

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE
Section kinésithérapie
- MONTPELLIER -

CADRE DE SANTE QUID DES FILIERES ?

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme de Cadre de Santé

Christine OUBRY

Juin 2004

« Un vrai voyage de découverte n'est pas de chercher de nouvelles terres, mais d'avoir un œil nouveau. »

MARCEL PROUST

Je remercie,

Jean-Luc Gérardi, Directeur de l'IFCS de Montpellier et Claire Matter, Surveillante générale en soins infirmiers. Ce mémoire a été travaillé en interdisciplinarité, il a su rapprocher les deux filières de rééducation et infirmière mais également l'Alsace et l'Hérault !

Les professionnels qui ont bien voulu participer à ce travail.

L'ugécam d'Alsace et le centre de réadaptation « Le Muesberg » qui m'ont offert l'opportunité de suivre cette formation.

Marie-Madeleine qui a bien voulu relire ce travail afin d'éviter aux lecteurs quelques fautes d'orthographe !

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION.....	1
1. LA PROBLEMATIQUE.....	3
1.1. DU THEME A LA PROBLEMATIQUE.....	3
1.2. SEMANTIQUE DE LA PROBLEMATIQUE.....	4
2. CADRE THEORIQUE.....	6
2.1. LE CADRE DE SANTE.....	6
2.1.1. L'historique de la fonction cadre.....	6
2.1.2. Les prérogatives du cadre de santé.....	11
2.2. L'INTERDISCIPLINARITE.....	13
3. METHODOLOGIE.....	18
3.1. LA PRE-ENQUETE.....	18
3.2. L'ENQUETE.....	19
3.2.1. Entretiens non directifs auprès des recruteurs.....	20
3.2.2. Entretiens avec des cadres de santé.....	21
3.2.3. Questionnaire des professionnels de terrain.....	21
3.3. LES LIMITES DE CETTE ETUDE.....	22
4. LES RESULTATS.....	23
4.1. LA SYNTHESE DES ENTRETIENS.....	23
4.1.1. Les recruteurs.....	23
4.1.2. Les cadres de santé.....	29

4.2. L'EXPLOITATION DES QUESTIONNAIRES.....	35
4.2.1. Hypothèse I.....	38
4.2.2. Hypothèse II.....	42
4.2.3. Hypothèse III.....	46
5. ANALYSE ET SYNTHÈSE.....	50
5.1. ANALYSE DES HYPOTHESES.....	50
5.1.1. Hypothèse I.....	51
5.1.2. Hypothèse II.....	55
5.1.3. Hypothèse III.....	57
5.2. ANALYSE ET SYNTHÈSE GLOBALE AU REGARD DE LA PROBLÉMATIQUE.....	59
5.2.1. L'encadrement d'équipe.....	59
5.2.2. L'équipe d'encadrement.....	61
5.2.3. Le patient.....	63
5.2.4. Les limites à l'encadrement hors filière.....	64
5.3. PERSPECTIVES.....	66
5.3.1. Cadre de santé et non de soins.....	66
5.3.2. Interdisciplinarité dès la formation initiale.....	67
5.3.3. Interdisciplinarité au-delà de la santé.....	68
CONCLUSION.....	70
BIBLIOGRAPHIE	
LEXIQUE	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Lorsque je suis reçue au concours d'entrée à l'institut de formation des cadres de santé, je n'ai aucune possibilité de financement dans l'établissement où je travaille. Je consulte alors régulièrement les offres d'emploi en vue de trouver une structure à la recherche d'un cadre et peut-être disposée à payer la formation. Toutes les annonces mentionnent cadres de santé mention infirmière, les prises de contact effectuées auprès de l'ensemble des établissements de santé du Haut-Rhin se soldent en majorité par le même constat : il n'y a pas de poste de cadre rééducateur car il n'y a pas suffisamment de rééducateurs à encadrer.

Mon expérience au Centre de réadaptation de Mulhouse m'a permis de travailler en interdisciplinarité et d'exercer des fonctions transversales notamment en tant que référent de l'équipe des correspondants en hygiène. De part mon expérience et mon intérêt pour le travail interdisciplinaire, je suis interpellée par le fait que la discipline d'origine du cadre soit encore si prégnante 9 ans après la parution du décret portant création du diplôme de cadre de santé.

Ayant trouvé un poste de faisant fonction au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée de rééducateurs, d'infirmières, d'aides-soignants, d'agents de collectivité et d'une secrétaire, je m'interroge sur la fonction de cadre de santé selon ce décret du 18 août 1995¹. A mon sens, si nous nous référons au contenu de la formation, le cadre de santé est devenu un manager, ce n'est plus un référent technique. Pourquoi alors la filière d'origine est-elle encore si importante ? Est-ce par rapport à l'historique de cette

¹ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, J.O n° 193 du 20 août 1995 page 12468, NOR : SANP9502093D

profession qui semble être en pleine mutation ? Quelle est la place de l'expertise ? Le cadre de santé est-il un expert ou un ex-pair ?

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai donc choisi de rappeler tout d'abord l'historique de la fonction de cadre et ce qui est attendu d'un cadre. Au regard de la problématique énoncée, j'ai souhaité rencontrer les recruteurs aussi bien sur le plan administratif (Directeur d'établissement et Directeurs des Ressources Humaines) que sur le plan paramédical (Directeurs des soins). Ces entretiens ont pour objectif de connaître réellement l'importance de la filière d'origine du cadre pour ces recruteurs. Mon souhait est de justifier l'intérêt du mémoire en vérifiant que la possibilité d'un encadrement hors filière n'est pas de l'ordre de l'utopie ou qu'elle n'est pas reléguée au rang d'exception.

Je suis allée également à la rencontre des cadres de santé et des personnels en situation d'encadrement hors filière pour vérifier 3 hypothèses issues de la problématique.

La dernière partie du mémoire est consacrée à l'analyse des hypothèses, suivie d'une analyse globale au regard de la problématique d'où se dégagent des perspectives.

1. LA PROBLEMATIQUE

1.1. DU THEME A LA PROBLEMATIQUE

Si le cadre n'est plus un technicien mais un manager et si nous voulons favoriser de toute part l'interdisciplinarité autour du patient, acteur central, alors pouvons-nous envisager un cadre d'une autre filière dans une équipe de paramédicaux afin d'initier cette interdisciplinarité ? Est-ce qu'effectivement cela peut l'initier ? Est-ce que cela peut avoir un intérêt pour le patient, l'équipe et le cadre ?

Nous avons tout d'abord demandé à deux infirmières et une ergothérapeute encadrées par un kinésithérapeute dans un service de rééducation de nous dire, de leurs points de vue, quels avantages elles avaient trouvés à avoir un cadre d'une autre filière ? De cette phase exploratoire découle une problématique :

En quoi l'encadrement d'équipes paramédicales par un cadre d'une autre filière de soins peut-il contribuer d'une part, à une meilleure prise en charge du patient, et d'autre part à une reconnaissance de l'expertise du professionnel ?

Afin de répondre à cette problématique, nous posons 3 hypothèses :

- ◆ **Hypothèse I : Depuis le décret du 18 août 1995, la place de l'expertise dans la profession de cadre de santé est secondaire par rapport à la fonction de management.**
- ◆ **Hypothèse II : Le fait que le cadre de santé encadre des professionnels non issus de sa filière d'origine favorise une meilleure prise en charge du patient.**

- ◆ **Hypothèse III : Les professionnels encadrés par des cadres de santé hors filière y trouvent divers avantages alors qu'ils étaient majoritairement réfractaires à cette idée a priori.**

Ces hypothèses sont des affirmations provisoires qui doivent être confirmées ou non par une enquête sur le terrain. Chacune a été déclinée en 2 ou 3 sous-items. Ce travail nous servira de grille d'analyse des entretiens (annexe 1)².

1.2. SEMANTIQUE DE LA PROBLEMATIQUE

Il nous a paru essentiel de rappeler ce qui est entendu par le terme « filière ». Selon le décret n°2001-1375 du 31 janvier 2001³ portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, le corps des cadres de santé comprend selon leur formation :

- ◆ dans la filière infirmière :
 - des infirmiers cadres de santé,
 - des infirmiers de bloc opératoire cadres de santé,
 - des infirmiers anesthésistes cadres de santé,
 - des puéricultrices cadres de santé.

- ◆ dans la filière de rééducation :
 - des pédicures-podologues cadres de santé,
 - des masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé,
 - des ergothérapeutes cadres de santé,

² Les annexes sont rassemblées dans un volume spécifique.

³ décret n°2001-1375 du 31 janvier 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, J.O n°1 du 1 janvier 2002, page 38, NOR : MESH0124158D

- des psychomotriciens cadres de santé,
 - des orthophonistes cadres de santé,
 - des orthoptistes cadres de santé,
 - des diététiciens cadres de santé.
- ◆ dans la filière médico-technique :
 - des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé,
 - des techniciens de laboratoires cadres de santé,
 - des manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé.

Il existe donc 3 filières regroupant plusieurs professions. Nous avons hésité à considérer pour ce travail l'encadrement hors filière ou hors profession. Nous avons opté pour l'encadrement hors filière car selon les filières, certaines professions peuvent être très proches l'une de l'autre comme celles d'ergothérapeute et de kinésithérapeute, notamment en rééducation fonctionnelle.

2. CADRE THEORIQUE

2.1. LE CADRE DE SANTE

2.1.1. L'historique de la fonction cadre

A travers son histoire, la formation cadre ne peut être dissociée de la profession d'infirmière. La **première école de cadres** a été **créée en 1952** à Paris par la Croix Rouge Française.

C'est le **décret n°58-1104 du 14 novembre 1958** qui officialise la nécessité d'une formation pour occuper des postes d'encadrement en instituant le **CAFIM** (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Monitrice) et le **CAFIS** (Certificat d'Aptitude aux fonctions d'Infirmière Surveillante).

Le programme du **décret du 6 août 1966** présente le cadre comme un professionnel apte à gérer les soins, l'enseignement, la recherche, l'animation d'équipe... Malgré une distanciation de sa pratique, le cadre est avant tout une infirmière responsable, experte dans le domaine des soins.

Le **décret n°73-822 du 7 août 1973⁴** crée un certificat d'infirmier cadre de santé en santé publique.

Le **décret n°75-928 du 9 octobre 1975** institue un **Certificat Cadre Infirmier** (CCI) dans la logique de la formation initiale. La sélection s'effectue alors exclusivement sur des épreuves professionnelles de type contrôle de connaissances. La réussite à ce concours confirme l'expertise professionnelle du candidat et entraîne de fait une reconnaissance de ses pairs. Ce certificat remplace le CAFIM et le CAFIS. **On assiste ici à un changement fondamental : la suppression des 2 fonctions différentes d'un même**

⁴ décret n°73-822 du 7 août 1973, J.O du 17 août 1973

métier, d' « administration » et de « formation », pour ne conserver qu'une seule fonction, celle de cadre. Le mode d'exercice, soins ou formation, n'est plus significatif d'une formation spécifique, c'est **la fonction d'encadrant elle-même qui devient un nouveau « métier »**, le métier de cadre, quelles que soient l'activité et les personnes avec qui ce métier s'exerce.

Durant cette période, il existe toujours 2 fonctions différentes dans le statut de l'hôpital public : celle de surveillante et celle de monitrice. Ce statut de monitrice deviendra caduque en 1989 et le terme de cadre, lui, n'entrera dans le vocabulaire du statut de la fonction publique hospitalière qu'en décembre 2001, soit 27 ans plus tard.

Dès 1976 et les années suivantes, le certificat cadre est mis en place pour d'autres professions paramédicales :

- ◆ en 1976 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les manipulateurs d'électroradiologie médicale,
- ◆ en 1979 pour les techniciens de laboratoires,
- ◆ en 1980 pour les ergothérapeutes.

Dans le cadre et l'esprit de décloisonnement des réformes qui vont faire évoluer l'hôpital en cette fin du XX^e siècle, apparaît, dès 1982, l'idée d'une extension aux autres professions paramédicales, avec le souci de leur harmonisation et de leur « interprofessionnalisation ». Le premier groupe de travail ministériel, réuni de 1984 à 1986, verra cependant les « corporatistes » l'emporter sur les organisations qui prônaient cette démarche de mise en commun et l'étude regagne alors les fonds de tiroirs.

L'idée persiste et c'est l'accord avec le ministère lors de la grève des cadres de 1989 qui relance le dossier par la mise en place d'une « concertation cadre » comportant 2 volets : une étude sur « rôle, mission et fonctions des cadres » d'une part,

et une étude sur « la formation cadre » d'autre part. Près de 2 ans de négociations et de concertations en tous genres seront nécessaires avant d'aboutir à un avis du CSPPM (Conseil Supérieur des Professions Para Médicales) en décembre 1994. Sur cette base consensuelle minimale, le ministère mettra près de 8 mois pour publier le décret du 18 août 1995. C'est dire combien le chemin « politique et administratif » d'une part, et le cheminement des acteurs d'autre part, ont été longs et semés d'embûches.⁵

Le décret n°95-926 du 18 août 1995⁶ institue le diplôme de cadre de santé. **Quatorze professions sont concernées** et les 6 certificats antérieurs sont annulés. Ce diplôme porte mention de la profession de son titulaire.

L'arrêté relatif à ce diplôme précise que *« la formation conduisant au diplôme de cadre de santé a pour ambition de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations. Elle met en œuvre à cette fin un programme identique pour l'ensemble des filières professionnelles et vise à **encourager de façon progressive la mise en œuvre d'une dispensation commune, interprofessionnelle ou par famille professionnelle. Cette démarche s'effectue dans le respect des caractéristiques propres à chacune des filières professionnelles. (...) Ainsi l'objectif de déclassement poursuivi ne saurait en aucun cas conduire à remettre en cause l'identité de chacune des professions ni à autoriser l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle.** »*

Cette nouvelle formation abandonne le caractère techniciste des précédents programmes et consacre **l'apprentissage au changement de métier.**

⁵ COTTRET Y., Formation commune pour les cadres, mémoire et perspective, Soins cadres n°35, 3^e trimestre 2000 p.43.

⁶ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, J.O n° 193 du 20 août 1995 page 12469, NOR: SANP9502094A

Lors de sa publication, ce décret a provoqué une forte réaction au sein des professions paramédicales. En effet, les soignant craignaient une uniformisation de la fonction derrière un intitulé générique « cadre de santé » et la perte de leur spécificité professionnelle.

Des cadres infirmiers de l'AP-HP déclarent « *Etant les garants de nos spécificités, nous récusons le contenu de l'enseignement proposé par cette réforme, comme étant un pur produit de gestion déconnecté de la réalité du terrain, qui annihile l'équilibre du bien soigner-bien gérer, originalité de la fonction encadrement soignant. Ce décret par son ambiguïté, la fracture qu'il engendre entre les anciens et les nouveaux cadres, la mise en échec du déroulement de carrière, représente un danger pour notre profession, la qualité et la sécurité des soins. De plus, sanction d'une formation unique, ce diplôme rend possible l'interchangeabilité.* »⁷

Dans ce même article, Corine LACRAMPE relate également les propos d'une infirmière, ancienne surveillante ayant participé à la rédaction du décret : « *Critiquer pour critiquer ce n'est pas malin ! La nouvelle formation permet à des professions longtemps dévalorisées de trouver aussi leur place. (...) Le deuxième point positif concerne l'harmonisation de l'encadrement qui va s'accompagner d'un décloisonnement entre les services et donc d'une meilleure cohérence hospitalière, ceci au bénéfice du malade quoique certains en disent. (...) Mais que l'on ne brandisse pas le spectre d'un diplôme polyvalent. C'est pur délire ! Un cadre infirmier ne pourra jamais diriger qu'un service de soins, un kinésithérapeute un service de kinésithérapeute, etc. Inutile d'agiter la menace d'un lunetier amené à diriger un service infirmier !* »⁸

⁷ LACRAMPE C., Réforme des études de cadre : treize à la douzaine, Objectifs soins, n°36, octobre 95, p.6

⁸ ibidem p.7, 8

Les personnels paramédicaux d'un établissement public de santé ont déposé en 1999 un recours auprès du Tribunal Administratif de Nantes concernant leur encadrement par un « surveillant des services médicaux » (cadre de santé). Cette requête n°99-2731 visait l'annulation de la fiche de ce poste de cadre de santé nouvellement créé, et par cela faire que ce professionnel d'un corps spécifique n'encadre pas des professionnels de corps différents.

Il ressort de la décision du **Tribunal Administratif** un point qui nous intéresse ici : ce tribunal **considère** entre autre, en s'appuyant sur l'arrêté du 18 août 1995 cité plus haut, **que l'encadrement des professionnels d'un corps** (par exemple, psychomotriciens, orthophonistes, etc.) **ne peut-être réalisé par un professionnel d'un autre corps** (par exemple ergothérapeutes, kinésithérapeutes, etc.)⁹

Quels que soient la portée et le devenir de cette décision il faut tout d'abord noter qu'un décret n°2001-1375 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière est intervenu le 31 décembre 2001. Le droit applicable à présent n'est donc plus issu de l'arrêté interministériel de 1995.

Aucune disposition particulière du nouveau décret ne règle explicitement la question de l'encadrement hors filière mais il y a peu de chance pour qu'une modification de l'état de droit en résulte :

- ◆ tout d'abord, le nouveau décret, dans son article 4 prévoit que « les cadres de santé exercent des fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification » or le terme de « qualification » n'est pas usuel dans le vocabulaire de la fonction publique (où on parlera plutôt de grade, d'emploi, d'échelon ou de catégorie) ; il est donc probable d'après un « sondage » effectué auprès de 5 magistrats, qu'il sera interprété comme faisant référence à la profession d'origine ;

⁹ www.snup.fr/actualites_fichiers/infos_fph_cadre_sante_2002.htm

- ◆ de plus, une interprétation différente du décret conduirait à un changement très important dans le droit de la fonction publique hospitalière ; or il est rare qu'une modification de cette importance ne fasse pas l'objet d'une formulation explicite.

Malgré cela, il s'avère que l'encadrement hors filière se pratique, principalement dans des petites structures telles que des hôpitaux locaux. En lisant les nombreux recueils d'opinion sur le terrain réalisés par les étudiants cadres dans le contexte de leur mémoire, le cadre est effectivement majoritairement considéré comme avant tout un manager. Le cadre ne semble plus être un référent technique.

« Les récents décrets parus en janvier 2001 sur la fonction cadre de santé et le nouveau corps des directeurs des soins marquent définitivement un tournant dans la profession. Seulement l'acquisition de nouveaux modèles ne peut se faire sans la perte d'anciens. Ainsi les puristes de la profession y voient une perte de l'identité infirmière alors que c'est de cette profession qu'a émergé la fonction cadre de santé. »¹⁰

2.1.2. Prérogatives du cadre de santé

L'annexe à la circulaire de la Direction des Hôpitaux du 20 février 1990 est l'un des rares textes qui évoquent de façon détaillée les rôles et missions du cadre de santé exerçant en secteur hospitalier.

Dans le chapitre missions et fonctions principales, un nota bene rappelle que le surveillant est obligatoirement titulaire de la qualification professionnelle de base

¹⁰ CATANAS M., Evolution socio-historique de la fonction cadre de santé, http://www.cadredesante.com/spip/article.php3?id_article=53

spécifique de l'unité ou du service dont il est responsable. Notons que ce texte est paru avant le décret de 1995.

« Les missions et fonctions principales sont :

- ◆ *Il participe en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire médicale à la définition des objectifs et du projet de l'unité.*
- ◆ *Dans ce cadre, il est responsable de la gestion d'une unité et organise la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé.*
- ◆ *Il a un rôle d'encadrement et d'animation des personnels de l'unité.*
- ◆ *Il est une référence pour le soin spécifique.*
- ◆ *Il a un rôle de formation, de coordination et de recherche. »*

Selon le décret n°2001-1375 du 31 janvier 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, les agents du grade de cadre de santé exercent :

1. *« des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements ;*
2. *des missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet au sein de l'établissement ;*
3. *des fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification dans les Instituts de formation et écoles relevant d'établissements publics de santé qui préparent aux différentes branches des professions infirmières, de rééducation et médico-techniques. »*

Jean ABBAD¹¹ nous dit « *L'objectif prioritaire de la formation des cadres est de lutter pour rompre définitivement avec le contexte actuel dans lequel tous les acteurs de l'hôpital obéissent à des logiques différentes, en fonction de leur métier, et introduisent des systèmes de valeur et des « cultures » s'harmonisant difficilement. (...) Les cadres doivent devenir coauteurs des transformations nécessaires que connaît l'hôpital public, ce qui les conduit à accomplir une véritable mutation de leur rôle traditionnel.* »

Le cadre doit prendre du recul et de la distance par rapport aux pratiques professionnelles du métier initial de technicien, il doit savoir faire le deuil de sa technicité.

« *Très imprégnés de la culture infirmière centrée sur le malade, les cadres ont une forte tendance à se valoriser dans leur rôle de référent des soins et à minimiser leur rôle d'encadrement et d'animation d'une équipe.* »¹²

Au regard de l'évolution du rôle de cadre de santé, nous pouvons mettre en avant les missions transversales qui vont dans le sens du décloisonnement des unités de soins.

2.2. INTERDISCIPLINARITE

La médecine s'est construite, a évolué en disciplines. Chacun devient très pointu dans son domaine mais plus on se spécialise, plus on s'éloigne du tout. C'est ainsi que l'on a fragmenté le patient en une multitude de segments, d'organes. Edgar MORIN écrit : « *Cependant l'institution disciplinaire entraîne à la fois un risque*

¹¹ ABBAD J., Organisation et management hospitalier, Ed. Berger-Levrault, Paris, mai 2001, 417p.

¹² Pour une formation participative de l'encadrement à l'hôpital, Gestion hospitalière n°340, novembre 1994.

d'hyperspécialisation du chercheur et un risque de « chosification » de l'objet étudié dont on risque d'oublier qu'il est extrait ou construit. »¹³

Or, Denise DE VILLERMAY, infirmière sociologue rappelle que : *« Les soignants que nous sommes savent depuis toujours que la complexité du soin est inhérente à la complexité de l'humain, qu'une vision holistique* est indispensable pour prendre en charge la personne dans toutes ses dimensions. »¹⁴*

Le besoin de liens entre les différentes disciplines s'est traduit par l'émergence, vers le milieu du XX^e siècle, de la pluridisciplinarité et de l'interdisciplinarité.

La pluridisciplinarité peut-être conçue comme une association de disciplines qui concourent à une réalisation commune, mais sans que chaque discipline ait à modifier sa propre vision des choses et ses propres méthodes.

« La pluridisciplinarité juxtapose les différentes interventions auprès du patient sans que celui-ci voit toujours clairement un lien entre elles. »¹⁵

Pour bien définir le sens du mot interdisciplinarité, des étudiants en maîtrise de management des services de santé ont situé cette notion par rapport aux mots avoisinants comme multidisciplinarité, pluridisciplinarité, polydisciplinarité, et transdisciplinarité. Les nuances entre les différentes "disciplinarités" sont subtiles. Ils les

¹³ MORIN E., Sur l'interdisciplinarité, Carrefour des sciences, Actes du Colloque du CNRS Interdisciplinarité, Editions du CNRS, 1990.

* Tout mot suivi d'un astérisque renvoie à une explication dans le lexique.

¹⁴ DE VILLERMAY D., Vers un modèle transdisciplinaire de la santé, Journées de formation A.R.S.I. 29 et 30 janvier 2004

¹⁵ CAIRE J.M. Le cadre de santé, facilitateur de la démarche transdisciplinaire, Soins cadres n°49, Février 2004

ont examinées une à une, éclairées par les définitions données par le dictionnaire étymologique¹⁶.

« MULTI- indique le nombre, beaucoup, une foule : une multitude. Multidisciplinarité indique de nombreuses professions, sans aucune précision sur les relations ou les liens qu'il peut y avoir entre elles. A ce titre, l'hôpital est certainement un lieu multiprofessionnel, puisqu'il réunit, à lui seul, plus de 150 métiers différents !

PLURI- indique plusieurs, avec une dimension moins étendue que MULTI. Il y a PLURIDISCIPLINARITE lorsque différents métiers se côtoient.

POLY- indique plusieurs, nombreux, important. C'est un préfixe sans cesse utilisé pour la fabrication de nouveaux mots. Il s'oppose souvent à MONO -. Il ajoute à l'idée de nombre une valeur qualitative. Il s'agit d'un ensemble de plusieurs professions différentes. Aucune autre précision n'apparaît quant aux liens possibles entre elles.

La notion de lien, de relation apparaît avec le préfixe INTER -, qui signifie entre. Le dictionnaire précise que « ce préfixe est très productif et disponible pour former des adjectifs ou des noms évoquant des relations entre plusieurs partenaires désignés par le mot de base », ici DISCIPLINARITE. INTER-DISCIPLINARITE induit l'idée d'interactions entre des professions différentes.

Enfin, TRANS - indique une direction supplémentaire, à travers, au-delà. Ce préfixe produit des mots évoquant des traversées puisqu'il s'agit de passer au travers. TRANSDISCIPLINARITE indiquerait dans ce sens plusieurs professions qui passeraient l'une au travers de l'autre, qui ont besoin l'une de l'autre, tout en gardant chacune son identité dans la compréhension commune de la qualité. Cette dernière approche semble être la plus accomplie, celle vers laquelle il faudrait tendre, la dimension idéale. »¹⁷

¹⁶ BOUFFARTIGUE J., DELRIEU A-M., *Les racines latines, Les racines grecques*, Belin, 1996, 1146 p.

¹⁷ MATTER C., PERRIER-GUSTIN P., PLARD R., De la coordination interdisciplinaire à la coordination en réseau, ou comment catalyser la transversalité ? Etude croisée de 3 cas, Mémoire pour le diplôme de maîtrise en management des services de santé, IFROSS, mars 2002, p. 28

« Interdisciplinarité au sens strict : construction de représentations du monde qui sont structurées et organisées en fonction d'un projet humain ou d'un problème à résoudre, dans un contexte spécifique et pour des destinataires spécifiques, en faisant appel à diverses disciplines en vue d'aboutir à un résultat original ne dépendant plus des disciplines d'origine mais du projet que l'on a ». Les auteurs précisent à propos de la pluridisciplinarité qu'il s'agit d'une notion non standardisée et la définissent ainsi : « Pratique dans laquelle on invite des représentants des diverses disciplines à venir exposer la manière dont ils voient la situation étudiée en fonction de la perspective de leur discipline mais en tenant compte d'un projet partagé ». Ils concluent : « Cette pratique diffère de l'interdisciplinarité au sens strict du fait que même si le contexte et le projet peuvent être clairs, il n'y a guère de négociation pour voir l'importance respective qu'on donnera aux différentes approches et du fait qu'on ne construit pas une représentation finale synthétisée ».¹⁸

Des enseignants en formation ont construit la définition suivante : *« L'interdisciplinarité, c'est travailler ensemble pour reconstruire une réalité morcelée artificiellement par le cloisonnement des disciplines et viser l'acquisition de compétences transversales. »¹⁹*

La question des identités professionnelles est au cœur du problème. Françoise OSIEK-PARISOD²⁰ affirme que la solution passe de manière incontournable par une

¹⁸ ENGLEBERT-LECOMTE V., FOUREZ G., MATHY P., Nos savoirs sur nos savoirs, Edition De Boeck, 1997

¹⁹ L'approche interdisciplinaire, http://www.ulg.ac.be/geoeco/lmg/competences/chantier/contenus/cont_interdis1.html

²⁰ OSIEK-PARISOD F., La santé globale : avantages et limites d'une référence professionnelle incontournable, Objectif Soins n°42, avril 1996, pp 21-23

définition claire de ces identités, des compétences, des méthodes professionnelles spécifiques et de leurs limites respectives.

La dérive serait d'amener à un lissage, à une uniformisation. Les différentes disciplines sont pleinement justifiées à condition qu'elles n'occultent pas de réalités globales.

L'histoire des sciences est là pour nous rappeler que les échanges entre des domaines de connaissance éloignés, lorsqu'ils ont pu se produire, ont toujours été la source de progrès scientifiques et techniques importants.

« Il arrive même qu'un regard naïf d'amateur, étranger à la discipline, voire même à toute discipline, résolve un problème dont la solution était invisible au sein de la discipline. (...) De même, le météorologiste Wegener, en regardant naïvement la carte de l'Atlantique Sud avait remarqué que l'Ouest Afrique et le Brésil s'ajustaient l'un à l'autre. Relevant des similitudes de faune et de flore, fossiles et actuelles, de part et d'autre de l'Océan, il avait élaboré, en 1912, la théorie de la dérive des continents : celle-ci longtemps refusée par les spécialistes parce que « théoriquement impossible », undenkbar, a été admise cinquante ans plus tard notamment après la découverte de la tectonique des plaques. Marcel Proust disait : « un vrai voyage de découverte n'est pas de chercher de nouvelles terres, mais d'avoir un œil nouveau. »²¹

Nous avons fragmenté le patient en nous spécialisant or le considérer dans sa globalité semble nécessaire à une bonne prise en charge.

²¹ MORIN E., Sur l'interdisciplinarité, Carrefour des sciences, Actes du Colloque du CNRS Interdisciplinarité, Editions du CNRS, 1990.

Cette prise de conscience amène une évolution de la pluridisciplinarité (juxtaposition de disciplines) vers l'interdisciplinarité (interaction entre les disciplines).

Celle-ci induit un nécessaire positionnement des différents intervenants quant à leur spécificité si nous ne voulons pas aller vers une uniformisation qui serait un appauvrissement.

3. METHODOLOGIE

Le but de ce travail est de répondre à la problématique et de vérifier les hypothèses. Cette démarche s'appuie d'une part sur des entretiens enregistrés à l'aide d'un dictaphone et d'autre part sur un questionnaire.

3.1. LA PRE-ENQUETE

La pré enquête a consisté à demander à 3 paramédicaux encadrés par un cadre non issu de leur profession les avantages qu'ils avaient pu y trouver. Nous avons également interviewé un Directeur d'établissement afin de compléter les différents items recueillis.

Un premier questionnaire a été distribué à 19 professionnels paramédicaux non concernés par l'encadrement hors filière afin de savoir si toutes les questions étaient comprises et si une réponse pouvait être donnée à chacune d'elle sans difficultés majeures. 14 questionnaires ont été récupérés.

Les remarques nous ont permis de faire quelques modifications :

Dans la question, « *quelle est votre profession ?* », nous avons rajouté l'item aide-soignant. Nous avons considéré dans un premier temps que les aides-soignants ne seraient pas consultés car ils sont toujours encadrés par quelqu'un d'une autre profession. Mais il nous a été signalé qu'ils pouvaient tout à fait ressentir également des répercussions à leur niveau quant à l'encadrement.

L'affirmation 5 initialement « *Le cadre de santé est essentiellement un manager.* » a été modifiée, « *essentiellement* » a été supprimé car il induisait un biais dans les réponses.

L'affirmation 13 « *Le fait d'être confronté à d'autres disciplines enrichit mon vécu professionnel.* » a été modifié comme suit : « *Le fait d'être confronté à une autre discipline enrichit mon vécu professionnel.* ». Cette modification permet d'insister sur le fait que c'est d'être confronté à la discipline du cadre qui nous intéresse ici et non aux disciplines des autres intervenants.

Les termes de « *réfèrent technique* » et d'« *expertise* » ont interrogé certaines personnes. Nous avons néanmoins fait le choix de ne pas les expliciter et de les laisser afin de sensibiliser les professionnels de terrain aux notions actuelles.

3.2. ENQUETE

L'enquête comporte 2 volets. Nous nous sommes intéressés d'une part aux recruteurs des cadres de santé et d'autre part aux cadres et personnels en situation d'encadrement hors filière.

Nous choisissons de mener l'enquête exclusivement auprès des personnels paramédicaux en situation d'encadrement hors filière, qu'ils soient professionnels de terrain ou cadres de proximité. Nous privilégions des équipes de plusieurs mêmes professionnels encadrés par un cadre d'une autre filière. En effet, nous ne souhaitons pas axer le travail sur le cas de professionnel isolé rattaché à une équipe comme c'est souvent le cas pour les orthophonistes ou les diététiciens par exemple.

L'enregistrement sonore des entretiens se révèle primordial car il permet de compléter la prise de notes qui se révèle partielle et partielle. Nous n'avons pas rencontré

d'obstacles de la part des personnes à l'exception d'un Directeur des Ressources Humaines qui n'a pas souhaité être enregistré. 3 entretiens téléphoniques n'ont également pas pu être enregistrés.

3.2.1. Entretiens non directifs auprès des recruteurs

L'objectif est d'avoir une idée sur l'importance accordée à la filière lors du recrutement des cadres de santé. Ces entretiens non directifs ont été menés auprès d'un Directeur d'établissement, de 3 Directeurs des ressources humaines et de 5 Directeurs des soins.

Contrairement aux Directeurs des soins, nous avons eu des difficultés à obtenir des entretiens avec les administratifs : sur 11 appelés, seuls 4 ont accepté de nous recevoir.

Les principaux freins étaient les secrétariats :

- ◆ qui nous ont expliqué, pour les petites structures, que le recrutement des cadres était plus qu'anecdotique et donc que le rendez-vous avec le Directeur ne nous serait d'aucun intérêt,
- ◆ que ce recrutement concernait essentiellement les Directeurs des soins et donc nous proposaient de les rencontrer.

Nous avons choisi d'entretenir dans une structure donnée soit l'administratif soit le Directeur des soins, jamais les 2 en pensant qu'ils ont nécessairement une politique de recrutement commune. Contrairement aux entretiens menés par la suite avec les cadres de santé, ils ne suivent pas un guide d'entretien préétabli.

Les établissements de santé sont publics ou privés à but non lucratif, médecine chirurgie obstétrique (MCO), psychiatriques ou de soins de suite et de réadaptation. Le choix a été conditionné par les personnes qui ont bien voulu nous recevoir, nous avons pu néanmoins respecter un équilibre public/privé.

3.2.2. Entretiens avec des cadres de santé

6 cadres de santé ont été interviewés : 5 encadrant des professionnels de terrain d'une autre filière exclusivement, 1 encadrant une équipe pluridisciplinaire.

Nous avons élaboré une série de questions-guides ouvertes (annexe 2) afin de laisser parler la personne librement. Après avoir annoncé le thème du mémoire, nous avons introduit les différents thèmes du guide d'entretiens s'ils n'étaient pas abordés spontanément.

3.2.3. Questionnaire des professionnels de terrain

Cette méthode d'investigation a été choisie afin de toucher une plus large population. Le questionnaire a été réalisé au regard des 3 hypothèses (annexe 3), il comprend 13 questions fermées et une question ouverte (annexe 4).

La question ouverte concerne les a priori sur un encadrement hors filière : elle nous permet de mieux cerner la nature des réticences.

Les questionnaires et une lettre d'accompagnement ont été adressés au cadre de santé de l'équipe interrogée. Nous avons également pris la précaution de prendre contact par téléphone avec les cadres de santé afin de les impliquer dans la démarche.

3.3. LIMITES DE CETTE ETUDE

Passer par le cadre de santé responsable de l'équipe peut poser problème : une ergothérapeute nous a jointe par téléphone pour expliquer qu'elle ne souhaitait pas rendre le questionnaire à son responsable hiérarchique afin qu'il n'en prenne pas connaissance. Nous lui avons proposé de renvoyer directement le questionnaire, ce qu'elle a fait. D'autres personnes n'ont peut-être pas répondu pour la même raison.

L'encadrement hors filière est encore marginal, nous n'avons pas pu faire un choix, c'est pourquoi la majorité de l'enquête a été réalisée en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation.

Il aurait été également très intéressant de pouvoir rencontrer des cadres de santé issus de professions telles que diététicien, préparateur en pharmacie hospitalière, technicien de laboratoires.

4. RESULTATS

4.1. SYNTHESE DES ENTRETIENS

L'annexe 5 contient l'intégralité des entretiens retranscrits.

4.1.1. Les recruteurs

L'ensemble des recruteurs a accepté de nous dire quelle importance ils accordent à la filière d'origine des cadres de santé lors d'un recrutement et si selon eux, il est nécessaire d'être issu d'un métier de la santé pour encadrer une équipe de paramédicaux.

Nous avons interviewé :

- ◆ 1 Directeur d'établissement,
- ◆ 3 Directeurs des Ressources Humaines,
- ◆ 5 Directeurs des soins dont 2 concernés dans leur établissement par l'encadrement hors filière,
- ◆ 2 cadres supérieurs de santé que nous avons eu l'occasion de rencontrer au cours de l'enquête alors que nous n'avions pas prévu d'en rencontrer initialement.

Dans un souci de lisibilité, nous avons choisi de synthétiser leurs différents propos en fonction de 3 grands thèmes :

- ◆ l'importance des filières,
- ◆ les limites de l'encadrement hors filière,
- ◆ la possibilité d'envisager un cadre de santé administratif.

Nous rappelons que les entretiens étaient libres, sans grille préalablement établie.

<p>Importance de la filière ?</p>	<p>Les recruteurs administratifs</p> <p>2 DRH n'envisagent pas l'encadrement hors filière car le cadre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ doit être un manager mais également un référent technique, ○ doit connaître le métier pour comprendre le personnel, le former et l'évaluer, ○ peut rentrer dans le roulement quand la situation le demande, ○ doit également encadrer les étudiants. <p>La question ne se pose pas car ils ne sont pas confrontés à une pénurie de cadres infirmiers.</p> <p>Pour le directeur et l'autre DRH, le cadre n'a pas besoin d'être de la discipline :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ il ne rentre plus dans la réalisation de l'acte, ○ il est essentiellement un manager ○ c'est une bonne chose de déconnecter la notion de management du métier d'origine. <p>Par la proximité des métiers, il y a une proximité de compétences donc une meilleure employabilité.</p> <p>Attente par rapport à un cadre : la capacité à encadrer, à diriger une équipe, à l'entraîner.</p> <p>La multidisciplinarité est une richesse.</p> <p>Le cadre n'est pas le meilleur technicien de l'équipe : <i>« l'expertise est une chose, la capacité à encadrer en est une autre. »</i> Avant, les personnes qui devenaient cadres étaient des gens qui sortaient du lot, qui étaient nommés sans diplôme.</p> <p>Le directeur a une vision différente : pour lui, le rôle du cadre de santé est d'être un coordonnateur de soins pour une vision globale de la prise en charge du patient. Le rôle du cadre est de métisser les différentes pratiques pour un objectif commun : le patient. Son rôle est d'être au dessus de toutes les disciplines, il ne doit hiérarchiser ni les disciplines ni les services.</p> <p>Selon lui, nous allons de plus en plus vers la conception de la santé selon l'organisation mondiale de la santé (OMS)²² : <i>« quand on parle de cadre de santé, on parle de santé, pas de soins. C'est de la sémantique mais cela veut dire que les choses évoluent. On parlera de plus en plus de la santé et non de la maladie. »</i></p> <p>Il ne faut pas néanmoins négliger le rôle économique du cadre.</p> <p>Les 2/3 des cadres en poste sont d'origine infirmière. Les cadres formés depuis le décret de 1995 sont minoritaires, il y aura moins de corporatisme avec les cadres de la 2nd génération. L'idée d'envisager une filière cadre de santé dès les études initiales semble être la solution pour l'un d'eux.</p> <p>Les pôles vont aussi dans le sens de ce décloisonnement selon 2 personnes.</p>
<p>²²</p>	<p>« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.</p>

Les Directeurs de soins

Aucun des 5 ne voit d'obstacle à l'encadrement hors filière.

Pour eux, le cadre est avant tout un pilote, un animateur d'équipe. Les compétences techniques ne sont pas indispensables, il faut les chercher ailleurs, prendre appui sur d'autres personnes. *« Si l'on n'a pas à faire de gestes techniques alors la spécialité n'a aucun sens. »*

Une des personnes pense que les instituts de formation des cadres devraient inciter les étudiants à effectuer leur stage d'encadrement dans une autre filière que la leur.

Importance de la personnalité du candidat au poste de cadre, du sens qu'il veut donner à sa fonction de cadre. La filière est secondaire à la carrière.

La filière n'est pas tout. Une directrice des soins nous fait remarquer qu'une infirmière en psychiatrie serait peut-être plus en difficultés pour encadrer une réanimation qu'un kinésithérapeute qui aurait tourné dans plusieurs services hospitaliers. Une directrice des soins en psychiatrie ayant fait toute sa carrière en somatique nous a dit qu'elle ne pouvait pas jouer la carte de l'expertise technique en prenant son poste bien qu'elle soit infirmière.

Lorsque le cadre n'est pas de la discipline, il cristallise alors plus sur son rôle de management que sur le rôle de référent technique.

Il est important de mener une réflexion préalable par rapport à la nomination d'un cadre hors filière en y incluant notamment les médecins. Selon une des directrices des soins, les médecins restent très attachés aux filières, il faut en tenir compte pour ne pas mettre un cadre en difficulté.

L'ouverture au niveau de la direction de soins aux autres filières est une véritable ouverture selon elle pour la prochaine décennie.

Les missions transversales des cadres, par exemple en hygiène, initient également un changement dans l'organisation historiquement verticale. Selon une directrice des soins, la notion de cadre de santé dépasse largement le professionnel. *« Ce qu'on nous demande maintenant, c'est vraiment d'être des managers transversaux. On fait rapidement le tour de la gestion quotidienne, après, c'est le côté visionnaire du cadre, d'anticipation : qu'est-ce que je peux faire là où je suis avec mon environnement ? L'avenir du cadre est les fonctions transversales. »*

La question de la reconnaissance se pose naturellement. La légitimation passe par le fait de se donner les moyens de découvrir l'autre. Avoir les compétences techniques apporte plus de crédit mais l'autorité peut-être donnée autrement. *« Le rôle d'interface important avec les familles peut donner du crédit à la fonction cadre »* nous dit un directeur des soins.

L'image du cadre change : *« avant la personne qui devenait responsable de service était la personne qu'on avait choisie, qui avait été repérée dans le service par le chef de service, par le titulaire de l'autorité du secteur qui souhaitait l'avoir comme bras droit. »*

L'encadrement hors filière est considéré comme une plus-value, une richesse. La diversité amène un autre regard. Cette interdisciplinarité est également enrichissante au niveau de l'équipe d'encadrement. *« On est manager mais on agit avec sa formation de base. »*

Les cadres de santé se positionnent différemment en fonction de leur formation initiale. Les cadres infirmiers sont plus structurés, plus organisés, ils connaissent le travail en équipe.

Les cadres kinésithérapeutes sont plus autonomes et supportent moins les contraintes. Ils ont également un autre rapport avec le corps médical, plus libre, un rapport d'altérité et de coopération. Ils n'ont pas été soumis à une relation d'assujettissement contrairement au personnel infirmier et cela se ressent dans leur façon de se positionner en tant que cadres.

	<p>Les cadres supérieurs de santé</p> <p>Le cadre supérieur médico-technique n'envisage pas l'encadrement hors filière pour le cadre de proximité. Selon lui, il faut une certaine compétence technique sans être nécessairement le meilleur technicien. Cette compétence est nécessaire à une bonne aptitude au management du service. On ne peut pas dissocier le manager et le référent technique. Il note la grande diversité des métiers paramédicaux en citant le préparateur en pharmacie hospitalière et le manipulateur en électroradiologie médicale. Au niveau de l'encadrement supérieur, cela pose peu de problème bien qu'il ne trouve pas normal qu'un cadre supérieur infirmier puisse évaluer un cadre médico-technique.</p> <p>Le cadre supérieur infirmier encadre des rééducateurs responsables de service de soins. Pour elle, ce n'est pas un handicap à condition que les personnes se donnent les moyens de prendre toute la dimension de la fonction qu'elles encadrent.</p> <p>Le cadre est là pour organiser, gérer, dynamiser, la fonction est globalement la même quelle que soit la filière.</p> <p>La référence technique s'entend plus par rapport aux valeurs professionnelles, éthiques vis-à-vis du patient. Le cadre en est le garant.</p> <p>Le rôle du cadre n'est pas de faire des soins mais de prendre soin de l'équipe, le patient restant le but quelle que soit la place que l'on occupe.</p> <p>L'interdisciplinarité au niveau de l'équipe d'encadrement élargit l'horizon : une autre approche, une autre expérience, la complémentarité enrichissent les échanges.</p> <p>Envisager la pluridisciplinarité d'une équipe favoriserait les liens fonctionnels.</p>
<p><i>Les limites à l'encadrement hors filière ?</i></p>	<p>Les recruteurs administratifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le problème de la reconnaissance par les pairs, ○ La crédibilité technique, ○ La méconnaissance de la fonction de l'autre.

Les Directeurs de soins

En termes de disciplines : l'encadrement des sages-femmes et des manipulateurs en électroradiologie médicale est trop spécifique pour être laissé à une autre profession.

2 directrices des soins notent que si l'encadrement d'infirmières par un kinésithérapeute ne pose pas de problème, l'inverse est plus délicat ; les infirmières n'auraient pas d'autorité sur les rééducateurs.

La fonction est également confortée par la connaissance du secteur dans des milieux très techniques comme le bloc opératoire où l'expérience professionnelle semble requise.

Il y a aussi des limites dans l'attente des équipes par rapport à l'encadrement, le cadre :

- ne peut pas représenter la spécificité de son équipe vis-à-vis de l'institution,
- ne peut pas remplacer,
- ne peut pas encadrer les stagiaires.

Ces limites sont relatives car il faut jouer sur la transversalité nous dit une directrice des soins. C'est le cadre kinésithérapeute qui fait passer les mises en situation des stagiaires kinésithérapeutes dans le service géré par le cadre infirmier et vice-versa pour les étudiants infirmiers.

La transversalité intervient également pour proposer des formations techniques. Le rôle de l'équipe d'encadrement joue en transversal et c'est une de ses grandes richesses.

Cette équipe d'encadrement doit être représentative quantitativement du nombre de professionnels des équipes selon une directrice des soins qui affirme qu'une des limites est alors de garder une certaine proportion de cadres infirmiers. Une autre limite est selon elle la méconnaissance des médecins de certains paramédicaux.

Les cadres supérieurs de santé

ne pas avoir la volonté de découvrir un autre monde que le sien.

<p><i>Un cadre de santé administratif ?</i></p>	<p>Les recruteurs administratifs</p> <p>A l'unanimité, le cadre de santé ne peut pas être un administratif : <i>« quand on choisit un métier de soins, on choisit une proximité, une intimité avec le patient. »</i></p> <p>Même des tâches a priori administratives demandent une connaissance de ce qu'est le soin.</p> <p>Un DRH fait remarquer qu'il serait intéressant de favoriser les échanges avec des cadres du milieu industriel et administratif, les problématiques étant souvent proches.</p>
	<p>Les Directeurs de soins</p> <p>Les directeurs de soins répondent non à l'exception d'un qui n'y voit aucun obstacle : <i>« quand on est manager, on est manager, point barre ! »</i></p> <p>Un autre nous dit qu'avec les pôles, la question ne se posera plus car nous fonctionnerons à trois : un médecin, un cadre de santé et un gestionnaire.</p> <p>Nécessité d'être un professionnel de santé du fait de la complexité du système de santé, il est nécessaire d'avoir un recul professionnel.</p> <p>Quelle que soit la discipline, nous avons en commun une culture de soignant, nous savons ce qu'est un patient, la maladie.</p> <p><i>« Un administratif perdrait de son crédit par rapport à l'équipe. Dans le monde de l'industrie, les leviers économiques ne sont pas les mêmes : les notions de rendement et de résultat sont différentes. »</i></p>
	<p>Les cadres supérieurs de santé</p> <p>Non. Ils pensent qu'il lui manquerait le côté relationnel et la connaissance du patient.</p> <p>Malgré nos spécificités, nous avons tous des valeurs communes en tant que professionnels de santé. Quand on est cadre, on est très proche des soignants nous dit le cadre supérieur infirmier. L'impact d'un administratif sur des soignants serait moins important car il y aurait un problème de reconnaissance.</p>

4.1.2. Les cadres de santé

6 cadres de santé ont été interviewés : 3 sont ergothérapeutes, 2 kinésithérapeutes et une infirmière. Nous reprenons, pour plus de clarté, la trame d'entretien.

Vous considérez-vous plutôt comme manager ou comme référent technique ?

Tous se considèrent plutôt comme des managers en mettant en avant l'organisation des soins. Une des personnes préfère le mot de « catalyseur » notamment par rapport au lien qu'elle établit entre l'institut et le service de soins.

2 des personnes interrogées se situent en tant que référent technique par rapport à leur expertise du soin et leur connaissance du patient. Une kinésithérapeute de formation initiale nous dit que son expérience en tant que soignante est un atout pour diriger le service de soins de rééducation, elle cite la connaissance du patient en rééducation, un langage commun avec les médecins, le cautionnement envers les familles et les rééducateurs. Un autre, ergothérapeute de formation, se situe en tant que référent technique par sa connaissance du soin et du patient en psychiatrie pour l'avoir pratiqué.

Enfin 2 cadres de santé nous disent que nous ne pouvons pas nous positionner en tant que référent technique, même par rapport aux personnes de notre discipline puisque la formation cadre nous forme à être des managers : *« Il y a une demande de référent technique de l'équipe, mais pour être un référent technique, il ne faut pas faire l'école des cadres de santé. »* Un ergothérapeute nous fait part de son questionnement par rapport à la perte de l'école de moniteurs cadres : comment faire vivre la profession ? La recherche ?

A l'inverse nous sommes garants des soins et nous sommes à même de juger de la prise en charge globale du patient.

Était-ce un choix d'encadrer des paramédicaux d'une autre filière que la vôtre ?

3 sur 6 ont choisi d'encadrer une équipe d'une autre discipline, les 3 autres ont profité d'une opportunité donnée pour 2 d'entre eux par une directrice des soins, pour le 3^e par une demande de l'équipe. Un cadre kinésithérapeute n'envisage même plus de pouvoir encadrer des kinésithérapeutes !

Un ergothérapeute a souhaité encadrer des infirmiers plutôt que des rééducateurs pour avoir à gérer une véritable équipe au quotidien et non un pool de rééducateurs disséminés dans une structure. Une autre a pour ambition de développer la rééducation dans un hôpital local.

Quels avantages avez-vous trouvés à encadrer une équipe de paramédicaux d'une autre filière que la vôtre ? Quels inconvénients ?

L'encadrement hors filière apporte plusieurs avantages.

Pour le cadre :

- ◆ une ouverture d'esprit,
- ◆ une meilleure connaissance des autres et de leurs professions et la découverte de notre complémentarité,
- ◆ l'acquisition de nouvelles compétences,
- ◆ un regard différent sur le patient, plus global,

- ◆ une meilleure connaissance de la direction des soins pour les cadres rééducateurs,
- ◆ la pluriprofessionnalité de l'équipe de cadres,
- ◆ un travail sur les interfaces.

Pour les professionnels de terrain (d'après les cadres) :

- ◆ une obligation de se positionner par rapport à leur spécificité,
- ◆ l'expertise technique leur revient,
- ◆ plus de liens entre les différents intervenants.

Les inconvénients sont :

- ◆ le manque de compétences, d'expertise technique,
- ◆ le manque de connaissance d'un service de soins, du travail en équipe pour les rééducateurs,
- ◆ le fait de devoir faire sa place en tant que non expert, notamment pour un ergothérapeute qui dit que son métier de base n'est parfois pas reconnu dans le milieu de la psychiatrie. Cet inconvénient est surtout présent à la prise de poste.

La légitimité s'acquiert dans les relations humaines avec l'équipe : l'humilité, le respect et la confiance sont des qualités importantes.

Pensez-vous que cela change quelque chose dans la prise en charge du patient ?

La prise en charge des patients est, elle aussi, modifiée. Tout d'abord parce que le regard du soignant a changé sur le patient : il le considère dans sa globalité. Du fait des liens créés entre les différents intervenants, la prise en charge est globale.

Le fait que le cadre ne soit pas de la discipline recentre les soins autour du patient. Le soignant doit aussi se positionner par rapport à la spécificité de sa prise en charge.

Les cadres rééducateurs pensent apporter à leurs équipes de soins une vision du patient basée sur l'autonomie et non sur la dépendance. En effet, ils considèrent que les soignants sont beaucoup dans l'assistanat au patient. Leur formation de rééducateur leur permet également de proposer une prise en charge en rééducation à laquelle l'équipe n'aura pas pensé.

Un autre donne du sens à des actes de la vie courante réalisés par l'équipe de soins, le pourquoi de l'interdiction de certains mouvements après une intervention.

Une des cadres pense que sa spécificité de rééducateur n'a pas influencé le soin mais c'est plutôt sa personnalité : elle est très vigilante au respect des patients.

Pensez-vous qu'il y ait des limites à l'encadrement hors filière ? Lesquelles ?

Malgré le nombre non négligeable d'avantages, l'encadrement hors filière comporte quelques limites.

La première est le service concerné, il y a des domaines où la compétence technique doit exister comme en chirurgie, en soins intensifs. Il faudrait alors envisager une formation spécifique pour un cadre non infirmier. Il est noté qu'un cadre infirmier ayant fait toute sa carrière en gériatrie ou en psychiatrie aurait également des difficultés.

Une autre limite évoquée est le comportement du cadre : il faut nécessairement accepter la discussion, être curieux et s'intéresser à la profession encadrée. « *Je sais à quoi sert un infirmier, je sais ce que j'attends de lui.* » Le style de

management est participatif, le directif n'est pas indiqué. Les plannings infirmiers sont complexes, ils sont également considérés comme une limite si on ne veut pas s'y mettre.

Un cadre ergothérapeute nous dit que la limite, c'est de se sentir à l'aise avec la population accueillie : *« l'important c'est qui est-ce que tu traites ? Ce n'est pas comment tu traites. J'avais beau travailler en psychiatrie, je ne travaillais pas comme les ergothérapeutes ici parce que le psychiatre avait une autre vision du soin mais par contre j'ai les mêmes patients. »*

La limite est aussi dans ce qu'on attend du cadre : *« soit tu portes la blouse, soit tu ne la portes pas. »*

Enfin, un cadre infirmier nous cite un directeur des ressources humaines : *« la gestion du personnel, c'est mettre la personne la plus qualifiée, la plus experte au meilleur endroit. »* Il se pose alors la question suivante : *« est-ce que ce serait le mettre au meilleur endroit que de mettre le cadre kinésithérapeute en réanimation ? Il y a certainement d'autres services où sa présence serait plus intéressante. »* Un autre cadre soutient qu'il faut positionner les cadres de santé par rapport à leur filière d'origine après étude de l'intérêt que cela peut apporter et non pas par rapport à une vacance de poste.

La question de l'encadrement des stagiaires est abordée par 3 cadres. Les mises en situation pratiques sont faites par un cadre formateur de l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), par une infirmière référent du service, ou par le cadre de la spécialité d'un autre service. Les entretiens de début, de mi-parcours et de fin de stage sont réalisés par le cadre qui remplit également la feuille de stage en concertation avec l'équipe soignante. Un des cadres rééducateurs dispense des cours à l'IFSI.

Pensez-vous qu'il faille être issu d'un métier de santé pour encadrer une équipe de paramédicaux ?

Les 6 cadres s'accordent à dire que oui. Quelle que soit la formation de base, nous avons en commun une culture du soin contrairement à l'administratif. Nous sommes proches de la personne soignée, nous savons ce que veut dire la relation soignant-soigné. Derrière la partie gestion, il y a quand même le versant soignant : *« les administratifs travaillent avec des lits mais les lits ne sont pas vides, il y a des personnes, des familles. On gère peut-être des lits facilement mais les personnes qui sont dedans, les familles, c'est tellement complexe. »*

On a choisi ce métier, on choisit d'être gestionnaire ou soignant. Les cadres se sentent toujours soignants : *« Je suis soignant autrement mais je suis toujours soignant. Favoriser l'organisation du service pour que les patients soient pris en charge, c'est du soin. »*

« On ne peut pas couper l'organisationnel du soin parce que l'un entraîne l'autre. »

« Si on ne veut pas être que des managers, la formation initiale de soignant est importante. »

Le problème pour un administratif serait également d'avoir du crédit vis-à-vis des soignants.

4 cadres nous parlent de l'intérêt de privilégier la vision de l'encadrement par rapport aux patients et non aux professionnels, ceci pour plus de cohérence. Il faut alors fonctionner avec des référents techniques par disciplines. *« On n'y gagne pas à découper le patient par secteurs d'activités. (...) Si je vois une équipe pluridisciplinaire pour un groupe de patients c'est parce que moi aussi je suis avec le patient et moi je ne me vois pas coupé du patient, je ne vois pas mon bureau ailleurs que dans le service par exemple. (...) Je pense que le cadre d'un service est là pour les patients et pour l'équipe aussi, il*

est là pour les patients et avec l'équipe c'est pour cela que je raisonne en groupes de patients sur la continuité plus que sur tous les patients pour quelques professionnels parce que là, la continuité du soin me dérangerait vraiment. Là je connais les patients quasiment de A à Z, c'est très enrichissant. C'est l'avantage de raisonner en transversal, il faut raisonner à partir d'un groupe de patients parce que sans patient, on n'existerait pas, il faut savoir pourquoi on est là. »

2 cadres insistent sur l'intérêt de considérer également l'équipe d'encadrement et pas seulement l'équipe de soins. La différence est une richesse pour la réflexion au sein de l'équipe de cadres. *« On a un regard complémentaire au sein de l'équipe de cadres. On ne renie pas notre profession d'origine, je suis toujours kinésithérapeute à la base. »*

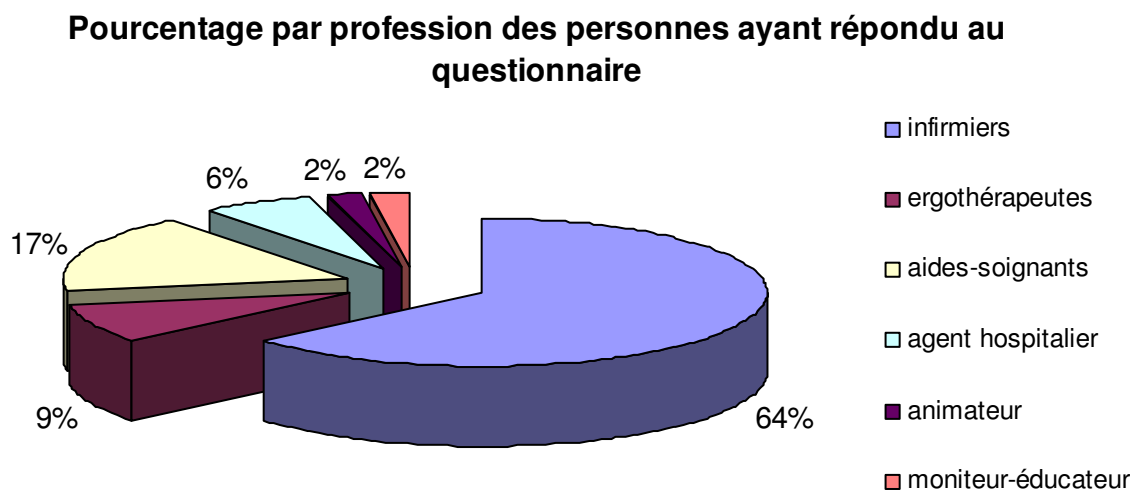
Avez-vous une fiche de poste ?

Seuls 2 cadres ont une fiche de poste, elles ne mentionnent pas la référence technique, ce sont des fiches de poste de manager.

4.2. EXPLOITATION DES QUESTIONNAIRES

Les questionnaires retournés sont numérotés et les réponses sont rentrées dans un tableau. 47 questionnaires ont été retournés sur 70 envoyés. 19 personnes ont fait des commentaires au dos du questionnaire : certains extraits sont cités en italique au regard des questions posées. Le taux de retour est de 67,14%. Notons que 12 questionnaires remplis ont été perdus lors de l'acheminement postal, ces 12 questionnaires porteraient le taux de retour à 84,28 %.

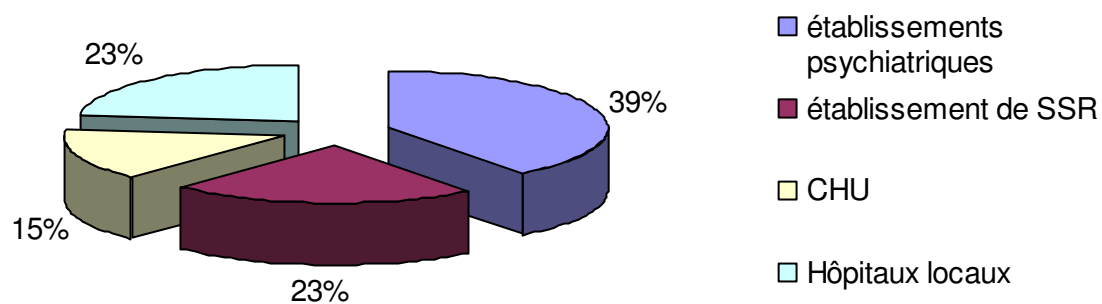
Sur 47 questionnaires renvoyés, 6 catégories professionnelles sont représentées dans les proportions suivantes :



Les structures concernées par l'enquête par questionnaires sont :

- ◆ 3 établissements psychiatriques (24 questionnaires),
- ◆ 2 établissements de soins de suite et de réadaptation, SSR, (14 questionnaires),
- ◆ 1 centre hospitalier universitaire, CHU, (9 questionnaires),
- ◆ 2 hôpitaux locaux (14 questionnaires).

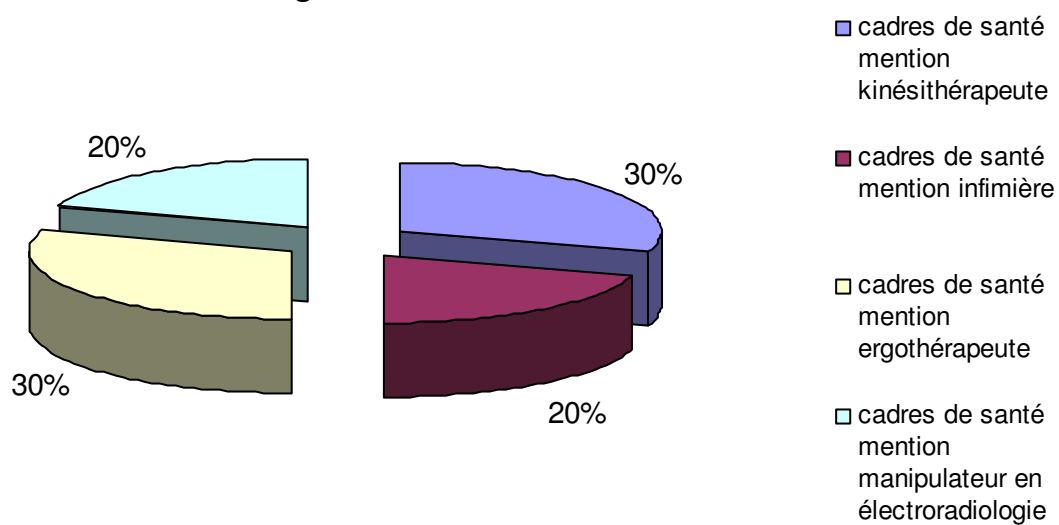
Pourcentages de questionnaires reçus par type d'établissement



Les cadres auxquels nous avons envoyé les questionnaires sont :

- ◆ 3 cadres de santé mention kinésithérapeute,
- ◆ 2 cadres de santé mention infirmière,
- ◆ 3 cadres de santé mention ergothérapeute,
- ◆ 2 cadres de santé mention manipulateur en électroradiologie médicale.

Pourcentage des cadres en terme de filière

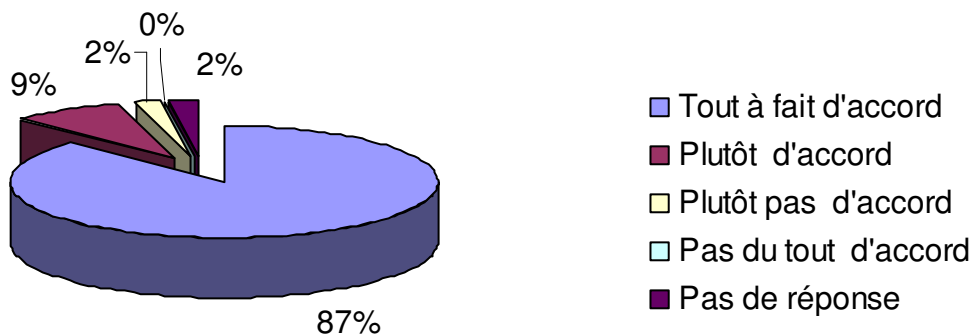


4.2.1. Hypothèse I

Hypothèse I : Depuis le décret du 18 août 1995, la place de l'expertise dans la profession de cadre est secondaire par rapport à la fonction de management.

Pour vérifier l'hypothèse, nous avons posé les questions 1 à 5.

Question 1 : Il est nécessaire d'être issu d'un métier de la santé pour encadrer une équipe paramédicale.



96 % des personnes interrogées pensent qu'il est nécessaire d'être issu d'un métier de santé.

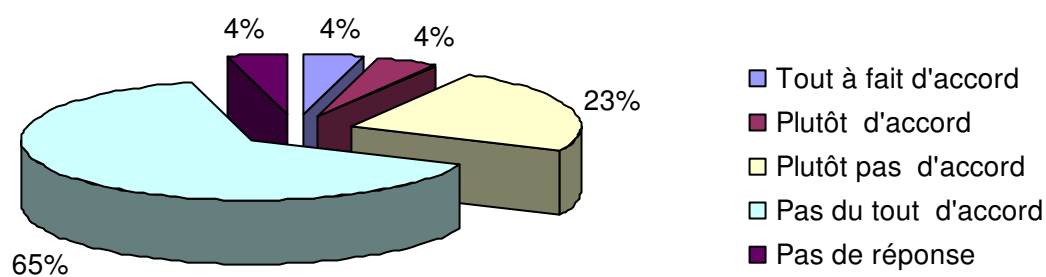
« Un cadre purement « administratif » n'ayant aucune connaissance dans le domaine des soins serait une grande erreur. »

« Je suis persuadée que le cadre doit venir de la filière santé et ne surtout pas être un pur technocrate, administratif. La connaissance du patient, la technicité des

gestes, du matériel nécessitent des compétences bien au-delà d'une grande école pure. La compréhension des problèmes ne touche pas uniquement le côté gestion en santé. »

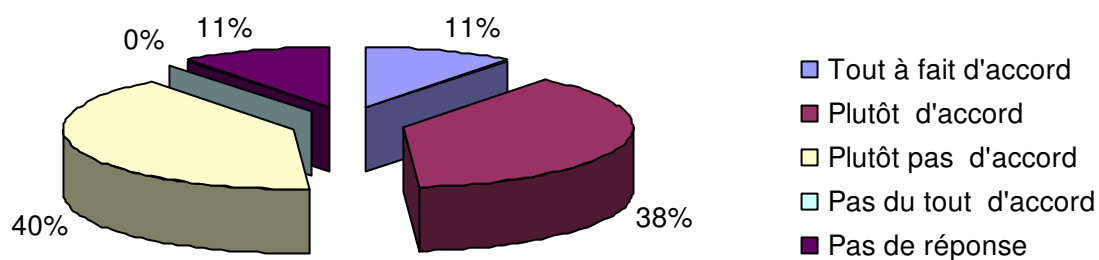
« A mon avis, il est primordial d'avoir vécu les situations de soins en tant que soignant direct pour pouvoir encadrer une équipe paramédicale. »

Question 2 : La formation de cadre de santé pourrait être une formation spécifique après le baccalauréat.



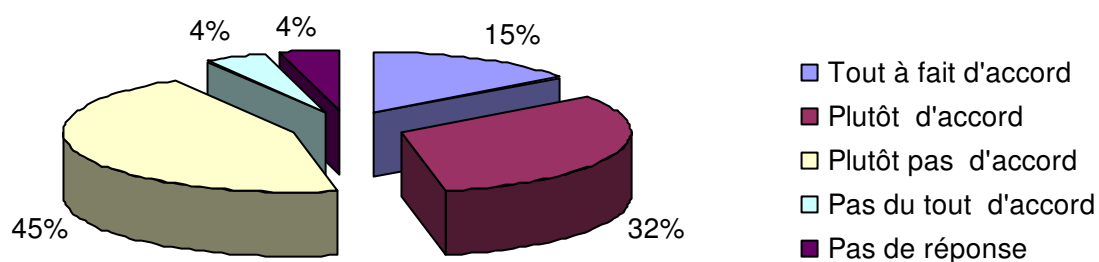
88 % des personnes interrogées pensent qu'un cadre de santé ne pourrait pas être issu d'une formation spécifique après le baccalauréat.

Question 3 : Le cadre de santé est un référent technique.



49 % des personnes sont d'accord, 40 % pas d'accord.

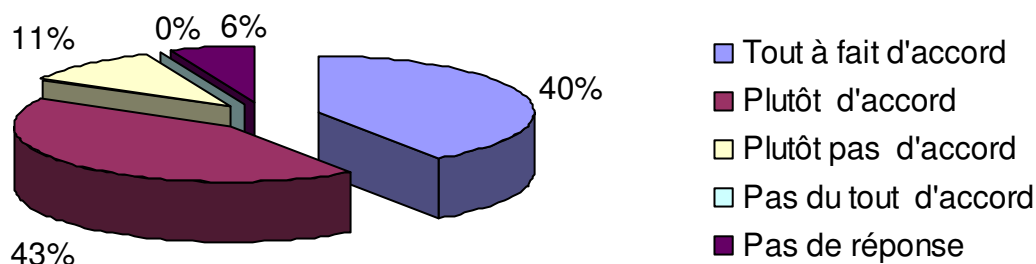
Question 4 : La personne qui m'encadre doit obligatoirement être de ma profession.



47 % des personnes pensent que le cadre doit obligatoirement être de leur profession contre 49 %.

« Les compétences professionnelles relèvent des agents et non du cadre, ce n'est plus un hyper... de la profession d'origine.

Question 5 : Le cadre de santé est un manager.



Le cadre de santé est un manager pour 83% des personnes interrogées.

« Le travail actuel des cadres est devenu tellement gestionnaire que le fait d'avoir un cadre extérieur au métier est devenu moins important. »

« J'ai toujours pensé que le rôle d'un cadre dans un service était avant tout un rôle de communication / organisation qui va de l'équipe vers l'extérieur et vice-versa, également au sein de l'équipe. Il a également un rôle de coordinateur, de dynamique d'un service. »

« Manager me semble être le propre d'un cadre de santé. »

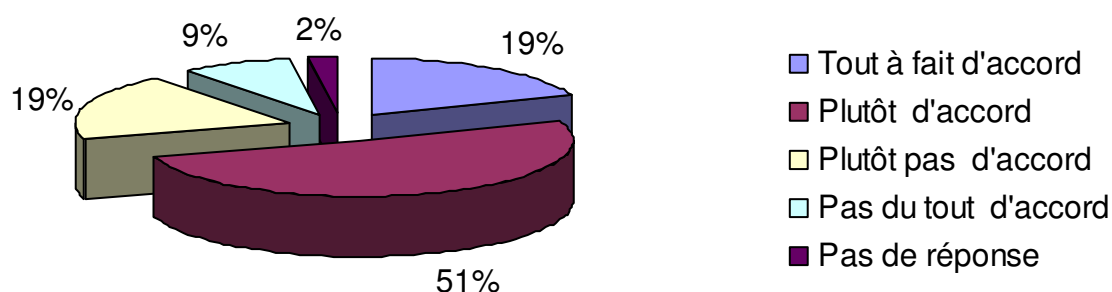
Réponse à l'hypothèse I : cette hypothèse est vérifiée. Même si les professionnels de santé semblent ne pas être réfractaires à être encadrés par une personne d'une autre profession d'origine, ils mettent néanmoins l'accent sur le fait que le cadre doit être un professionnel de santé. Le cadre est essentiellement un manager même s'il reste un référent technique pour la moitié des personnes interrogées.

4.2.2. Hypothèse II

Le fait que le cadre de santé encadre des professionnels non issus de sa filière d'origine favorise une meilleure prise en charge du patient.

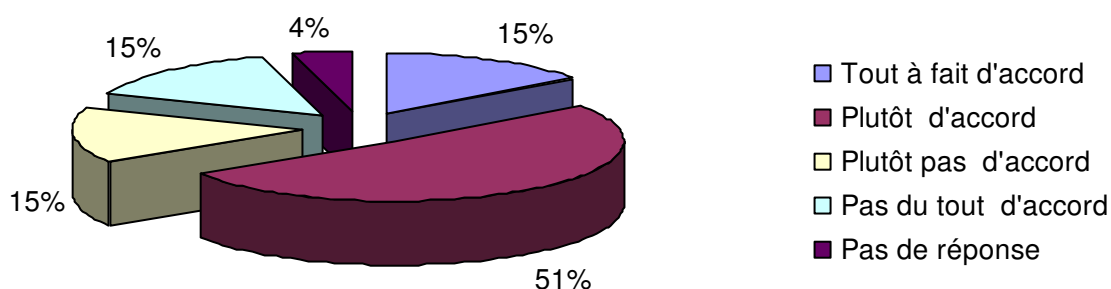
Les questions 6 à 10 ont été posées pour vérifier cette seconde hypothèse.

Question 6 : Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière favorise une meilleure approche du patient dans toute sa dimension.



70% contre 28% des personnes pensent que le fait que leur cadre ne soit pas de leur filière favorise une meilleure approche du patient dans toute sa dimension.

Question 7 : Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière permet de recentrer les soins sur le patient et moins sur la discipline.



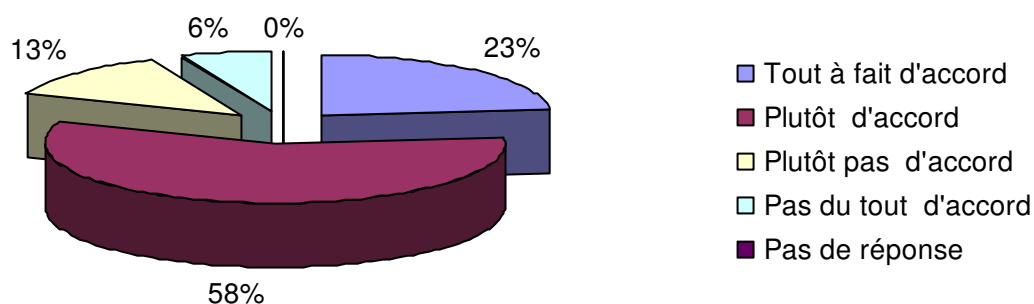
66% contre 30% pensent que le fait que leur cadre ne soit pas de leur filière permet de recentrer les soins sur le patient et moins sur la discipline.

« Le fait d'avoir un cadre kinésithérapeute au centre de rééducation apporte beaucoup au service (objectifs de rééducation, techniques de mobilisation, etc.) » écrit un infirmier.

« Le fait que le cadre soit d'une autre profession permet de ne pas rester « cloisonné » sur une approche « uniprofessionnelle » vis-à-vis du patient. »

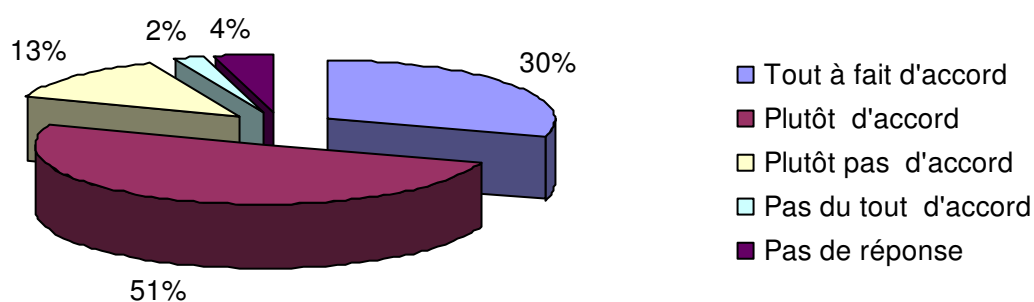
« Le travail en inter-pluridisciplinarité est très important ; confronter nos pratiques, nos points de vue me paraît essentiel afin d'aider, de comprendre le patient dans sa globalité. »

Question 8 : Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière me permet d'avoir un regard extérieur sur mon travail.



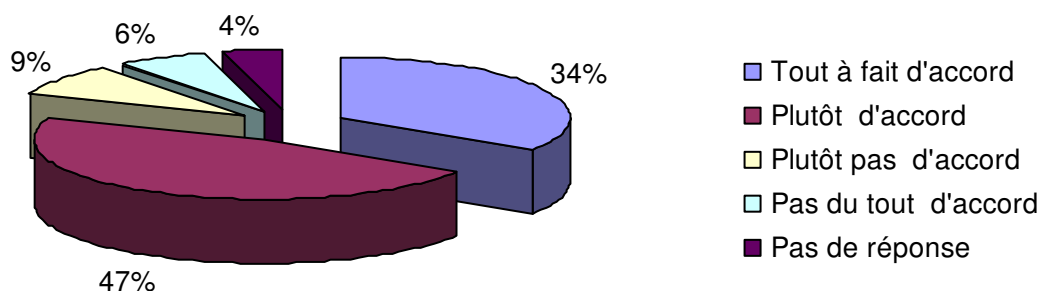
81% pensent que l'encadrement hors filière permet d'avoir un regard extérieur sur leur travail contre 19%, toutes les personnes se sont positionnées.

Question 9 : Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière favorise la connaissance des autres professionnels de santé.



81% pensent que cela favorise la connaissance des autres professionnels de santé.

Question 10 : Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière favorise le travail en interdisciplinarité.



81% pensent que cela favorise le travail en interdisciplinarité.

« Un cadre d'une autre filière favorise une ouverture d'esprit des professionnels en évitant le nombrilisme et le conservatisme. »

« Le cadre hors filière resserre les liens entre professionnels (infirmiers, manipulateurs, secrétaires) et favorise le travail et l'esprit d'équipe dans l'intérêt du patient. »

« Le fait d'avoir un cadre manipulateur, j'ai pu avoir une autre approche. Nous avons une complémentarité dans nos professions. »

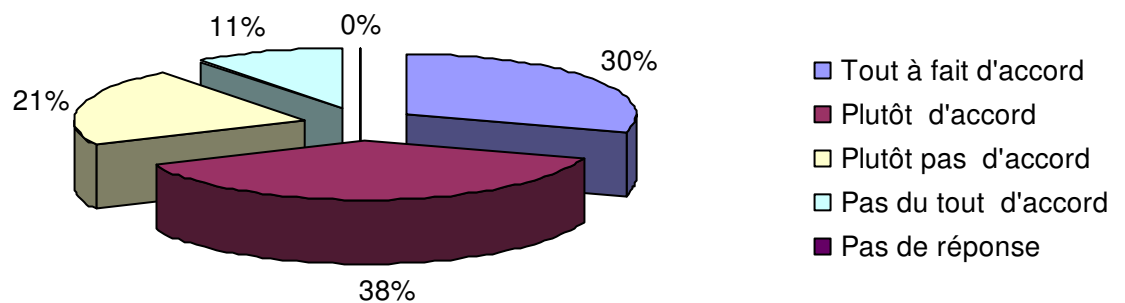
Réponse à l'hypothèse II : celle-ci est également vérifiée. Le fait que le cadre de santé encadre des professionnels non issus de sa filière d'origine favorise une meilleure prise en charge du patient en resituant celui-ci comme objectif commun et en favorisant la rencontre des différents intervenants.

4.2.3. Hypothèse III

Les professionnels encadrés par des cadres de santé hors filière y trouvent divers avantages alors qu'ils étaient majoritairement réfractaires à cette idée a priori.

Pour vérifier l'hypothèse, nous avons posé les questions 11 à 14.

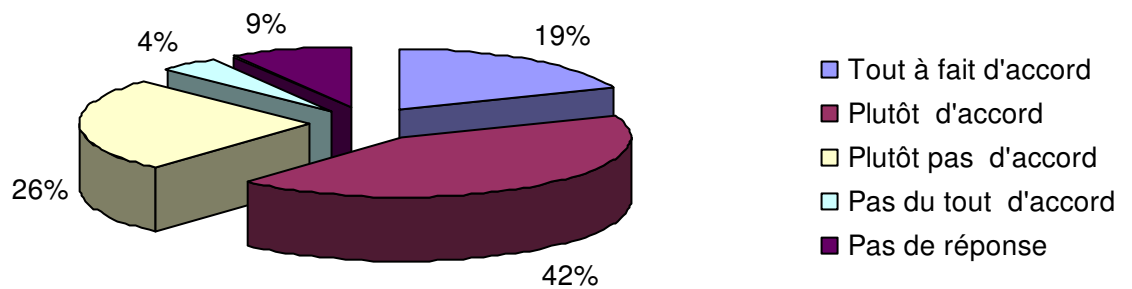
Question 11 : Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière me donne plus d'autonomie dans mon travail.



68% pensent que cela leur donne plus d'autonomie dans leur travail contre 32%, toutes les personnes se sont positionnées.

« (...) tout en nous laissant une autonomie et une implication plus grande dans notre travail. »

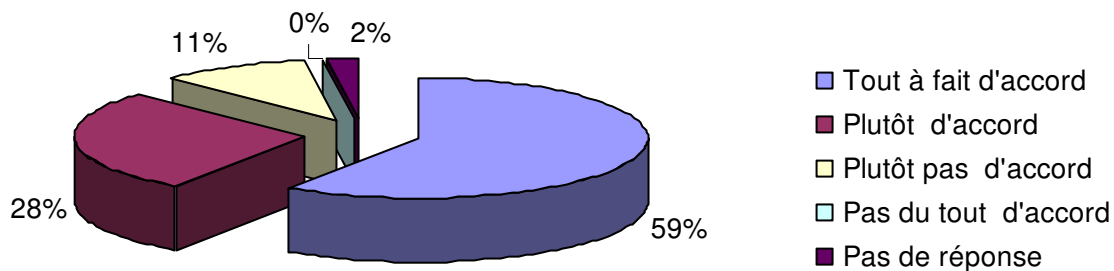
**Question 12 : Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière
me donne le rôle d'expertise dans ma discipline.**



61% pensent que cela leur donne le rôle d'expertise dans leur travail.

« Le fait d'être la seule ergothérapeute dans le service où je travaille me permet d'organiser ma pratique professionnelle de façon plus autonome et me permet de pouvoir (et devoir) valider mes actions en tant qu'expert de ma discipline. »

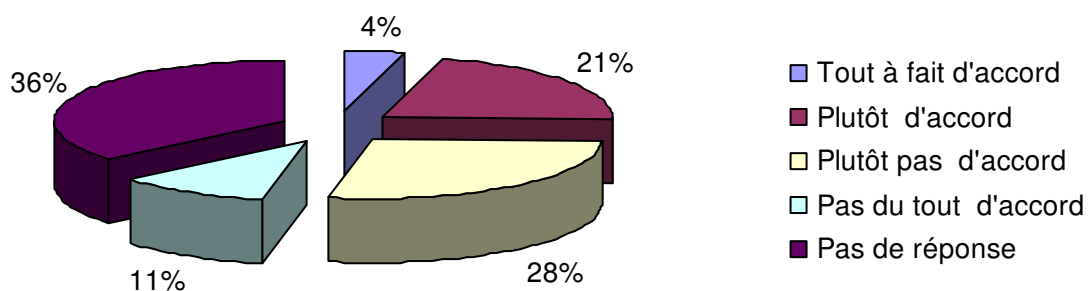
Question 13 : Le fait d'être confronté à une autre discipline enrichit mon vécu professionnel.



87% pensent que cela enrichit leur vécu professionnel.

« Le fait d'avoir un cadre kinésithérapeute est pour nous très positif car elle nous permet de parfaire nos connaissances et de mieux percevoir les objectifs de rééducation. »

Question 14 : Avant d'avoir un cadre hors filière, j'étais favorable à cette possibilité.



39% avaient des a priori négatifs sur ce type d'encadrement. 25% étaient favorables, 36% n'ont pas répondu.

« Je n'y avais jamais réfléchi avant. Je pense que si je m'étais posé la question, j'aurais trouvé cela curieux...car les cas ne doivent pas être si courant que cela. »

« Avant d'avoir un cadre hors filière, je n'y étais pas trop favorable, en fait je crois que c'était plutôt par ignorance. »

« A priori je n'étais pas enchantée d'avoir un cadre kinésithérapeute avant de faire sa connaissance. »

Réponse à l'hypothèse III : les professionnels y trouvent différents avantages comme l'autonomie, le rôle d'expertise et l'enrichissement du vécu personnel. Une majorité des personnes interrogées était a priori réfractaire à ce type d'encadrement.

5. ANALYSE ET SYNTHÈSE

Nous pouvons remarquer que le bon taux de retour des questionnaires semble signifier que le thème ne laisse pas les équipes indifférentes.

Les taux de non réponse se situent pour 2 questions à 0%, pour la dernière à 36%, pour les autres entre 2 et 11%. En exceptant la 14^e question, le taux moyen de non réponse est de 4%. Cela montre le fort taux de positionnement des personnes interrogées.

5.1. ANALYSE DES HYPOTHESES

Afin d'analyser les différentes hypothèses, nous nous appuyons sur les résultats des différents entretiens, des questionnaires et de la recherche bibliographique.

5.1.1. Hypothèse I

Depuis le décret du 18 août 1995, la place de l'expertise dans la profession de cadre de santé est secondaire par rapport à la fonction de management.

Le cadre doit être néanmoins issu d'un métier de santé.

A l'exception d'une directrice des soins, l'ensemble des personnes rencontrées pense qu'il faut nécessairement être issu d'un métier de la santé. Le milieu des soins est un milieu spécifique, avec une culture particulière. Quel que soit le métier d'origine des soignants, ils ont en commun le fait d'avoir choisi un métier de soins, une intimité avec le patient.

« cadre certes, mais cadre de santé surtout . »²³

« Les surveillantes ne sont plus des soignantes au sens strict du terme. Il est cependant indispensable qu'elles connaissent très bien les soins pour les avoir pratiqués elles-mêmes pendant des années si elles veulent pouvoir les organiser sans tomber dans le travers d'une bureaucratie soignante... »²⁴

²³ COUDRAY M-A., Quelle(s) formation(s) pour relever les défis ?, Objectif soins n°98. Août-septembre 2001, p. XI

²⁴ MONTESINOS A., Symbiose, 1982 ; 26

C'est également l'avis des professionnels de santé. Pour eux un cadre ne pourrait pas être issu d'une école initiale sans avoir été soignant. Cette idée a été émise par le Directeur d'établissement qui pense qu'à terme, des écoles spécifiques seront créées dès le baccalauréat pour former des cadres qui auront une culture large en santé sans jamais avoir exercé comme soignant.

Les opinions recueillies, notamment des cadres de santé, montrent que le fait d'avoir été soignant est un atout auprès des équipes. Même s'ils n'ont pas l'expertise des paramédicaux qu'ils encadrent, ils peuvent s'appuyer sur leur expérience professionnelle quant à la connaissance du patient et/ou de la pathologie.

La technicité ne revient plus au cadre de santé.

Selon certains directeurs administratifs rencontrés, le cadre est nécessairement issu de la discipline des agents qu'il encadre. Ils sont effectivement toujours dans l'idée d'un cadre référent technique, qui peut remplacer le cas échéant. Le changement de métier qui fait que nous passons de technicien à manager n'est pas encore perçu partout. Il faut dire que la majorité des cadres en poste actuellement a été formée avant 1995 ou a été nommée à l'ancienneté sans faire l'école des cadres.

Avant, le cadre était une personne choisie par le chef de service, sans nécessité de suivre une formation. Actuellement, les nouveaux cadres arrivent parfois de l'extérieur de l'établissement et sont tous formés.

*« Le cadre n'est pas un « super » expert. L'expertise porte sur un thème. Elle dépend de soi. L'acte managérial consiste à fédérer une énergie collective : réunir les compétences et les savoir-faire ».*²⁵

Le programme de l'institut de formation des cadres de santé²⁶ porte essentiellement sur l'apprentissage d'un nouveau métier. Par ailleurs, une infirmière peut elle être considérée comme référent technique si elle a fait sa carrière en psychiatrie et qu'on lui offre un poste en chirurgie ?

Les professionnels de terrain ont plus de difficultés à trancher. Peut-être considèrent-ils également comme une expertise le fait d'être soignant ? Les personnes ayant fait des commentaires rapprochent la notion de référent technique de la connaissance de la santé et de ce qu'est un patient.

L'affirmation « Le cadre de santé est un référent technique. » est celle qui a le taux de non réponse le plus important à l'exception de la question 14. L'avis sur l'expertise du cadre reste très partagé. Cela peut signer une évolution des mentalités car avant, notamment au niveau infirmier, le cadre était surtout l'expert, celui que l'on appelait quand on n'arrivait pas à piquer un patient. Le médecin était alors souvent considéré comme le hiérarchique.

« Or, l'expérience démontre qu'une excellente infirmière ne devient pas nécessairement une bonne surveillante et que l'autorité ne se mesure pas seulement à la

²⁵ NIZARD G. journée d'information de l'AFCS sur le thème « Le cadre de santé, une fonction en transformation ? », 28/09/02, Soins cadres n°44, Novembre 2002, p.13

²⁶ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, J.O n° 193 du 20 août 1995 page 12469, NOR: SANP9502094A

technicité de son savoir. Un bon virtuose ne devient pas obligatoirement un bon chef d'orchestre. »²⁷

Il est nécessaire de travailler avec des référents techniques qui seront choisis au sein de l'équipe.

Le cadre de santé est un manager.

Les cadres de santé interrogés se considèrent comme des managers. C'est pourquoi la moitié d'entre eux a fait le choix délibéré d'encadrer des professionnels d'une autre filière. Ils se situent en tant qu'animateur d'équipe, organisateur des soins, ce qu'attendent les DRH et les Directeurs de soins.

Le cadre est également considéré comme un manager par la quasi-totalité des professionnels de terrain.

Devenir cadre : *« Cela exige de prendre du recul sur soi et sur son expérience professionnelle. Seule une rupture avec le métier précédent et un questionnement personnel permettent d'accéder pleinement à la fonction de cadre. »²⁸*

« La promotion à une fonction d'encadrement ne peut plus se limiter à la gratification d'un « vieux routier ». Il s'agit de l'apprentissage d'un nouveau métier. »²⁹

²⁷ ARNAUD J-O, BARSACQ G., La dynamique des ressources humaines à l'hôpital, Ed. E.S.F., 1989, p.32

²⁸ HART J., MUCCHIELLI A., Soigner l'hôpital, Ed. Groupe Liaisons SA, Paris, 2002, 167 p.

²⁹ J.O. ARNAUD, G. BARSACQ, La dynamique des ressources humaines à l'hôpital, E.S.F., 1989, p.68.

C'est pourquoi l'un des DRH rencontré pense que c'est une bonne chose de déconnecter la notion de management du métier d'origine en favorisant l'encadrement hors filière. Les cadres de santé rencontrés ne peuvent pas se situer en tant que référents techniques, ils se positionnent alors naturellement comme managers.

5.1.2. Hypothèse II

Le fait que le cadre de santé encadre des professionnels non issus de sa filière d'origine favorise une meilleure prise en charge du patient.

L'encadrement hors filière permet de se recentrer sur l'objectif premier des soins : le patient.

Les professionnels de santé interrogés voient le patient dans sa globalité. Du fait des liens créés entre les professionnels, la prise en charge est globale. Le fait que le cadre ne soit pas de la filière fait que le patient prend alors la place qui lui revient.

Certains cadres sont parfois plus tournés vers la technique que vers le patient. Les professionnels interrogés corroborent cette hypothèse. Le décroisement, la confrontation des pratiques, des points de vues permettent de sortir de la vision partielle que l'on a de part sa formation.

« Il faudrait faire de l'interprofessionnalité parce que « c'est à la mode et que tout le monde en parle ». Il faudrait se dire interprofessionnels parce que le prétexte est bon pour se dire que les professionnels de la santé, du soin, travaillent ensemble pour le bien...Le bien de qui au fait ? Que met-on dans cette zone commune ? Qu'est-ce que chaque professionnel est prêt à abandonner à l'autre, à partager avec lui ? : Le patient. C'est l'atout majeur de l'interprofessionnalité. Le patient est enfin au centre des débats,

*du soin, de ses soins. (...)Alors dans ce sens, est-ce que partager c'est perdre quelque chose ? Je ne le crois pas ».*³⁰

L'approche interdisciplinaire est favorisée.

D'après les cadres de santé, l'interdisciplinarité est favorisée de part une meilleure connaissance des autres et de leurs professions. Un travail sur les interfaces est favorisé.

La grande majorité des professionnels interrogés pense que cela amène un regard extérieur sur leur travail, une meilleure connaissance des autres professionnels de santé et que le travail en interdisciplinarité est favorisé.

Notre formation est forcément partielle. Nous abordons le patient sous un angle particulier : la collaboration rééducateurs-soignants amène les soignants à prendre plus en considération la recherche d'autonomie vis-à-vis du patient.

*« (...) la profession d'infirmière repose fortement sur la notion de « faire pour l'autre ».*³¹

Les soignants ont quant à eux une approche plus globale de la personne et des familles du fait de leur présence 24 heures sur 24 ; ils ont également la notion d'équipe.

³⁰ SCHABAILLE A., Risques et espoirs de l'interprofessionnalité, in « Expériences en ergothérapie », Ed. Sauramps Médical, Montpellier, 2001, n°14,18-20

³¹ HART J., MUCCHIELLI A., Soigner l'hôpital, Diagnostics de crise et traitements de choc, Ed. Groupe Liaisons SA, Paris 2002, p. 57

Les soignants et les rééducateurs ne font que se côtoyer la plupart du temps sans réel prise en compte de leurs rôles et de leurs impératifs respectifs. Le cadre hors filière est alors un lien très important entre les 2 services.

5.1.3. Hypothèse III

Les professionnels encadrés par des cadres de santé hors filière y trouvent divers avantages alors qu'ils étaient majoritairement réfractaires à cette idée a priori.

Les professionnels ayant un cadre hors filière y trouvent des avantages.

Selon les cadres de santé, l'expertise revient aux professionnels de terrain, leur autonomie est augmentée, ce qui est confirmé par les résultats des questionnaires dont il ressort également un enrichissement de leur vécu professionnel pour une très large majorité.

Le rôle des professionnels de terrain ne se limite pas à un rôle d'exécutant. Leur expertise en tant que soignants est précieuse pour le cadre hors filière. Le cadre n'est plus le « super technicien », il a son expertise en tant que manager, les soignants ont la leur. Les rapports entre eux peuvent alors aussi être des rapports de collaborateurs, de partenaires et pas seulement de subordonnés.

« Bien que faibles en nombre, les études sur la collaboration interprofessionnelle démontrent que celle-ci est perçue comme un mode efficient³² d'organisation du travail. La collaboration est associée entre autres à une amélioration des soins au patient et à une augmentation de la satisfaction au travail du personnel. »

Les professionnels ont majoritairement des a priori négatifs sur ce type d'encadrement.

Au cours des entretiens, nous avons pu noter que les personnes étant réfractaires à l'encadrement hors filière n'avaient jamais eu l'occasion de l'expérimenter.

Concernant le questionnaire, le taux de non réponse, anormalement élevé (36%) par rapport aux autres questions, est probablement dû au libellé de la question. En effet, la question est annoncée comme ouverte pour que les personnes interrogées expliquent les raisons de leur réponse. C'est pourquoi beaucoup d'entre elles n'ont pas renseigné le tableau des réponses d'accord/pas d'accord.

La majorité des réponses confirme néanmoins que les a priori sont négatifs sur l'encadrement hors filière alors que le vécu est positif pour le patient et les professionnels de santé comme le démontrent les hypothèses II et III.

Si nous demandons autour de nous à des personnes non concernées si elles envisageraient d'être encadrées par quelqu'un d'une autre filière, la réponse est non de façon quasi consensuelle.

³² D'AMOUR D., La collaboration interprofessionnelle et inter organisationnelle, in Goulet O., Dallaire C., Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives, Sciences Sociales et Santé, 2002, 17 : 3, 67-94

Nous sommes tous réfractaires au changement. C'est en montrant que les divers professionnels trouvent des avantages à l'encadrement hors filière que nous pourrions peut-être amener une plus grande interdisciplinarité à tous les niveaux.

5.2. ANALYSE ET SYNTHÈSE GLOBALE AU REGARD DE LA PROBLÉMATIQUE

En quoi l'encadrement d'équipes paramédicales par un cadre d'une autre filière de soins peut-il contribuer d'une part, à une meilleure prise en charge du patient, et d'autre part à une reconnaissance de l'expertise du professionnel ?

Cette problématique nous amène tout d'abord à réfléchir sur le rôle du cadre. De quoi les équipes ont-elles besoin ? Et les patients ?

Qu'attend-t-on véritablement du cadre ? Doit-il porter la blouse ou non, comme le demande un des cadres de santé rencontré ?

5.2.1. L'encadrement d'équipe

La dynamique d'ouverture, initiée par le décret n°95-926 du 18 août 1995 créant le diplôme de cadre de santé s'est poursuivie avec la parution du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002³³ portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Ce corps est désormais accessible aux professionnels issus des 3 filières infirmière, de rééducation et médico-technique. La première promotion

³³ décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, J.O n° 95 du 23 avril 2002 page 7187, NOR: MESH0220702D

actuellement en formation est constituée de 63 étudiants de la filière infirmière, 16 de la filière médico-technique et 3 de la filière rééducation.

La fonction d'encadrement est en pleine mutation et nous n'en sommes qu'au début. La volonté des législateurs semble vouloir définitivement positionner le cadre de santé en tant que manager. Le rôle du cadre, historiquement celui de surveillant, devient celui de coordonnateur, de meneur de projet. Ce nouveau rôle a été confirmé lors des entretiens avec les Directeurs de soins et les administratifs.

« (...) il faut faire évoluer le rôle des cadres. Ils ne doivent plus être des gardiens de la règle, des juges et des contrôleurs. Ils doivent changer d'attitude : savoir décentraliser leurs responsabilités, être des animateurs et des communicateurs. »³⁴

Depuis 2002, les nouveaux cadres de santé doivent obligatoirement être diplômés, plus de nomination à l'ancienneté, ce qui corrobore l'idée qu'être cadre est un véritable changement de métier.

On ne demande plus au cadre d'être un technicien, la filière d'origine n'a de ce fait plus autant d'importance qu'avant où il s'agissait de surveiller.

Ce changement de fonction du cadre de santé amène une majeure partie des recruteurs à privilégier la personnalité du candidat plutôt que sa filière. Le sens que l'on veut donner à notre fonction cadre est primordial.

L'encadrement hors filière peut amener alors un avantage auquel nous n'avions pas pensé de prime abord : le fait de changer de discipline peut amener le cadre nouvellement formé à prendre plus rapidement conscience du changement de sa fonction.

³⁴ HART J., MUCCHIELLI A., Soigner l'hôpital, Diagnostics de crise et traitements de choc, Ed. Groupe Liaisons SA, Paris 2002, p. 147

Comme l'a exprimé une Directrice des soins rencontrée, il faudrait peut-être inciter les étudiants cadres à faire leur stage d'encadrement dans une autre filière que la leur.

Les nouvelles missions transversales des cadres changent également la façon de considérer ce qu'est leur rôle. Nous devenons des managers transversaux : par une volonté de décloisonnement mais également d'une recherche d'efficience du fait des problèmes budgétaires.

Les professionnels, quant à eux, ont obligation de se positionner : quelle est la spécificité de leur discipline ? Qu'apportent-ils de spécifique au patient ? L'interdisciplinarité, loin de vouloir uniformiser les pratiques, oblige les intervenants à affirmer leur identité professionnelle : cela passe par un investissement de sa fonction et une nécessaire découverte des autres.

5.2.2. L'équipe d'encadrement

Quand nous parlons d'équipe, cela évoque l'équipe de soignants autour du patient. Le rôle du cadre ne se limite pas à son rôle d'encadrement d'équipe soignante. Il fait partie d'une institution.

Dans le cadre conceptuel, nous avons pu mettre en évidence les causes de la forte prégnance des cadres infirmiers : leur nombre et leur antériorité.

La 1^e école de cadres infirmiers a été créée en 1952 alors que les premiers certificats cadres pour les autres paramédicaux sont apparus 24 ans après. Il s'est donc

déroulé un quart de siècle avant que la fonction d'encadrement s'adresse à d'autres personnels que les infirmiers.

La formation initiale des cadres de santé reste très présente dans leur exercice d'encadrement et c'est là une grande richesse par la diversité des regards, des cultures, des expériences. S'ils ont conscience d'avoir changé de métier, les cadres de santé ne se sentent pas moins kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou infirmiers.

Le rapport qu'entretiennent les cadres rééducateurs avec les médecins est différent : de part leur formation, leur exercice, les rééducateurs ont un rapport d'altérité plus marqué que les cadres infirmiers nous ont rapporté plusieurs Directeurs des soins.

« La vulnérabilité des infirmières est d'autant plus grande qu'elles n'ont pas tous les ressorts défensifs identitaires habituels. Il est en effet remarquable que la formation qu'on leur donne agisse plutôt pour « casser » leurs défenses que pour les développer. On leur apprend (implicitement) la soumission aux médecins. »³⁵

Les médecins sont également des acteurs importants que nous n'avons pas rencontrés durant notre travail de recherche. Cela ne veut pas dire qu'ils ne sont pas concernés, loin s'en faut ! Il n'était pas rare que ceux-ci choisissent « la surveillante » du service auparavant.

Même si nous devons nous affirmer par rapport au pouvoir médical, il est important d'amener les médecins à réfléchir sur la mutation du rôle du cadre de santé. Les médecins restent très attachés aux filières, il est primordial qu'ils connaissent les spécificités de l'ensemble des paramédicaux avec lesquels ils travaillent. Il serait difficile

³⁵ HART J., MUCCHIELLI A., Soigner l'hôpital, Diagnostics de crise et traitements de choc, Ed. Groupe Liaisons SA, Paris 2002, p.36

d'imposer un cadre d'une autre filière contre l'avis médical, ce serait mettre le cadre en difficulté.

Même dans le monde paramédical, beaucoup de professionnels ignorent que les cadres ont tous une formation commune quelle que soit leur filière depuis 1995.

5.2.3. Le patient

Une personne interrogée nous fait remarquer au dos du questionnaire qu'une chose fondamentale dans le rôle d'un cadre est d'être à l'écoute des familles. Un Directeur des soins confirme l'importance du rôle d'interface à jouer par le cadre entre l'institution et la famille. C'est également un moyen de reconnaissance par l'équipe.

Nous avons vu que la prise en charge du patient est améliorée du fait d'une plus grande interdisciplinarité, d'un recentrage sur ce pourquoi nous sommes tous des soignants : le patient. C'est pourquoi il semble évident que, plus que la discipline, c'est le patient qu'il est important de connaître.

Un cadre ergothérapeute encadrant un service de soins en psychiatrie a insisté lors de l'entretien sur le fait que c'est sa connaissance du patient en psychiatrie qui lui a permis de prendre ses fonctions sans être mis en difficulté.

J'ai pu expérimenter cela lors de mon stage d'encadrement qui s'est déroulé dans un service de soins en rééducation. J'ai retrouvé un milieu que je connais parfaitement. Le fait d'être dans un service infirmier plutôt que sur le plateau technique

n'a pas changé mes repères : je connaissais les pathologies, le type de prise en charge, les patients.

A l'issue du stage, le cadre infirmier m'a avoué qu'à mon arrivée, il se demandait ce qu'il allait pouvoir faire d'un stagiaire cadre kinésithérapeute. En fait, il a découvert que nous n'étions pas si différents l'un de l'autre. Nous nous sommes retrouvés sur le terrain de la rééducation et sur celui d'animateur d'équipe. Il a retenu la richesse que peut amener un autre regard, une autre culture de soins. Quant à moi, j'ai pu constater que je me sentais capable d'encadrer un service de soins en rééducation.

Le rôle du patient devient de plus en plus important : il devient acteur de ses soins, il a un droit de regard et des exigences par rapport au monde médical. Il est à considérer comme un partenaire et non comme un objet de soins. Ce changement de statut n'est pas encore entré dans tous les services.

5.2.3. Les limites à l'encadrement hors filière

Les milieux très techniques sont considérés comme pouvant être une limite à l'encadrement hors filière : par l'expertise des soins qui y sont prodiguées (la réanimation), par la spécificité de la fonction (manipulateurs en électroradiologie médicale, sages-femmes).

D'autres limites sont de l'ordre de la fonction : l'encadrement des stagiaires, la représentativité des équipes au niveau de la direction. Ces limites sont toutes relatives si nous considérons des missions transverses. Le cadre rééducateur peut mener les mises

en situation pratique des rééducateurs quel que soit le service où le stagiaire est affecté. De plus, l'évaluation des stagiaires ne s'arrête pas à la technicité.

La transversalité peut également intervenir pour tout ce qui est lié à la technique : propositions de formations, projets d'équipement...

Nommer un référent parmi les membres de l'équipe peut également être une solution.

Enfin une autre limite, et peut-être l'essentielle, est qu'il faut avoir envie de connaître le milieu, la spécificité des personnes encadrées. Le management est forcément participatif, des tâches doivent être déléguées à des personnes plus compétentes que nous. Le cadre n'est plus l'expert, il faut admettre que nous ne sommes pas le référent en tout.

« Les rapports de coopération impliquent d'apprendre à s'enrichir des diversités de l'autre, à exploiter ses différences pour faire une valeur ajoutée. »³⁶

Le problème de crédibilité technique, de reconnaissance par les pairs semble être un a priori.

« Un cadre issu du métier est reconnu par ses pairs et partage les valeurs de la profession, il en a le langage et ses préoccupations sont proches. »³⁷

Au cours de l'enquête, ce problème n'a pas été mis en avant. On attend le cadre sur ses capacités à manager pas sur sa technicité. Le diplôme de cadre est un début de reconnaissance : le fait d'être diplômé et non d'être « faisant fonction » est un atout important.

³⁶ THUDEROZ Ch., Négociations, Essai de sociologie du lien social, PUF, 2000 : 30

³⁷ ARNOUX E., Difficultés et piste d'action pour un repositionnement des cadres de santé, Objectifs soins n° 112, Janvier 2003 p18-20

En conclusion, nous pouvons dire que la polyvalence du cadre s'arrête là où s'arrête sa capacité d'adaptation.

*« On peut donc parler d'une polyvalence relative : elle serait effective quant à la dimension fonctionnelle du rôle de cadre : organisation, communication, formation, animation. Mais elle ne serait plus que « relative » dans sa dimension clinique et culturelle (...) D'ailleurs, l'emploi du préfixe « poly » limite bien la valence (capacité) à plusieurs situations et non à toutes, on parlerait, sinon, d'omnivalence ».*³⁸

³⁸ MENAI S., MERKLING J., Cadre de santé et polyvalence, Soins cadres n°44, Novembre 2002, p.58-60

5.3. PERSPECTIVES

5.3.1. Cadre de santé et non de soins

Un cadre ergothérapeute ayant fait sa carrière en psychiatrie est-il plus à même d'encadrer une équipe de rééducateurs en rééducation fonctionnelle qu'une infirmière issue de ce milieu de la rééducation ?

Il faut penser l'encadrement par rapport aux patients et non pas par rapport aux professionnels de soin. La famille, les patients n'admettent pas les frontières entre les différentes prises en charge.

Le cadre de santé doit être au dessus des disciplines. Il faut penser l'équipe en termes de fonctionnalité. A l'issue de la formation, je retrouve un poste que j'ai eu l'occasion de découvrir quelques mois avant mon entrée à l'institut de formation. Il s'agit d'encadrer une équipe pluridisciplinaire autour du patient en hôpital de jour de réadaptation.

C'est un poste de coordonnateur de soins. Je gère l'ensemble des intervenants auprès du patient. Celui-ci est alors véritablement au cœur des préoccupations : il ne s'agit pas de penser kinésithérapie mais prise en charge globale.

Ma connaissance du milieu de la réadaptation est effectivement un atout, les professionnels de santé sont les référents de chacune de leur technique, les kinésithérapeutes également.

Il faut une nécessaire prise de recul avec la formation initiale pour considérer l'ensemble des intervenants et les priorités en fonction des cas.

La coordination d'équipe fonctionnelle semble être l'organisation à privilégier pour une bonne prise en charge globale mais en prend t-on véritablement le chemin avec l'organisation en pôles du plan « Hôpital 2007 » ? Oui, affirment certains recruteurs interviewés. Cependant, la création d'ores et déjà d'équipes de prestataires de service de rééducation, d'agents de service laisse supposer le contraire.

5.3.2. Interdisciplinarité dès la formation initiale

A Montpellier, il existe 2 instituts de formation des cadres de santé :

- ◆ un institut dépendant du CHU qui forme les cadres de santé mention infirmière, manipulateur d'électroradiologie médicale et technicien de laboratoires.
- ◆ un institut privé formant les cadres de santé mention masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute et pédicure-podologue.

Ces instituts ont fait le pari de l'interdisciplinarité et pour cela, ils ont mis en place plusieurs actions :

- ◆ une centaine d'heures en commun de cours en amphithéâtre et de travaux dirigés,
- ◆ une analyse de situation dans un service de soins menée par une équipe interdisciplinaire d'étudiants cadres pendant une semaine. Celle-ci donne lieu à une évaluation commune qui valide en partie le module d'encadrement,
- ◆ la préparation d'une journée de communication sur l'interdisciplinarité.

Lors de cette journée de communication qui s'est déroulée à l'Institut St Pierre de Palavas, nous avons présenté chacun nos différentes formations initiales et nous avons

alors pris conscience qu'après, en moyenne 10 ans d'expérience professionnelle, nous ne connaissions pas les différents acteurs de santé et leurs compétences.

Nous avons pu également vérifier lors de cette journée que malgré la diversité des métiers paramédicaux rassemblés par le décret de 1995, nous partageons tous la culture de soignant y compris pour des professionnels moins présents au lit du malade comme les techniciens de laboratoires. Ceux-ci ont pu nous rappeler que « *derrière le tube à essai, il y a un patient !* » et qu'ils se sentent soignants à part entière !

Il est nécessaire de faire évoluer les représentations que nous avons de chacun des autres intervenants et la formation initiale semble tout indiquée :

- ◆ en permettant aux étudiants de santé de connaître les différents professionnels de santé et leurs spécificités,
- ◆ en informant ces mêmes étudiants de ce qu'est un cadre de santé, de son rôle,
- ◆ en resituant le patient comme objectif commun à tous les intervenants.

Une 1^e année commune des études paramédicales serait un bon moyen de se connaître.

Notre rôle de cadre de santé sera de donner la possibilité aux stagiaires reçus dans les services de découvrir les autres professionnels de santé sur le terrain.

5.3.3. Interdisciplinarité au delà de la santé

L'interdisciplinarité ne s'arrête pas au monde des soignants elle peut s'étendre aux administratifs, aux services techniques et hôteliers mais également à d'autres milieux professionnels.

Le monde industriel a jeté des ponts vers la santé, la démarche qualité et l'accréditation en sont des exemples.

« La formation reçue devrait donc être ouverte sur le monde extra-hospitalier. C'est pourquoi nous préconisons une formation « inter », c'est à dire une formation dans des séminaires ou dans des cours où les directeurs, les cadres, les médecins rencontrent d'autres responsables, originaires d'autres milieux et porteurs d'autres cultures. Les personnels de santé baignent trop dans leur propre « jus », il faut les confronter à autre chose que leur univers habituel. »³⁹

« Ils (les cadres) devront suivre des séminaires en dehors de l'établissement, dans des organismes spécialisés de formation hors du domaine de la santé, pour qu'ils se retrouvent mêlés à d'autres cadres. Il leur faut un « choc culturel » qu'ils ne peuvent recevoir qu'en sortant de leur milieu. »⁴⁰

Les enjeux économiques dans le monde de la santé sont de plus en plus présents : depuis les années 1980, a émergé une nouvelle discipline, l'économie de la santé, avec un impératif de gestion de la santé. Si elle n'a pas de prix dit-on, elle a un coût et le cadre ne doit pas négliger l'aspect économique.

³⁹ HART J., MUCCHIELLI A., Soigner l'hôpital, Diagnostics de crise et traitements de choc, Ed. Groupe Liaisons SA, Paris 2002, p. 141

⁴⁰ HART J., MUCCHIELLI A., Soigner l'hôpital, Diagnostics de crise et traitements de choc, Ed. Groupe Liaisons SA, Paris 2002, p. 147

CONCLUSION

La profession de cadre de santé a fortement évolué depuis ces dernières années. Initialement, la meilleure infirmière était nommée à l'ancienneté, souvent repérée par le chef de service. Depuis moins de trente ans, cette profession s'est ouverte aux autres paramédicaux ; la formation est identique pour tous depuis 1995, le cadre est devenu essentiellement un manager, obligatoirement diplômé depuis 2002.

Qu'en est-il des filières ? Pourquoi toujours les mentionner lors du recrutement ? J'ai voulu vérifier que le cadre n'avait plus besoin d'être nécessairement de la filière des professionnels qu'il encadre en rencontrant les Directeurs administratifs et de soins.

La filière est secondaire selon les recruteurs, l'important est la personnalité du candidat et le sens qu'il veut donner à sa fonction de cadre.

C'est une véritable ouverture pour les paramédicaux non infirmiers qui peuvent alors entrevoir de nombreuses possibilités d'exercice, sans être cantonnés dans des équipes de rééducateurs ou de médico-techniques, peu nombreuses.

Le second axe du travail consistait à rencontrer les cadres de santé et les professionnels en situation d'encadrement hors filière en émettant comme hypothèse que cela amenait des avantages car « *Tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose.* »⁴¹

Ce travail d'enquête a pu mettre en avant que cela favorisait :

- ◆ une meilleure prise en charge du patient,
- ◆ la reconnaissance du soignant dans son domaine d'expertise.

⁴¹ BERNOUX P., La sociologie des organisations, Du Seuil, Paris, 1985, p.206

Faut-il alors ne plus tenir compte des filières d'origine ? Je ne le pense pas. L'enquête a mis en évidence le fait que la formation initiale des cadres de santé reste très présente dans leur exercice d'encadrement. Il faut en tenir compte, non pas en cloisonnant les disciplines mais en réfléchissant à l'orientation que l'on veut donner à un service. Des cadres rééducateurs ou médico-techniques amènent nécessairement une vision différente de la prise en charge du patient, une spécificité. L'équipe d'encadrement est essentielle pour une institution qui doit mener des projets, là encore, l'interdisciplinarité est une richesse.

Reste une interrogation : si nous formons des cadres de santé dans l'optique de les préparer au management, comment répondre à la demande d'expertise technique ? L'enseignement dans les instituts de formation initiale, la recherche, nécessitent la création d'une formation diplômante d'expert technique.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

📖 **ABBAD J.**, Organisation et management hospitalier, Ed. Berger-Levrault, Paris, mai 2001, 417p.

📖 **ARNAUD J-O., BARSACQ G.**, La dynamique des ressources humaines à l'hôpital, Ed. E.S.F., 1989, p.32

📖 **BERNOUX P.**, La sociologie des organisations, Du Seuil, Paris, 1985, p.206

📖 **BOUFFARTIGUE J., DELRIEU A-M.**, Les racines latines, Les racines grecques, Belin, 1996,
1146 p.

📖 **D'AMOUR D.**, La collaboration interprofessionnelle et inter organisationnelle, in Goulet O., Dallaire C., Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives, Sciences Sociales et Santé, 2002, 17 : 3, 67-94

📖 **ENGLEBERT-LECOMTE V., FOUREZ G., MATHY P.**, Nos savoirs sur nos savoirs, Edition De Boeck, 1997

📖 **HART J., MUCCHIELLI A.**, Soigner l'hôpital, Diagnostics de crise et traitements de choc, Ed. Groupe Liaisons SA, Paris 2002, 167p.

📖 **MONTESINOS A.**, Symbiose, 1982 ; 26

📖 **THUDEROZ Ch.**, Négociations, Essai de sociologie du lien social, PUF, 2000 : 30

Revue et articles

- ▣ **ARNOUX E.**, Difficultés et piste d'action pour un repositionnement des cadres de santé, Objectifs soins n° 112, Janvier 2003 p18-20

- ▣ **CAIRE J.M.**, Le cadre de santé, facilitateur de la démarche transdisciplinaire, Soins cadres n°49, Février 2004

- ▣ **COTTRET Y.**, Formation commune pour les cadres, mémoire et perspective, Soins cadres n°35, 3^e trimestre 2000 p.43.

- ▣ **COUDRAY M-A.**, Quelle(s) formation(s) pour relever les défis ?, Objectif soins n°98. Août-septembre 2001, p. XI

- ▣ **DE VILLERMAY D.**, Vers un modèle transdisciplinaire de la santé, Journées de formation A.R.S.I. 29 et 30 janvier 2004

- ▣ **LACRAMPE C.**, Réforme des études de cadre : treize à la douzaine, Objectifs soins, n°36, octobre 95, p. 6-8

- ▣ **MENAI S., MERKLING J.**, Cadre de santé et polyvalence, Soins cadres n°44, Novembre 2002, p.58-60

- ▣ **MORIN E.**, Sur l'interdisciplinarité, Carrefour des sciences, Actes du Colloque du CNRS Interdisciplinarité, Editions du CNRS, 1990.
<http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/bulletin/b2c2.htm>

- ▣ **NIZARD G.**, journée d'information de l'AFCS sur le thème « Le cadre de santé, une fonction en transformation ? », 28/09/02, Soins cadres n°44, Novembre 2002, p.13

- ▣ **OSIEK-PARISOD F.**, La santé globale : avantages et limites d'une référence professionnelle incontournable, Objectif Soins n°42, avril 1996, pp 21-23

- ▣ **SCHABAILLE A.**, Risques et espoirs de l'interprofessionnalité, in « Expériences en ergothérapie », Ed. Sauramps Médical, Montpellier, 2001, n°14,18-20

Pour une formation participative de l'encadrement à l'hôpital, Gestion hospitalière n°340, novembre 1994.

Mémoires

📄 **MATTER C., PERRIER-GUSTIN P., PLARD R.**, De la coordination interdisciplinaire à la coordination en réseau, ou comment catalyser la transversalité ? Etude croisée de 3 cas, Mémoire pour le diplôme de maîtrise en management des services de santé, IFROSS, mars 2002, p. 28

Textes et Recommandations

Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958

Décret du 6 août 1966

Décret n°73-822 du 7 août 1973, J.O du 17 août 1973

Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 institue un Certificat Cadre Infirmier (CCI)

Annexe à la circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990 : missions et fonctions principales des surveillants

Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, J.O n° 193 du 20 août 1995 page 12468, NOR : SANP9502093D

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, J.O n° 193 du 20 août 1995 page 12469, NOR: SANP9502094A

Décret n°2001-1375 du 31 janvier 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, J.O n°1 du 1 janvier 2002, page 38,

NOR : MESH0124158D

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, J.O n° 95 du 23 avril 2002 page 7187, NOR: MESH0220702D

Sites Internet

 L'approche interdisciplinaire,
http://www.ulg.ac.be/geoeco/lmg/competences/chantier/contenus/cont_interdis1.html

 www.snup.fr/actualites_fichiers/infos_fph_cadre_sante_2002.htm

 **CATANAS M.**, Evolution socio-historique de la fonction cadre de santé,
http://www.cadredesante.com/spip/article.php3?id_article=53

 www.cadredesante.com

LEXIQUE

HOLISME

Nom masculin apparu en 1839, du grec "holos"= entier.

Théorie selon laquelle l'homme est un tout indivisible qui ne peut être expliqué par ses différentes composantes (physique, physiologique, psychique) considérées séparément.

Adjectifs : holiste ou holistique (Nouveau Petit Robert, édition de juin 1996).

SOMMAIRE DES ANNEXES

Les annexes se trouvent dans un volume dédié, annexé au mémoire.

Annexe 1 Les hypothèses

Annexe 2 La trame d'entretien des cadres de santé

Annexe 3 La grille d'analyse des hypothèses

Annexe 4 Le questionnaire aux professionnels de terrain

Annexe 5 L'intégralité des entretiens

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE
Section kinésithérapie
- MONTPELLIER -

CADRE DE SANTE
QUID DES FILIERES ?

LES ANNEXES

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme de Cadre de Santé

Christine OUBRY

Juin 2004

ANNEXES

SOMMAIRE DES ANNEXES

- Annexe 1 Les hypothèses
- Annexe 2 La trame d'entretien des cadres de santé
- Annexe 3 La grille d'analyse des hypothèses
- Annexe 4 Le questionnaire aux professionnels de terrain
- Annexe 5 L'intégralité des entretiens

ANNEXE 1

LES 3 HYPOTHESES

HYPOTHESE I

Depuis le décret du 18 août 1995, la place de l'expertise dans la profession de cadre de santé est secondaire par rapport à la fonction de management.

- ◆ Le cadre de santé doit être néanmoins issu d'un métier de santé.
- ◆ La technicité ne revient plus au cadre de santé.
- ◆ Le cadre de santé est un manager.

HYPOTHESE II

Le fait que le cadre de santé encadre des professionnels non issus de sa filière d'origine favorise une meilleure prise en charge du patient.

- ◆ Cela permet de se recentrer sur l'objectif premier des soins : le patient.
- ◆ L'approche interdisciplinaire est favorisée.

HYPOTHESE III

Les professionnels encadrés par des cadres de santé hors filière y trouvent divers avantages alors qu'ils étaient majoritairement réfractaires à cette idée a priori.

- ◆ Les professionnels ayant un cadre hors filière y trouvent des avantages.
- ◆ Les professionnels ont majoritairement des a priori négatifs sur ce type d'encadrement.

ANNEXE 2

TRAME D'ENTRETIEN DES CADRES DE SANTE

- Vous considérez vous plutôt comme un manager ou comme un référent technique ?
- Quels avantages avez-vous trouvés à encadrer une équipe de paramédicaux d'une autre filière que la vôtre ? Quels inconvénients ?
- Etait-ce un choix ?
- Pensez-vous que cela change quelque chose dans la prise en charge du patient ?
- Pensez-vous qu'il y ait des limites à l'encadrement hors filière ? Si oui, lesquelles ?
- Pensez-vous qu'il faille être issu d'un métier de la santé pour encadrer une équipe de paramédicaux ?
- Avez-vous une fiche de poste ?

ANNEXE 3

HYPOTHESE I : la fonction cadre

Depuis le décret du 18 août 1995, la place de l'expertise dans la profession de cadre de santé est secondaire par rapport à la fonction de management.

CE QUE JE VEUX MONTRER	QUESTIONS POUR LE MONTRER
Le cadre de santé doit être néanmoins issu d'un métier de santé.	Il est nécessaire d'être issu d'un métier de la santé pour encadrer une équipe paramédicale. La formation de cadre de santé pourrait être une formation spécifique après le baccalauréat.
La technicité ne revient plus au cadre de santé. <i>Notion supplémentaire de sentiment d'appartenance</i>	Le cadre de santé est un référent technique. La personne qui m'encadre doit obligatoirement être de ma profession.
Le cadre de santé est un manager.	Le cadre de santé est un manager.

HYPOTHESE II : amélioration de la prise en charge du patient

Le fait que le cadre de santé encadre des professionnels non issus de sa filière d'origine favorise une meilleure prise en charge du patient.

Le décloisonnement favorise une meilleure prise en charge du patient.

CE QUE JE VEUX MONTRER	QUESTIONNAIRE POUR LE MONTRER
<p>Cela permet de se recentrer sur l'objectif premier des soins : le patient.</p>	<p>Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière favorise une meilleure approche du patient dans toute sa dimension.</p> <p>Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière permet de recentrer les soins sur le patient et moins sur la discipline.</p>
<p>Les professionnels ont une approche interdisciplinaire. L'approche interdisciplinaire est favorisée.</p>	<p>Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière me permet d'avoir un regard extérieur sur mon travail.</p> <p>Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière favorise la connaissance des autres professionnels de santé.</p> <p>Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière favorise le travail en interdisciplinarité.</p>

HYPOTHESE III : avantages que trouvent les professionnels

Les professionnels encadrés par des cadres de santé hors filière y trouvent divers avantages alors que nous sommes majoritairement réfractaires à cette idée a priori.

CE QUE JE VEUX MONTRER	QUESTIONS POUR LE MONTRER
Les professionnels ayant un cadre hors filière y trouvent des avantages.	<p>Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière me donne plus d'autonomie dans mon travail.</p> <p>Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière me donne le rôle d'expertise dans ma discipline.</p> <p>Le fait d'être confronté à une autre discipline enrichi mon vécu de professionnel.</p>
Les professionnels ont majoritairement des a priori négatifs sur ce type d'encadrement.	Avant d'avoir un cadre hors filière, j'étais favorable à cette possibilité.

ANNEXE 4

ENQUETE SUR L'ENCADREMENT HORS FILIERE DES EQUIPES PARAMEDICALES

C'est dans le contexte de la formation de cadre de santé que j'effectue cette étude. Merci de me faire part de votre opinion en répondant précisément à ce questionnaire. Bien entendu, vos réponses sont entièrement anonymes.

Quelle est votre profession :	Vous travaillez en :
<input type="checkbox"/> Infirmier(e) <input type="checkbox"/> Médico-technique <input type="checkbox"/> Masseur kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Aide-soignant <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Médecine-Chirurgie-Obstétrique <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Soins de suite et de réadaptation <input type="checkbox"/> Autre :

Quelle est la formation initiale de votre cadre de santé ?

QUESTIONS	REponses			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Il est nécessaire d'être issu d'un métier de la santé pour encadrer une équipe paramédicale.				
2. La formation de cadre de santé pourrait être une formation spécifique après le baccalauréat.				
3. Le cadre de santé est un référent technique.				
4. La personne qui m'encadre doit obligatoirement être de ma profession.				
5. Le cadre de santé est essentiellement un manager.				
6. Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière favorise une meilleure approche du patient dans toute sa dimension.				
7. Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière permet de recentrer les soins sur le patient et moins sur la discipline.				
8. Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière me permet d'avoir un regard extérieur sur mon travail.				
9. Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière favorise la connaissance des autres professionnels de santé.				
10. Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière favorise le travail en interdisciplinarité.				
11. Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière me donne plus d'autonomie dans mon travail.				
12. Le fait que mon cadre ne soit pas de ma filière me donne le rôle d'expertise dans ma discipline.				
13. Le fait d'être confronté à une autre discipline enrichit mon vécu professionnel.				
QUESTION OUVERTE				
14. Avant d'avoir un cadre hors filière, j'étais favorable à cette possibilité. Pouvez-vous argumenter votre réponse au dos de la feuille ?				

Merci d'avoir accordé du temps à renseigner ce questionnaire !

Si vous souhaitez vous exprimer librement (et je vous y encourage !) n'hésitez pas à écrire au dos de cette feuille.
Vos commentaires enrichiront ma réflexion, j'y accorde beaucoup d'importance.



ANNEXE 5

Entretien n°1 avec un Directeur adjoint, Centre hospitalier, le 29.01.04

Depuis le décret de 1995, les paramédicaux ont tous la même formation de cadre de santé. Quelle importance accordez-vous encore à la filière d'origine d'un cadre de santé lors du recrutement ? Un cadre kinésithérapeute pourrait-il encadrer un service de soins selon vous ?

Souvent dans les petites structures, ce sont des cadres de santé infirmiers ou des cadres de santé supérieurs infirmiers qui encadrent un kinésithérapeute, une ergothérapeute par exemple car ils sont en petit nombre. Les cadres de santé n'ont alors pas de regard par rapport à leurs pratiques professionnelles mais seulement sur un plan administratif. C'est là qu'il peut y avoir des difficultés : le kinésithérapeute se plaint en disant que la surveillante n'a pas à lui dire ce qu'il a à faire. Les stagiaires sont encadrés par les gens de terrain.

Y a-t-il des obstacles à ce que les cadres de santé encadrent des gens hors filière ?

Il n'y a pas d'obstacle si le cadre de santé est un manager, même les cadres de santé infirmiers sont de plus en plus loin de l'acte infirmier, ce qui leur est d'ailleurs reproché par les gens de terrain. Le cadre ne rentre plus dans la réalisation de l'acte. La surveillante ne soigne plus : travail administratif, relations familles, etc.

Quand on dit que les cadres ne soignent plus, c'est une erreur : c'est du soin indirect. Un cadre qui organise bien son service fait du soin, cela bénéficie au patient. Il ne fait plus le geste technique mais il s'assure que le geste est fait dans la qualité. Le cadre va s'occuper de la partie organisation (horaires des soins). Il se garde bien d'intervenir sur l'acte lui-même.

Actuellement dans les hôpitaux on travaille par juxtaposition de disciplines : dossiers, procédures, etc. Ces outils constituent des forteresses dans lesquelles chaque profession s'abrite. Il y a un conflit des organisations : dans les hôpitaux, il y a une juxtaposition de disciplines, chacun a ses outils. Chaque profession s'abrite derrière une forteresse en mettant en avant ses outils. Il n'y a pas de construction interdisciplinaire, chacun a sa fiche : kinésithérapeute, ergothérapeute, etc. On met rarement autour de la même table l'ergothérapeute, le kinésithérapeute, la diététicienne pour faire un outil commun.

Le rôle du cadre de santé est d'être au dessus de tout cela : avoir toutes les compétences ou aucune. Il doit harmoniser tout cela, son origine n'a pas d'importance. Quel que soit le métier, il faut avoir une vision globale de la prise en charge. Il faut métisser les pratiques comme l'a écrit le sociologue Gilles Herreros. Le cadre de santé devrait être le professionnel qui va opérer ce métissage. Il faudrait qu'il soit généraliste.

Dans l'idéal, il faudrait un cadre par discipline pour évaluer les pratiques et les actes car on estime que c'est un grand professionnel. Au dessus, il faudrait un cadre supérieur qui n'ait plus de spécificité, puisqu'il est là pour la globalité de la prise en charge. Je ne vois pas très bien comment on pourrait se passer de cadres par discipline. Cela pose problème quand il n'y pas de cadres par discipline. Exemple : les ergothérapeutes ont du mal à reconnaître l'autorité du cadre kinésithérapeute, pourtant il

ne se mêle pas de leurs pratiques : « il n'est pas ergothérapeute, il n'y connaît rien, il ne peut pas dire ce qu'il faut faire ou ne pas faire ». Peut-être le kinésithérapeute sous-évalue ou sur-évalue certaines choses. Pour encadrer des gens hors filière, il faudrait avoir une connaissance de toutes les disciplines, cela supposerait une formation très large. Un cadre de santé hors filière ne peut pas avoir de regard sur le soin technique.

On demande aux cadres de santé un management coupé du soin technique, pas de regard sur le soin technique. Quand ils doivent faire une remarque sur le soin technique, bien souvent, ils vont demander au médecin de faire la remarque car les médecins sont réputés omni compétents.

En gériatrie, l'ergothérapie prime sur la kinésithérapie à mon sens. Le cadre kinésithérapeute ne peut pas intégrer cela, la kinésithérapie passe toujours avant. Le cadre kinésithérapeute encadre tous les services (chirurgie, réanimation) donc la gériatrie n'est pas son souci premier, a fortiori l'ergothérapie.

Je suis plus optimiste pour la seconde génération de cadres, la première était dans un milieu très corporatiste. Je pense qu'à l'avenir, il y aura moins ce clivage. Il faudra que cela se décroisse car les textes vont aussi vers une prise en charge globale de la personne: c'est du social, des soins infirmiers, des soins d'ergothérapie, de kinésithérapie. Le découpage c'est terminé, ce n'est plus la tendance. On va vers le décroissement. On va vers les pôles, cela montre la direction. On se retranche derrière l'outil, on ne communique plus. Il faut prendre en compte les contraintes de l'autre. Avec les pôles, le patient sera à l'intérieur du pôle.

En court séjour, on considère plus la pathologie que le patient. On va le soigner pour sa pathologie, on ne cherche pas à voir s'il y a d'autres pathologies On s'intéresse à

une pathologie, pas à toutes les pathologies du patient or dans le PMSI, le RSS s'intéresse à la pathologie principale et aux autres pathologies. A travers la réglementation on va vers la prise en charge globale du patient. Si on regarde l'évolution de la réglementation on s'aperçoit qu'on va vers cela : en 70, on ne parlait pas de prise en charge globale dans les textes officiels, c'est apparu depuis 10 ans. On va de plus en plus vers la conception de la santé selon l'OMS.

Il y a une infinité de métiers à l'hôpital : les métiers de la santé mais aussi l'informatique, la menuiserie, la blanchisserie, etc. Difficile de faire admettre à tout le monde que l'on a le même objectif : la qualité de prise en charge du patient. On est passé de la notion de surveillante à celle de cadre infirmier puis de cadre de santé.

Il y a des disciplines différentes puis des spécialisations au sein des disciplines. Si on veut une homogénéité de la prise en charge il faut que quelqu'un harmonise tout cela : le cadre de santé. Le rôle du cadre de santé est d'harmoniser tout cela.

Quand on dit cadre de santé, on parle de santé, pas de soins, c'est plus large que le soin tout comme la maladie mentale n'est pas la maladie psychiatrique. C'est de la sémantique mais cela veut dire que l'on évolue.

La difficulté est là : comment se faire reconnaître par les autres professionnels ? Il faudrait peut-être envisager dès le départ une filière cadre de santé. Un omnipraticien, un généraliste ? Est-ce que l'avenir ce n'est pas cela ? Il faudrait que les cadres de santé ne soient plus issus d'une filière initiale.

Il y a un poids de plus en plus prégnant du social. Les assistantes sociales rentrent dans les services de soins, avant elles étaient reléguées au fond de l'établissement dans un couloir administratif. Le cadre infirmier doit souvent faire le rôle de l'assistante sociale : il sort de son rôle propre de soin pour faire du social.

L'étanchéité entre les différentes professions va devoir disparaître. Est-ce que c'est une bonne chose ou non, je ne sais pas.

Le cadre de santé va dans le sens du métissage. Il y a encore une majorité d'« anciens cadres » en fonction, quand il n'y aura plus que des cadres de santé, on aura évolué. Ce sera pour la prochaine génération de cadres.

Les 2/3 des cadres sont des cadres infirmiers. Cadre de santé est une appellation, il n'y a pas eu de véritable changement dans les faits. On ne dit plus cadre infirmier mais cadre de santé mais on ne sait pas pourquoi sur le terrain. Je n'ai pas vu de changement alors que le besoin de cadre de santé est réel. Dans les institutions, il y a une volonté d'avoir des cadres de santé.

Pourrait-on envisager un cadre par service quelle que soit la discipline ? Exemple : 1 cadre de chirurgie thoracique qui encadre toutes les personnes intervenant dans son service quelle que soit la discipline.

Il n'y a pas un modèle unique d'organisation, ça ne se décrète pas : l'histoire, l'architecture, les personnalités sont différentes. Il faut trouver les gens « pour » ! On ne peut pas demander à tous les cadres d'encadrer d'autres gens que ceux de leur discipline. Certains cadres formés « à l'ancienne » encadrent actuellement des équipes pluridisciplinaires, les administratifs compris. On essaye de donner aux cadres des fonctions transverses, facteurs de décloisonnement. On est au début du processus de décloisonnement. Je suis convaincu qu'il y a un intérêt à cette notion de cadre de santé.

On parlera de plus en plus de la santé et non plus de la maladie. Il y a 30 ans, on était l'appendicite du 135, cela tend à disparaître. Il semblerait que plus on est devenu performant dans la technique, plus on a eu besoin de s'occuper de la personne dans sa globalité. On voit cette évolution à travers les textes législatifs.

A partir du moment où les soins sont devenus un objet de consommation, que le patient accède à plus d'information grâce à l'Internet par exemple, on ne peut plus traiter les patients comme avant. Avant quand on parlait de client, cela choquait, maintenant moins. Il y a des hôpitaux qui ont une direction de la clientèle. C'est une évolution de la société. L'Education Nationale est confrontée au même problème.

Souvent on a comparé l'hôpital à une organisation militaire : infirmière générale, médecin chef. Je pense que c'est plutôt comme l'Eglise, il y a un côté très sacré, les médecins, les infirmières sont consacrés. Tout ce qui porte une blouse blanche, c'est une infirmière ou un médecin. Le profane ne pouvait pas entrer dans leur langage. Cela se désacralise, les valeurs s'effondrent. Si le médecin fait une bêtise, il va au tribunal, il y a 40 ans, non. C'était le pouvoir de la blouse blanche.

Pensez-vous que le cadre de santé puisse être un administratif ?

J'aurais tendance à dire non mais il ne faut pas généraliser, il y a peut-être des administratifs qui auraient le profil. Quand on choisit un métier de soins, on choisit une proximité, une intimité avec le patient. Les administratifs, même s'ils comprennent qu'ils participent indirectement aux soins, n'ont pas de contact physique avec le patient, ils n'ont pas choisi cela. Le passage à l'acte au niveau intime c'est autre chose. Toutes les

autres professions qui ont choisi ce contact physique sont en mesure de devenir cadre de santé.

La profession de cadre de santé est en fait une prise en charge globale de la personne, c'est un coordonnateur de soins. Je pense que cette profession va se développer.

Le cadre soignant s'investit dans le soin à la personne. Le cadre de santé se préoccupe de la santé de la personne selon la définition de l'OMS. Dans un établissement pour personnes âgées, c'est comme dans le mariage, quand on prend un patient on prend aussi la famille. Si le cadre de santé n'a pas de bonnes relations avec la famille, le patient ne sera pas bien. Cela fait partie de la prise en charge. Dans 20 ou 30 ans, je pense qu'il y aura une voie spécifique pour coordonner les soins.

La santé publique est une notion récente, elle est apparue après la guerre. Avant la guerre, il y avait un ministère de la population, pas de la santé. Cela ne fait que 50 ans. On parle de plus des relations ville-hôpital, avant il y avait très peu de contacts.

On s'est rendu compte cet été que le portage des repas aux personnes âgées n'était pas tout. Des gens ont été retrouvés morts à leur domicile après plusieurs jours parce qu'il n'y avait pas d'environnement, personne ne s'en occupait. La santé est l'affaire de tous et elle commence par le fait de se préoccuper de l'état de santé de son voisin.

Tout changement commence toujours par un rejet. Avant, dans les années 80, le SIDA était une maladie honteuse, il a fallu plusieurs années pour que ce soit considéré comme un problème de santé publique. On parle maintenant plus du patient que de la maladie. On met un visage sur une maladie. On est moins centré sur la maladie et sur la discipline. Le cadre de santé doit prendre soin ce qui est différent de faire du soin.

Il y a une méconnaissance de la fonction de l'autre, chacun pense que sa fonction est essentielle. Même au sein d'une même profession, les infirmières de jour pensent que celles de nuit n'ont rien à faire, etc. C'est important de demander aux personnels de tourner dans les services pour qu'ils se rendent compte de ce qu'est le travail de l'autre. Le corporatisme rassure. Il faut que chacun comprenne le problème de l'autre. Ce que je tire comme leçon en tant que chef d'établissement, c'est que beaucoup de difficultés naissent de la méconnaissance de la fonction de l'autre.

La plaie est la méconnaissance de l'autre : le responsable de la blanchisserie doit comprendre pourquoi on a choisi tel type de linge pour les patients et non un autre plus facile à nettoyer. La blanchisserie participe aux soins des patients. Une blanchisserie d'hôpital ne peut pas être comparée à une blanchisserie industrielle, il ne faut pas comparer les prix de revient au kilo. Le cadre de santé doit faire passer le message.

Le cadre de santé a également un rôle économique, c'est une aide précieuse pour la direction, il doit être associé aux choix. Il faut une gestion rationnelle des dépenses de santé.

Vision globale :

- dépenses,
- soins,
- contingences administratives, statutaires.

Il ne faut pas négliger le côté gestion. La bonne gestion fait partie du soin, il faut faire de la qualité, il faut dépenser intelligemment.

Le cadre de santé doit avoir à l'esprit qu'il ne faut pas hiérarchiser les services : la gériatrie n'est pas moins importante qu'un service de chirurgie.

Entretien n° 2 avec un Directeur des ressources humaines,
Centre de SSR, le 18.02.04, (40 minutes)

Quelle est pour vous l'importance du métier d'origine pour un cadre de santé ?

Personnellement, j'ai 2 niveaux d'idée :

- ◆ les écoles professionnelles sont une bonne chose mais il serait intéressant de compléter ces écoles de cadres avec des échanges avec d'autres cadres je dirais du milieu ordinaire (du milieu industriel, administratif). Il y a des problèmes qui sont communs, pouvoir confronter ses idées, ses difficultés pour découvrir aussi que les problèmes ne sont pas si différents ailleurs.
- ◆ Je pense qu'un cadre de santé peut encadrer des équipes pas nécessairement de sa discipline, ce que je ne sais pas c'est s'il y a des exigences administratives.

Je suis pour le multidisciplinaire, c'est une richesse. C'est sûr que la partie technique est importante pour le cadre. Elle est importante mais ce qui est encore plus important c'est la capacité à encadrer, à tirer une équipe en avant, à mener des équipes, à promouvoir une équipe et gérer l'évolution de son propre personnel.

Par la proximité des milieux paramédicaux, je pense qu'il y a une proximité de compétences. Je ne serais pas hostile. Un cadre polyvalent amène une richesse, une plus grande ouverture.

D'une manière générale, je ne suis pas convaincu du tout que le responsable de l'équipe doit être le meilleur technicien de l'équipe, généralement cela ne va pas de pair. Le cadre peut être un excellent technicien mais pas forcément un bon manager.

L'expertise c'est une chose, la capacité de manager en est une autre. Il est intéressant que la personne ait déjà fait ses preuves, la promotion professionnelle ne passe pas forcément par l'école des cadres.

Etre un décideur, un entraîneur est essentiel pour un bon manager. C'est aussi parfois de permettre à quelqu'un de quitter l'équipe pour évoluer.

Pensez-vous que votre avis est partagé par vos collègues DRH ?

Mon avis n'est pas encore partagé par les directeurs de ressources humaines, cela commence à venir. Je ne vois pas où est la difficulté, je pense que c'est une excellente chose d'ouvrir des postes de cadres à des professionnels d'autres filières. Pour gérer un budget, des moyens, il n'y a pas besoin d'être un expert. Le contrôleur de gestion de l'établissement n'est pas un expert des milieux de la santé. L'employabilité est quelque chose d'important. La polycompétence est un plus. Par exemple, en formation professionnelle, le chef de groupe des formateurs n'a pas une compétence technique dans tous les domaines de formation. Ce n'est pas la compétence technique qui fait la différence.

Est-ce que le cadre de santé pourrait être un administratif ?

A condition que le contexte le permette, il faut au moins que ce soit un n+2 comme le directeur des soins par exemple. Il faut des n-1 qui aient la compétence technique. Ce n'est pas possible partout, c'est un peu compliqué quand même, cela dépend de l'organisation de l'établissement.

Je ne suis pas pour un cadre administratif de proximité. Il faut que ce soit quelqu'un qui ne soit pas étranger aux techniques de soins au sens large.

C'est une bonne chose de déconnecter la notion de management du métier de base. C'est important de s'en éloigner quelques années pour y revenir par la suite, pourquoi pas.

La fonction d'encadrement est de plus en plus difficile, il y a de moins en moins de gens intéressés. Ceci s'est amplifié depuis quelques années et notamment depuis les 35 heures qui ont été lourdes à porter. Les salariés sont différents, ils ont des exigences qu'ils n'avaient pas il y a quelques années, ils sont individualistes, c'est plus difficile pour l'encadrement.

**Entretien n°3 avec un Infirmier général, Clinique MCO,
le 18.02.04 (35 minutes)**

Depuis le décret de 1995, les paramédicaux ont tous la même formation de cadre de santé. Quelle importance accordez-vous encore à la filière d'origine d'un cadre de santé lors du recrutement ? Un cadre kinésithérapeute pourrait-il encadrer un service de soins selon vous ?

Oui, il est envisageable qu'un cadre kinésithérapeute encadre des infirmières par exemple dans la mesure où le cadre est un pilote, un animateur. Quel que soit le secteur, il n'y a pas besoin de compétences techniques, pas besoin de la pratique. Les connaître lui apporte plus de crédit. Difficile de voir un cadre kinésithérapeute dans un bloc opératoire. Il faut des aptitudes au management. Pour une personne de la même filière, elle est plus facilement reconnue, son statut de cadre, son autorité. L'autorité peut être donnée autrement que par la technique. Le cadre a avant tout une fonction d'animation, de chef d'équipe.

Dans un second temps, la fonction est confortée par la connaissance du secteur. Dans des milieux très techniques comme le bloc opératoire ou la chirurgie cardiaque, c'est important de connaître ces milieux afin de pouvoir apporter des réponses, l'expérience professionnelle y est quand même requise. En maternité c'est délicat de confier l'équipe des sages-femmes, c'est un milieu particulier, une sage-femme sait mieux parler à une sage-femme qu'une infirmière ou qu'un kinésithérapeute ne saurait le faire.

Sinon, il faut chercher appui sur d'autres personnes, il faut chercher les compétences ailleurs. Il est important de savoir sur qui s'appuyer.

Un cadre d'une autre filière peut être un plus : une expérience diversifiée, c'est souvent plus enrichissant, un autre regard, un regard nouveau. D'un milieu à un autre on s'aperçoit parfois que les problématiques sont parfois identiques. La diversité est un mot important.

Pensez-vous qu'il faille être issu d'un métier de la santé pour encadrer une équipe de paramédicaux ?

Un cadre de santé doit être avant tout un professionnel issu du monde de la santé. Le système de santé est un monde très complexe, multifactoriel. Le cadre a un rôle énorme d'interface entre différentes problématiques :

- ◆ administratives,
- ◆ de ressources humaines,
- ◆ soignantes,
- ◆ médicales.

Il faut concilier toutes ces interfaces. Le cadre de santé peut se réaliser quand il a le recul professionnel. Ce serait difficile pour un cadre de l'industrie, il perdrait de son crédit et ce serait épuisant pour lui et ses collègues de l'accompagner pour qu'il prenne connaissance de tous les rouages.

Dans le monde de l'industrie, les leviers économiques ne sont pas les mêmes : les notions de résultats et de rendement sont différentes. Ceci même si le facteur économique est très prégnant dans la santé. Les patients les plus marginaux sont les plus coûteux : le patient polydéfaillant est plus coûteux qu'un ensemble de patients lambda. C'est difficile à comprendre pour un cadre non issu de la santé.

Le profil de poste d'un cadre c'est :

- ◆ l'animation d'équipe,
- ◆ la gestion d'éléments économiques,
- ◆ le suivi des tableaux de bord,
- ◆ la connaissance de l'organisation du service.

On peut penser que c'est difficile pour une infirmière qui a fait sa carrière en gériatrie de prendre un poste de cadre en réanimation. Pour prendre un tel service, il faut avoir l'étoffe pour manager une grosse équipe. Tout dépend de la personne comme dans tous les milieux. Parfois dans les services, il arrive qu'on fasse plus confiance à une aide-soignante qu'à certaines infirmières. Tout dépend de la personnalité, du sens qu'on veut donner à sa fonction.

Pensez-vous que votre avis soit partagé par les autres directeurs de soins ?

Mon avis sur le fait que le métier d'origine est secondaire par rapport à la personne n'est pas partagé par les directeurs de soins en général. Cela vient de l'historique de la profession. Avant, la personne qui devenait responsable de service était

la personne qu'on avait choisie, qu'on avait repérée dans le service par le chef de service, par le titulaire de l'autorité du secteur qui souhaitait l'avoir comme bras droit.

La santé est un système d'organisation très complexe : ce qui prime au départ : des éléments économiques, l'organisation des services, de pouvoir se mettre en conformité.

C'est avant tout une question de personnalité au départ, d'individu et de sens qu'on veut donner à son statut de cadre, donc à sa fonction. De bien connaître les liens privilégiés que je dois entretenir avec les secteurs partenaires, collaborateurs. Qu'est ce que je dois prioriser dans ma prise de fonction ? Bien connaître les équipes, leurs compétences, leur individualité, leurs affinités, ce qu'elles appréhendent, ce qu'elles aiment bien, dans quel domaine je peux les accompagner, donner du crédit à ma fonction, ma place, mon statut pour ce poste là. Il y a parfois des choses très simples qu'on peut mettre en place et qui donnent tout de suite le bon ton : le rôle d'interface est important par exemple auprès des familles, il peut donner du crédit à la fonction de cadre.

**Entretien n°4 avec une Directrice des soins, Centre hospitalier,
le 23.02.04 (30 minutes)**

Depuis le décret de 1995, les paramédicaux ont tous la même formation de cadre de santé. Quelle importance accordez-vous encore à la filière d'origine d'un cadre de santé lors du recrutement ? Un cadre kinésithérapeute pourrait-il encadrer un service de soins selon vous ?

En dehors des situations marginales comme un cadre infirmier encadrant un éducateur spécialisé, au centre hospitalier de Mulhouse, les cadres de santé encadrent des gens de leur filière parce que cela s'est fait comme cela je crois.

Maintenant je vais à un autre étage de la fusée : nous sommes supposés être une coordination générale des soins donc la coordonnatrice est supposé chapeauter les 3 filières. A la direction des soins, il y aura dès le mois de juin un directeur des soins filière rééducation, c'est une volonté de la direction, ce sera une prise en compte officielle des autres filières. Il y a une amorce pour avoir également un directeur des soins manipulateur en radiologie mais pas de laborantin, ce n'est pas souhaité.

Tout cela pour vous dire que même au niveau de la direction des soins, c'est très bétonné filière. Je ne gère que des personnes issues de la filière infirmière et je me garde bien de me mêler des autres filières. Jusqu'à maintenant, la direction des soins était exclusivement d'origine infirmière.

Je ne vois pas pourquoi si demain on avait un déficit de cadres en service de soins de rééducation et qu'on ait une candidature d'un cadre kinésithérapeute, je ne vois pas pourquoi le cadre kinésithérapeute ne prendrait pas cette unité d'hospitalisation, au nom de quoi ?

Ce que j'attends d'un cadre c'est qu'il soit capable d'animer une équipe, s'il a l'ouverture et l'intelligence de comprendre rapidement les spécificités culturelles des autres professions si tant est qu'il y en ait pourquoi pas ?

Pour moi un cadre c'est un chef d'équipe, un animateur d'équipe. Un cadre infirmier qui n'a jamais fait le boulot d'ASH, je ne sais pas s'il est capable de se rendre compte de la rudesse du métier d'ASH. Je vois assez bien un kinésithérapeute encadrer des infirmières je suis plus réservée dans l'autre sens.

Par contre je ne vois pas une infirmière encadrer des manipulateurs radio car il y a une réglementation spécifique, il faut que le cadre en ait connaissance.

Ce va et vient ne marche pas dans tous les sens.

Un cadre infirmier chez les kinésithérapeutes, j'ai un doute d'autant plus qu'à l'hôpital, les cadres kinésithérapeutes pratiquent beaucoup le métier de kiné. Votre interrogation quant-aux filières n'est pas un problème que je me pose.

Mon soucis actuel est : comment aider des cadres à ne pas tomber dans la dépression nerveuse comme c'est le cas chez nous ? Les équipes sont de moins en moins solidaires. Comment aider mes cadres à entrer dans les pôles ?

Votre préoccupation n'est vraiment pas la mienne aujourd'hui. Si vous vous présentiez pour un poste de cadre, j'essayerais d'abord de voir ce que vous avez dans les tripes. Et ensuite j'essayerais de voir ce qu'on pourrait faire avec votre étiquette filière kinésithérapeute. Si ce que vous avez dans les tripes correspond à ce qu'on attend d'un

cadre, je ne vois pas pourquoi on ne vous positionnerait pas, peut-être pas dans une réanimation tout de suite et encore ? Je n'en sais rien.

Un cadre qui a fait toute sa carrière infirmière en tant qu'infirmière psychiatrique, si je le positionne en réanimation ou aux urgences, il va être complètement largué, peut-être plus qu'un kinésithérapeute qui aura circulé dans les différentes unités de soins.

Cela dépend des gens, de leur carrière, cela m'intéresse plus que la filière.

Dans le cas du directeur de soins kinésithérapeute, j'espère surtout qu'en 6 mois, on effacera cette notion de filière.

Qu'est ce qu'on veut comme type de cadre ? Je veux un chef d'équipe. Si on veut en tant que cadre être un chef d'équipe, cela veut dire qu'on a l'honnêteté intellectuelle pour se donner les moyens de découvrir l'autre et puis d'essayer d'être légitimé et je pense que votre question a un lien fort avec la légitimation.

C'est la question de la conception cadre : animateur d'équipe. Comment j'obtiens la légitimité par rapport aux membres de l'équipe ? Sur cet angle là, la filière est accessoire. Si les cadres gardent une activité clinique comme les kinésithérapeutes de Mulhouse alors la filière est importante.

Pour moi on ne demande pas à un cadre de garder une activité clinique, ce n'est pas ce qui lui est demandé, donner un coup de main oui, je ne suis pas contre. Un cadre pour moi est payé pour exercer des fonctions de cadre.

Est-ce que le cadre de santé pourrait être un administratif ?

Nous sommes en train de préparer le projet d'établissement et notamment le volet médical. Avec l'hôpital 2007, il y aura 2 cadres par pôle. Actuellement on demande trop de choses au cadre, il a en charge beaucoup trop de choses. Les cadres sont certainement très bien comme chefs d'équipe mais ils sont en général moins bons en chiffres. Jusqu'à il y a quelques mois, on s'interrogeait sur la possibilité de mettre à la tête des services des personnes ayant un DUT.

Depuis le projet des pôles avec les 3, c'est peut-être la solution : le médecin s'occupera de la ligne médicale, le cadre de santé de l'organisation des soins et ce gestionnaire sera le gardien du temple des chiffres et donc une personne ressource pour les 2 autres. Cela donnera également aux gestionnaires une autre vision de leurs chiffres.

Donc cette question du cadre administratif, je me la pose moins depuis la perspective des pôles, j'attends beaucoup de ce trio. La répartition des tâches sera plus juste.

Un sociologue qui sévit à Rennes ne comprend pas comment on peut passer d'une profession de soins à une démarche de gestionnaire ? Comment peut-on avoir cette démarche quand on a surinvesti l'affectif ? Ce grand écart est impossible selon lui. C'est voué à l'échec ou alors cela veut dire qu'on s'est trompé en choisissant les soins mais ceci ne vaut que pour une minorité. On mélange constamment l'affectif et la gestion, on travaille sur différents plans. Ce n'est pas bon ce qu'on veut faire. Je ne sais pas s'il a raison ou non. Si oui, cela irait dans le sens du cadre administratif.

NB : J'ai contacté le sociologue en question sur l'idée rapportée ci-dessus et voici sa

réponse : « Sans doute me suis-je mal fait comprendre, car je ne pense pas ce que l'on me prête. Le métier de cadre me semble bien différent de celui d'infirmière. C'est comme

une seconde carrière, mais les motivations pour devenir cadre sont plurielles et pas toujours en accord avec la réalité du métier. C'est une première difficulté. Pour ce qui est de la filière d'origine, la question est intéressante, nouvelle et à ma connaissance peu traitée. Nous sommes à un tournant. (...) On arrive à une période où les fonctions vont se redéfinir, celles des directeurs de soins en premier avec la gouvernance et la pluralité des origines. » *François-Xavier SCHWEYER.*

**Entretien n°5 avec une Coordonnatrice générale des soins, Centre hospitalier,
le 23.02.04 (30minutes)**

Depuis le décret de 1995, les paramédicaux ont tous la même formation de cadre de santé. Quelle importance accordez-vous encore à la filière d'origine d'un cadre de santé lors du recrutement ? Un cadre kinésithérapeute pourrait-il encadrer un service de soins selon vous ?

Je suis en poste depuis 4 ans à Mulhouse. J'ai eu cette expérience d'encadrement hors filière à Orange, un cadre kinésithérapeute avait choisi un service de soins en gériatrie et une autre à Nice où un cadre rééducateur ou médico-technique ne sais plus a pris en charge un service de médecine interne.

Pour moi, je ne suis pas bloquée au sens que chaque cadre doit correspondre à sa filière de formation.

L'obstacle majeur est au niveau médical : les médecins sont encore très attachés aux filières d'origine. Je ne vois pas d'obstacle personnellement à ce qu'un cadre reste dans sa filière d'origine ou non. Une IDE IBODE ou IADE ne sont pas forcément cadres dans un bloc opératoire. Il y a par exemple une IADE cadre aux urgences. A Mulhouse nous avons le cas d'un cadre de santé infirmier en stérilisation centrale alors que normalement c'est une IBODE. Il y a également des cadres de santé qui ont des rôles transversaux comme l'hygiène. Ceci s'est fait par rapport aux opportunités en fonction des secteurs.

Je n'ai aucun obstacle à prendre un cadre de santé sur n'importe quel service.

Les médecins ne mettent pas forcément un veto mais s'ils sont contre alors je ne veux pas placer un cadre de santé dans ces conditions, ce serait difficile pour lui. Les médecins font des remarques importantes quand les cadres ne sont pas IBODE, IADE ou puéricultrice.

Une grande majorité de directeurs de soins opte plutôt pour maintenir le respect des filières.

Ce qui est dommage car cette année nous ouvrons les postes de directeurs de soins aux autres filières et c'est quelque chose qui me ravit considérablement. Actuellement un cadre kinésithérapeute est en formation à l'école de Rennes pour devenir directeur de soins, on espère qu'il sera bientôt rejoint par un manipulateur radio. Je ne ferai aucune différence entre les différents directeurs des soins, ils travailleront sur les mêmes dossiers. Pour moi c'est une fonction, ce n'est pas l'origine d'un métier.

Comment un cadre de santé est capable de se positionner sur un secteur qui n'est pas sa « famille » au départ ? Je crois beaucoup à cela. C'est un choix, la fonction que l'on va occuper dépend beaucoup de ce que l'on veut faire.

Est-ce que le cadre de santé pourrait être un administratif ?

Je ne vois aucun obstacle à ce qu'un cadre administratif prenne en charge un service de soins. Si les écoles de base sont suffisamment généralistes, si elles ont une approche ouverte sur la fonction de cadre, cela ne me poserait aucun problème.

Quand on est manager, on est manager, point barre. Je remarque qu'il y a souvent un flou à la reprise de poste après l'école de cadres et une difficulté à reprendre cette fonction. On a des difficultés à faire comprendre ce qu'on attend du cadre.

L'accès des différentes filières à la fonction de directeur des soins à compter de juin 2004 est une véritable ouverture pour la prochaine décennie. Cela va amener une véritable ouverture. C'est en démontrant « qu'on est capable de » qu'alors il y aura une véritable ouverture pour les cadres de santé.

Je ne sais pas comment les écoles de cadres de santé font et si elles incitent les étudiants à faire des stages dans une autre filière que la leur. Si vous faites un stage dans votre spécialité, vous renforcez cette idée.

La mixité peut apporter une plus-value à chacun. Si je devais retourner dans un service, cela fait 20 ans que je n'ai pas donné des soins, je ne connais pas les pousse seringues, j'aurais du mal avec un patient « monitoré » mais je pourrais rendre des services. Je pense sincèrement, que si on n'a pas à faire de gestes techniques, la spécialité n'a pas de sens.

**Entretien n° 6 avec un cadre de santé supérieur filière médico-technique,
Centre hospitalier, le 15.03.04 (40 minutes)**

Depuis le décret de 1995, les paramédicaux ont tous la même formation de cadre de santé. Quelle importance accordez-vous encore à la filière d'origine d'un cadre de santé lors du recrutement ? Un cadre kinésithérapeute pourrait-il encadrer un service de soins selon vous ?

Je suis cadre médico-technique manipulateur d'électroradiologie médicale diplômé en 81. Pendant une dizaine d'années j'ai exercé les fonctions de cadre sur le plateau d'imagerie médicale et puis on m'a proposé de prendre en charge l'équipe des brancardiers en plus de l'imagerie médicale et puis j'ai fait un projet professionnel parce que cela correspondait à l'époque où fleurissaient des coordonnateurs de plateau technique notamment à l'Assistance Publique, il y a 7 ou 8 personnes coordonnatrices de plateaux techniques issues des filières médico-techniques ou de rééducation. Elles encadrent plusieurs services qui peuvent être issus de plusieurs filières.

J'ai été nommé en 2000 cadre coordonnateur des services médico-techniques, j'ai eu à charge la responsabilité du suivi de l'activité des projets, des services d'imagerie médicale, du laboratoire et de la pharmacie. Cette fonction a évolué pendant environ 3 ans. En fait je gérais en direct les brancardiers et l'imagerie et je coordonnais les autres services labo et pharmacie qui eux-mêmes avaient des cadres qui me servaient de référents.

Depuis 2003, on m'a permis d'avoir un référent en radiologie et en contrepartie on m'a offert tous les services de rééducation : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, diététiciennes.

Actuellement je suis coordonnateur de la filière médico-technique et de la rééducation, je fais fonction de cadre supérieur.

Il y a un cadre en rééducation fonctionnelle qui gère en direct les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes. C'est un cadre kinésithérapeute.

Il y a une diététicienne référente et un brancardier référent qui m'aident. Il y a un référent dans l'équipe quand il n'y pas de cadre. Il faut à mon sens avoir quelqu'un de compétent dans la filière concernée. Dans le secteur concerné. Je n'ai pas de compétences sur un laboratoire ou une pharmacie, il fallait que je puisse m'appuyer sur la compétence des gens qui encadrent ce service.

Ces référents ont une fiche de poste particulière ?

Oui.

Qu'est-ce qu'il est dit par rapport à cette fonction ?

Ce sont des gens qui font fonction de cadres, l'appellation varie en fonction des situations, en terme de ressources humaines. Il y a des gens qui sont nommés référents, il y a des gens qui sont nommés faisant fonction, il y a des gens qui sont nommés chargé des fonctions, c'est administratif en fait.

Cela sous-entend qu'il y a des postes de cadre vacants ou qu'il n'y en a pas. Les brancardiers n'ont pas de qualifications particulières (ASH, ASI) pour qu'un référent

soit reconnu par l'équipe, on a jugé opportun d'y mettre un aide-soignant. Donc c'est un aide-soignant qui est brancardier et qui assure la fonction de référent.

En imagerie médicale, c'est une manipulatrice qui est référente du service, le poste n'est pas vacant puisque c'est le mien que j'occupe encore actuellement.

Au laboratoire c'est un cadre (qui a le diplôme de cadre) qui succède à quelqu'un qui vient de partir à la retraite et qui n'est pas encore nommé statutairement. Il faut qu'il passe le concours interne sur titre. Son appellation est chargé des fonctions de cadre.

Tout cela pour dire que ce sont de gens qui sont des personnes référentes en terme de compétences techniques, compétences nécessaires à la compréhension d'une fonction et qui donc m'aident dans mon rôle qui est un rôle de coordinateur.

Comment avez-vous choisi la personne qui est référente en imagerie médicale ? Sur ces compétences techniques ?

On a fait un appel à candidature en interne, comme pour l'école des cadres. Il y a eu 3 candidats et on a organisé au niveau institutionnel un jury, on leur a demandé de produire un document :

- ◆ CV,
- ◆ formations suivies,
- ◆ motivations, attentes par rapport à des fonctions d'encadrement,
- ◆ proposer un avant-projet professionnel comme pour l'école des cadres.

Ce dossier a été évalué par le médecin chef d'imagerie, le DRH, le directeur des soins et moi et ces gens ont été vus en entretien oral chacun avec les mêmes

consignes que pour l'entrée à l'école des cadres c'est à dire 10 minutes d'exposé et 15, 20 minutes de questions du jury. A l'issue le jury s'est positionné sur un des candidats.

Cette personne a un rôle hiérarchique délégué. C'est moi qui ai ce rôle. S'il y a des décisions hiérarchiques à prendre, c'est moi qui dois les prendre. Tout ce qu'elle tient bon de faire, elle m'en rend compte et je lui dis ok ou non. Cela se passe bien. C'est un peu difficile car elle fait fonction dans un service dont elle est issue. Cela a des avantages et des inconvénients.

Qu'est ce qui fait que l'équipe la reconnaît en tant que référent ?

L'acceptation de l'équipe est directement liée à l'aptitude qu'elle a à occuper ce poste.

A-t-elle des compétences techniques particulières ou plutôt des compétences managériales ?

Au niveau des compétences techniques, c'est quelqu'un qui a les compétences requises pour occuper un poste de manipulateur mais normalement performante dans son domaine de compétences, c'est quelqu'un qui a sûrement à mon sens des aptitudes relationnelles qui font qu'elle peut occuper un poste d'encadrement.

Je considère que pour occuper un poste d'encadrement dans un service spécialisé, il faut avoir les compétences nécessaires pour travailler dans ces domaines là.

Je ne me vois pas moi être surveillant demain dans un bloc opératoire comme cela quoi.

Au même titre que je vois mal un administratif surveillant d'un service de soins ou cadre dans un service de soins.

Au même titre que je ne me vois pas cadre dans un service de laboratoire. Il est normal que les gens qui ont les compétences dans un service de laboratoire prétendent à des postes d'encadrement.

A mon avis la compétence technique de base acquise par la formation initiale est nécessaire pour exercer correctement, efficacement, des fonctions d'encadrement dans un service.

Après, moi j'occupe un rôle à un autre niveau, ma mission est à un niveau d'encadrement supérieur où là il est clair que pour encadrer des services médico-techniques ou de rééducations, on peut être kinésithérapeute, manip, ergothérapeute. On peut être issu de filières différentes.

A mon avis il est plus opportun qu'on ne soit pas issu de la filière infirmière au même titre que moi je me vois mal être cadre supérieur d'un plateau de chirurgie. A la limite cela serait peut-être envisageable.

En plus c'est très alimenté depuis le décret qui a créé le corps des directeurs de soins qui peuvent être autres que ceux issus de la filière infirmière. C'est très bien pour nos professions, il n'était pas très logique qu'un infirmier puisse être directeur des soins et qu'un kinésithérapeute, qu'un manip radio, qu'un ergothérapeute ne puissent pas l'être. Au niveau de l'encadrement supérieur, moi je pense que c'est bien tant qu'on peut encore de respecter les filières correspondantes. Ce n'est pas encore complètement vital, on

pourrait concevoir dans une structure donnée qu'une infirmière puisse être cadre supérieur d'un service médico-tech mais enfin...A l'inverse qu'un médico-tech soit cadre supérieur d'un bloc, cela ne me paraît pas logique. On pourrait arriver à accepter des situations comme cela dans certaines structures mais par contre l'encadrement d'un service spécialisé doit être confié à un cadre issu de la filière concernée.

Pourquoi avoir choisi un aide-soignant pour être référent des brancardiers ?

En ce qui concerne les brancardiers, j'avais besoin de quelqu'un qui amène une certaine polyvalence quand les différents brancardiers des services ont été fédérés dans une même équipe pour mutualiser les moyens.

Il me fallait une personne qui connaisse l'activité sur les différents secteurs. Il y a eu un appel à candidature sur le corps des aides-soignants.

L'aide-soignant a un rôle hiérarchique délégué et reconnu du fait qu'il a un diplôme contrairement aux autres. A partir du moment où il a un diplôme que les autres n'ont pas, les autres le reconnaissent plus facilement comme le chef.

Ce sont des pseudo chefs, pas reconnus, pas payés en tant que tels. Il n'y pas de reconnaissance financière. L'aide-soignant perd même en salaire puisqu'il ne fait plus de nuits et de w.e., c'est paradoxal.

Pour vous le cadre de proximité doit être de la même filière et même de la même formation ?

De la même profession de base oui. Manip radio et préparateur en pharmacie, cela n'a rien à voir. Sans vouloir faire de corporatisme, j'ai toujours pensé que ce n'est pas très normal qu'un cadre infirmier supérieur puisse être en mesure d'évaluer les compétences d'un cadre médico-technique et inversement.

Il paraît assez clair que pour vous un administratif ne peut pas encadrer une équipe paramédicale.

Non, c'est clair.

Est-ce qu'un cadre de proximité est plus un référent technique qu'un manager ?

Il faut qu'il soit le maximum de tout mais un bon cadre n'est pas forcément un bon technicien. Je veux dire par là que je ne pense pas que le meilleur technicien soit le mieux placé pour être cadre. Il faut à mon avis un minimum de compétences techniques, de connaissances des grandes dimensions techniques d'un service pour avoir une bonne aptitude au management du service. Également pour être un bon référent auprès des cadres supérieurs et de la direction.

C'est pourquoi je pense que le cadre de proximité doit absolument être issu de la profession de base. C'est une plus value, quoi, dont on devrait éviter de se passer.

Qu'est-ce que vous pensez des équipes pluridisciplinaires ? Par exemple une équipe dans un service de rééducation comportant des kinésithérapeutes mais aussi des

ergothérapeutes, des infirmières, des aides-soignants, des ASH et une secrétaire encadrée par un même cadre ?

Je pense que c'est bien. La finalité est la rééducation donc à partir de là c'est logique que ce soit un cadre kinésithérapeute qui manage cette équipe. Les infirmières adhéreront à cette logique de réadaptation fonctionnelle.

A l'imagerie médicale, les secrétaires sont sous la hiérarchie d'un cadre secrétaire. Cela pourrait poser soucis, cela n'en pose pas car on travaille en bonne intelligence mais il est évident que les secrétaires ont bien compris qu'elles avaient un rôle fonctionnel avec le référent du service. Il y a des fonctions hiérarchiques et il y a des fonctions fonctionnelles. Au labo, l'ASH est rattachée à une équipe centrale de nettoyage. C'est pareil, cela pose des soucis. Il faut être clair avec ces choses là. Quand on est affecté dans un service donné, même si notre hiérarchie n'est pas dans ce service, il faut tenir compte qu'on est en relation fonctionnelle avec l'équipe de ce service.

Les situations sont fonction d'un contexte. C'est très lié à l'infrastructure et à l'établissement.

Entretien n°7 avec une cadre de santé kinésithérapeute encadrant des infirmiers et des aides-soignants dans un service de rééducation, Centre hospitalier, le 16.03.2004 (50 minutes)

Est-ce un choix de votre part d'encadrer des gens qui ne sont pas de votre filière ?

Non. Cela a été une opportunité mais ça n'a pas été un choix. J'ai fait la formation de cadre à l'époque où encore à l'inscription c'était sous l'ancienne forme c'est à dire on devenait des experts en rééducation. Donc je pensais faire une formation de moniteur cadre kinésithérapeute et non pas de cadre de santé. Le décret est apparu juste après mon inscription à l'été. C'était la première année où la formation de cadre santé a été mise en place. Forcément à l'inscription, je ne m'étais pas inscrite dans cette optique là.

Quels avantages et quels inconvénients avez-vous trouvés à encadrer une équipe de paramédicaux d'une autre filière que la vôtre ?

L'avantage, c'est qu'on découvre un autre monde, c'est une ouverture d'esprit, c'est élargir ses compétences dans d'autres domaines et c'est avoir une vision plus globale des professions paramédicales et une meilleure compréhension de la direction des soins infirmiers, de ce fait on a une vue plus globale des choses et notamment de l'hôpital en général, de la structure hospitalière. On approche une autre culture.

Des inconvénients ?

L'inconvénient, c'est au départ quand on prend ce poste, il y a une méconnaissance du terrain, c'est vrai que c'est un monde inconnu auquel je n'étais absolument pas préparée et pour lequel la formation de cadre de santé ne m'a pas préparée. Comme on était la première année à bénéficier de cet enseignement, je ne sais pas si l'institut avait pu nous donner l'enseignement correspondant au décret. Le programme a été un peu constitué dans l'urgence.

Quoi qu'il en soit quand je suis arrivée sur le terrain, ce qui a été difficile c'est aussi le fait que j'ai été parachutée dans ce monde et qu'il a fallu que je fasse ma place.

Pas tellement par rapport à l'équipe parce que l'équipe m'a bien intégrée mais par rapport à toute la méconnaissance d'une structure de soins qui, même si j'y ai travaillé en tant que kinésithérapeute, je n'ai jamais travaillé comme infirmière ou aide-soignante et je n'avais pas cet état d'esprit de l'équipe, de cette continuité des soins sur 3 équipes : matin, soir, nuit avec toute cette articulation entre les différentes fonctions d'aide-soignant, d'infirmière, ce travail d'équipe qu'on connaît mal en kinésithérapie.

En kinésithérapie, on est plus individuel. La difficulté a été aussi de se familiariser avec ces roulements (planning). Il manque l'expertise, pour évaluer certaines situations de travail, il manque certaines compétences. Le service de rééducation n'est pas un service technique au niveau des soins infirmiers malgré tout, j'avais beaucoup d'appréhension, est-ce que je ne passais pas à côté de quelque chose, quoi.

Vous considérez vous plutôt comme un manager ou comme un référent technique ?

Cette question est difficile, un manager malgré tout, un manager mais mes compétences, comment dire, ma formation initiale de kinésithérapeute est d'une grande aide malgré tout. Dans un service de rééducation, je pense que c'est mon atout. Je connais le patient de rééducation, j'ai un langage commun avec les médecins, je suis cautionnée par rapport aux familles, par rapport aux kinésithérapeutes. Appréhender le patient de rééducation dans sa globalité de l'entrée jusqu'à son départ en passant par les contacts que l'on peut avoir avec les familles, ma connaissance de la rééducation est d'une grande grande aide.

Pensez-vous que cela change quelque chose dans la prise en charge du patient ?

Je l'espère, je pense que oui mais cela reste mon point de vue, subjectif et partial quand même.

Maintenant si c'était dans un autre service comme la cardiologie ou la réanimation, j'en suis moins sûre mais je n'ai pas l'expérience.

Pensez vous qu'il y ait des limites à l'encadrement hors filière ? Si oui, lesquelles ?

A mon avis, il y a quand même quelques limites. Pour des services où il y a une technologie vraiment très pointue. Ou alors il faudrait qu'il y ait une formation parallèle, il faudrait vraiment se plonger dedans en suivant les soignants.

Je pense que si c'était à refaire par exemple, ma prise de fonction, si j'avais à la refaire, j'essayerais pendant un mois d'avoir comme objectif de suivre les agents mais vraiment dans leurs tâches quotidiennes. Peut-être si j'avais une autre expérience à faire dans une autre unité, il faudrait s'imprégner de l'activité.

On ne pourra pas la connaître aussi bien puisqu'on n'a pas la formation initiale. Mais c'est important d'aller à la recherche de l'info. Pour avoir un peu plus de crédit et de connaissances, pour ne pas être mis en difficulté ou manquer d'un regard un peu plus compétent. Je me suis posé la question de savoir si une autre expérience pourrait être envisagée ?

Comme encadrer des kinésithérapeutes ?

A oui tiens ! C'est une bonne question. Vous voyez maintenant pour moi je suis vraiment partie sur autre chose. S'il fallait revenir sur une équipe de kinésithérapeutes, je ne me suis pas posé la question. Pourquoi pas ? Certes ce serait sûrement intéressant mais... Je ne me suis pas posé la question donc si je ne me la suis pas posée, c'est que quelque part, elle ne se pose pas. Non, je ne m'y vois pas.

Pensez-vous qu'il faille être issu d'un métier de santé pour encadrer une équipe de paramédicaux ?

Oui. Je crois. C'est sûrement très corporatiste mais malgré tout d'avoir eu le contact direct avec le patient en tant que soignant, la façon d'appréhender un patient, malgré tout je pense que cela nous donne un autre regard. On est proche de la personne soignée avec tout ce que cela engendre comme prise en charge spécifique.

Si on ne veut pas être que des managers, si on veut malgré tout rester en contact avec le patient et les familles notamment, la formation initiale de soignant est importante.

Je pense que par rapport aux équipes surtout, pas par rapport au cadre, je pense qu'on a plus de crédit. Les équipes auraient du mal à accepter un cadre qui ne soit pas un soignant. A la limite oui, pourquoi pas ? Mais quand même quand on a été kinésithérapeute, on sait ce que c'est qu'un malade.

J'ai apporté mon expertise sur la connaissance du patient en rééducation. J'ai pu expliquer pourquoi on faisait certaines choses ou pas : les mouvements interdits après l'opération d'une prothèse de hanche, pourquoi certains patients ont une attelle de Zimmer et d'autres non ? Pourquoi certains patients ont un appui et d'autres non ? J'ai pu expliquer le pourquoi des choses. Donner du sens à ce qu'on fait. Sur tout ce qui est orthopédique, neurologique.

Les soignants infirmiers ou aides-soignants sont beaucoup dans l'aide au patient, dans la compensation de ses déficits, de ses incapacités.

J'ai axé le service plus sur l'autonomie, le patient comme acteur des soins sans qu'il soit mis en difficulté et que le soignant ne soit pas là que pour l'assister. S'interroger avant de faire les choses. Parfois encore je suis obligée de recadrer. Cela vient peut-être de la génération de soignants. Il faudrait voir sur les nouvelles générations.

Les acquis de rééducation doivent être transférés dans les gestes la vie courante. Potentialiser les acquis par les gestes de la vie courante, c'est mon leitmotiv. Que tout acte ne soit pas un acte d'assistantat mais qu'il y ait un objectif. Là on voit vraiment la différence d'approche du patient, c'est très net.

Le fait que je sois kinésithérapeute a favorisé les contacts entre les équipes de rééducateurs et soignantes. Il y a une cohérence dans la prise en charge. On se retrouve toutes les semaines avec les rééducateurs et les soignants pour voir s'il y a un décalage ou pas et s'il y a un décalage, on analyse. Le kinésithérapeute vient faire des démonstrations. Malgré tout les équipes sont sur des étages différents, chacun a ses tâches spécifiques donc elles ne travaillent pas vraiment ensemble. On a fait des groupes de travail avec des représentants de chaque fonction. Comme c'est 2 mondes différents, ils ont du mal à comprendre les contraintes de l'autre.

J'ai regardé les questionnaires et cela m'a rassurée un peu. Les aides-soignantes disent ne pas avoir d'autonomie et c'est vrai car je suis derrière elles parce qu'elles sont très au service du patient. Donc je suis derrière elles pour qu'elles fassent toutes la même chose. Si un patient fait sa toilette au lavabo, je ne veux pas qu'elles reviennent en arrière dans l'autonomie.

Quand on fait des visites de synthèse, je peux parler avec le kinésithérapeute, on se comprend. J'ai des arguments de kinésithérapeute. Il y a des échanges de kinésithérapeute à kinésithérapeute. Quand il y a une consultation avec un chirurgien, j'aurai le regard de kinésithérapeute. Je poserai la question que peut-être l'infirmière ne posera pas car elle n'aura pas ce regard de kinésithérapeute. Je pourrai également transmettre au kinésithérapeute ce qu'a dit le chirurgien.

Je pense que c'est bien qu'un cadre dans un service encadre toutes les personnes qui travaillent dans son service quelle que soit la profession pour qu'il y ait une cohérence. Le fait que le cadre ne soit pas de la discipline recentre les soins sur le patient. Quelquefois en réunion les kinésithérapeutes disent que ce dont on parle ne les intéresse pas. On va parler de douleurs, de température... Je me dis que c'est dommage car il faut prendre le patient dans sa globalité. Il me semble que la jeune génération est plus ouverte dans la communication, la traçabilité.

**Entretien n°8 avec un cadre de santé filière ergothérapie encadrant des
infirmières et des ergothérapeutes, CH psychiatrique,
le 18.03.04 (40 minutes)**

Etait-ce un choix pour vous d'encadrer des professionnels d'une autre filière que la votre ?

Je suis ergothérapeute de diplôme de base, de profession. J'ai fait la formation de cadre en 93-94, ce n'était pas encore la formation de cadre de santé, il a fallu que j'attende très très longtemps pour être nommé, il a fallu que j'attende la dernière loi où avec le diplôme « cadre de santé », on pouvait encadrer d'autres professions.

Ici cela n'a pas été vraiment au goût du jour, loin de là. J'ai été nommé avec la nouvelle directrice des soins.

Avant on était dans une logique de filières. La personne qui était là avant moi, c'était un infirmier qui avait fait l'équivalence ergothérapeute. Il avait été nommé à l'ancienneté, sans le diplôme de cadre, le diplôme d'infirmier suffisait, alors que moi qui avais le diplôme de cadre, j'ai été au placard pendant un certain temps.

Il a fallu l'arrivée de la nouvelle infirmière générale, il a fallu qu'on prenne conscience de ce qui se faisait à l'extérieur et il a fallu un déficit en nombre de cadres notamment en nombre de cadres diplômés. J'aurais pu aller ailleurs, pour des convenances personnelles je suis resté là en tant qu'ergothérapeute, j'ai attendu.

Je suis cadre de l'équipe ergo-socio, son existence est menacée actuellement à cause du manque d'infirmiers.

A l'heure actuelle j'encadre 3 ergothérapeutes et 5 infirmières psychiatriques qui sont détachées des services de soins et qui bossent sur des actions transversales.

Plus il y aura de cadres ouverts à autre chose... , les services qui étaient des lieux de soins seront des services où le but du jeu c'est quand on rentre, c'est pour en ressortir. On est dans une logique où normalement pour n'importe quel soignant, l'intérêt c'est que quand le patient va mieux, c'est d'organiser les soins à l'extérieur mais comme nous on est dans une culture de difficultés à faire le deuil par rapport à la perte du patient... Un patient qui part, c'est un autre qui arrive donc surcharge de travail donc il faut que j'arrive à garantir que le malade puisse sortir du pavillon.

Je lutte actuellement pour que les infirmiers qui sont détachés ne soient pas remplacés par des éducateurs, des professionnels médico-socio.

Et pourquoi cela ?

Comment cela et pourquoi cela ? Le médico-social, ce sont des professionnels qui ne sont pas des professionnels de soins, on est dans un hôpital et moi les patients, ils ont besoin de soins psychiatriques. Le travail purement éducatif n'est pas un travail de base, c'est une partie du travail mais l'essentiel pour pouvoir faire ce travail, il faut un travail de soins psychiatriques, il faut une relation thérapeutique. Si on met le médico-social à l'hôpital, cela veut dire que, ce travail psychiatrique va se perdre donc c'est vrai, par rapport à l'accompagnement des équipes, on a besoin d'être très très vigilant dans la conjoncture actuelle, on a un problème de déficit de médecins, d'infirmiers.

Pensez-vous que cela change quelque chose dans la prise en charge des patients ?

Notre survie dépend de nos résultats, il faut qu'on soit incontournable. Les ergothérapeutes sont des thérapeutes, c'est une différence avec les infirmiers. Cela

correspond à un engagement, à une façon de faire donc il y a un engagement dans la durée.

On est dans une position de ne pas être remplaçable. Chaque ergothérapeute permet à un patient de réaliser un travail, c'est cette relation thérapeutique qui permet au patient de travailler. Si un ergothérapeute n'est pas là, un autre ergothérapeute peut prendre en charge occasionnellement le patient mais ce sera une approche différente.

Les infirmiers ont une formation qui est plus dans le 24/24 h, si c'est pas moi, c'est l'autre et au niveau de la continuité par rapport à l'infirmier, il y a une culture de garantie par rapport aux infirmiers, il y a une exigence du côté de l'ergothérapeute, c'est 2 façons de voir les choses.

Les ergothérapeutes sont tournés vers l'autonomie, l'existence de la personne. Quel que soit le niveau de déficit de la personne on va la chercher là où elle est. On est dans cette logique là.

Par rapport au versant infirmier, ce sont des personnes qui vont travailler plus par rapport à la dépendance de la personne. Les infirmières en socio font la vente boutique, la banque. Elles travaillent dans la relation argent, c'est la médiation cafétéria, je consomme, je me remplis. C'est plus un travail de frustration. La vente boutique est aussi un travail de frustration, offrir une réalité extérieure, créer l'envie, l'émergence d'un besoin et travailler la frustration pour gérer dans le temps cette envie, on est dans le domaine de la frustration. On a aussi une autre activité le SE TE SPE (service technique spécialisé) pour les patients les plus difficiles, on leur offre la seule expérience de soins en dehors du service, à travers le maternage ce qui leur permet d'exister différemment, de supporter l'autre.

On est dans une époque intermédiaire où on a fait rentrer beaucoup d'aides-soignants, les infirmiers ont une formation de plus en plus légère en psychiatrie. Donc les choses se perdent. On n'a qu'une demi-journée médicale par semaine, c'est notre perte. Il y a de moins en moins de psychiatres. Les infirmiers se retrouvent seuls dans les services, ils n'ont plus le temps de faire les activités annexes avec les patients, il faut qu'ils acceptent de faire sortir le patient pour le confier à quelqu'un.

Etait-ce un choix d'encadrer d'autres professionnels ? Avez-vous trouvé des avantages ?

C'est nettement plus riche puisque par rapport à mon approche de cadre, c'est beaucoup plus intéressant car le professionnel est obligé de mettre le petit plus, que ce soit l'un ou l'autre c'est à dire moi par rapport aux infirmiers psy, je leur demande « pour quoi ? » dans une action qu'ils mènent avec un patient. Les professionnels doivent se positionner, quelle est l'approche spécifique liée à la particularité de leurs professions ?

Entretien n°9 avec une Directrice des soins, CH psychiatrique,
le 17.03.04, (40 minutes)

Depuis le décret de 1995, les paramédicaux ont tous la même formation de cadre de santé. Quelle importance accordez-vous encore à la filière d'origine d'un cadre de santé lors du recrutement ?

Je suis originaire de soins somatiques et j'ai fait toute ma carrière en soins somatiques donc j'aurais une position différente si j'étais dans un hôpital général par rapport à un hôpital psychiatrique. Je trouve que les rééducateurs ont une place plus marquée, même dans la conduite de projet de soins par exemple pour le patient dans les hôpitaux psychiatriques. Donc je me positionne vraiment différemment, là je suis vraiment dans un hôpital psychiatrique.

Je considère la pluridisciplinarité comme une richesse et même au niveau de l'encadrement. Depuis que l'on a recruté les cadres de filière ergothérapie, je trouve que notre réflexion s'est enrichie donc c'était volontaire, c'était volontariste au départ, la réponse est positive pour l'instant, je trouve.

Alors évidemment je n'imaginerais pas mettre des cadres non infirmiers partout, au moment des affectations, il y a une réflexion préalable à laquelle j'ai fait participer les médecins. On leur a demandé dans quelles unités ils verraient un cadre issu de la filière rééducation. Ils ont répondu l'ergo-sociothérapie, les unités de psychotiques et éventuellement la géronto-psychiatrie. C'était les postes qui leur paraissaient les mieux adaptés à la filière ergothérapie par exemple.

Pour le moment on n'a pas eu de candidature venant d'une autre profession, par exemple psychomotricien, diététicien, orthophoniste. Je crois qu'il faut réfléchir à chaque fois.

D'une façon générale, je pense que la pluridisciplinarité au niveau de l'équipe de l'encadrement est très riche. Je me souviens d'un cadre ergothérapeute qui nous a fait une réflexion en réunion d'encadrement et qui nous a dit concernant les 35 heures, « est-ce que vous avez remarqué que nous sommes en train de travailler sur les absences des gens et non pas sur leur présence ? » C'était une réflexion tout à fait originale qui est très bien arrivée.

Je trouve que la réflexion s'enrichit et le travail s'enrichit aussi. J'y suis tout à fait favorable d'autant plus que, quand j'étais à Rennes, j'ai fait mon travail sur l'accueil des paramédicaux non infirmiers dans les services de soins, j'avais recherché quels pouvaient être les avantages pour ces professionnels qui ont une certaine liberté, d'entrer sous le chapeau du service de soins. Et il était ressorti que pour eux, l'objectif d'avoir une carrière pouvait être un élément favorisant leur intégration dans un service de soins. Par rapport à d'autres éléments, le fait de pouvoir faire carrière m'était apparu comme un élément qui pouvait favoriser leur intégration, c'est logique qu'ils puissent devenir cadre puis cadre supérieur et directeur de soins de quelque filière que ce soit.

Pour ce qui est du cadre de proximité, on indique rarement la filière en psychiatrie. Pour les directeurs de soins, je pense que c'est indispensable d'indiquer la filière.

Pensez-vous qu'il faille être issu d'un métier de la santé pour encadrer une équipe de paramédicaux ?

Alors il faut bien se dire quand même que quand on a un cadre qui arrive dans un milieu de soins et qu'il n'est déjà pas de la filière infirmière, cela nécessite quelques surveillances particulières. Par exemple, un cadre qui arrive de la filière psychomotricienne ou kinésithérapie, on se dit tous ensemble avec les cadres supérieurs et les cadres concernés qu'il peut y avoir des vigilances qui échappent quand on manque de l'expérience spécifique donc je me dis que s'il s'agit de cadres qui ne sont pas soignants là, on court vraiment un autre risque, je pense que c'est très délicat.

Je me rappelle l'avoir envisagé car lorsque l'on est à l'école des cadres, c'est quelque chose que l'on envisage, il y a quelques années où c'était à la mode, que des cadres d'autres secteurs viennent dans la santé, je pense que c'est très délicat car la culture et la vigilance par rapport à certains domaines très précis, c'est culturel, pour être sûr que le cadre va penser à protéger..., cela nécessiterait d'autres cadrages et d'autres barreaux, d'autres précautions, je pense que c'est délicat quand même si ce n'est pas quelqu'un qui est issu du monde de la santé.

Vigilance par rapport à quoi par exemple ?

Vigilance par rapport à l'aspect nosocomial, par rapport à l'aspect prévention, par rapport par exemple à l'adéquation des professionnels par rapport aux fonctions qu'on leur attribue. Dans tous ces éléments là me semble apparaître une dimension culturelle qui s'acquiert au fil du temps, il suffirait peut-être qu'on me prouve le contraire et qu'on ait un exemple de cadres qui viennent d'ailleurs qui auraient été quand même formés de

façon spécifique à la santé parce que je crois que l'école des cadres ne suffirait pas pour avoir cette culture, il faudrait avoir une formation particulière.

J'ai rencontré un directeur d'établissement qui disait que selon lui, à terme, il y aurait une formation de cadre de santé dès le bac, une école de formation initiale cadre de santé.

Qu'en pensez-vous ?

Je pense que cela poserait des problèmes, je pense que cela poserait des problèmes de reconnaissance par rapport au corps soignant car le corps soignant est un corps qui a une certaine, comment on pourrait dire cela, un certain esprit qui a besoin de se reconnaître dans l'encadrement.

Sinon, déjà quand les cadres arrivent il y a cette espèce de scission, on leur dit, vous savez, vous n'êtes plus des soignants, vous allez être avalés par le dispositif administratif. Si en plus il n'a pas la référence de pouvoir prouver à un moment donné qu'il a une expertise en soins, je pense que ce sera encore plus difficile pour lui.

Quel que soit le cadre, je pense qu'il s'appuie sur son expertise d'ergothérapeute, d'orthophoniste, leur expertise de soins, de relation soignante pour gagner la confiance, d'une certaine façon la légitimité au niveau de l'équipe. Sinon je pense que c'est dur mais je ne dis pas que c'est impossible. Il faudrait là un changement des mentalités.

Les soignants ont besoin de se reconnaître dans quelqu'un, s'ils ont un cadre qui à l'origine ne les représente pas, ce sera vraiment très difficile. Quand on gère des soignants, on ne gère pas des techniciens purs, on gère des gens qui ont besoin de valeurs communes, de travailler sur le sens de ce qu'ils font. Si on n'est pas reconnu, je pense que c'est dur.

La décision de positionner des cadres ergothérapeutes en unité de soins s'est prise avec les médecins ?

C'est à dire qu'il y a eu plusieurs facteurs : une pénurie de cadres qui s'est trouvée, il y a le fait qu'en ce qui me concerne je considère que la seule façon d'intégrer de façon positive une nouvelle population dans un service de soins, c'était de leur montrer qu'il y a des opportunités de carrière et qu'au même titre que les autres dans le soin. C'était une valeur personnelle et au moment où la pénurie s'est instaurée, cela a été l'opportunité de dire bon ok, en plus on avait dans l'établissement un cadre qui était certifié et qui n'avait pas d'encadrement, c'était l'occasion de dire bon, puisqu'on a des valeurs, c'est l'occasion de les défendre et la question a été posée aux_médecins.

Les médecins n'ont pas botté en touche, ils ont répondu. C'était pour moi, comme c'était une expérience nouvelle, une façon de protéger mes arrières pour le cas où les médecins détruiraient ce qu'on était en train de faire, j'avais leurs opinions pour qu'ils puissent me conseiller sur les postes les plus adéquats pour pouvoir faire cette expérience, cela s'est fait en ensemble.

Pensez-vous qu'il y ait des limites à l'encadrement hors filière ? Si oui, lesquelles ?

Pour moi, les limites, ce serait l'avis médical parce que je pense qu'ils sont bien placés pour pouvoir juger... alors il y a quelque chose qui pourrait être une limite c'est que les médecins bien souvent ne connaissent pas les compétences des paramédicaux non infirmiers, je pense à la psychomotricité, à l'orthophonie, aux diététiciens et même aux kinésithérapeutes donc cela c'est une limite dans le fait qu'on demande l'avis des médecins. Je suis en train de faire un travail avec les rééducateurs pour qu'ils définissent leur fonction eux-mêmes de façon à ce qu'ensuite ils en fassent une sorte de publicité, on a décidé d'afficher les définitions de fonction des rééducateurs, d'organiser des rencontres car à mon avis les médecins les connaissent mal. Donc cela va leur donner des idées aussi bien dans la façon de les utiliser en tant que professionnels mais aussi au niveau des ouvertures sur l'encadrement.

Avez-vous des fiches de poste pour les cadres ?

Non c'est en train de se faire.

Pour vous les cadres sont des managers ou plutôt des référents techniques ?

Les 2, parce que je considère que ce sont les gens du terrain qui sont les experts donc j'attends d'eux une référence technique non pas parce qu'ils sont meilleurs que les autres mais parce qu'ils portent la parole des autres. Maintenant, en tant que manager évidemment parce que notre hôpital notamment est en pleine transformation, la psychiatrie est en pleine transformation, les exigences extérieures sont de plus en plus nombreuses et là il faut conduire les équipes et c'est vrai que c'est difficile. Ils ont plus l'expérience dans le milieu psychiatrique notamment d'être des porte-paroles plutôt que d'être des gens qui accompagnent vers quelque chose.

Quand vous parlez d'expertise, vous faites plus référence à une expertise de soignant plutôt qu'à une expertise de métier ?

Ils ont l'expertise des différents professionnels qu'ils managent par exemple par rapport à la pédopsychiatrie, ils ont des rééducateurs, des assistantes sociales des psychomotriciens, des orthophonistes, des ergothérapeutes quelquefois, des infirmiers des aides-soignants, des ASH. Leur expertise à eux ce n'est pas l'expertise de chacun d'eux mais c'est l'expertise par rapport à la coordination de tout cela. Maintenant j'attends d'eux qu'ils soient capables de me dire quelle expertise ils attendent de tel professionnel pour tel type de soins et pour quel type de public.

Pensez-vous que cela change quelque chose dans la prise en charge du patient ?

Je ne peux pas le dire car c'est trop tôt, le premier cadre ergothérapeute est en poste depuis 2 ans. Il y a eu certaines réticences des autres cadres avant sa prise de fonction mais elles se sont dissoutes.

Je pense que les cadres venant d'une autre filière que celle infirmière ont d'autres rapport avec le corps médical, c'est très enrichissant. Le corps infirmier a « subi » une dépendance au corps médical que les autres paramédicaux n'ont pas subie historiquement. Du coup, il y a une parole et un rapport plus libres, moins entravés, plus vivants, moins entravés avec le corps médical.

Ils ont un rapport d'altérité et de coopération pluridisciplinaire beaucoup plus qu'un rapport d'assujettissement par rapport à l'infirmier assujetti à la prescription, alors ça c'est vrai.

Il n'y a pas tout ce passé. Ils ont une autonomie et une indépendance plus marquées, ils ont l'habitude de travailler en électron libre, en échange de quoi, ils n'ont pas l'expérience de la vie en équipe. C'est en cela qu'il y a une complémentarité intéressante.

Les équipes infirmières font toujours référence ou au cadre, ou au médecin, ou aux collègues.

Quand il y a quelqu'un comme cela qui arrive dans une équipe de cadres, il ne se positionne pas pareil, il est plus libre.

Moi qui arrive de soins somatiques, je me suis dis en arrivant ici, tu ne pourras pas jouer la carte de l'expertise, tu ne l'as pas. J'ai joué la carte plus du management, reconnaissance de l'expertise sur le terrain plutôt que de dire, moi je sais. C'est la même chose que pour le cadre d'une autre filière, les cadres ergothérapeutes ont aussi dû dire : « C'est vous les experts en soins infirmiers, c'est vous qui allez me dire quelles sont les limites du cadre professionnel au-delà desquelles vous devez aller ou ne pas aller, quelle

est la recherche qui est à faire dans tel ou tel domaine. » J'ai vu le parallèle entre ma position venant des soins somatiques et la position du cadre ergothérapeute arrivant dans un service de soins.

A ce moment là, on cristallise plus sur un rôle de management que sur un rôle de référent technique évidemment.

On a une expertise mais qui n'est pas la même que la majorité des gens que l'on encadre. Il faut bien dire que « moi, je ne suis pas sot, j'ai une expertise, je peux vous en parler » mais quand il s'agit d'une expertise du terrain, vous devez être capable de décrire ce à quoi vous vous attendez, du niveau à atteindre. Le niveau à atteindre, il est collectif. C'est bien dans une démarche de qualité collective que le cadre peut venir d'une autre filière. Tant qu'on restera dans la seule reconnaissance d'une qualité à atteindre spécifiquement professionnelle, évidemment le cadre d'une autre filière n'aura pas de sens.

Cela doit aussi sortir toutes les équipes de soins d'une sorte de ronron dans lequel elles étaient, où, quand on ne peut pas piquer un malade, on appelle le cadre. C'est un peu archaïque aujourd'hui car si on n'en reste là, on ne peut pas gérer une équipe pluridisciplinaire. On ne peut pas prendre la place d'un kinésithérapeute quand il part, on ne peut pas prendre la place du diététicien quand il part.

Si on fait la place à chacun, alors on est déjà capable d'avoir une position hors de celle de la technique, il y a une harmonisation du collectif en recherche d'une prise en charge du collectif. Les anciens dispositifs étaient très sclérosants, il n'y a qu'à voir la commission des soins infirmiers, elle n'a pas évolué cette commission, cela veut dire qu'on n'a pas encore fait le pas d'intégrer les autres professionnels paramédicaux. On va y arriver, c'est un état d'esprit qui obligera les cadres de la filière infirmière à sortir du fait de donner la primauté aux soins infirmiers ce qui est dans certains cas complètement idiot. Par exemple, il y a des équipes en pédopsychiatrie où les infirmiers sont minoritaires.

Vous m'avez parlé des limites ?

Oui.

Les limites seraient dans le nombre, le poids de chaque type de professionnels. On pourrait tendre vers une proportion semblable entre le nombre de professionnels dans un établissement et leurs représentants au niveau des cadres. On a 2 cadres ergothérapeutes, il y a un 3^e ergothérapeute qui veut faire l'école des cadres et je me dis que là on va attendre un peu, voir les résultats, ne pas aller trop vite car proportionnellement au nombre d'ergothérapeutes dans l'établissement il ne faut pas non plus qu'ils soient surreprésentés. Il faudrait peut-être avoir d'autres professionnels comme les diététiciens. Il faut garder une certaine proportion de cadres infirmiers aussi.

**Entretien n°10 avec une cadre de santé supérieur, CH psychiatrique,
le 17.03.04 (30 minutes)**

J'aimerais avoir votre avis sur les avantages et inconvénients du fait que des cadres d'une autre filière encadrent des services de soins.

Je suis là depuis le 1^e décembre. C'est ma 1^e expérience, avec ici des cadres de la filière ergothérapie.

Avantages, inconvénients, c'est peut-être un peu tôt pour vous le dire. Ce que je peux vous dire déjà c'est que personnellement je ne fais pas de différence dans la mesure où le cadre qu'il vienne de n'importe quel domaine paramédical, cela ne me semble pas être un obstacle dans la mesure où la fonction cadre est bien spécifique.

On pourrait imaginer comme cela, au départ, que le fait que de ne pas avoir été infirmier, de ne pas avoir pratiqué, vécu la fonction infirmière, ce serait un handicap, a priori. Je ne sais pas, c'est justement peut-être qu'un a priori.

Je pense que les personnes cadres qui viennent d'une autre filière sont en capacité de prendre la mesure de la dimension des soins infirmiers, de ce qu'il y a à faire en soins infirmiers et dans la mesure où ils sont là pour organiser les choses, pour dynamiser, pour gérer, il me semble indispensable qu'ils prennent toute la dimension de la fonction infirmière mais, de ce que je peux voir là aujourd'hui, cela ne me semble pas être un handicap.

L'avantage que je peux y trouver, c'est qu'à la limite je dirais que cela élargit un petit peu l'horizon, dans la mesure où j'ai à faire à 3 cadres ergothérapeutes, ce qui

me semble intéressant et enrichissant, c'est qu'ils ont une autre approche. Ils sont d'une autre filière, ils sont d'une autre approche, d'une autre expérience.

Je suis plutôt du style à dire que cette différence ne rime pas avec concurrence mais plutôt, et cela ne rime pas dans la langue française mais avec richesse et je pense que les cultures différentes ne peuvent qu'ajouter les unes aux autres, pour le coup, c'est très intéressant.

Au niveau des équipes, je n'ai pas l'impression que cela pose spécialement problème. Je trouve même que le cadre ergothérapeute est bien adapté car quand on parle de patients ou autre, je ne vois pas de différence avec le cadre infirmier c'est pour cela que je dis que dans la mesure où il prend toute la dimension du soin infirmier, cela ne pose pas de problème.

Et au niveau des autres cadres infirmiers, cela pose problème ?

De ma petite expérience de 3, 4 mois, je dirais que non car je vois dans les réunions cadres, il y a pas mal d'échanges, je trouve qu'on ne voit pas de différences majeures. Par exemple, le projet que nous sommes en train de travailler en ergo-socio et bien, c'est quand même vachement intéressant car les ergothérapeutes peuvent apporter une dimension que nous infirmiers nous n'avons pas, donc on devient complémentaire et cela je trouve que c'est plutôt bien, cela enrichi la réflexion, cela remet les choses là où elles doivent être, je trouve que c'est plutôt bien parce que c'est vrai que nous on connaît bien notre rôle infirmier, on connaît moins bien celui de l'ergothérapeute et du coup il faut prendre conscience des implications que peuvent avoir les ergothérapeutes dans ce style d'activité et cela c'est plutôt une richesse. Je dis ergothérapeute car on a des

ergothérapeutes mais cela pourrait être des kinésithérapeutes, d'autres paramédicaux, on pourrait trouver des passerelles.

Pour vous le cadre est plutôt un référent technique ou un manager ?

Pour moi, c'est les 2 mais avec ce que je viens de vous dire, ce n'est pas forcément un référent technique car pour être référent technique il faut être issu de la filière, à mon sens.

Mais en prenant cette dimension de la filière dont on ne vient pas, on pourrait imaginer que la référence technique ne soit pas basée sur le soin lui-même mais se situe à un autre niveau, par exemple au niveau des valeurs professionnelles, éthiques vis-à-vis du patient, à mon avis, le cadre a complètement un rôle à jouer là.

Un manager, bien évidemment.

Pouvez-vous envisager un cadre de santé qui soit un administratif ?

Beaucoup plus difficilement parce que par rapport aux autres fonctions paramédicales, il y a quand même le contact avec les patients, il y a quand même...ce côté paramédical qui fait qu'on a quand même des bases communes, des valeurs en commun avec des spécificités différentes. La base d'approche du patient, de la prise en compte de sa souffrance, de sa difficulté qu'elle soit physique ou psychique, c'est la même.

Un cadre administratif, je crois qu'il va manquer quelque chose quand même. Il va manquer... bien évidemment je parle sur un plan général parce que d'un côté comme de l'autre vous avez toujours des individualités qui sont l'exception qui confirme la règle bien évidemment. Dans l'ensemble, je dirais que le cadre administratif, je pense qu'il va lui manquer tout le côté relationnel et la connaissance du patient. Cela me semble beaucoup plus difficile. Quand on est cadre, contrairement à ce que certains imaginent de la fonction, on est très proche des soignants.

Bien sûr, le cadre ne fait plus les soins. Je ne vois pas comment on peut...le rôle d'un cadre c'est prendre soin de... prendre soin de l'équipe déjà au départ et c'est organiser les soins, l'unité en fonction des besoins des patients, le patient, c'est le but à quelque place qu'on se trouve y compris à la mienne.

Je ne vois pas comment simplement en pur gestionnaire et un cadre administratif est purement gestionnaire, je ne vois pas comment il va pouvoir faire ce va-et-vient entre ce que j'appelle la théorie et la pratique. Je crois que s'il n'a qu'un côté, cela me paraît extrêmement difficile, en tout cas délicat.

Ce que je dis c'est que je suis quand même en net décalage ici dans ma façon de gérer avec l'ensemble des cadres supérieurs et la direction des soins. Il me semble qu'il faut être près des gens pour comprendre leurs difficultés et les aider à gérer tout cela. En dehors d'une bonne connaissance du terrain, je ne vois pas comment, si bien sûr, je pourrais faire des tableaux, des plannings très jolis dans mon bureau qui seraient inapplicables sur le terrain.

Il faut les 2. Si je n'étais que sur le terrain, je ne pourrais pas pleinement assumer ma fonction cadre mais si on n'est pas du tout sur le terrain, je ne vois pas comment on peut faire des choses cohérentes et qui vont dans le bon sens. Ce n'est pas

comme cela que cela fonctionne ici en général. Concrètement c'est aller vers les équipes, faire des réunions avec les équipes, recevoir les gens.

C'est important d'être au contact tout simplement, et l'important pour un cadre d'unité, c'est d'être au contact. Il peut y avoir des cadres qui restent dans leur bureau, cela se voit dans certains endroits. Mon rôle est, entre autres, de faire émerger des projets, de dynamiser les équipes. Si on n'est pas au contact du terrain, on va faire des trucs inapplicables et qui ne vont satisfaire personne, c'est pour cela que je dis que c'est vachement important et ce que je demande au cadre, c'est cela, c'est d'être prêt du terrain et en étant prêt du terrain il me semble qu'on peut plus dire les choses aux gens quand les choses ne vont pas, en tout cas, non je dis une bêtise car ce n'est pas forcément dire plus car on peut le dire même si on est cadre administratif mais c'est l'impact qu'il y aura sur le terrain, cela ne sera pas du tout le même automatiquement. Si quelqu'un qui n'est jamais sur le terrain vous dit quelque chose, vous allez vous dire qu'est-ce que c'est ces gens qu'on nous parachute, qui se permettent de juger notre travail sans jamais en avoir parlé avec nous, sans jamais avoir rien fait alors que si c'est quelqu'un du terrain, il y a plus d'impact car cela ne tombe pas comme cela, c'est le fruit de réflexions de tous les jours, de toutes les semaines donc du coup c'est mieux ressenti par les équipes, c'est plus près de la réalité et des besoins et c'est plus acceptable intellectuellement par les personnes. Cela paraît logique.

Pensez-vous qu'il y ait des limites à l'encadrement hors filière ? Si oui, lesquelles ?

Qu'est-ce que vous entendez par là ?

Est-ce que c'est quelque chose qu'on peut faire dans n'importe quel service, avec n'importe qui, abolir complètement les filières ?

On est bien dans le paramédical ?

Oui.

Je n'en sais rien, je n'y ai jamais réfléchi. Je ne sais pas du tout. La limite peut-être que je mettrais c'est par exemple, si je m'appuie sur le groupe cadres que l'on a là, s'il n'y avait que des cadres extérieurs à la filière infirmière, peut-être que... mais cela encore je ne l'ai jamais vécu, je n'ai pas vraiment de choses à opposer. Ce que je trouve intéressant dans le mélange de filières, c'est la richesse, il faut que sur un groupe, il faut qu'il y ait quelques personnes de la filière pour que justement il y ait cet échange, je n'y ai pas réfléchi.

Est-ce que c'est important d'avoir une expérience en psychiatrie pour être cadre de santé en psychiatrie ?

A priori je dirai que oui. Cela ne peut pas être une réponse catégorique non plus parce que j'ai envie de dire tout dépend de la personne.

L'important c'est que le cadre de santé qui arrive prenne toute la dimension de ce qu'est la psychiatrie, cela c'est important, si vous voulez, si un cadre de santé venant d'un bloc opératoire, je prends l'extrême, si c'est quelqu'un qui a la volonté de venir en psychiatrie, si c'est un choix, un choix ce n'est pas par hasard, et que la personne a envie de connaître, de comprendre, à mon avis cela peut ne pas être un problème, ce qui serait

un problème c'est que la personne qui vient du bloc, qui n'a fait que cela, vienne parce que c'est un poste de cadre de santé point et arrive avec sa façon de travailler, sa vision du soin de bloc opératoire et veuille la transposer, cela c'est une véritable catastrophe.

L'inverse aussi d'ailleurs, un cadre de santé en psy qui n'a fait que cela et qui veut aller en bloc opératoire, il faut à mon sens qu'il y ait une volonté de prendre connaissance des choses, de savoir comment cela se passe car ce sont des mondes complètement différents et cela me paraît problématique. Cela ne peut pas être une réponse catégorique, c'est en fonction de ce qu'exerce la personne et en fonction des moyens qu'elle se donne pour prendre connaissance du nouveau domaine dans lequel elle arrive.

Je dirais à la limite, la fonction cadre en elle-même est globalement la même, c'est après dans la façon de faire que les choses sont différentes.

Je ne vois pas a priori pourquoi je n'irais pas vendre des voitures sauf que je n'y connais rien en voiture. Je sais les grandes lignes de ce que j'ai à faire sauf que je ne connais pas le terrain donc c'est la 1^e des choses connaître le terrain et après c'est toute la dimension institutionnelle, cela me semble indispensable mais sinon a priori pourquoi pas mais à certaines conditions.

Il y a des domaines où cela sera plus simple que d'autres, dans l'exemple de tout à l'heure avec le bloc opératoire, il va falloir faire ses preuves, par contre d'ergothérapeute à infirmier en psychiatrie, c'est moins problématique et d'ailleurs là où on peut se poser la question c'est qu'infirmier psy, infirmier même base, et à limite cela poserait plus de difficultés qu'infirmier et ergothérapeute alors que ce sont des filières complètement différentes. C'est curieux. Dans un hôpital général, il ne faut pas rêver, ils ne donneront jamais un poste de cadre infirmier dans un bloc opératoire à quelqu'un qui a fait toute sa carrière en psychiatrie, c'est aussi l'image de la psychiatrie, c'est toute une histoire de guéguerre entre hôpitaux généraux et la psychiatrie, c'est tout un siècle

d'histoire qu'on n'est pas près de balayer, cela me semble évident. Cela nécessite une connaissance du milieu qui est indispensable.

La connaissance du milieu paraît plus importante que la filière d'origine ?

La connaissance du terrain est essentielle, elle est indispensable et tout le côté institutionnel de l'établissement. S'il fallait retenir une chose ce serait la connaissance du terrain, cela ne veut pas dire la même filière.

Vous voulez rajouter quelque chose ?

D'où je viens, on avait plus de difficultés avec les cadres venant des soins généraux qu'avec les cadres ergothérapeutes ici. Il n'y a pas de souci majeur. En réunion cadre, la réflexion est aussi riche d'un côté que de l'autre, elle s'enrichit mutuellement. D'ailleurs je dirais maintenant j'ajouterais que cela m'est un peu sorti de la tête qu'ils sont ergothérapeutes à la base. Je ne vois pas la différence dans le travail de tous les jours. Il y a eu certainement beaucoup d'échanges à la base, parce que les choses ne vous tombent pas comme cela. Je pense que ce sont des personnes qui se sont donné les moyens.

Entretien n°11 avec un cadre de santé ergothérapeute encadrant un service de soins, CH psychiatrique, le 17.03.04 (60minutes)

Vous considérez vous plutôt comme un manager ou comme un référent technique ?

Plutôt comme un manager, quelqu'un qui veut impulser une vision du soin et en même temps avec des directives, c'est pas moi tout seul c'est à dire la hiérarchie souhaite donner une certaine couleur au service et on me demande de l'appliquer.

Après, référent technique parce que je connais le soin psychiatrique pour l'avoir pratiqué, pas du point de vue infirmier par contre mais je connais les pathologies, j'ai déjà eu à faire avec des patients qui avaient des traitements dont je connaissais les effets secondaires, ma formation initiale m'a quand même formé aussi à la pharmaco.

Voilà, non après, je ne peux pas être un référent technique, cela s'est sûr. Je ne me vois pas du tout comme un référent technique. J'essaye d'être un catalyseur. Cela peut être aussi bien sur le soin pur que sur de l'organisationnel pur. On ne peut pas couper l'organisationnel du soin, puisque l'un entraîne l'autre.

Et je suis aussi un manager, un catalyseur cela serait mieux, en tout cas quand je suis arrivé l'équipe travaillait un peu en autarcie parce qu'elle n'avait qu'un faisant fonction et il était très peu souvent là, dans le service, du coup ils vivaient en autarcie c'est à dire qu'ils ne se donnaient pas la peine de vivre dans l'institution. C'était une micro unité indépendante.

Pour moi j'essaye au maximum d'être le lien entre l'institution et le service et du service vers l'institution. Je suis vraiment le relais entre ces 2 là. Je suis beaucoup au contact avec eux, que ce soit la hiérarchie ou le service administratif hospitalier et en même temps j'essaye de faire remonter aussi, puisque j'ai les 2 pieds dans le service aussi, de faire remonter pour que l'on sente qu'il y a du lien. L'équipe est prise dans le quotidien du travail, elle n'a pas le temps de faire ce lien.

Par contre j'ai une vision très précise de ce que j'attendrais des ergothérapeutes c'est à dire que pour avoir travaillé comme ergothérapeute, aujourd'hui je suis de l'autre côté de la barrière, d'abord je comprends beaucoup mieux pourquoi je râlais quand j'étais dans mon atelier d'ergothérapie, quand les patients n'arrivaient pas à l'heure, quand ils arrivaient et qu'ils n'étaient pas forcément très propres, quand ils arrivaient sens dessus dessous. Quand on oubliait de m'appeler pour me prévenir qu'un patient ne viendrait pas. J'essaye de faire ce lien, c'est parfois difficile. Et j'aurais aussi des attentes très précises sur la prise en charge.

Cela m'arrive de proposer à l'équipe qu'un patient soit pris en charge en ergothérapie par exemple parce que j'y vois un intérêt et que le médecin n'y pense pas forcément tout de suite et que l'équipe non plus. Cela c'est riche, je ne me sens pas plus ergothérapeute, je suis toujours ergothérapeute, je réagis en tant qu'ergothérapeute, cela s'est sûr. Ma vision du soin est celle dont je suis issu.

Quels avantages et quels inconvénients avez-vous trouvés à encadrer une équipe de paramédicaux d'une autre filière que la vôtre ?

Les avantages c'est pas dans l'encadrement même de l'équipe que je les vois, c'est dans la pluriprofessionnalité de l'équipe de cadres c'est à dire que, comme je le disais tout à l'heure, je suis toujours ergothérapeute même si je suis devenu cadre, j'ai une certaine vision du soin et donc j'oblige les réunions de cadres à voir le patient sous un autre angle, ce qui permet que du coup dans nos réunions où parfois peuvent se prendre des décisions, on peut avoir un volant de manœuvres assez intéressant car parfois cela peut être assez axé sur les prises en charge infirmière et parfois je leur propose d'essayer cela, l'ergothérapie ou d'autres paramédicaux, moi l'avantage que j'y vois, il est surtout là, dans le métissage des cadres entre eux, ça c'est le 1^e avantage.

Le 2^e avantage est ma vision de l'autonomie des patients en temps qu'ergothérapeute que j'essaye d'impulser à une équipe d'infirmiers. Après, l'avantage direct, non je suis un cadre comme un autre cadre.

Avez-vous une vision différente du patient ?

Je travaillais déjà beaucoup avec des infirmiers en fait. J'ai fait ma petite carrière dans la psychiatrie où j'étais le seul ergothérapeute parmi 7 infirmiers. Par exemple, on me mettrait aujourd'hui dans un centre de rééducation fonctionnelle, je serais très ennuyé car je ne connais les kinésithérapeutes que de ma formation initiale, je connais beaucoup plus les infirmiers en psychiatrie que les kinésithérapeutes en fonctionnelle, cela c'est sûr, donc je connais la vision du soin infirmier parce que je les ai pratiqués.

L'avantage, c'est que je pense que cela les questionne eux et je pense que c'est vraiment une richesse pour le centre hospitalier, cela c'est sûr parce que cela évite d'avoir une seule vision des choses.

On est là pour rappeler qu'il y a peut-être d'autres visions et que cela peut être enrichissant de voir sous un autre angle. Après je ne demande pas aux infirmiers de faire de l'ergothérapie, c'est pas cela. Je leur demande de se positionner en tant qu'infirmier et de faire leur travail d'infirmier.

Les inconvénients ?

Les inconvénients...c'est conjoncturel avec ici, c'est le lien avec le médecin, c'est à dire que si le médecin était aussi présent que le cadre, moi je m'appliquerais à faire tenir les prescriptions ce qui est de notre rôle sauf que la prescription n'est pas forcément claire et que du coup il faut essayer à la fois de composer et de faire tenir. Si j'étais infirmier, ce serait le même problème, ce n'est pas lié au fait que je sois ergothérapeute.

S'il y avait un inconvénient, non cela aurait été si j'avais fait fonction sans avoir le diplôme parce que je vois comment les infirmiers mis en poste sans être formés se font jeter, l'équipe en général leur renvoie « t'es qui toi pour nous demander de faire des choses ? » C'est une infirmière comme les autres. Je n'ai pas du tout eu ce souci car je suis arrivé avec le diplôme.

Je pense que l'équipe a beaucoup discuté avant que j'arrive, ils ont du se dire « mais qu'est-ce que c'est cet hurluberlu, qu'est-ce que vient faire un ergothérapeute ici » cela a du être assez riche entre eux, si ça se trouve, ça les a soudés contre moi au départ même s'ils n'ont jamais été virulents avec moi, ils m'ont laissé le temps d'arriver, très sympas.

Je pense que du coup ils sont obligés de se positionner très clairement sur leur position d'infirmier.

L'avantage, c'est que je leur laisse toute la place quand le médecin arrive, c'est à dire qu'avant je pense que le surveillant travaillait dans le bureau avec le médecin pour finir les prescriptions et là maintenant c'est aux infirmières à le faire quoi. C'est à dire quand il reçoit un patient, j'envoie l'infirmier. Cela m'arrive d'assister à des entretiens avec des patients mais je demande à l'équipe de prendre leur place de soignant à ce moment. C'est eux qui ont l'expertise technique mais par contre je sais à quoi sert un infirmier et je sais ce que j'attends d'un infirmier et ça c'est vachement important pour l'encadrement des stagiaires par exemple. Parce que si je n'avais pas une idée claire du rôle des infirmiers dans le service, comment je pourrais juger un stagiaire ? Je sais ce que j'attends, je sais jusqu'où je veux qu'ils aillent et là où je veux qu'ils aillent.

Et les mises en situation professionnelles des étudiants infirmiers ?

Les mises en situation professionnelles sont faites par un formateur de l'école. Donc cela se passe avec le cadre formateur et un infirmier. Moi, je remplis la feuille de stage que je remplis avec l'équipe sur 2 ou 3 relèves pour avoir une vision globale de

chaque équipe. Je fais un entretien d'accueil, un entretien de mi-stage et un entretien de sortie.

Pour l'IFSI, cela ne leur pose pas de souci. J'interviens à l'école pour donner des cours.

Je pense qu'il y a des cadres que cela a gêné que ce soit un ergothérapeute qui prenne le poste de cadre infirmier parce que je pense qu'ils ne connaissaient pas l'ergothérapie déjà parce qu'il faut savoir que dans le milieu psychiatrique, la reconnaissance de l'ergothérapeute comme soignant...c'est pas qu'un moniteur d'atelier.

Dans les mentalités, il fallait déjà faire valoir que l'ergothérapeute est un paramédical comme les autres, c'est à dire qu'il a une formation paramédicale, il sait ce que c'est qu'un psychotique, il sait ce que c'est qu'un malade mental, qu'il a fait 3 ans d'études comme les infirmiers, qu'on n'a pas fait gentil organisateur au Club Méd.

Il y a déjà cette 1^e image à faire valoir, je n'en veux pas aux infirmiers car il y a des ergothérapeutes qui ont bien souvent créé dans leurs ateliers le mythe « je bricole ». Il y a d'abord la reconnaissance de la profession et après si c'est un paramédical, pourquoi il n'encadrerait pas les autres paramédicaux ?

Un des inconvénients c'est avant que je parte en formation, l'équipe avec laquelle j'étais a très mal supporté ma demande de formation de cadre. Ils ont mesuré là le fait que je pourrais encadrer des infirmiers, ils se sont dit là « quoi un ergothérapeute qui encadrerait des infirmiers ? ». Il y a eu une dizaine de jours de flottement et après ils m'ont dit, oui, t'as raison, vas-y. Et puis après tout, pourquoi pas ? Quitter une équipe où on est bien, cela c'est un inconvénient sinon je ne vois pas d'autres inconvénients. La charge de travail est là mais c'est le fait d'être cadre mais pas d'être un cadre rééducateur.

Etait-ce un choix ?

Un choix, oui. C'est un choix. Je ne me voyais pas encadrer des ergothérapeutes, cela ne m'intéressait pas du tout. Je ne voulais pas être chef des ergothérapeutes, pour moi c'est inconcevable parce que j'ai une vision très prise en charge pluridisciplinaire et que je ne crois pas qu'on y gagne à découper le patient par secteurs d'activités, on a tout intérêt au contraire à regrouper tous les intervenants pour un même patient et que si tous ces intervenants sont sous le même responsable ça aide à la cohérence et à la continuité du soin ce qui veut dire que moi cela ne m'a jamais dérangé d'être sous un cadre infirmier parce que j'étais aussi cohérent dans mes prises en charge que les infirmiers l'étaient et que le patient passait de l'infirmier à l'ergothérapeute, il savait avec qui il était au moment où il l'était. J'avais besoin de savoir ce qu'il faisait avec l'infirmier et l'infirmier avait besoin de savoir ce que je faisais avec lui. A partir de là, moi, cela ne me gêne pas.

C'est un choix parce que je trouve que c'est beaucoup plus enrichissant d'encadrer une équipe comme cela. Une équipe infirmière c'est plus une vraie équipe au quotidien. Si j'avais à encadrer des rééducateurs, ils sont explosés sur toutes les structures donc cela veut dire quoi ? Je n'aurais pas été le catalyseur que je suis là. Dans une équipe d'ergothérapeutes, le patient ne voit qu'un ergothérapeute, c'est rare qu'il en voie plusieurs, il en voit un.

J'aurais trouvé plus enrichissant d'encadrer l'ergothérapeute, le psychologue, l'orthophoniste, le kinésithérapeute, l'infirmier qui tournent tous sur un groupe de patients, dynamiser cette équipe peut-être aussi parce que j'ai envie de garder le contact avec le patient.

Si je vois une équipe pluridisciplinaire pour un groupe de patients c'est parce que moi aussi je suis avec le patient et moi je ne me vois pas coupé du patient, je ne vois pas mon bureau ailleurs que dans le service par exemple. Parce que je veux que les patients sachent que je suis là et quel lien on peut avoir ensemble. Je pense que le cadre d'un service est là pour les patients et pour l'équipe aussi, il est là pour les patients et avec l'équipe c'est pour cela que je raisonne en groupes de patients sur la continuité plus que sur tous les patients pour quelques professionnels parce que là, la continuité du soin me dérangerait vraiment. Là je connais les patients quasiment de A à Z, c'est très enrichissant. C'est l'avantage de raisonner en transversal, il faut raisonner à partir d'un groupe de patients parce que sans patient, on n'existerait pas, il faut savoir pourquoi on est là.

Pensez-vous que cela change quelque chose dans la prise en charge du patient ?

Je pense que je les pousse vers de la réadaptation, l'équipe infirmière était rentrée dans une routine où on faisait du soin, le patient arrivait puis il repartait et là j'essaye de les pousser vers une vraie réflexion sur l'après hospitalisation et je ne suis pas sûr qu'un cadre infirmier l'impulserait de la même manière. Peut-être effectivement que la prise en charge a un peu évolué. Cela ne fait que 9 mois que je suis là, le recul n'est pas très important en tout cas je pense que cela les oblige à se questionner car moi je leur demande qu'est-ce que vous entendez par prise en charge infirmière, qu'est-ce que vous attendez pour ce patient ? Qu'ils m'éclaircissent un peu et donc ils doivent se positionner. Et c'est bien car ils ne le prennent pas comme « qu'est-ce que c'est que celui-là, il ne sait

même pas ce qu'on fait », c'est plutôt pas mal. Il y peut-être quelques membres de l'équipe qui pensent cela, les « anti-hiérarchie ». Ils sont à la marge.

Pensez-vous qu'il y ait des limites à l'encadrement hors filière ? Si oui, lesquelles ?

Je pense plus que de connaître la filière que tu encadres, il faut que tu connaisses la population accueillie dans le service. L'important c'est qui est-ce que tu traites ? Ce n'est pas comment tu le traites. Parce que comment tu le traites, tu trouveras toujours, il y a un médecin, les autres collègues, les équipes.

Je pense que si tu ne te sens pas capable de discuter avec un patient parce que c'est un service que tu ne connais pas, que tu ne te sens pas d'y être, que tu as du mal avec la population accueillie, je pense que c'est là la limite. Si tu es à l'aise avec la population accueillie, je pense que l'on peut s'adapter à la technique de soins, parce que les techniques de soins même en psychiatrie, elles évoluent.

J'avais beau travailler en psy je ne travaillais pas comme les ergothérapeutes ici. Parce que le psychiatre avait une autre vision du soin mais par contre j'ai les mêmes patients. C'est des malades mentaux. oui, j'accepte la population que l'on va me donner, j'y suis à l'aise, je la connais ou non je ne la connais pas. Ce que je dis là, c'est vraiment dans la culture psy.

Par exemple pour mes débuts, j'aurais très très peu accepté une unité d'entrants où les patients restent 4 jours et ressortent. Parce que j'ai besoin d'avoir du temps, pour mes débuts, j'avais besoin d'avoir du temps pour connaître les patients, parce que je suis plus à l'aise avec les chroniques, la pathologie elle est là, elle est enkystée, on traite au jour le jour mais la pathologie ne bouge pas, il n'y pas de crises

toutes les 3 heures. Je pense que je n'aurai pas de soucis à encadrer une équipe si je suis à l'aise avec les patients. Le comment, ... il faut qu'on soit à l'aise avec le « pour qui ? ».

Un cadre ergothérapeute dans un bloc opératoire, cela pourrait se faire ?

Cela va dépendre de la structure parce qu'il y a des petites structures où il faut mettre la main à la pâte parce qu'il y a urgence et puis il y a des structures où on va être suffisamment nombreux auquel cas, on n'est plus un référent technique mais cela c'est à juger sur la fiche de poste du cadre parce ça, il faut que la direction des soins soit très claire.

Soit tu portes la blouse soit tu ne la portes pas et cela c'est un positionnement de la direction des soins. Il arrive parce que je suis un homme que physiquement il faille que j'aie m'interposer, il parait que la vision masculine apaise la violence mais c'est tout ce que je fais comme intervention. C'est très mal passé dans l'équipe le fait que je ne mette pas de blouse. On m'a dit « vous ne viendrez pas nous aider alors ? » J'ai dit non.

Je mets tout en ordre pour que cela marche et voilà et si vraiment il y a un cas exceptionnel et qu'il faut que j'intervienne j'interviens par exemple en chambre d'isolement si un patient est un peu énervé, j'accompagne l'infirmière pour servir le petit déjeuner car cela la rassure. S'il faut tenir les jambes pour lui faire une injection j'y vais. Là je suis un homme, je ne suis pas un infirmier.

Le cadre supérieur qui m'a accueilli lorsque j'ai pris mon poste m'a dit qu'il voulait des cadres qui étaient des cadres et pas des cadres soignants, c'est à dire qui mettent à nouveau les mains dans le cambouis. Je préfère être avec l'équipe sur des temps précis, je n'ai pas besoin de mettre les mains dans la merde pour être avec eux. Par contre c'est très important de savoir être avec eux, cela s'est sûr, comme d'être avec les patients parce que c'est cela qui fait le regard soignant qu'on a des équipes.

Je fais le choix quand je travaille de laisser la porte de mon bureau ouverte, ce n'est pas anodin. Mon bureau c'est presque l'atelier d'ergothérapie, des patients viennent me montrer des dessins, certains viennent me parler. Je suis au contact des patients.

Est-ce que d'être d'une autre discipline rend plus facile la coupure avec la fonction soignante ?

On ne peut pas dire cela, moi je ne veux pas faire une rupture avec la fonction soignante. Je suis soignant autrement mais je suis soignant.

Le contact avec les patients n'est pas le même mais de favoriser l'organisation du service pour que les patients soient pris en charge c'est du soin. Et les gens qui sont « anti-hiérarchie », c'est qu'ils n'ont pas encore compris cela.

Sans hiérarchie, je pense que la prise en charge en souffrirait grandement.

Après effectivement peut-être que les infirmiers cadres ont plus de mal à se couper du soin et du coup, ou ils deviennent psychorigides parce qu'ils se coupent du soin ou ils vont aller aider tout le temps. Quand je rentre chez moi, je pense parfois au boulot quand il y a un problème mais quand je suis parti, je ne rappelle pas. Il y a un cadre d'astreinte si jamais il y a un souci ils l'appellent lui. J'ai connu un collègue qui appelait le dimanche. Moi j'ai mis en place pour que cela tourne, s'il y a un problème, il y a le cadre d'astreinte. Je laisse les professionnels être des professionnels.

Quand on n'est pas là, le soin se fait moins bien, sans être un cadre répressif, les choses se font beaucoup mieux dans les règles de l'art quand il y a un cadre. Je reste persuadé que quand je suis là, les relèves sont un peu plus poussées. Quand il y a un clash, elles ont lieu sinon non. Ils discutent autour du café, il n'y a rien de formalisé. Quand je suis là, je m'oblige à formaliser quelque chose dans le bureau infirmier. Quand je suis

arrivé, cela n'existait pas. mais par contre les limites c'est savoir, pas de devenir infirmier mais moi par exemple qui ne connaissais pas les 3 huit, cela me demande une gymnastique intellectuelle assez violente.

Construire un planning en évitant de faire soir-matin, cela veut dire que la personne part le soir à 21h00 et revient le matin à 7h00, c'est parfois très très très compliqué. J'étais habitué à faire 9h00-17h00 jours ouvrés, repos samedi dimanche. Là les repos sont variables, il y a les fériés, les 3 huit c'est 7 jours sur 7, cela ne s'arrête pas.

La continuité du soin c'est une vraie gymnastique intellectuelle. Peut-être que cela peut être une des limites si on ne veut pas s'y mettre.

Pensez-vous qu'il faille être issu d'un métier de la santé pour encadrer une équipe de paramédicaux ?

Oui ! Alors, je reprends une directrice d'IFSI que j'avais rencontrée pour mon mémoire, elle me disait que pour être cadre de santé il faudrait faire l'école des cadres bien sûr mais que l'école d'aide-soignant suffirait (comme qualification initiale). Parce qu'elle connaît très bien la formation d'aide-soignant. C'est une formation très complexe qui touche tous les milieux, qui oblige le futur aide-soignant à tourner toutes les 3 semaines de stage en stage donc qui demande une capacité d'adaptation énorme et ils connaissent la réalité du terrain. Je ne veux pas nous vanter nous, paramédicaux et cadres de santé, mais je pense qu'il faut quand même un certain niveau intellectuel. Un bon bac, une école d'aide-soignant et l'école des cadres, je pense que cela ferait de très bons cadres de santé parce qu'ils auraient la vision du patient, du soin, de l'organisation

d'un service et après ils auraient toutes les techniques managériales et formatrices de l'école des cadres.

Seules des qualités de management et d'organisation, cela ne suffit pas. C'est pour cela que je pense qu'il faut avoir un pied dans le monde de la santé.

Mieux, il faut avoir une vision du patient dans sa globalité, cela veut dire que je pense que les médecins étaient de très mauvais cadres quand ils étaient responsables des paramédicaux. Les médecins voient la pathologie, le mal à traiter et je ne suis pas sûr qu'il voit monsieur machin derrière. Cela rejoint ce que je disait tout à l'heure sur le groupe de patients c'est que nous on doit avoir cette vision de « monsieur », dans sa globalité, avec sa famille, son environnement et avec l'équipe on traitera quelque chose mais cela s'inscrit dans un processus de vie quoi. C'est pas au petit bonheur la chance, voilà. Je crois qu'il faut avoir cette vision là.

Peut-être qu'il y a des gens qui pourraient faire des écoles de management avec un peu de vision philo-socio-thérapeutique qui pourraient peut-être encadrer mais je ne suis pas convaincu.

L'important c'est d'avoir connu le contact avec le patient, c'est indéniable. Cela ne s'apprend pas. On sait ce que veut dire la relation soignant-soigné.

Je pense qu'on a intérêt à avoir été soignant...un certain temps mais pas un temps certain, il ne faut pas être trop vieux. Parce que je pense que le cadre a une place dans la santé à jouer sur la dynamique de la structure et que c'est un regard neuf et l'envie d'impulser des choses qui fait que cela avance. Et puis je ne me vois pas comme un des maillons de la hiérarchie, c'est à dire...ouh là ! J'ai un cadre supérieur puis une directrice des soins puis un directeur d'établissement au dessus de moi, je suis le rouage

qui fait que je suis au contact des patients en direct, je fais partie d'un groupe qui essaye d'impulser une espèce de politique de soins et que là j'ai mon mot à dire.

Et je pense qu'être cadre de santé c'est aussi accepter un rôle citoyen comme quand on va voter parce que je pense qu'on peut faire des choix politiques, je le vois comme cela. On est là pour dire « et dites faites attention, si on faisait comme cela ce serait peut-être mieux » pour améliorer les prises en charge et un bon directeur des soins devrait entendre tous les paramédicaux, tous les cadres issus de toutes les filières pour enrichir sa politique de soins.

Je pense que la vision des directeurs de soins aujourd'hui c'est encore celle d'infirmiers généraux. Cela va changer. Les directeurs de soins d'aujourd'hui sont encore des infirmiers généraux. Je pense que quand tout le monde aura banni ce terme d'infirmier général et dira directeur des soins, cela mettra tout le monde sous le même chef. J'attends aussi que les directeurs des soins se positionnent clairement sur les cadres de santé c'est à dire qu'il ne faut pas mettre quelqu'un qui est cadre sur un poste parce qu'il est vacant. Cela serait mieux que ça soit réfléchi par rapport à sa filière d'origine. C'est à dire qu'un ergothérapeute gère un pavillon de psychotiques chroniques, cela me semble assez cohérent parce qu'on vise l'autonomie des patients. Maintenant dans un service d'entrants où cela va très vite, cela tourne beaucoup, bof... peut-être que j'y aurais trouvé un intérêt mais je n'en suis pas si sûr.

Y a –t-il un Intérêt alors à nommer un cadre ergothérapeute dans un bloc opératoire ?

Non pas vraiment d'intérêt si ce n'est de faire remonter sa vision en équipe de cadres.

Moi je me refuse à voir le cadre dans son service, le cadre n'est pas que dans son service. Le cadre est au service aussi de l'institution et l'équipe de cadres, il faut qu'elle puisse impulser des choses, c'est là que c'est intéressant d'être de filières différentes. Si on est tous issu de la même filière, on dit amen à tout, on est tous d'accord. Le cadre est à la fois avec l'équipe et avec l'institution. Je le vois sous ces 2 angles là. C'est l'intérêt pour les rééducateurs je crois. Je ne suis pas si sûr qu'à terme je ne fasse pas embaucher des ergothérapeutes ou des profs de gym. Peut-être que les patients seraient moins agressifs le soir s'ils se dépensaient dans la journée. C'est cela qui fait la richesse, on est différent, on a une formation différente. Je ne pense pas que l'équipe me voie comme un ergothérapeute, elle me voit comme un cadre.

Je pense qu'entre cadres de santé on s'entend beaucoup mieux qu'entre cadres de santé et surveillants. A mon avis cela veut dire quelque chose de la formation.

Cela ne m'empêche pas de me questionner sur ma capacité à faire valoir l'ergothérapie. On a quand même perdu l'école de moniteurs cadres et cela c'est vraiment une vraie question. Ils faisaient vivre la profession. On me demande d'intervenir dans des congrès mais je suis un ergothérapeute de base. Se pose aussi la question de la recherche.

Avez-vous une fiche de poste ?

Non.

Entretien téléphonique n°12 avec un Directeur des Ressources Humaines, Clinique MCO, le 22.03.04 (10minutes)

Je souhaiterais connaître l'importance que vous accordez ou non à la filière d'origine des cadres de santé lors des recrutements ?

En ce qui me concerne, je pense qu'on a un besoin d'expertise, il ne faut pas que le cadre soit le meilleur de l'équipe mais il faut qu'il connaisse la technique pour comprendre, rédiger les protocoles notamment et les contrôler. Il faut qu'il ait la connaissance du terrain pour pouvoir résoudre les problèmes.

Il faut une certaine crédibilité technique, il faut connaître les soins de base. Comment pourrait-il justifier de la charge de travail de son équipe s'il ne connaît par exemple le temps de pose d'une sonde urinaire ?

De plus, il ne pourra pas rentrer dans le roulement, ni participer à la formation et à l'encadrement des infirmiers notamment par rapport aux élèves.

Il faut être reconnu par ses pairs dans les métiers de la santé.

De plus, il n'y a pas de pénurie de cadres car c'est un peu la suite de la fonction soignante : les infirmières à un moment en ont marre de faire des w.e. Nous n'avons pas de souci de recrutement. C'est vrai que pour les ergothérapeutes ou les kinésithérapeutes, il ne doit pas y avoir beaucoup de possibilités de postes.

Cela pourrait faire un peu de sang neuf, une autre vision notamment si on prenait des administratifs, les structures ne sont peut-être pas prêtes à avoir du sang neuf.

**Entretien n°13 avec un Directeur des Ressources Humaines, Centre hospitalier,
le 25.03.04, (60 minutes)**

Je souhaiterais connaître l'importance que vous accordez ou non à la filière d'origine des cadres de santé lors des recrutements.

Le diplôme de cadre de santé est commun mais le concours ouvert pour un poste est par filière donc le recrutement ici se fait en respectant les filières. Si on ne trouve pas d'IBODE, on prendra un cadre infirmier mais cela reste dans la même filière. Il n'y a pas d'encadrement hors filière chez nous excepté en stérilisation centrale où le cadre infirmier encadre les aides-soignants, les ASH et les ouvriers, le chef de service étant un pharmacien. L'autre exemple est des cadres infirmiers encadrant des IBODE ou des IADE. Nous sommes dans une logique de filière en ce qui concerne les cadres de proximité.

Au niveau des directeurs de soins, tous sont infirmiers. Nous ne sommes pas dans la même logique qu'à Mulhouse où ils forment actuellement un directeur des soins rééducateur. Actuellement nous avons 3 postes de directeurs des soins dont un vacant mais nous ne sommes pas tentés de l'ouvrir aux autres filières. Actuellement il n'y pas de pénurie de cadres donc on ne se pose pas la question.

Pourquoi respectez-vous une logique de filière ?

Pour encadrer des professionnels de santé, pour comprendre leurs besoins, il faut avoir exercé ce métier. Quand on encadre un bloc opératoire, il faut avoir exercé pour comprendre les contraintes, la pénibilité, quand il y a un problème d'instruments, de stérilisation.

Mais alors une infirmière qui aurait fait toute sa carrière en gériatrie aurait autant de difficultés que quelqu'un d'une autre filière ?

Oui, vous avez raison. Elle ne serait pas directement opérationnelle, il faudrait la former. Elle n'aurait pas la reconnaissance du métier. Pour être un bon cadre il faut être reconnu en tant que cadre et en tant que professionnel. Il faut une reconnaissance des professionnels. En tant que professionnel, vous avez des compétences a priori dédiées, vous n'avez pas qu'une vision théorique des choses. Quelqu'un qui n'est pas du métier mettra plus de temps pour s'y mettre. On a choisi un métier d'origine, cela veut dire quelque chose. Il faut une reconnaissance par rapport aux pairs.

Avant les cadres étaient nommés sans diplôme, c'était des gens qui sortaient du lot.

Pensez-vous alors qu'un cadre administratif puisse encadrer une équipe de paramédicaux ?

Tout dépend du profil de poste du cadre de santé. Cela revient à se demander qu'est-ce qu'on attend du cadre de santé ? Pour faire un planning, gérer des stocks, la dotation en matériel, il n'y a pas besoin d'être de la même filière.

Par contre reste le problème de l'évaluation : cela paraît délicat d'évaluer une infirmière quand on n'est pas infirmière soit même.

C'est aussi un problème pour le cadre supérieur infirmier d'évaluer un psychomotricien ou un orthophoniste ?

Pour le psychomotricien effectivement, c'est délicat. En ce qui concerne les orthophonistes, orthoptistes etc., c'est le médecin qui les évalue directement.

Donc l'évaluation serait plus difficile pour un administratif. Il faut connaître le travail des uns et des autres.

Pour vous le cadre de santé est plus un référent technique ou un manager ?

Il est les 2 à la fois : un référent technique et un manager. Parfois le cadre rentre dans le roulement quand il y a un problème d'effectif, cela permet d'être dans la réalité du roulement.

A propos des administratifs, on en a parlé au moment de la pénurie infirmière car certaines sont prises par des tâches administratives, on les appelle « les infirmières

bureau ». On a pensé les remplacer par du personnel administratif mais on s'est rendu compte que ce travail administratif demandait quand même des connaissances infirmières pour prévoir un examen par exemple.

Même par rapport au garde, il faut savoir ce que représente une garde dans tel ou tel secteur pour juger du repos à donner en compensation. Je n'ai pas d'objection pour que de temps en temps le cadre puisse donner un coup de main d'où l'importance des filières.

L'évaluation reste un point important pour lequel la filière est également importante.

La notion de filière s'estompe au niveau des cadres supérieurs.

C'est pareil pour les stagiaires, il faut pouvoir les encadrer et donc savoir ce qu'on attend d'eux. Je trouve que votre travail est très intéressant et je ne sais pas si vous avez choisi ce travail en fonction de la nouvelle gouvernance mais je pense qu'avec la nouvelle gouvernance, la notion de filière va s'estomper.

Nous n'avons jamais envisagé l'encadrement hors filière mais vous avez réussi à créer l'envie de le considérer. C'est vrai que des personnes ayant choisi de faire kinésithérapeute comme formation initiale ont une vision des choses différente des infirmiers et que cela peut enrichir la réflexion des cadres. Votre argument de recentrer les soins autour du patient est également intéressant. Je vois que vous avez déjà pas mal réfléchi au sujet. Il serait intéressant que vous rencontriez les 2 directrices des soins pour discuter de cela.

Entretien téléphonique n°14 avec un cadre de santé ergothérapeute encadrant
un service des soins, CH psychiatrique,
le 13.04.04 (60minutes)

Vous considérez vous plutôt comme un manager ou comme un référent technique ?

Un manager ! Je suis déjà la seule ergothérapeute de l'hôpital, de plus, je vois le travail comme quelqu'un qui organise, je suis plus encore dans le relationnel qu'avant, quand je travaillais avec les patients. Il faut faire confiance aux gens. Il faut mettre en place cette relation de confiance.

Je suis aussi dans la dynamique de projets.

Quels avantages avez-vous trouvés à encadrer une équipe de paramédicaux d'une autre filière que la vôtre ? Quels inconvénients ?

Un avantage... une ouverture d'esprit, une meilleure connaissance des autres et de leurs professions. Je commence à connaître la technicité notamment en cas de dysfonctionnement, je suis bien obligée de m'y mettre et c'est intéressant. On acquiert d'autres compétences techniques. Cela demande un peu plus de temps.

Des inconvénients ? Par rapport à l'équipe, pas trop. Le plus dur au départ c'est de faire sa place quand on n'est pas de la filière.

Justement d'où vient la légitimité que vous avez trouvée en tant que cadre d'une autre filière ?

Je pense que cela se passe dans les relations humaines et le respect. J'essaye de respecter les personnes et de les considérer. Avant cela ne se passait pas comme cela avec le cadre en poste donc ils apprécient que cela ait changé ! La crédibilité, le respect et la confiance sont importants.

L'humilité également : quand je ne sais pas je le dis. Je n'ai pas le savoir et la toute puissance.

Etait-ce un choix ?

Oui et non. J'ai d'abord eu la responsabilité de l'animation en psychiatrie au sein de l'hôpital. Puis on m'a confié l'équipe d'animation de tout l'hôpital. J'ai fait l'école des cadres et on est venu me chercher pour me proposer un service de soins en psychiatrie, j'ai accepté. Il n'y a pas d'autres rééducateurs dans l'établissement, on ne trouve pas de kinésithérapeutes. J'aimerais développer la rééducation, faire passer le message.

Pensez-vous que cela change quelque chose dans la prise en charge du patient ?

Je pense que c'est plus en rapport avec ma personne qu'avec ma formation d'ergothérapeute. Je suis très vigilante au respect des patients. J'insiste sur la

spécificité de chaque intervenant et le respect des uns et des autres : aide-soignant, infirmière, animateur. Je crée du lien entre toutes ses professions dans l'optique d'une prise en charge globale du patient.

Le cadre peut impulser un travail interdisciplinaire auprès des agents, il peut les sensibiliser à l'intérêt du décloisonnement pour une meilleure prise en charge.

Pensez-vous qu'il y ait des limites à l'encadrement hors filière ? Si oui, lesquelles ?

Oui, selon les domaines. La gériatrie et la psychiatrie sont différentes de la chirurgie. Il y a des domaines où les compétences doivent exister. C'est vrai qu'on peut toujours apprendre. Dans un service de soins, il y a le poids des responsabilités qu'ont les infirmières. Je ne m'en rendais pas compte quand j'étais ergothérapeute. Il y a plus de responsabilités au niveau infirmier. Il y a des domaines où je ne me sentirais pas. En chirurgie, il faut avoir des compétences techniques.

Pensez-vous qu'il faille être issu d'un métier de la santé pour encadrer une équipe de paramédicaux ?

Ah oui ! Oui ! Oui ! Il y a une certaine philosophie du soin, on a choisi ce métier. Mon souci actuel est de faire passer le message auprès des administratifs. Ils ont le souci de la rentabilité. Ils n'ont pas conscience du travail qui est fait sur le terrain. C'est primordial d'être issu d'un métier de santé. Les directeurs d'établissements de santé devraient être des soignants. C'est un état d'esprit, je ne veux pas généraliser tout de même.

Avez-vous une fiche de poste ?

Non, il faut que je la fasse.

Voulez-vous rajouter quelque chose ?

Dans votre questionnaire, vous parlez d'équipe paramédicale, je pense qu'il ne faut pas restreindre l'équipe aux paramédicaux. Dans mon service, il y a des animateurs, des prof. de gym. Pour moi, le cadre doit encadrer tous les gens qui interviennent dans un service quelle que soit la profession. Pour moi, on est tous des soignants quand on gravite autour du patient. Les animateurs participent aux transmissions. J'ai l'impression de faire plus partie de l'équipe plutôt que de l'administration.

L'administration voudrait que je fasse passer les messages de haut en bas mais pas dans l'autre sens. Pour moi, il n'en est pas question, je me sens toujours soignante. En tant que cadre, on est vraiment dans le relationnel, on est le tampon, il faut absorber d'un côté ou de l'autre. Ce métier comporte beaucoup d'aspects, la formation mais aussi beaucoup d'écoute des agents, des familles, des patients sans oublier les contraintes budgétaires.

Entretien n°15 avec un cadre de santé kinésithérapeute encadrant un service de gériatrie, Hôpital local, le 24 avril 2004 (40 minutes)

Vous considérez vous plutôt comme un manager ou comme un référent technique ?

Un manager. Un référent technique absolument pas. Etant donné que j'occupe un poste polyvalent, il n'y a pas que des kinésithérapeutes dans mon équipe mais aussi des infirmières, des aides-soignants, une diététicienne.

Même par rapport aux kinésithérapeutes je ne vois pas sur quels arguments je pourrais me positionner en tant que référent technique. Le contenu de la formation de l'école des cadres est essentiellement de la pédagogie et du management.

Je peux être un référent technique pour les aider à rechercher de la documentation par exemple mais c'est tout.

Quels avantages avez-vous trouvés à encadrer une équipe de paramédicaux d'une autre filière que la vôtre ? Quels inconvénients ?

L'inconvénient, c'est de ne pas avoir la même formation, les compétences techniques que je n'ai pas.

Le gros avantage, c'est le regard plus global sur le soin. Le manque de technique fait que je fonctionne avec un référent technique : une infirmière. C'est elle qui gère les problèmes techniques, l'encadrement des stagiaires. Je ne peux pas encadrer les

stagiaires sur le plan technique mais je peux les encadrer sur le plan de l'organisation d'un service, sur la prise en charge globale d'un patient.

Ma formation de rééducateur a fait que les échanges ont augmenté, il y a plus de relations entre les kinésithérapeutes et les infirmières qu'avant.

J'ai également un autre regard que les infirmières et elles aussi m'apportent par leur regard différent.

Sur quels critères avez-vous choisi de nommer le référent technique ?

Tout d'abord la personne s'est portée volontaire par rapport aux formations qu'elle avait eues notamment en matière d'hygiène et de soins palliatifs. C'était également un consensus de l'équipe.

Était-ce un choix d'encadrer des personnes d'une autre filière ?

A la base, non. Je ne me suis pas posé franchement la question, c'était une opportunité. La personne qui encadrerait le service avant moi est partie pendant que j'étais en formation. Ce n'était pas un choix au départ. Se posait la question d'un recrutement pour ce poste et ce sont les infirmières qui ont dit à la direction et pourquoi pas Benoît puisqu'il est en formation ? La demande est venue de l'équipe. Avant de partir à l'école, je faisais fonction au niveau de l'équipe des rééducateurs. Dans cette équipe il y avait 2 kinésithérapeutes, 1 ergothérapeute, 1 diététicienne, 1 orthophoniste, 3 aides-soignants, 1 aide médico-technique, 1 emploi-jeune.

Je m'occupe encore de cette équipe et de l'équipe de soins composées de 4 infirmières, 8 aides-soignants et agents des services hôteliers et 6 personnes d'hôtellerie.

Au niveau encadrement, il y a 2 autres cadres de santé dans l'établissement, 2 d'origine infirmière dont 1 est cadre à l'ancienneté.

Pensez-vous que cela change quelque chose dans la prise en charge du patient ?

Ce serait prétentieux de dire que cela a changé quelque chose dans la prise en charge du patient. Cela a changé le regard du soignant au niveau du patient, c'est un regard plus global. Cela a changé le regard des infirmiers comme des kinésithérapeutes. Leur regard n'est pas que kiné pour le kinésithérapeute et qu'infirmier pour l'infirmier.

Pensez-vous qu'il y ait des limites à l'encadrement hors filière ? Si oui, lesquelles ?

Mon poste je l'assume, il n'y pas de problème car c'est un secteur de gériatrie. Cela ne pose pas de problème dans ce milieu de ne pas être infirmier.

En revanche, je serais incapable de le faire dans un service de soins intensifs et même de chirurgie, je serais « trop court » pour être crédible pour l'équipe. Je n'en étais pas tout à fait convaincu en sortant de l'école des cadres mais maintenant si ! Je pense qu'on ne peut pas aller dans un service de soins intensifs, il faut un minimum de connaissances techniques.

Les limites de la polyvalence sont là, dans les services trop techniques. En fait, je ne sais pas si j'ai raison, ce que je sais, c'est que moi, je n'en suis pas capable.

Si un kinésithérapeute a fait sa carrière en réanimation, pensez-vous qu'il soit capable d'être cadre en réanimation ?

S'il a bossé dans le secteur, c'est sûr qu'il aura plus de facilités. Je ne sais pas.

Est-ce que vous veniez de la gériatrie avant de prendre ce poste de cadre ?

Non. J'ai fait 15 ans de libéral puis je suis rentré dans cet hôpital local pour créer un secteur de rééducation où j'ai travaillé 2 ans. Puis j'ai fait fonction de cadre la 2^e et la 3^e années. La 4^e année je suis parti à l'école des cadres. Cela fait 5 ans que je suis là. J'ai quand même fait un diplôme universitaire de gériatrie la 1^e année, payé par l'hôpital.

Pensez-vous qu'il faille être issu d'un métier de la santé pour encadrer une équipe de paramédicaux ?

Oui ! Je dirais même si on encadre des gens d'une autre filière, on a la culture du soin en commun. On reste des soignants. Le cadre administratif n'a aucune notion du soin, il n'a que des impératifs économiques. Nous, on est quand même là pour soigner les personnes.

Avez-vous une fiche de poste ?

Oui. C'est la même que celle des cadres infirmiers. Elle ne fait référence à aucune notion de référent technique. C'est une fiche de poste de manager par rapport à l'équipe.

Que pensez-vous du fait d'être une équipe de cadres de différentes filières ?

C'est important lors des réunions, des discussions que l'on a avec les autres cadres. On n'a pas forcément le même regard sur tout, on a un regard complémentaire. Le fait d'être cadre, on ne renie pas notre profession d'origine, je suis toujours un kinésithérapeute à la base. C'est très complémentaire en gériatrie.

Voulez-vous rajouter quelque chose ?

On ne peut faire de l'encadrement hors filière que si l'on accepte la discussion, si l'on est ouvert. On ne peut pas faire de management directif dans ces conditions. Il faut accepter d'être curieux, il faut plutôt un management très participatif.

Le fait d'avoir une équipe fonctionnelle, c'est à dire où l'on encadre toutes les personnes intervenant dans un service est très positif. Il n'y a qu'un seul interlocuteur. J'ai des référents au niveau infirmier sur le plan technique mais également des référents non techniques en hôtellerie, en rééducation et chez les aides-soignants.

Ce qui est important, c'est la notion cadre soignant. Nous venons de la filière des soins. Il ne faut pas arriver en faisant croire que l'on sait tout. Je me suis très clairement positionné comme n'étant pas un référent technique justement. Je ne dis pas qu'il n'y a pas de demande de la part de l'équipe car il y en a. Mais pour être référent

technique, il ne faut pas faire l'école des cadres de santé. Je ne sais pas ce qu'il faut faire d'ailleurs.

Je ne suis pas un référent technique mais un garant des soins. Je suis tout à fait capable de juger de la prise en charge globale du patient.

J'ai plus de difficultés avec la direction et les cadres administratifs qui ont des exigences économiques.

La limite à ce type d'encadrement : il faut accepter le management participatif.

Entretien n°16 avec une Directrice des soins, Centre de réadaptation,
le 29.04.04, (60 minutes)

Vous avez dans votre équipe d'encadrement un cadre kinésithérapeute qui encadre un service de soins et un cadre infirmier qui encadre une équipe pluridisciplinaire composée d'une majorité de rééducateurs. J'aimerais connaître ce que représente pour vous la filière d'origine des cadres.

On a beaucoup travaillé sur l'interdisciplinarité, on l'a même poussée jusqu'à ... On a actuellement effectivement 2 cadres dont un kinésithérapeute qui encadre une unité de soins, et un cadre de santé infirmier qui encadre une équipe plutôt de rééducateurs. C'est un peu un test, une expérience.

L'expérience du cadre kinésithérapeute qui encadre le service de soins est en train de se terminer car il repart sur du libéral. C'était une expérience très intéressante, je trouve qu'il y a eu une ouverture sur des problématiques qui sont complètement différentes de celles données par le profil type de l'infirmière cadre de santé d'un service.

Je trouve que cela a autonomisé plus les personnes, les soignants de cette équipe, parce qu'ils ont pris en charge un certain nombre de choses parce que d'abord ce sont des femmes et lui un homme et aussi parce qu'elles se sont intéressées à des choses qui lui étaient étrangères du fait de sa formation. C'est quelque chose que je ne regrette pas.

Précédemment dans ce service, c'était une femme kinésithérapeute aussi qui est partie en retraite et nous avons continué l'expérience, c'est un choix.

On veut jouer la carte de l'interdisciplinarité jusqu'au bout. On poursuit cette idée là car il y a 3 services donc il y a 2 services qui ont des cadres de santé infirmiers, on

voulait aussi pousser cette dynamique là c'est à dire à être cadre d'une équipe interdisciplinaire c'est à dire y compris les rééducateurs qui travaillent dans cette équipe. Par contre là, c'est plus difficile, c'est plus difficile dans le sens que les cadres infirmiers ne se sentent pas vraiment impliqués par le fonctionnement...ce n'est pas ça : ils intègrent une certaine partie du travail du cadre rééducateur dans le fonctionnement du service mais ils n'ont pas d'autorité je dirais sur le rééducateur en tant que telle. Les rééducateurs défendent beaucoup leurs prérogatives.

Pour l'hôpital de jour, le cadre de santé infirmier vient d'arriver, c'est nouveau, on a cherché un cadre kinésithérapeute qu'on n'a pas trouvé. Au bout d'un an, comme il y avait des dysfonctionnements, j'ai dit : je passe par un cadre infirmier et les rééducateurs n'étaient pas chauds, c'était un peu l'épine irritative. A 3 mois, ils se rendent compte de ce que c'est qu'un cadre. Il est vrai que je trouve que la formation, est-ce que c'est dû à notre profession de base ? Les cadres kinésithérapeutes et les cadres infirmiers, même s'ils sont cadres de santé, n'abordent pas les choses de la même façon, il y a une structure, une organisation que le cadre infirmier a, que le cadre kinésithérapeute n'a pas.

En plus, les kinésithérapeutes sont des gens très autonomes du fait même du décret de leur profession même par rapport aux médecins. Ils supportent mal les contraintes, ils sont toujours en train de remettre en cause le cadre posé, ils ne supportent pas bien la contrainte institutionnelle, la contrainte des médecins rééducateurs qui est une forte contrainte. Les infirmières sont quand même sous une dépendance de prescription.

Les médecins ont participé à cette réflexion sur l'encadrement ?

Tout à fait, le cadre de santé kinésithérapeute est responsable du service du médecin chef. Le médecin de l'hôpital de jour était moins convaincu, c'était pour d'autres raisons, c'est lui qui assumait tout, les médecins ne sont pas forcément de bons managers, ce n'est pas parce qu'ils sont médecins qu'ils sont managers, cela s'apprend, le management.

Ce cadre qui vient d'arriver commence à poser les bonnes questions sur un fonctionnement.

Le métier de base implique quand même quelque chose dans le sens où les kinésithérapeutes sont quand même des gens très techniques, une infirmière est déjà plus dans de l'organisation puisqu'on lui demande une organisation de ses soins, on lui demande de travailler en équipe. Le kinésithérapeute va organiser ses soins en fonction d'un nombre de patients. Il a du mal à accepter la dépendance à d'autres professionnels. C'est un peu tout ce travail qui a été fait sur l'interdisciplinarité. Quand on a commencé ce travail d'interdisciplinarité, ce sont les kinésithérapeutes qui étaient les plus réfractaires en disant c'est quoi ce truc là ? Petit à petit, il y a ont trouvé un intérêt, cela a mis 4, 5 ans avant de prendre une dimension d'échanges et de revendiquer une place au milieu de cette interdisciplinarité. Un truc tout simple : quand on élabore un programme pour un patient, c'est le kinésithérapeute qui se place le 1^{er} et il faut que les autres se débrouillent autour.

Les cadres de santé que vous avez recrutés n'ont pas été surpris par le profil de poste ?

Non. En ce qui concerne le cadre de santé infirmier, cela lui était déjà arrivé une fois. C'est quelqu'un qui sait très bien se positionner sur ce qu'elle peut apporter aux personnels.

Les rééducateurs ont une attente vis-à-vis du cadre qui n'est pas celle d'une équipe de soins. Les attentes ne sont pas du tout les mêmes. Les kinésithérapeutes attendent surtout d'un cadre d'être représentés professionnellement vis-à-vis d'une institution, de la direction, c'est d'avoir cette identité de rééducateurs. C'est aussi le contrecoup de l'interdisciplinarité.

En réalité quand on joue l'interdisciplinarité, les professionnels ont besoin de renforcer leur identité, leur sentiment d'appartenance. L'interdisciplinarité, c'est quelque chose qui fait peur, dans le sens où on se noie et on perd un peu...on y met quelque chose de son individu, on y met quelque chose de sa profession, on doit sans arrêt négocier, comprendre, aménager, les rééducateurs notamment ont besoin de se dire rééducateurs et ont besoin de créer un groupe. Ça a été quelque chose d'assez fort qui s'est dessiné ces dernières années avec cette demande d'avoir quelqu'un qui les représente au niveau de la direction, ils se sentaient noyés dans leur spécificité, c'est cela. Aussi bien les ergothérapeutes que les orthophonistes, tout le groupe de rééducateurs.

Connaissez-vous d'autres établissements qui font la même expérience que vous ?

Non, pas à ma connaissance, on reste très marginal.

Il y a un ergothérapeute qu'on a pressenti pour faire l'école des cadres, on est en train de favoriser la formation cadre pour un kinésithérapeute et un ergothérapeute. Il faut au niveau de l'équipe d'encadrement amener cette réflexion de cadres formés : ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmiers au sein d'un groupe de cadres, cela me paraît très important de l'enrichir. L'équipe d'encadrement est constituée de 3 cadres de santé infirmiers, de 2 chefs de groupe kinésithérapeutes et d'un chef de groupe ergothérapeute.

Pensez-vous qu'il y ait des limites à l'encadrement hors filière ?

Oui il y en a justement dans les attentes que peuvent avoir les équipes. Quand j'ai annoncé à l'hôpital de jour que j'avais recruté un cadre de santé mention infirmière, ils m'ont tout de suite dit que le cadre précédent assurait les remplacements, encadrait les stagiaires...ce qui n'est pas négligeable. Quand on a fait part de notre projet d'interdisciplinarité à l'école de kinésithérapie de Besançon, elle a répondu : très bien, c'est intéressant mais vous n'aurez pas plus de stagiaires car vous n'avez pas le cadre nécessaire pour les encadrer.

Le cadre kinésithérapeute encadrant le service de soins m'a dit : « je ne me sens pas la compétence pour faire passer les mises en situations professionnelles des élèves infirmières. » Dans l'encadrement des stagiaires, il y a des limites. C'est là où on peut jouer la transversalité. Les cadres s'entraident et c'est un cadre de santé infirmier qui allait faire passer les mises en situations professionnelles. Le cadre kinésithérapeute évalue les étudiants kinésithérapeutes des services. Cela, c'est une limite.

En terme d'animation je dirais que non car cela repose sur des qualités professionnelles et on les a ou on ne les a pas.

En terme de recherche, c'est pareil. Ce serait plus technique pour un cadre de santé kinésithérapeute, un cadre de santé infirmier développera d'autres compétences. Au niveau du développement des compétences techniques d'une équipe, où en sont-ils, quelles compétences ils ont, il est vrai que cela demande un peu plus d'apprentissage fin de la compréhension du système. C'est vrai que ce n'est pas le cadre de santé infirmier qui va leur proposer une formation, elle va recueillir les besoins en formation mais elle ne va pas les suggérer, elle n'aura pas de crédit vis-à-vis de l'équipe.

Le rôle de l'équipe d'encadrement joue en transversal pour s'entraider, pour pouvoir proposer des choses.

Nous étions un hôpital court séjour avant de devenir un centre de réadaptation donc il a fallu mettre un certain nombre de choses en place, il fallait vraiment travailler beaucoup sur les équipes de soins pour les amener à penser rééducation, réadaptation, c'est quand même très différent d'un MCO. On a réussi à faire travailler les équipes de soins et de rééducateurs ensemble.

La direction des soins a été créée il y a 6 ans, c'est moi qui l'ai créée. Je pense que le prochain directeur de soins devra être un kinésithérapeute. Je regrette que les kinésithérapeutes n'aient pas quelqu'un qui les pousse à faire de la recherche et pour cela, il faut un kinésithérapeute. Quand on m'a proposé ce poste là, je ne connaissais pas le milieu de la rééducation. On est manager, mais on agit avec sa formation de base.

Le gros du travail dans l'interdisciplinarité a été de resituer les choses par rapport au patient. Qu'est-ce que cela veut dire de s'organiser pour lui et pas pour nous ? La 1^{ère} chose à laquelle j'ai été confrontée, c'est que les gens arrivent à se parler entre eux pour organiser le programme du patient : kinésithérapeutes, ergothérapeutes et infirmières. Le kinésithérapeute disait, c'est un cas neurologie lourd, je le prends tôt le matin mais les infirmières n'arrivaient pas à le préparer donc c'était conflictuel. Une fois que les gens se sont parlés, après cela a été. Et c'est bien pour le patient, s'il est fatigable, s'il dort mal la nuit mais bien le matin... Maintenant cela se fait sans problème, je suis sûre que les gens ont oublié comment cela se passait avant. On travaille autour du PIII (Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé) qui profite avant tout au patient et à la famille.

Pensez-vous qu'un administratif puisse encadrer un service de soins ?

Non, je pense qu'il faut être issu d'un métier de la santé. Il ne faut pas les exclure de la réflexion car c'est intéressant d'avoir cette donnée qui est malheureusement de plus en plus prégnante sur plein de choses...qu'on soit issu de n'importe quel métier, on a une connaissance de la maladie, de la pathologie, de la personne, qui fait que quand on parle d'un processus de prise en charge, cela fait écho chez vous à une base qu'eux n'ont pas.

Par contre il faut savoir les intégrer en transversal quand on travaille au niveau des cadres, ils peuvent être les naïfs qui vont poser les questions, qui vont forcer les gens à réfléchir.

La notion de cadre de santé maintenant dépasse largement le professionnel. Ce qu'on nous demande maintenant c'est vraiment d'être des managers transversaux.

L'hôpital est en train de mettre des cadres supérieurs dans des fonctions transversales, c'est ça l'avenir du cadre. Il y a la gestion quotidienne, mais très rapidement on en a fait le tour et après c'est le côté visionnaire du cadre, d'anticipation, qu'est-ce que je peux faire de là où je suis avec mon environnement ? C'est l'avenir des nouveaux managers en santé. Si on reste dans ses petites chapelles, dans ses petits services, c'est rétrograde, on ne peut plus développer cela, à mon avis, il faut aller au-delà. Si on reste dans son coin, on perd de l'énergie.

On n'a plus les moyens, plus ça va aller, pire ça sera. Il faut optimiser les moyens qu'on a, il faut être créatif. Avec ce qu'on a, comment peut-on mettre tout notre potentiel de ressources pour rester performant sans demander de moyens supplémentaires, on ne les aura pas.

On passe d'une logique verticale à une logique horizontale avec l'interdisciplinarité. Cela ne veut pas dire que l'on mélange tout le monde gaillardement.

La 1^{ère} année, il y avait des frictions de territoires et c'est là que la revendication d'identité professionnelle est intervenue. Dans cette interdisciplinarité, je suis quoi moi en tant qu'orthophoniste ? Est-ce que je peux entendre l'ergothérapeute dire quelque chose qui m'appartient, à mon métier, et si je ne suis pas d'accord ? Est-ce que l'ergothérapeute peut entendre que le kinésithérapeute parle des fonctions supérieures ?

Entretien n°17 avec un cadre de santé infirmier encadrant une équipe pluridisciplinaire, Centre de réadaptation,
le 29.04.04 (60 minutes)

Vous considérez vous plutôt comme un manager ou comme un référent technique ?

Alors là effectivement, c'est plus manager. Je crois que s'il y a quelques questions qui tournent autour du référent technique, je me considère plus comme un manager actuellement dans ce poste. Je fais référence aussi à une autre expérience un peu du même ordre puisque j'ai ouvert un hôpital de jour de gérontologie dans le cadre d'un service hospitalier et il y avait aussi une équipe pluridisciplinaire à la différence de celle-ci, c'était une équipe où il y avait plus de prises en charge au niveau des soins infirmiers mais il y avait aussi un kinésithérapeute, une ergothérapeute, une psychologue, une assistante sociale et une ASH (agent des services hospitaliers). C'était le contraire, il y avait 4 autres professions en dehors de l'équipe soignante. Alors qu'ici, c'est le contraire, il y a un renforcement de kinésithérapeutes, ergothérapeutes et il n'y a qu'une infirmière et une psychologue.

Référent technique, ce n'est pas ma mission première, je me considère plus comme un manager avec peut-être à certains moments, je peux être confrontée justement à cette limite en termes de non connaissance d'une profession. Par exemple, pour les remplacements en kinésithérapie, il a été décidé que je le ferai; il faut redistribuer les patients mais aussi la prise en charge donc elle est plus ou moins longue, c'est là où voyez-vous je situe ma limite. Je travaille avec eux par rapport à ça mais c'est vrai que là je suis un tout petit peu en difficulté voyez-vous ? Je viens de prendre mon poste donc je

le situe en termes de limite actuellement, c'est vrai que nous avons décidé de travailler ensemble dans un premier temps mais si vous voulez, là, j'ai un travail à faire. C'est la limite qu'on pourra appeler technique. Il est évident qu'on aborde quelquefois en réunions de suivi des prises en charge, des difficultés que l'un ou l'autre peut rencontrer, c'est vrai que ce n'est pas moi qui peux être un référent technique, ça c'est sûr.

Mais en termes de manager, il n'y a aucune difficulté.

Etait-ce un choix ?

A la fois oui et non, les circonstances se sont présentées mais j'avais quand même une disposition, un attrait particulier, une motivation parce que j'ai un D.U. (diplôme universitaire) de santé publique, j'ai été formée à ce travail en équipe pluridisciplinaire. Cette formation est dispensée à Nancy et elle concerne les cadres kinésithérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers et également des professionnels étrangers. On a travaillé en équipe pluridisciplinaire et on s'aperçoit qu'on a une complémentarité absolument...moi j'ai découvert une complémentarité, je l'ai seulement découverte mais pour moi c'était une évidence, on a une culture professionnelle qu'on développe au cours de notre formation et que de travailler, de mettre en relation différentes professions et disciplines professionnelles, cela prend une dimension complètement autre dans la prise en charge et j'avoue que cela m'a amenée à ce choix quand même. Quand l'hôpital de jour de gérontologie a ouvert, j'ai postulé, on était plusieurs et ma candidature a été retenue. Après je suis allée en cardiologie et j'ai apporté un peu cette culture pluridisciplinaire que j'ai développée. Revenant dans la région, ...oui, oui, je peux dire que c'est un choix, les circonstances étaient là bien sûr. En premier c'est un choix et il y a eu cette opportunité de poste mais oui c'est un choix.

Vous connaissiez ce milieu de la rééducation ?

Pas particulièrement, j'ai été 20 ans en IFSI (institut de formation en soins infirmiers), j'ai enseigné notamment les pathologies chroniques donc il y a cette dimension de réadaptation. Je n'ai jamais travaillé dans un centre mais j'ai beaucoup travaillé avec les professionnels de ces services qui venaient faire des interventions à l'IFSI. J'ai jamais travaillé « dans » mais j'ai beaucoup travaillé « avec ». J'avais un petit peu l'approche.

Quels avantages avez-vous trouvés à encadrer une équipe de paramédicaux d'une autre filière que la vôtre ? Quels inconvénients ?

Les avantages, et bien dans la prise en charge, c'est incontestable, il y a une complémentarité de formation, de culture professionnelle à mettre en commun et incontestablement une prise en charge globale du patient.

Ayant un peu ce retour en arrière avec mon expérience en hôpital de jour en gériatrie et mon expérience dans des services plus curatifs à l'hôpital de Pontarlier, j'ai ressenti les limites d'une prise en charge essentiellement curative par des professionnels médecins et soignants. Les autres professions étaient moins présentes. On n'avait pas ce réflexe de faire appel à d'autres professionnels et comme je vous le disais

j'ai un peu instauré cette culture de travail interdisciplinaire, en toute modestie, dès que l'on s'aperçoit qu'on a un problème dans un domaine qui n'est pas purement curatif, on fait appel à d'autres professionnels. On travaille plus avec l'assistante sociale, la psychologue, le kinésithérapeute. Mais dans ce milieu là, hospitalier, je me suis confrontée aussi à faire venir d'autres professionnels au fait que le travail en équipe interdisciplinaire n'était pas développé. Par exemple, on faisait appel à un kinésithérapeute, ce n'est pas péjoratif, c'est vraiment en termes de constat, on faisait appel à lui pour faire marcher un patient ou pour X raison, le kinésithérapeute disait « Ah, le patient n'est pas levé, je ne m'en occupe pas, je m'occupe que des patients qui sont levés. » Alors on a dû travailler sur « Ah oui bien sûr mais on peut peut-être le lever ensemble, un kinésithérapeute et une infirmière par exemple, on pourrait le lever ensemble. On a travaillé là-dessus, sur vraiment l'interdisciplinarité : qu'est-ce qu'on peut faire ensemble ?

En curatif, les autres professionnels interviennent ponctuellement, ils ne font pas partie du service, on n'a pas instauré des façons de travailler ensemble qui sont bénéfiques et pour le patient et pour le professionnel d'ailleurs. Et donc après je suis venue ici, ce travail en interface, il y a tout un travail à faire.

Ce ne sont pas des professionnels sur une chaîne qui interviennent les uns à la suite des autres. Il y a des passages de relais, des interfaces à développer ensemble. On ne fait pas n'importe quoi non plus, l'infirmière n'est pas kinésithérapeute et vice-versa, c'est très clair.

Pensez-vous que cela change quelque chose dans la prise en charge du patient ?

Actuellement, la 1^{ère} mission qu'on m'a confiée est une mission d'observation du fonctionnement du service, je ne suis ici que depuis 3 mois. On m'a demandé de réorganiser le fonctionnement du service car le cadre précédent était parti 18 mois avant mon arrivée. Ils ont fait ce qu'ils ont pu, ils se sont essoufflés. Je suis plus dans une phase d'état des lieux, d'analyse des façons de faire, des outils, ce qui change forcément les choses car dans cette étape, on interroge ses pratiques ce qui n'est pas simple. Cela a forcément changé des choses.

Il y a déjà la confiance à instaurer par rapport à l'équipe qui ne me connaissait pas et qui avait précédemment un cadre kinésithérapeute. L'établissement avait cherché un cadre kinésithérapeute et faute de le trouver, ils se sont dit pourquoi pas un cadre infirmier. Il a fallu arriver, faire connaissance, instaurer un climat de confiance et puis apprendre à fonctionner ensemble, ce qui s'est fait pendant ces 3 mois, on peut dire. Je n'arrive pas avec des idées toutes faites et le changement doit se faire ensemble. Je crois qu'il faut prendre le temps.

Pensez-vous qu'il y ait des limites à l'encadrement hors filière ? Si oui, lesquelles ? Est-ce qu'un kinésithérapeute peut encadrer un service de réanimation ?

Mon rôle d'encadrement, sur le plan technique, c'est vrai, j'y mets une limite, c'est incontestable, je ne peux pas avoir le moindre avis sur quelque chose de technique. Par contre en terme d'accompagnement, là j'ai des demandes et là j'estime que je peux réfléchir avec l'équipe kiné.

Des limites en terme de spécificités, par exemple en réanimation...Les kinésithérapeutes en réanimation interviennent très ponctuellement. J'estime que dans le cas où il y a un référent technique, est-ce que cela peut être une difficulté ? Je ne sais pas. En réanimation, il y a des référents techniques. Chez nous, le cadre de santé kinésithérapeute va partir et c'est vrai qu'il en faut un, par rapport aux stagiaires par exemple.

Il faut interroger le pourquoi d'une formation cadre. Cette formation ne forme pas à être plus kinésithérapeute, elle va vous former à être cadre c'est à dire que vous allez changer de profession, vous allez être cadre kinésithérapeute mais vous n'allez plus exercer vraiment en tant que kinésithérapeute. Vous allez exercer en tant que manager.

Effectivement, je reprends votre question, c'est sûr qu'en réanimation, il y a une grosse activité de soins curatifs. Votre question serait la suivante : est-ce qu'un cadre kinésithérapeute peut encadrer une équipe en réanimation ? Il y a une grosse activité de soins curatifs...une grosse activité...la personne se situerait en tant que manager...cela c'est sûr, pour avoir travaillé dans des services de réanimation, j'ai toujours eu affaire à des cadres infirmiers.

Et si le cadre infirmier a fait toute sa carrière en gériatrie ?

Absolument. Je vais parler de ce que je connais mieux, des élèves infirmiers qui à l'issue de leur formation vont travailler en cardiologie. Ils vont développer toute une prise en charge spécifique à la pathologie. Ils vont passer en neurochirurgie, c'est pareil, ils vont développer une autre prise en charge. Voyez-vous, il y a toujours ce temps indispensable pour être experte en tant qu'infirmière dans les soins en cardiologie ou autre.

Un cadre qui va exercer en gériatrie, le jour où elle va débarquer en réanimation, elle ne va pas être à l'aise. Si elle est à l'aise pour la gestion, les plannings, le management de l'équipe ne change pas foncièrement mais en termes de référent technique, elle va vraiment être en difficulté aussi. C'est vrai, elle va être aussi en difficulté.

Si je ne vous réponds pas par oui ou par non, je peux vous certifier qu'un cadre infirmier ayant exercé, disons, en gériatrie et qui va se retrouver en réanimation aura des difficultés. Maintenant si elle a exercé en réanimation chirurgicale, elle aura déjà un petit plus. Il y a des nuances, ce n'est pas si simple, on peut difficilement répondre par oui ou par non. En tant que manager, il n'y a pas de difficultés majeures mais il n'y a pas que cela.

Par exemple avant de travailler ici, j'ai travaillé en neurochirurgie donc j'ai quand même une expérience, je sais ce qu'est un traumatisé crânien, un blessé médullaire. Je n'ai jamais travaillé en rééducation mais j'ai travaillé avec ces patients à un autre stade.

Un directeur des ressources humaines m'avait dit que la gestion du personnel c'est mettre la personne la plus qualifiée, la plus experte au meilleur endroit. Est-ce que ce serait le mettre au meilleur endroit que de mettre le cadre kiné en réanimation ? Il y a certainement d'autres services où sa présence serait plus intéressante.

Pensez-vous qu'il faille être issu d'un métier de la santé pour encadrer une équipe de paramédicaux ?

Moi je crois que oui, incontestablement oui. On a une culture de santé, toutes formations de santé confondues. Il y a l'approche de la maladie, de la vie, de la mort, tous ces concepts, c'est absolument incontournable, le deuil bien sûr, ...alors là oui, ...bien sûr.

Alors évidemment maintenant l'école des cadres vous forme à la gestion, à l'économie. Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. On vous forme à ça. On vous forme à organiser les soins pour une meilleure efficacité certes, cela me paraît indispensable. On a un système de santé qui coûte, on a tout intérêt à être quelque part des gestionnaires mais, mais, mais, il y a aussi le versant soignant, on ne peut pas aborder une personne comme on aborderait un travail dans l'industrie, il y a des concepts fondamentaux à maîtriser, alors cela oui.

Les administratifs travaillent avec des lits mais les lits ne sont pas vides, il y a des personnes, des familles. On gère des lits peut-être facilement mais les personnes qui sont dedans, les familles, c'est tellement complexe.

Par rapport aux médecins, il a fallu prendre sa place, le médecin qui était chef de service, qui décidait, qui prescrivait... et l'équipe exécutait. On a de plus en plus affaire à des équipes soignantes, tous professionnels confondus, qui s'expriment, qui se positionnent par rapport à des situations maintenant comme une sortie prématurée, l'intervention d'une équipe palliative, cela apporte énormément pour les patients et les familles, incontestablement.

On a quand même fait un pas important de ce côté-là pour les personnes prises en charge, leurs familles.

Maintenant on se positionne aussi par rapport aux gestionnaires, je veux dire, on a aussi un avis à donner, un projet à développer pour un aménagement,... il y a la partie gestion mais il y a quand même derrière tout ça, toute une approche soignante. L'idée de gérer un budget aussi, on a quand même toute une dimension soignante à apporter, même dans l'organisation des soins. C'est différent d'être dans un service de personnes âgées ou de personnes valides. Pour un administratif, que représente un temps de repas ? C'est beaucoup plus facile de donner à manger à quelqu'un que de le rééduquer à manger seul, cela prend moins de temps.

Quand on a choisi d'être un gestionnaire, on a fait un choix, nous, on a quand même choisi d'être soignant. Il y a cela aussi au départ. L'approche aussi d'un homme, d'une femme, d'un jeune, d'une culture différente, il y a tout cela.

Avez-vous une fiche de poste ?

Oui. Les grands thèmes sont coordination d'équipe, animation, communication, gestion des ressources humaines, encadrement des étudiants. Il n'y pas de thème « référent technique ».