in professional practices. As part of a support of the caregiver, a relationship of trust is built thanks to a communication adapted by the nurse manager.

This study allowed me to understand that the notion of control is complex and that the negative vision that often accompanies it does not reflect the possibilities that control offers to caregivers. The nurse manager through its management contributes to the positive recognition of control.