

Le cadre de santé dans les hôpitaux face à la logique gestionnaire : entre malaise et assimilation.

CECCATO Murrin

Université Clermont Auvergne

Murrin.ceccato@uca.fr

Résumé :

Dans un souci de rationalisation des dépenses suite aux déficits rencontrés, les organisations publiques françaises se sont lancées dans des vastes projets de transformations, impliquant l'introduction de mécanismes de marché dans leur mode de gestion, initialement bureaucratique. En passant d'une organisation centrée sur les moyens à une organisation centrée sur les résultats, une ligne managériale a vu peu à peu le jour afin de contrôler les ressources et faciliter la transition. Les tâches du fonctionnaire se transforment et s'enrichissent de dimensions managériales (Detchessahar et Grevin, 2009). Cette évolution concerne plus précisément le cadre intermédiaire et nécessite pour lui d'intégrer de nouvelles logiques (Fortier, 2010), une logique gestionnaire. Les cadres de santé, des managers de proximité dans le contexte hospitalier sont confrontés aujourd'hui à l'introduction de la logique gestionnaire dans leur fonction qui est à l'origine soignante. Le développement de ce volet gestionnaire peut être source de difficultés pour des fonctionnaires peu aguerris aux fonctions managériales. Nous avons donc souhaité questionner la manière dont les cadres de santé de proximité assimilent la logique gestionnaire dans leurs activités quotidiennes en interrogeant des cadres en poste dans des organisations publiques hospitalières françaises. Nous faisons appel aux dimensions de la proximité de (Boschma, 2005) pour les repérer dans la fonction cadre et ainsi identifier l'étendue des activités des cadres de santé de proximité dont celles liées au volet gestionnaire. Par le biais d'une étude qualitative alliant de l'observation, des entretiens semi-directifs et une analyse documentaire, nous avons éclairé la dimension gestionnaire de la fonction du cadre de santé de proximité, en montrant les activités liées. Les résultats de l'étude de cas (Yin, 1994) que nous relatons relèvent 4 dimensions de la proximité sur 5 autour de la fonction cadre : ce

sont les proximités géographique, cognitive, organisationnelle et institutionnelle. Seule la proximité sociale n'a pas été repérée. En outre, la proximité cognitive entre les cadres de santé de proximité et les infirmiers, ayant partagé les mêmes connaissances professionnelles, impactent la manière dont les cadres de santé assimilent le volet gestionnaire lié à la fonction cadre. Elle est à l'origine dans la plupart des cas des tensions éthiques chez les cadres de santé. Il est difficile pour ces managers de répondre de manière satisfaisante aux attentes venant de la part de la hiérarchie, en raison de valeurs institutionnelles et soignantes bien ancrées, s'opposant aux nouvelles valeurs marchandes introduites par la Nouvelle Gestion Publique. Alors que certains cadres assimilent tant bien que mal ces nouvelles orientations de la fonction, d'autres résistent et la rejettent. Nous notons également un écart entre la perception qu'ont les cadres de leur fonction et l'action réelle. Ils la perçoivent ou la percevaient comme une fonction où ils auraient la possibilité de mettre en place des projets stratégiques, donnant l'impression de prendre part à des décisions de nature stratégique, or la réalité est bien autre. Cette recherche pointe du doigt la nécessité de clarifier les rôles et les missions du cadre de santé de proximité qui souffrent d'ambiguïté du fait de l'introduction de la logique gestionnaire.

Mots-clés : cadres de santé, proximité, valeurs, compétences, ressources.

Le cadre de santé dans les hôpitaux face à la logique gestionnaire : entre malaise et assimilation.

INTRODUCTION

Depuis plus de 30 ans, la crise et les déficits budgétaires sont le quotidien des organisations publiques. Pour y faire face, de nouveaux modèles de gestion apparaissent dans ces organisations principalement issues de la Nouvelle Gestion Publique (NGP) nait il y a plus de 30 ans. La NGP se manifeste par des réformes institutionnelles et organisationnelles. Elle consiste à introduire à l'intérieur des organisations publiques actuelles, des méthodes de gestion issues des entreprises privées. Cela implique un changement de paradigme dans l'administration de ces organisations. Les organisations publiques françaises sont passées d'une gestion axée sur les moyens à une gestion axée sur les résultats, de telle sorte que les termes tels que performance, efficacité et rentabilité des services au travers d'un contrôle des ressources (financières, humaines et techniques) deviennent les maîtres mots. L'introduction des mécanismes de marché (Park et Joaquin, 2012) se traduit par la valorisation d'une ligne hiérarchique intermédiaire nécessaire à la supervision des équipes et au contrôle des ressources en (Autissier et Derumez, 2007)). Cela se traduit chez les fonctionnaires par l'acquisition de nouvelles compétences gestionnaires et pratiques managériales (Detchessahar et Grevin, 2009) nécessaires à l'exercice de leur fonction, alourdissant les contraintes de travail.

La grande majorité des recherches en sciences de gestion (Mazouz et al., 2015; Maclouf et Fabregues, 2015) et sociologie des professions (Bezes et al. 2011) mettent en évidence la difficulté pour les anciens fonctionnaires qui ont connu le cadre d'action qui prévalait jusque-là à intégrer différentes logiques telles que celle gestionnaire dans leurs pratiques quotidiennes. Ces agents qui constituent les nouveaux gestionnaires publics se trouvent au carrefour de logiques contradictoires : logique administrative et bureaucratique, logique professionnelle et d'expertise, logique de prestation de services aux citoyens, logique managériale et logique politique (Fortier, 2010). La multiplication de ces dernières complexifie les pratiques quotidiennes. Elle génère un mal-être chez ces gestionnaires (Raveyre et Ughetto, 2003) et plus précisément chez ceux issus de l'encadrement intermédiaire. Ce mal être prend la forme de

tensions (Detchessahar et Grevin, 2009 ; Codo et Cintas, 2013). Les tensions naissent principalement de la difficulté à faire coexister les valeurs publiques propres à ces administrations et les valeurs marchandes prônées par les notions de performance, introduites avec la NGP¹. En impactant le travail réel des cadres de santé, ces tensions le complexifient. C'est dans ce contexte que nous étudions dans cet article, les rôles de la proximité dans le travail réel des cadres de santé hospitaliers, en se focalisant sur les conditions autour desquelles la proximité pourrait faciliter ou entraver l'assimilation par les cadres de la dimension managériale liée à leur fonction.

Nous nous intéressons plus particulièrement aux organisations publiques hospitalières. Ce sont des organisations qui se caractérisent par une grande complexité comme le soulignent tous les travaux et au sein desquelles les transformations en cours sont majeures. Dans ces organisations, de par sa fonction, le cadre de proximité (cadres de santé de proximité) est amené à gérer et s'accommoder de multiples tensions (Divay et Gadéa, 2015; Rivière, 2012). En effet, il a vu ses fonctions s'élargir vers des fonctions managériales avec la réforme de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière². Issus en majorité de la filière soignante, les cadres de santé hospitaliers officient dans un contexte de réduction des ressources. Ce dernier est propice à l'émergence de tensions éthiques qui nuisent au bon fonctionnement du service de soins (Divay et Gadéa, 2008). Les cadres de santé sont chargés de superviser l'activité des soignants (infirmiers et aide-soignant) sous la direction du directeur de soins. Ils éprouvent des difficultés à concilier les valeurs soignantes dont ils sont issus, basées sur le bien-être des patients avec les orientations de réduction du personnel et optimisation de la masse salariale (premier poste de dépenses des organisations publiques) qui incarnent des valeurs plus « marchandes » de rationalisation issues de la NGP. Ce partage de valeurs communes entre les cadres de santé de proximité et les infirmiers peut être analysée à travers le concept de proximité. Un concept que nous choisissons d'investiguer en vue d'identifier son impact et son rôle dans l'assimilation ou le rejet de la dimension managériale par les cadres de santé hospitaliers. C'est dans cette optique, que nous utilisons la grille de Boshma (2005). Utilisée en économie régionale et

¹ Selon Mazouz et al. (2015), il s'agit de tensions éthiques issues de la difficulté de faire coexister les valeurs publiques et les valeurs marchandes au sein d'une même organisation publique.

² Promulguée en 2005, la réforme de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière consiste à une réorganisation du fonctionnement interne des hôpitaux (organisation en pôles et une autonomie de gestion) et une responsabilisation de nouveaux corps professionnels à travers un élargissement de leur fonction à travers un volet gestionnaire prononcé, c'est le cas du médecin qui devient le médecin chef de pôle, en charge de la gestion d'un pôle hospitalier.

spatiale à l'origine, et appliquée aux sciences de gestion, la grille de Boschma (2005) identifiant plusieurs dimensions de la proximité (géographique, cognitive, organisationnelle, sociale et institutionnelle) fournit quelques clés de lectures pour analyser l'activité réelle du cadre de santé de proximité en situation de gestion. Ainsi, nous avons interrogé onze cadres de santé hospitaliers en service dans différentes structures hospitalières publiques (centre hospitalier, centre hospitalier université et centre hospitalier de proximité) afin de recueillir leurs impressions sur la manière dont ils s'approprient ou pas la fonction managériale désormais associée à leur métier de cadre de santé de proximité. L'objectif de cette communication est de mettre en évidence la situation de travail réelle de ces managers de première ligne en prise directe avec les transformations de leurs administrations et les difficultés liées à l'intégration de la dimension gestionnaire dans leur fonction. Le concept de proximité, apposé à l'expression cadre de santé, joue-t-il un rôle dans l'assimilation ou le rejet des nouvelles orientations gestionnaires liées à cette fonction ? Telle est la question à laquelle, nous répondrons en s'intéressant aux tensions éthiques issues de la diffusion de nouveaux référentiels, outils et pratiques chez les cadres de proximité hospitaliers.

Cette communication est ainsi scindée en trois parties. Une première partie porte dans un premier temps sur la place du métier de cadre proximité en nous concentrant plus précisément sur le cadre santé hospitalier et ses origines pour expliquer les difficultés à assimiler une logique plus gestionnaire. Puis dans un second temps, nous présentons le concept de proximité et ses dimensions dans les travaux de recherches en sciences de gestion, tout en se concentrant sur la grille de Boschma (2005). Ceci a pour objectif d'identifier l'étendue de la proximité chez le cadre de santé et le malaise généré par l'introduction de la dimension managériale. Dans une deuxième partie à partir d'une série d'interviews semi directives nous explorerons les dimensions de la proximité et la manière dont les cadres de santé de proximité tentent d'assimiler la fonction gestionnaire. Enfin dans une dernière partie, nous discutons des résultats de notre recherche.

I. UN CADRE DE SANTE ENTRE UNE LOGIQUE GESTIONNAIRE ET DES VALEURS SOIGNANTES.

La cadre de santé a toujours travaillé dans les hôpitaux bien qu'on en retrouve également dans des établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). La fonction

de « cadre de santé » trouve son origine dans celle d'infirmière. Elle prend différentes appellations – « surveillante, infirmière major, infirmière chef ». Elle désigne une fonction d'encadrement et de coordination des soins, qui a d'abord été tenue par les religieuses du temps des Hôtel-Dieu, puis s'est laïcisée et professionnalisée au cours du 20^{ème} siècle.

1.1. CADRE DE SANTE : ENTRE VALEURS SOIGNANTES ET LOGIQUE GESTIONNAIRE

La fonction du personnel soignant se développe au Moyen Age avec l'ouverture de nombreux établissements ayant pour but d'accueillir les pauvres, les malades et les déshérités. A cette époque, Ce sont essentiellement donc des hommes et des femmes engagés dans la foi chrétienne et quelques civils qui s'occupent des malades et des minorités sociales. Seules quelques religieuses ont un rôle d'intendance et de vérification du respect d'un certain nombre de normes. *« Les soins les plus techniques – pansements, clystères, cautères –étaient donnés par les élèves chirurgiens. La première responsabilité comme à toutes les sœurs est l'accueil des malades : les installer, s'assurer de leur repas et leur remède, et qu'ils soient visités par le médecin. Mais les règlements des hospitalières de Lyon révèlent qu'elles se sont occupées plus d'intendance que de soins aux malades »* (Charles, 1979 ; p 55). Le règlement de l'hôpital général et grand Hôtel-Dieu de Lyon, en vigueur au 16^{ème} siècle, est sans équivoque à cet égard : *« cependant, elles (les sœurs) n'ont pas la responsabilité de l'alimentation des malades : à chaque distribution l'élève en chirurgie suit les sœurs chargées de distribuer le repas, il lui est enjoint de ne pas souffrir qu'ils (les malades) en reçoivent au-delà et d'examiner si leur état permet de suivre l'ordonnance ; et dans le cas où il trouvera des accidents ou de la fièvre il fera retrancher les aliments. Après chaque distribution, les sœurs rapporteront le surplus des aliments qui n'auront pas été distribués sans qu'elles puissent en laisser dans les salles »* (Charles, 1979 : p42). Elles assurent un rôle au quotidien dans le contrôle des dépenses, veillant à faire des économies par une gestion rigoureuse. Ainsi se trouvent là les prémices d'une approche plus gestionnaire de la fonction.

La période de la Révolution marque le tournant de la laïcisation des hôpitaux français, qui s'inscrit dans un contexte d'évolution des missions de l'hôpital et à l'exigence des médecins, dont le rôle devient de plus en plus important dans l'hôpital avec le progrès de la médecine et surtout de l'hygiène. Les principales missions qui vont être attribuées aux surveillantes sont les suivantes : surveiller la répartition des aliments, régler les rapports avec la lingerie, veiller au

maintien de l'ordre et de la discipline de la salle, mais encore elles ont le devoir de demeurer constamment dans les salles, en dehors des heures, de repas, tandis que les religieuses en distrayaient une large part pour la prière, la méditation, les pieux exercices de tous genres, etc. Elles doivent participer personnellement aux soins, donnés aux malades, faire ou faire faire devant elles tous les pansements, toutes les petites opérations que les médecins ou les chirurgiens leur confient ; prendre des renseignements précis sur les malades, noter la température, etc. Elles doivent être les premières infirmières du service et prêtes à accomplir toutes les tâches nécessaires à la prise en charge du patient. Avec l'évolution de la mission des hôpitaux cette fonction qui jusqu'alors ne posait pas question, se révèle difficile pour ceux qui la vivent. Dès l'entrée en fonction de ces premières surveillantes à Paris, Leroux-Hugon et Knibiehler (1992) relève la difficulté de leur travail : « *la surveillante a un rôle difficile à jouer, celui toujours en porte-à-faux des petits gradés sortis du rang* ». Leur travail est présenté comme lourd et manquant parfois de précision sur l'attribution des tâches et la variété de ses responsabilités. Chacun se garde bien de préciser la nature de ses attentes, car il sait qu'elles seront divergentes et inconciliables. En 1958, La fonction surveillante va se professionnaliser grâce au décret n°58-1104 du 14 novembre 1958³. L'accès à la fonction de surveillante des services de soins se fait par deux filières : l'ancienneté dans le métier d'infirmière ou 5 ans d'expériences en tant qu'infirmière et la possession du certificat de cadre. Ce mouvement de professionnalisation des surveillantes s'effectue en parallèle de celui des infirmières, vivier dans lequel, on va puiser les candidats à la formation de surveillantes.

Avec la professionnalisation du métier d'infirmier, le travail d'affirmation de ce métier a des conséquences sur la construction de la catégorie surveillante. Les surveillantes interviennent activement dans la construction d'une professionnalité infirmière fondée sur des compétences techniques (rôles prescrits), et des compétences relationnelles et de nursing (rôle propre). Leur positionnement est lié à celui du personnel infirmier par rapport au corps médical. Etre reconnue comme l'infirmière la plus experte est un atout important pour être nommée surveillante. L'équipement apporté par une formation de dix mois n'est pas indispensable à cette époque

³Le décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 crée deux certificats d'aptitude : le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur (CAFIM), et le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant (CAFIS). Ces certificats sont délivrés aux infirmières et infirmiers qui ont subi avec succès un examen, au terme d'un enseignement de 8 mois. Ces programmes sont actualisés entre 1966 et 1975.

pour exercer la fonction de surveillante ; une expérience du métier d'infirmière permet l'accès à cette fonction. Les surveillantes construisent un discours professionnel plus centré sur le métier d'infirmier que sur la fonction d'encadrement. Jusqu'à présent, il existe une certaine proximité entre les infirmiers et les surveillantes. Les surveillantes d'hier, étant devenus les cadres de santé d'aujourd'hui, nous choisissons donc d'analyser la proximité entre les cadres de santé et leurs équipes par le biais de la grille des proximités de Boschma (2005) que nous présentons dans la partie qui suit.

1.2. LE CADRE DE SANTE DE PROXIMITE : UN INTERLOCUTEUR DE PROXIMITE GERANT LES RESSOURCES DE PROXIMITE

L'expression « *cadre de santé* » est officielle depuis le 31 décembre 2001. Elle est très récente. Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière précise que les fonctions du cadre de santé consistent à : « *organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens de services de soins, médicotechnique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations* ». Nous souhaitons investiguer davantage ces activités au moyen de la grille de Boschma (2005) en vue de déceler de manière précise le contenu du travail des cadres de santé de proximité, les tensions à l'intérieur de celui-ci et la manière dont ces derniers assimilent ou rejettent le volet gestionnaire en lien avec la fonction.

1.2.1. Une approche intégrée de la proximité à travers la grille de Boschma (2005)

Selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la proximité, issue du latin « *proximus* » revêt deux sens. Il signifie à la fois le voisinage d'une chose à l'égard d'une autre et traduit la Parenté entre deux personnes. La proximité est envisagée sous trois dimensions : (1) une proximité géographique ou la situation d'une chose qui est à peu de distance d'une autre, (2) une proximité affective, définit comme le « caractère de ce qui est proche » ou les liens de parenté, et (3) une proximité temporelle, soit le caractère de ce qui est rapproché dans le temps passé ou futur. Dans la littérature académique, il existe plusieurs approches de la proximité, dont nous nous intéresserons uniquement à celle de l'école de la proximité (Guilly et Torre, 2000; Rallet, 2002; Pecqueur et Zimmermann, 2004; Torre et Rallet, 2005; Torre et Zuindeau, 2006; Talbot, 2008) mobilisée de plus en plus dans les travaux en sciences de gestion. Ce courant pose l'hypothèse selon laquelle la localisation dans un espace

géographique et social conditionne les interactions entre acteurs (Guilly et Torre, 2000; Pecqueur et Zimmermann, 2004; Boschma, 2005; Bouba-Olga et Grossetti, 2008; Carrincazeaux et al., 2008; Zimmermann et Rychen, 2008). Les travaux de recherche qui s'inscrivent dans ce mouvement identifient plusieurs dimensions, variant selon les auteurs.

Torre et Rallet (2005) distinguent deux types de proximité : la proximité géographique et la proximité organisée. La proximité géographique s'apprécie à travers la distance kilométrique entre deux entités (individus, organisations, villes...) pondérée par le coût temporel et monétaire de son franchissement. Elle a pour objectif de savoir si l'on se trouve « loin de » ou « près de », la distance géographique qui fonde le partage entre proximité et éloignement, est relative aux moyens de transports. La distance kilométrique est alors pondérée par le temps et/ou le coût de transport. Elle procède d'un jugement porté par les individus ou groupes sur la nature de la distance géographique, qui les sépare. Plusieurs paramètres vont être pris en compte dans ce jugement tels que les données objectives (kilomètres, temps, prix) mais aussi la perception que les individus ont de la distance selon l'âge, le groupe social, le sexe, la profession. Faisant office de donnée physique, la proximité géographique représente une contrainte qui s'impose aux individus pour développer leurs actions. Non géographique, la proximité organisée est de nature relationnelle. Elle renvoie à la capacité qu'a une organisation à faire interagir ses membres, en y facilitant les interactions et les actions plus qu'à l'extérieur. La proximité organisée se définit selon les relations susceptibles d'exister entre les membres d'une organisation. Celle-ci implique une logique d'appartenance et de similitude à l'organisation. La logique d'appartenance se définit comme des relations qui se nouent naturellement au sein d'une organisation. La logique de similitude repose sur le fait que les membres d'une organisation peuvent partager un même système de représentations, ou un ensemble de croyances, et les mêmes savoirs. Autrement dit, deux individus sont dits proches parce qu'ils « se ressemblent », parce qu'ils partagent un même système de représentations, ce qui facilite leur capacité à interagir. C'est le cas de deux personnes militant pour le même syndicat professionnel, qui échangeront plus facilement, même s'ils sont éloignés géographiquement.

Dans la même idée que les travaux de Torre et Rallet (2005), Boschma (2005) identifie cinq dimensions de la proximité, dont quatre non géographiques : cognitive, organisationnelle,

sociale, institutionnelle. Nécessaire pour acquérir de nouvelles connaissances, la proximité cognitive fait allusion au partage de connaissances similaires ou complémentaires entre acteurs. La proximité organisationnelle vise à analyser le degré d'autonomie (juridique et économique) chez des acteurs inter organisationnels ou intra organisationnels. La proximité sociale vise à identifier l'appartenance d'un individu à un même réseau social. Enfin, la proximité institutionnelle se définit comme le partage d'un même environnement économique et social par les acteurs en relation comprenant d'une part une dimension formelle (lois, réglementation en vigueur, normes) et d'autre part une dimension informelle (habitudes, culture), de telle sorte que l'environnement institutionnel influence alors les interactions, les encourage et les contraint (Boschma, 2005). Les dimensions de la proximité selon Boschma (2005) ont largement été utilisées dans de nombreux travaux en économie régionale et spatiale ainsi que dans les sciences de gestion. Le tableau n°1 résume ses dimensions que nous utilisons par la suite pour identifier l'activité réelle des cadres de santé hospitaliers.

Tableau n°1 : Les dimensions de la proximité selon Boschma (2005)

| <i>Caractéristiques</i> | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <i>Géographique</i> | Données objectives telles que la distance, le temps et le prix |
| <i>Cognitive</i> | Partage de connaissances. |
| <i>Organisationnelle</i> | Appartenance à une organisation |
| <i>Sociale</i> | Appartenance à un même réseau social |
| <i>Institutionnelle</i> | Partage de lois, valeurs ou coutumes de façon formelle et informelle. |

Source : Auteur

Certaines dimensions ont déjà fait l'objet d'un travail de caractérisation et d'évaluation (Hamouda et Talbot, 2018). Ainsi, la proximité géographique peut être identifiée par la distance spatiale qui sépare deux acteurs (Guilly et Torre, 2000; Pecqueur et Zimmermann, 2004). L'observation des brevets déposés par les acteurs dans une organisation est une façon d'évaluer la proximité cognitive (Hamouda et Talbot, 2018). C'est à travers les outils d'analyse de réseaux que s'évalue la proximité sociale (Lazega, 1994). La proximité organisationnelle s'apprécie en identifiant des configurations organisationnelles similaires à travers des indicateurs tels que la taille ou la forme juridique. En revanche, du fait de sa nature (le partage des lois, des règles, des coutumes, des représentations et plus généralement des institutions), la proximité

institutionnelle est plus difficile à révéler (Kirat et Lung, 1999). Dès lors, peu ou pas de travaux se sont attachés à montrer ce qu'est la proximité institutionnelle et quel est son impact dans les relations inter-organisationnelles (Hamouda et Talbot, 2018). Nous souhaitons ainsi contribuer à approfondir les recherches portant sur la proximité en général, en se focalisant plus précisément sur les cadres de santé hospitaliers, dits de proximité.

Les réformes dans les organisations hospitalières déstabilisent les cadres de santé, qui doivent à la fois, se conformer aux principes du service public et à des logiques économiques de performance (Bartoli et al., 2011). La maîtrise des dépenses est devenue le principal objectif poursuivi par les autorités publiques et principalement dans le domaine de la santé où le débat tend à être réduit aux enjeux économiques de la branche assurance maladie de la Sécurité sociale (Detchessahar et Grevin, 2009). Leur activité s'oriente vers la recherche d'un fonctionnement optimal des unités de soins : choix du type de placement des malades en tenant compte des règles de cotation des actes, occupation maximale des lits, demande aux médecins de modifier le mode de prise en charge (l'ambulatoire ou l'hospitalisation classique) (Bouret, 2008). Dans un service de soins, il veille à trouver un équilibre pour satisfaire au mieux le malade, l'institution, l'équipe soignante ou l'un de ses membres (Bouret, 2008). Il est à la jonction de la direction, du corps médical, des équipes et de la personne soignée. Il compose constamment pour permettre à l'organisation de fonctionner au mieux. De nouvelles fonctions redessinent les contours déjà flous de l'activité des cadres de santé : la gestion prévisionnelle des entrées et sorties, la gestion des urgences, le suivi des patients dans les cas complexes de trajectoires hors normes complexifient la tâche. Ces fonctions essentiellement managériales viennent se greffer aux tâches traditionnelles que sont la gestion des plannings. Ainsi, nous nous appuyons sur le concept de proximité afin de mettre en lumière l'étendue des activités des cadres, d'en déceler par la même occasion celles liées à la fonction managériale et la manière dont les cadres l'assimilent ou la rejettent. Nous nous focalisons davantage sur le rôle des proximités dans l'assimilation ou le rejet de la dimension managériale chez ces cadres.

II. METHODOLOGIE ET PRINCIPAUX RESULTATS

Dans cette recherche, nous utilisons une méthodologie qualitative alliant l'observation non participante (réunions), des entretiens semis directifs (11 entretiens de 45 minutes en moyenne) et une analyse documentaire. Les données ont été recueillies en deux phases : une première

phase de collecte en Mars 2017, où a eu lieu une immersion d'un mois au sein d'un Centre Hospitalier, propice à l'observation des situations de travail des cadres de santé. La deuxième phase de collecte a eu lieu durant l'année 2018 avec des vagues d'entretien aux mois de Juillet et Novembre. Les séances d'observation se sont déroulées lors de notre présence à une réunion d'équipe (2h) présidée par un cadre de santé, en observant la journée de travail d'un autre cadre de santé (7h x 2) et en assistant quotidiennement aux réunions de transmissions entre infirmiers et aides-soignants (20 mn x 20 jours), présidées également par la cadre du service. Pendant ces sessions d'observations, nous avons pris le soin de noter dans un cahier, les activités quotidiennes du cadre de santé, ses missions et ses interlocuteurs afin de repérer son travail réel ainsi que les dimensions de la proximité. Les activités observées ont été présentées aux cadres de santé pour validation ou infirmation lors des entretiens. Ces entretiens ont ainsi servi à approfondir notre connaissance des activités du cadre de santé, les proximités visibles et les effets de l'introduction du volet gestionnaire à l'intérieur de la fonction cadre de santé. Ceci nous a permis de repérer non seulement l'impact de la proximité sur le travail réel des cadres mais aussi le rôle de ses dimensions sur l'assimilation ou le rejet du volet gestionnaire par ces derniers. Pour assurer une certaine fiabilité aux données recueillies, nous avons mené ces entretiens dans plusieurs hôpitaux du département auprès de divers cadres de santé, en poste dans des services distincts (comme mentionné au tableau n°2). Ainsi, 11 entretiens semi-directifs ont été menés en face à face auprès de cadres de santé travaillant dans cinq des hôpitaux d'un Groupement Hospitalier de Territoires (GHT)⁴. La grille d'entretien s'articulait autour de trois parties : une partie sur la description des missions et des activités quotidiennes, une autre sur la perception des dimensions de la proximité et l'autre sur l'impact de ses dimensions sur l'assimilation ou le rejet de la fonction managériale. L'analyse documentaire, comprenait uniquement des documents internes. Elle a permis de retracer l'historique des changements observés dans chaque établissement. Les entretiens ont été retranscrits intégralement et compte tenu du faible échantillonnage, les données recueillies ont été traitées manuellement.

2.1 LA PRESENTATION DU CAS D'ETUDES.

⁴ Promulguée en 2016 par la loi de Modernisation de Notre système de santé, les Groupements Hospitaliers de Territoire sont un mode de coopération entre des hôpitaux publics français inscrits dans un même territoire en vue à la fois de mutualiser les ressources et garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins.

Les activités du cadre de santé de proximité se concentrent d'une part sur la coordination des soins et, d'autre part, sur la supervision d'une équipe et la gestion des ressources au sein d'un ou plusieurs services. Les équipes supervisées ne sont pas homogènes, comme le démontre le tableau n° 2. Les services au sein desquels les cadres interrogés exercent leurs activités sont composés de différentes catégories de professionnels (infirmiers, aide-soignants, agents de services hospitaliers). Les équipes supervisées comportent entre 13 et 50 agents. Les cadres de santé ne sont pas égaux face à la charge que représente la gestion des ressources humaines. Certains ont la charge d'un seul service alors que d'autres doivent superviser le travail d'agents de plusieurs services, ce qui accroît de manière très conséquente la taille de l'équipe à manager. Nous pouvons supposer que ceci se traduit par une complexité dans les pratiques quotidiennes et soulève la question de la proximité entre les équipes et le cadre dit de proximité et de la manière dont elle se manifeste. La taille élevée des équipes est une caractéristique importante de cette fonction. De plus, la réduction des ressources est une constante pour la plupart des organisations publiques françaises, dont les hôpitaux. Cette tension sur les ressources (largement liée à la tarification à l'activité) accroît davantage les difficultés de supervision des équipes pour certains services tels que les courts séjours gériatriques, l'unité médico-chirurgicale, le service ambulatoire et le service chirurgical. En effet, le principe qui prévaut est celui de la réduction des durées de séjours et l'accroissement de la rotation des patients. D'autres services tels que la psychiatrie et les unités de soins de suite et de réadaptation, ne sont pas soumis à la tarification à l'activité. Il en est de même pour le service oncologie pédiatrique, qui bénéficie d'une importante aide venant des associations. Ces services jouissent encore d'un manne financière non négligeable qui réduit la tension. Dans ces situations, c'est plutôt le profil des patients pris en charge qui guident les missions et les activités du cadre de santé de proximité plus que le contrôle des ressources et le pilotage économique. La proximité organisationnelle est présente chez les cadres de santé que nous avons interrogés car certains officient dans des organisations similaires (Centre Hospitalier Universitaire, Centre Hospitalier et Centre Hospitalier de Proximité), comme le montre le tableau n°2. La proximité institutionnelle est présente entre certains cadres mais pas tous car nous sommes en présence de cadres de santé de proximité officiant pourtant dans un même contexte institutionnel, marqué par un environnement contraint à des restrictions budgétaires mais ces derniers n'exercent par leurs fonctions dans les mêmes conditions.

Tableau n°2: Le cadre de santé de proximité en situation de gestion

| | Cadres interrogés | Services en charge | Taille de l'équipe à superviser |
|-----------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Centre Hospitalier Universitaire | Cadre 1 | Hématologie oncologie pédiatrique, service aphérese, unité soins palliatifs pédiatriques et Maya | 37 personnes |
| | Cadre 2 | Service d'EHPAD | 36 agents |
| | Cadre 3 | Unité de soins de suite et de réadaptation | 40 agents |
| Centre Hospitalier | Cadre 4 | Court séjour gériatrique | 20 agents |
| | Cadre 5 | Court séjour gériatrique | 19 agents |
| | Cadre 6 | Service psychiatrique | 19 agents |
| | Cadre 7 | Court séjour gériatrique | 19 agents |
| | Cadre 8 | Chirurgie | 40 agents |
| | Cadre 9 | Psychiatrique | 13 agents |
| Centre Hospitalier de Proximité | Cadre 10 | Unité médico-chirurgicale, service de consultation, de l'équipe de bio-nettoyage et du service ambulatoire | 50 agents |
| | Cadre 11 | Unité de soins longue durée et le court séjour gériatrique | 25 agents |

Source : Auteur

Dans les faits, la situation de travail des cadres de santé de proximité est sujette à ambiguïté, d'autant plus qu'ils sont les interlocuteurs pour des personnels aux profils professionnels divers. Chaque catégorie professionnelle revendique des objectifs que chacune estime légitimes. Le volet gestion de la fonction de cadre de santé, englobe une diversité de tâches. Il implique de s'adapter à différents interlocuteurs qui ne sont pas uniquement des soignants. Dans l'univers public le cadre s'adresse à des professionnels qui peuvent avoir des difficultés à appréhender la logique gestionnaire qui guide les choix et orientations de leurs supérieurs. Mais qu'en est-il dans la réalité ? c'est ce que nous nous proposons de voir dans la partie qui suit en présentant les principaux résultats de notre recherche.

2.2 LES PRINCIPAUX RESULTATS OBTENUS⁵.

Des résultats obtenus, nous pouvons tirer les trois constats suivants :

⁵ Les verbatim sont présentés en annexe.

1° Le volet gestionnaire intégré à la fonction cadre de santé de proximité englobe **une diversité de tâches et d'activités opérationnelles**. Celles-ci heurtent la perception que les cadres se font de leur fonction. Dans la plupart des cas, les cadres de santé ont le sentiment que **leurs missions gestionnaires en tant que cadre sont en contradiction avec l'esprit soignant et avec les valeurs portées par l'hôpital public**. Le malaise ressenti semble en découler. **Ainsi, la proximité cognitive entre les cadres de santé de proximité et les infirmiers est clairement exprimée.**

2° Nous avons aussi repéré les proximités géographique, organisationnelle et institutionnelle. **Nos résultats ne révèlent pas de proximité sociale entre les cadres de santé eux-mêmes puis entre eux et leurs équipes.**

3° De toutes les quatre dimensions identifiées, seule la proximité cognitive est clairement exprimée comme un frein à l'assimilation ou le rejet du volet gestionnaire. En effet, **issus dans la plupart des cas de la fonction infirmière, les cadres décident en majorité de rejeter le volet gestionnaire pour conserver le sens de leur fonction, d'autres intègrent de manière nette la gestion dans leurs pratiques mais avec certaines difficultés.**

2.2.1. Un versant gestionnaire large, englobant une diversité d'activités très opérationnelles, source de malaise.

Le cadre de santé de proximité est le chef d'orchestre au sein du service, qu'il coordonne à travers un éventail d'activités. Ces activités peuvent être classées en deux groupes : la gestion du service et la gestion des projets transversaux. Les activités liées à la gestion du service sont diverses. Les principales sont la gestion administrative des ressources à travers la gestion des plannings, le suivi des effectifs, des absences, de la formation et l'évaluation des compétences. Il est également emmené à s'occuper de la logistique, à travers la gestion des commandes de matériels (des lits, aux ampoules en passant par la commande du matériel bureautique et des médicaments pour les patients). Il a également en charge la gestion des flux patients, en mettant en œuvre l'ensemble des moyens nécessaires pour que l'admission, le parcours en interne et la sortie du patient se passent dans les meilleures conditions. Le deuxième groupe rassemble l'ensemble des projets transversaux mis ou à mettre en place en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients soit à l'intérieur du service, soit dans un service complémentaire. Ces projets rassemblent une équipe pluridisciplinaire autour d'une thématique particulière, à

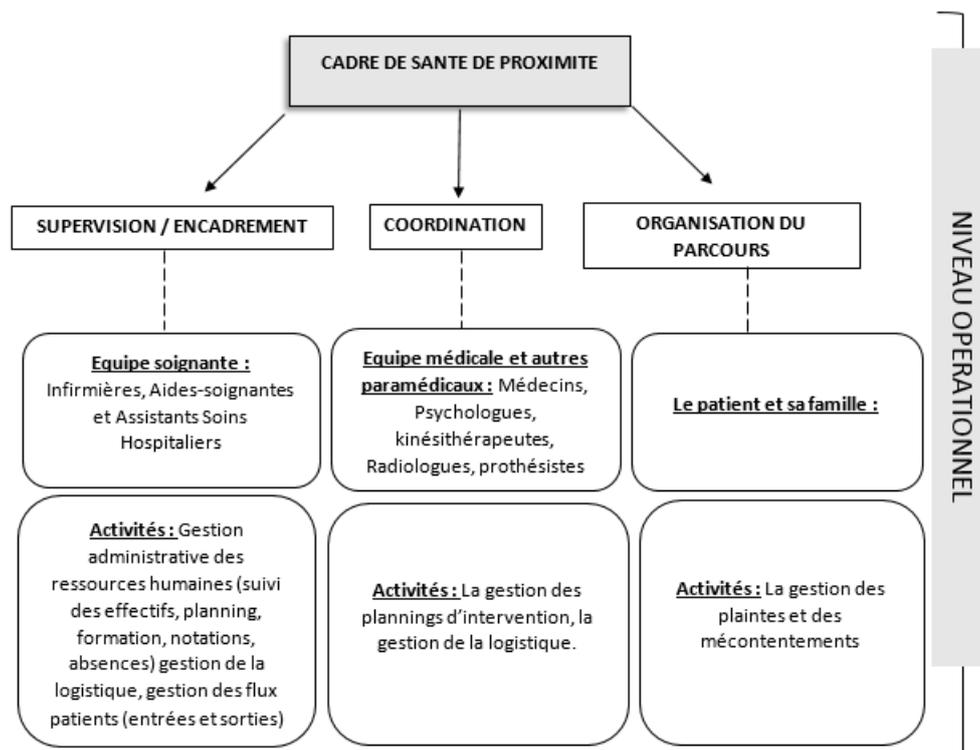
laquelle l'équipe réfléchit afin d'apporter des solutions et identifier des axes d'améliorations. Bien souvent les cadres de santé de proximité ont dû mal à mettre en œuvre des projets transversaux. Ils sont happés par les activités opérationnelles considérées comme des tâches purement administratives. Ce sont lors de ces projets, qu'ils perçoivent toute la dimension stratégique à leur fonction, initialement presque exclusivement opérationnelle, et qu'il retrouve un certain sens. Mais la plupart ressentent une certaine frustration. Au cours de la formation de cadres, la gestion des projets transversaux est présentée comme une activité primordiale qui selon eux ne peut être réalisée qu'au détriment des autres. Cet arbitrage à réaliser est finalement à l'origine d'une tension de rôle forte. Sur le terrain, la réalité est toute autre.

2.2.2. Une proximité se lisant à plusieurs niveaux et englobant une diversité d'acteurs: certains à encadrer, d'autres à coordonner.

Ainsi au sein de sa fonction, le cadre de santé de proximité est emmené à encadrer ou coordonner le travail d'une diversité d'acteurs : l'équipe soignante et les paramédicaux et parfois l'équipe médicale. Les soignants (infirmiers, aide-soignant et assistants en soins hospitaliers) sont sous la supervision directe du cadre de santé de proximité, qui leur délègue certaines activités pour se dégager du temps. La majorité des cadres de santé de proximité est issue de la fonction soignante, ce qui est propice à la proximité fonctionnelle. Celle-ci est source de confiance entre ces deux professions. La relation de confiance se consolide ou pas au quotidien à travers la manière dont le cadre de santé va gérer son service. Certains cadres affirment que la représentation de la fonction est managériale. Ils se voient comme un manager opérationnel proche et à l'écoute de leur équipe. La proximité se matérialise à travers des gestes simples tels que « *laisser la porte de son bureau ouverte afin d'être disponible* », « *aller sur le terrain pour dire bonjour à l'équipe* », « *participer au moins à une réunion de transmissions orales* ». Toutefois, certains cadres peuvent être emmenés à coordonner le travail d'autres personnels paramédicaux ou médicaux, par glissement de tâches en l'absence de recrutement du cadre supérieur de santé. En pratiquant une supervision indirecte, ils sont emmenés à organiser les plannings d'intervention de ces professionnels mais aussi à gérer les commandes de matériels spécifiques. De façon indirecte, le cadre de santé peut être également proche du patient dans les situations de litiges entre l'équipe soignante et ce dernier. Dans le but de satisfaire à la qualité de prise en charge du patient, le cadre de santé aura pour mission principale

de réduire les tensions. Le schéma n°1 recense l'écosystème autour du cadre de santé et les activités principales qui composent cette fonction.

Schéma n°1 : L'écosystème autour de la fonction cadre de santé de proximité



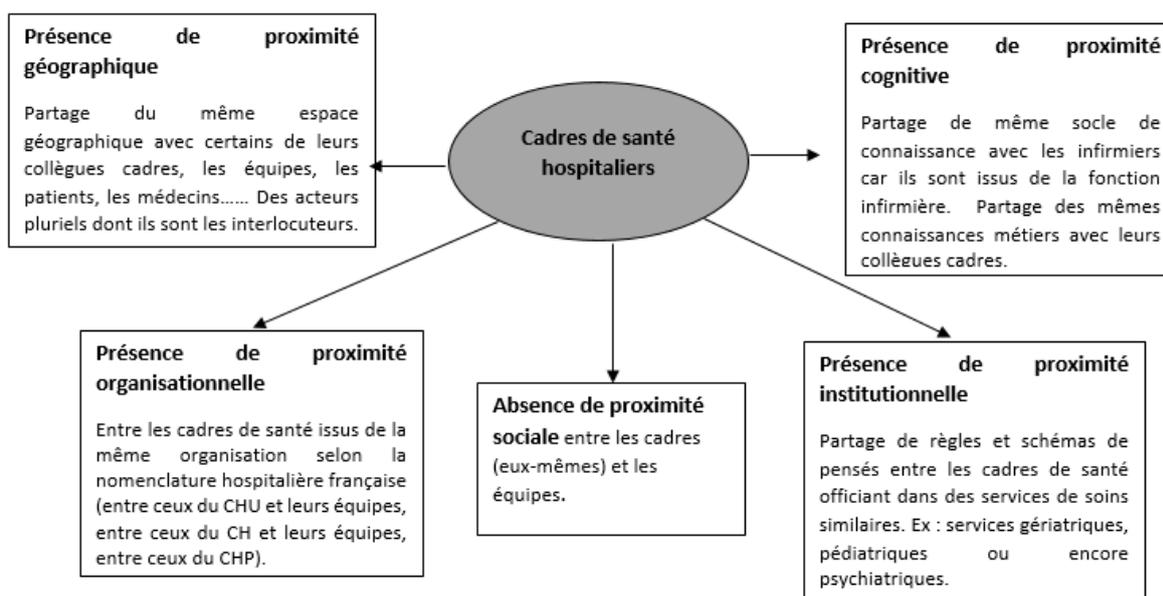
Source : Auteur

2.2.3. Une proximité s'évaluant à travers diverses dimensions: géographique, organisationnelle, cognitive et institutionnelle.

En utilisant la grille des proximités de Boschma (2005), nous repérons quatre dimensions de proximité entre les cadres de santé entre eux, mais aussi entre eux et leurs équipes à savoir, les proximités géographique, cognitive, organisationnelle et institutionnelle. La proximité géographique est observable chez la plupart des cadres de santé, étant situés sur le même site géographique que les équipes qu'ils coordonnent et du patient d'une part, et proches de certains de leurs collègues à l'intérieur du service de soins d'autre part. La proximité cognitive apparaît chez les cadres de santé issus de la filière soignante. Ils partagent avec les infirmiers, catégorie professionnelle à laquelle, ils ont appartenu avant d'être cadres de santé, des valeurs et des modes de pensées communs. Dans notre échantillon de cadres interrogés, nous avons des cadres qui sont issus de la même organisation à la lecture de la nomenclature des hôpitaux publics

français, à savoir CHU, CH et CHP. Nous avons donc 3 cadres de santé qui officient dans un CHU, 6 cadres de santé qui travaillent dans un CH et 2 cadres de santé qui sont en postes dans un CHP. Ceux qui travaillent dans un CHU (dont la particularité est une organisation hiérarchique très prononcée avec des échelons supplémentaires) présentent des règles et des coutumes différentes de ceux qui sont en poste dans un CH (peu d'échelons hiérarchiques, laissant plus d'autonomie aux cadres de santé, tout comme les CHP) nous observons des règles et des coutumes différentes. Ces règles sont également visibles au sein des cadres issus d'organisations différentes mais officiant des services similaires tels que la psychiatrie, la gériatrie, la pédiatrie. Par exemple, les cadres de santé qui travaillent dans des services pédiatriques font état d'une abondance de ressources matérielles et financières, venant de la part des associations qui œuvrent pour le bien-être de l'enfant, à l'inverse des services gériatriques, où ces moyens manquent. C'est dans ce cadre qu'apparaît la proximité institutionnelle. Toutefois, nos résultats n'ont pas permis d'identifier la proximité sociale auprès des cadres interrogés car la grande majorité évoque un cloisonnement entre les collègues cadres issus du même service de soins, entravant la construction de relations sociales. De plus, la charge quotidienne de travail nuit aussi au développement de relations amicales et sociales entre les cadres issus d'un même service ou entre les équipes qu'ils coordonnent. Le schéma n° 2 illustre les dimensions de la proximité chez les cadres de santé hospitaliers.

Schéma n°2 : Les dimensions de la proximité chez les cadres de santé hospitaliers.



Source : Auteur

2.2.4. Une proximité cognitive impactant l'assimilation ou le rejet du versant gestionnaire.

Le volet gestionnaire intégré à la fonction de cadre de santé de proximité implique de développer de nouvelles compétences et aptitudes, telles que la capacité à rationaliser les ressources, en gérant son service comme un centre de profits. Cette façon de concevoir la fonction apparaît comme étant en inadéquation avec les valeurs du cadre de santé de proximité. En effet, ce professionnel est marqué par la prégnance des valeurs soignantes mais aussi par celles publiques que partagent les agents des organisations publiques : l'égalité de traitement, sans condition de ressources financières. La plupart de ces « nouveaux managers » exprime, l'impossibilité de répondre de manière satisfaisante aux attentes de leur hiérarchie ou à celle de leur équipe. Les cadres adoptent deux types de postures. Certains endosse ce nouveau costume, celui de manager-gestionnaire d'autre rejette cette injonction. Les premiers se considèrent avant tout comme des gestionnaires ou des managers au sein d'un service de soins. Les seconds rejettent implicitement la fonction (cadre manager-gestionnaire) à partir du moment où ils considèrent qu'il existe une différence majeure entre les termes « cadre » et « manager ». Dans leurs esprits, ils ne sont pas des managers mais plutôt des cadres, car pour eux le terme « manager » est associé aux organisations privées et il est contraire à la philosophie des institutions publiques. Ces derniers, n'ont pas encore fait le deuil de la fonction infirmière, dont ils sont issus et à laquelle ils s'identifient très fortement. D'autres rejettent la fonction car ils ont l'impression qu'elle ne leur offre aucune latitude et elle ne leur permet finalement pas de peser sur l'avenir de leur service. Ils privilégient le côté opérationnel de la fonction. Ils se présentent plus comme des opérateurs de terrain, sans attribution gestionnaire et cela d'autant plus que la gestion financière, perçue comme stratégique, ne fait pas partie de leurs activités.

III. DISCUSSION :

Les résultats cette étude de cas font état de points majeurs en ce qui concerne le travail des cadres de santé de proximité et les conditions d'exercice de cette fonction dans le contexte des organisations publiques françaises. D'abord, la diversité des tâches et des activités renvoie à l'invisibilité (Bouret, 2008) d'une partie conséquente du travail rattaché à la fonction de cadre de proximité. L'environnement des organisations hospitalières très changeant impose aux cadres de santé de reconfigurer leurs activités (modifications de dernière minute sur les

plannings des agents, téléphone qui n'arrête pas de sonner...). Ces derniers sont confrontés à divers engagements hétérogènes et conflictuels, occasionnant des charges supplémentaires souvent peu visibles (Datchary, 2008). Notre recherche permet de confirmer les travaux des sociologues du travail soulignant cette invisibilité du travail chez les managers de proximité, précisément les cadres de santé (Bouret, 2008; Datchary, 2008). A travers l'analyse du travail réel des cadres, nous avons souligné les dimensions de la proximité chez ces derniers, entre eux et avec leurs équipes. Ce sont les dimensions géographique, cognitive, organisationnelle et institutionnelle, qui ont été repérées. La dimension sociale n'a pas été identifiée car difficile à mettre en place dans cet environnement changeant qui engendre une surcharge de travail à la fois chez les cadres et les équipes à superviser. Les cadres de santé de proximité actuels, submergés par les tâches administratives, doivent développer une importante dextérité et agilité intellectuelle pour passer d'une tâche à l'autre et prioriser les actions. Les transformations des organisations hospitalières, impliquent d'intégrer une logique gestionnaire qui vient percuter les valeurs soignantes dont la grande majorité des cadres de santé sont fortement imprégnés et celles portées par l'institution. C'est en cela que la dimension cognitive liée au partage de connaissance entre les soignants et les cadres de santé, impacte l'assimilation ou le rejet du volet gestionnaire chez les cadres de santé interrogés. La tension valorielle enregistrée instaure un climat de malaise dont ne parviennent pas à se libérer les cadres. Ce constat nous oriente vers un décalage entre la perception du métier par les cadres de santé de proximité et la réalité du terrain. Au cours de leur année de formation, la fonction de cadre semble leur être présentée comme une fonction tactique à travers la gestion des projets. En intégrant leur poste, la vision opérationnelle prend le dessus face à des tâches administratives de plus en plus nombreuses telles que la gestion de l'absentéisme ou la commande de matériels bureautiques par exemple. Ce sentiment d'être en situation d'exécutant ressort chez tous les cadres de santé de proximité interrogés. Par ailleurs, ils évoquent le manque de légitimité qui provient de l'insuffisance de marges de manœuvres et de reconnaissance. Ils analysent le manque de moyens que leur accordent leurs supérieurs comme un déni de légitimité. Le manque de légitimité vis-à-vis de leurs équipes proviendrait, elle, de l'incapacité à répondre correctement aux exigences des personnels qu'ils encadrent. Le rôle du cadre de santé de proximité dans le contexte des organisations publiques n'est finalement pas clairement défini. Ce constat confirme les travaux éclairant sur le changement chez les managers de proximité qui font état de rôles imprécis, peu clairs générant des tensions chez ces derniers (Bellini, 2005; Autissier et Derumez, 2007;

Bollecker et Nobre 2011). Il ainsi urgent de clarifier les fonctions du manager de proximité au sein du secteur public. Cela passe par une identification et une explicitation précise les compétences centrales et de celles émergentes que doit détenir le manager public en contexte de transformation des organisations. Cela permettrait probablement de limiter les tensions perçues par les managers de proximité dans le cadre de leur fonction et par la même occasion de maintenir un climat de travail apaisé au sein des services dont ils coordonnent l'activité.

CONCLUSION

A travers cette communication, nous avons souhaité identifier la manière dont les cadres de santé de proximité assimilent le volet gestionnaire lié à leur fonction dans un contexte de transformation des organisations publiques hospitalières en utilisant la grille de lecture des proximités de Boschma (2005). Il apparaît que la construction de la fonction cadre de santé de proximité doit être concomitante à la transformation des organisations publiques. Le manque d'anticipation de l'évolution des métiers de la fonction publique et d'une formation orientée vers les nouvelles exigences de métiers qui s'ouvrent aux dimensions gestionnaires et managériales expliquent le malaise des cadres intermédiaires. Ces derniers éprouvent des difficultés à assimiler la logique gestionnaire, face à l'intensité des activités quotidiennes de nature opérationnelle. Ces activités ne valorisent pas la fonction aux yeux des cadres de santé de proximité, anciens soignants, qui ne la voient pas comme une fonction managériale mais plutôt une fonction opérationnelle sans véritable légitimité aux yeux des agents et de la hiérarchie. D'ailleurs la proximité cognitive entre les soignants et les cadres de santé entravent l'assimilation de nouvelles exigences gestionnaires dans la fonction. Cette réalité vécue entre en conflit avec la perception que les cadres avaient de leur fonction avant leur prise de fonction. En dévoilant non seulement la diversité des activités managériales et des interlocuteurs du cadre de santé dans un service de soins mais aussi les dimensions de la proximité à l'intérieur de cette fonction, cette communication confirme toutefois les travaux de recherche portant sur la nécessité de préciser le rôle du manager de proximité dans les contextes de changement organisationnel. De plus, en ce qui concerne la grille des dimensions de la proximité de Boschma (2005), nous a permis d'identifier l'étendue des activités liées à la fonction cadre de santé de proximité, bien que la dimension sociale soit difficilement identifiable dans notre cas. En effet, nous n'avons pas pu repérer la présence de liens amicaux ou sociaux, soit commun aux cadres de santé de proximité, soit entre les infirmiers et les cadres de santé de proximité.

Alors que les dimensions cognitives, organisationnelles, institutionnelles et géographiques ont été identifiées. Par exemple, la proximité cognitive, entre les cadres de santé et les infirmiers explique en partie les tensions valorielles que les cadres ressentent dans l'exercice de leurs activités. Cette dimension a un impact sur la manière dont les cadres assimilent le volet gestionnaire de leur fonction. Les principales limites à ce travail sont le faible échantillon interrogé et le caractère difficilement généralisable de cette étude qualitative. Néanmoins, ce travail est la première phase (exploratoire) d'une recherche qui se poursuit.

ANNEXE

RESULTATS VERBATIMS

| RESULTATS | VERBATIMS |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Constat 1 : Une diversité d'activités très opérationnelles</p> | <p><i>E2 : « L'absentéisme, les plannings, les formations, les évaluations... Toute la partie Ressources Humaines, la partie qui concerne plus le matériel, c'est à la fois les commandes, la gestion du matériel, je suis les retranscriptions le matin »</i></p> <p><i>E3 : « Gestion des ressources humaines, gestion dans l'organisation des soins, gestion des commandes, par la logistique, l'approvisionnement... voilà... j'ai un rôle de coordination, mais ça, ça rentre dans la gestion des soins... »</i></p> <p><i>E1 : « il y a tout ce qui est dynamique d'équipe c'est-à-dire, dans quel sens on va. C'est quoi nos perspectives pour l'année, faire les points de suivi sur les différents projets, repérer et amener les projets que la direction nous demande de mettre en place qui sont nécessaires pour la certification de différentes choses on va dire institutionnelles et aussi en parallèle, et ça c'est important, les projets qui peuvent émaner de l'équipe ou que moi je peux repérer comme besoin. »</i></p> <p><i>E7 : « Les principales activités sont la gestion de flux. Il y a les entrées, sorties des patients...J'ai aussi tous les flux logistiques : la restauration, les déchets, l'approvisionnement en matériel, le fonctionnement des systèmes informatiques, la pharmacie. Tout ce qui concourt au bien-être du patient. Donc ça va être des problématiques de chauffage, le robinet qui ne marche plus, l'eau chaude... Tout ce qui va être logistique et puis toute une partie travail en équipe »</i></p> <p><i>E8 : « Tout ce qui est gestion de commande de papeterie... médicaments... papeterie... matelas, location de matelas. Les lits... c'est dans les achats, c'est dans l'investissement. Protections, commande de lingerie aussi »</i></p> <p><i>E6 : « Par glissement de tâches et en l'absence de cadre supérieur de santé, je peux être emmené à superviser les médecins et autres paramédicaux dans l'exercice de leur fonction au sein de service de soins, à travers la gestion de leur planning d'intervention au sein du service »</i></p> <p><i>E7 : « la gestion des flux patients, entrées, sorties, la relation avec les parents, avec l'enfant également. Certains viennent ici, ils savent, ils connaissent ma fonction. Ils peuvent venir m'adresser des plaintes, des remarques ou des choses positives donc voilà vraiment ça... »</i></p> |



**Constat 2 Les
dimensions de
la proximité**

E1 : « Je m'adresse de manière informelle aux patients et aux familles, du coup ils viennent me voir. Voilà leur degré de satisfaction. S'il y a des éléments qui ne leur conviennent pas et etc., et après vraiment coordonner leur parcours donc ça, après c'est de la délégation aussi, c'est pas moi qui fais tout ça, mais c'est moi qui dois en être le garant car s'il y a un problème c'est le cadre de santé qui n'a pas bien organisé les choses »

E8 : « Il n'y a pas de... nuances... si ce n'est que bon, cadre de santé, ça se rapproche de notre formation de base en fait, voilà, on est soignant avant tout, je pense que c'est pour ça aussi que... mais bon, j'ai une fonction managériale quand même ... voilà... »

E9 : « je pense que quand on parle du quotidien, on est beaucoup dans l'opérationnel, mais par contre, contrairement à un CHU où il y a plus de strates au-dessus de nous, on est quand même davantage dans les décisions à prendre, stratégiques. Du coup ça peut être... ça peut être sur... des... projets à monter au sein d'un service, ça peut être sur les travaux qui vont être réalisés au sein du service, pour le coup on va quand même assister aux réunions, etc. Actuellement, on a du mal, mais on peut au moins donner notre avis, on peut être consultées »

E3 : « les UHCD, c'est un lieu de vie, donc... on a des contraintes budgétaires, mais on n'a pas de contraintes de DMS, et les urgences, on a des contraintes budgétaires, mais on est pas soumis complètement à la T2A, donc du coup, on a pas cette pression sur la DMS, par contre »

E6 : « On a énormément de difficultés au niveau des urgences adultes, parce que je peux parler d'expérience, la différence, c'est quand on a 25 % de personnes âgées qui arrivent dans un service hospitalier comme les urgences, et qui est quand même une des portes d'entrée de l'hôpital, et qu'on ne sait pas où les mettre, où les placer dans un lit, il y a un problème quoi, la pédiatrie c'est différent, la pédiatrie, c'est une spécificité... qui parfois nous pose problème parfois dans le nombre de lits dont on dispose, mais par contre on a quand même une marge de manœuvre un peu plus importante, les personnes âgées, je trouve qu'on devrait mettre un peu plus sur ce genre... sur ce genre de problématique de la personne âgée »

**Constat 3 :
L'impact de la
dimension
cognitive,
tensions
éthiques et
freins à
l'assimilation
du volet
gestionnaire.**

E11 : « Ben... je dirais que ça heurte nos valeurs, nous, tous les soignants, si on est dans le service public c'est justement pour soigner tout le monde de façon équitable, j'estime que cette notion d'argent ne devrait pas entrer en ligne de compte, comment dire, on doit soigner tout le monde de façon neutre. Cette notion d'argent elle est à mille lieux des soignants »

E3 : « Moi j'assimile les deux, cadre et manager, c'est vrai que... dans les équipes, les plus anciens quand je suis arrivée ont eu tendance à m'appeler madame la surveillante, alors plus ou moins en plaisantant, mais... voilà, même moi avec mon âge et ma génération, je me suis retrouvée quelques fois appelée comme ça, surtout par les plus anciens, alors des fois c'était un petit peu dans le ton de la plaisanterie, mais on sent qu'il reste un peu ce côté-là, la vision du surveillant qui surveille.... »

E4 : « Un cadre de santé c'est le manager de l'équipe paramédicale au sein d'un hôpital ou ici dans le service. Ça veut dire que je suis issue de la filière infirmière, et j'ai acquis, enfin j'espère, et j'acquiers plutôt, des compétences managériales... Les deux sont nécessaires. » « Moi je me sens cadre de santé et manager. Pour moi et je pense que l'évolution actuelle, si les cadres de santé se voyaient comme un manager cela serait différent »

E10 : « Moi, je pars du principe qu'autrefois, je prenais soin des patients maintenant, je prends soin des équipes dans l'intérêt du patient peut être que quelque part ça me rassure car il y a toujours cette dimension soin ».

E5 : « Je me considère cadre de santé surtout, et avant tout, parce que j'ai quand même ce sentiment d'humanité. Je sais d'où je viens au niveau de mon métier de base, et je pense que je suis encore attachée au métier d'infirmière. Et c'est pour ça que je me considère comme cadre de santé. Parce que, si on n'est que manager dans l'état d'esprit, on n'est que dans la gestion. Moi, je suis dans la gestion parce qu'il faut l'être, quoi qu'il arrive. Mais je pense que j'ai aussi quelque part l'humanité d'être une ancienne infirmière et d'être quelque part plus en empathie qu'un manager pur le serait »

E7 : « Aujourd'hui, ça va dépendre des dossiers sur lesquels je travaille. Quand je travaille sur le fonctionnement de mon équipe, les problématiques liées à mon équipe, je suis un manager de proximité. Mais quand on va me demander de travailler sur la mise en place du logiciel de gestion des temps qui va s'appliquer aux 5000 collaborateurs de l'association, là je ne suis plus un manager de proximité, là je travaille en mode projet sur un mode transverse »

Source : Auteur

BIBLIOGRAPHIE

- Autissier, D. et Vandangeon Derumez I., (2007), « Les managers de première ligne et le changement ». *Revue française de gestion*, n° 174: 115-30.
- Bellini, S., (2005), « Éviter le marteau, glisser sur l'enclume. Comment les managers de proximité ajustent leurs rôles face aux contraintes de l'organisation ». *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* Numéro 65 (1):
- Bezes, P., Demazière D., Le Bianic T., Paradeise C., Normand R., Benamouzig D., Pierru F., et Evetts J., (2011), « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? » *Sociologie du Travail* 53 (3): 293-348.
- Bollecker, G. et Nobre T., (2011), « Les conflits de rôle, une conséquence des paradoxes qui s'exercent sur l'organisation : le cas d'une organisation de service public évoluant vers le modèle marchand ». XXème conférence AIMS.
- Boschma, R., (2005), « Proximity and Innovation: A Critical Assessment ». *Regional Studies* 39 (1): 61-74.
- Bouba-Olga, O. et Grossetti M., (2008), « Socio-économie de proximité ». *Revue d'Economie Regionale Urbaine* octobre (3): 311-28.
- Bouret, P., (2008), « Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible ». *Revue française d'administration publique* n° 128 (4): 729-40.
- Carrincazeaux, C., Grossetti M., et Talbot D., (2008), « Clusters, Proximities and Networks ». *European Planning Studies* 16 (juin): 613-16.
- Charles, G., (1979). *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*. Le Centurion.
- Codo, S. et Cintas C., (2013), « Quand le stress envahit la fonction publique territoriale : une recherche empirique auprès des managers intermédiaires et des managers de proximité ». *Politiques et management public*, n° Vol 30/1 (janvier): 89-110.
- Datchary, C., (2008), « Gérer la dispersion: un travail collectif ». *Sociologie du Travail*, 396-416.

- Detchessahar, M. et Grevin A., (2009), « Un organisme de santé... malade de « gestionnisme » ». *Annales des Mines - Gerer et comprendre* N° 98 (4): 27-37.
- Divay, S. et Gadéa C., (2015), « Aggiornamento managérial des établissements publics et dynamiques professionnelles ». *Gouvernement et action publique* N° 4 (4): 81-99.
- Fortier, I., (2010), « La « réingénierie de l'Etat », réforme québécoise inspirée du managérialisme ». *Revue française d'administration publique* n° 136 (4): 803-20.
- Guilly, J-P. et Torre A., (2000). *Dynamiques de proximité*. Paris: L'Harmattan.
- Hamouda, I. et Talbot D., (2018), « Contenu et effets de la proximité institutionnelle : un cas d'enfermement dans l'industrie aéronautique ». *Management Avenir* N° 101 (3): 105-29.
- Kirat, T. et Lung Y., (1999), « Innovation and Proximity Territories as Loci of Collective Learning Processes ». *European Urban and Regional Studies* 6 (janvier): 27-38.
- Lazega, E., (1994), « Analyse de réseaux et sociologie des organisations ». *Revue française de sociologie* 35 (2): 293-320.
- Leroux-Hugon, V. et Knibiehler Y., (1992). *Des saintes laïques: les infirmières à l'aube de la Troisième République*. Paris, France: Sciences en situation.
- Maclouf, E. et de Fabregues M., (2015), « Quand la rationalité des gestionnaires publics sauve l'organisation ». *Revue française de gestion*, n° 250 (septembre): 159-75.
- Mazouz, B., Rousseau A. et Sponem S., (2015), « Les gestionnaires publics à l'épreuve des résultats ». *Revue française de gestion*, n° 251 (novembre): 89-95.
- Park, S M. et Joaquin M. E., (2012), « Of Alternating Waves and Shifting Shores: The Configuration of Reform Values in the US Federal Bureaucracy ». *International Review of Administrative Sciences* 78 (3): 514-36.
- Pecqueur, B. et Zimmermann J-B., (2004). *Economie de proximités*. Paris: Hermès.
- Rallet, A., (2002), « L'économie de proximités ». *Études et Recherches sur les Systèmes Agraires et le Développement*, 11-25.
- Raveyre, M. et Ughetto P., (2003), « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières ». *Revue française des affaires sociales*, n° 3: 95-119.
- Rivière, A., (2012), « Le cadre de santé à l'interface entre management et soin : tensions de rôle et stratégies d'ajustement » Communication au 23ème Congrès de l'AGRH.
- Talbot, D., (2008), « Les institutions créatrices de proximités ». *Revue d'Economie Regionale Urbaine* octobre (3): 289-310.
- Torre, A. et Rallet A., (2005), « Proximity and Localization ». *Regional Studies* 39 (1): 47-59.
- Torre, André, et Bertrand Zuideau. 2006. « Editorial Dossier 7 : Proximité et environnement ». *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, n° Dossier 7 (mai).
- Yin, R K, (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publications.
- Zimmermann, J-B et Rychen F., (2008), « Clusters in the Global Knowledge-based Economy: Knowledge Gatekeepers and Temporary Proximity ». *Regional Studies* 42 (juillet): 767-76.