

## Cadre en service de soins, une polyvalence particulière 1/2

**Descriptif** : Les hôpitaux privés et publics sont confrontés à une crise sans précédent. Dans ce contexte de turbulences, la fonction d'encadrement évolue considérablement. Quelle place, quel rôle le cadre de santé occupe-t-il aujourd'hui dans le système hospitalier ?

**Stéphane Bourel, cadre de santé, Ch Cesame Angers, le 26 janvier 2004**

### **LA PLACE DU CADRE DANS L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE**

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les cadres infirmiers sont associés à la gestion des services de soins. « Le chef de service ou de département... est assisté, selon les activités du service ou du département par une sage-femme, un cadre paramédical ou un cadre médico-technique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences. » De même, la création d'une direction du service de soins infirmiers, la mise en place des conseils de service, de la commission du service de soins infirmiers ont légalisé la présence et le rôle de l'encadrement au sein du dispositif hospitalier.

Aujourd'hui, nous nous représentons cette fonction en nous appuyant sur notre réalité : les textes législatifs auxquels se rajoutent nos valeurs propres. De même nous visualisons la fonction infirmière au travers des textes la régissant et de notre propre expérience.

« L'organisation nouvelle ne pourra naître que si de nouvelles manières de penser, d'être soi-même et d'être ensemble émergent. » [1]. Il semble indispensable d'identifier tous ces paramètres précités pour que chacun des acteurs de santé puissent se positionner et permettre ainsi d'œuvrer vers un soin de qualité avec le patient, usager, citoyen au cœur du système sanitaire. Les mutations actuelles de la santé accentuent ce flou qui entoure la fonction de cadre dans le milieu hospitalier. La fonction d'encadrement a considérablement évolué au fil des années. Initialement centrée sur un rôle de surveillance et d'application des directives médicales, elle est progressivement devenue autonome et tient un rôle central dans les établissements de soins. L'accomplissement de tâches administratives et de gestion a modifié l'exercice de cette fonction jusqu'à questionner notre corps professionnel sur sa place institutionnelle.

Marc LIVET, président de l'association des cadres et infirmiers en santé mentale (ASCISM) pose cette question : « Les cadres infirmiers ne risquent-ils pas, à terme, d'abandonner les espaces cliniques et de ne plus pouvoir se prévaloir de leur fonction, essentielle, de garant de la qualité des soins ? » [2].

De même, une enquête de Brigitte POSTEL-FERRY intitulée « Qu'est-ce qui fait souffrir les cadres ? » évoque des contradictions institutionnelles majeures, un changement des valeurs, des contraintes multiples, des logiques centrales et locales opposées : « Catalyseurs des contradictions de l'organisation hospitalière, boucs

émissaires et bonnes à tout faire, les cadres infirmiers manifestent leur malaise et témoignent de leur mal-être. » [3].

Ces deux exemples illustrent parfaitement le contexte actuel dans lequel évolue la profession de cadre de santé. Une enquête conduite en 1996 auprès de 44 établissements de santé de l'Ouest de la France indiquait les attentes des partenaires (Directeurs d'hôpitaux, directeurs du service de soins infirmiers, cadres supérieurs infirmiers, infirmiers, aides-soignants, médecins) vis à vis des cadres infirmiers de proximité.

L'étude recensait cinq attentes :

1/ Le cadre infirmier de proximité est un acteur de changement. Il s'inscrit non seulement dans les évolutions actuelles mais il peut les anticiper.

2/ Il est un leader qui passe rapidement de la réflexion à l'action, sans être autoritaire mais en faisant autorité.

3/ Il est animateur. Il mobilise et dynamise l'intelligence de tous les soignants. Il donne à chacun la possibilité de trouver sa place.

4/ Il doit être pédagogue et stratège en permettant aux soignants qu'il encadre d'optimiser leur potentiel.

5/ Il est soit expert, soit doté d'une expertise.

A travers cette étude, nous remarquons que les différents partenaires du cadre de santé semblent avoir des attentes précises sur son rôle au sein du système hospitalier. Mais qu'en est-il de la réalité quotidienne d'un service de soins ? Quel positionnement le cadre adopte-t-il pour répondre à cette demande ? « Dans le mouvement actuel qui n'est fait que d'évolution, d'adaptation transitoire, rechercher un état stable est illusoire. Dans ce contexte, la fonction prioritaire d'encadrement du cadre de santé est de réunir les conditions nécessaires pour permettre aux équipes de soins de s'inscrire dans une co-évolution créatrice. » [4]. Nous pouvons trouver un embryon de réponse dans cette citation. L'aspect essentiel est la notion de mouvement perpétuel du milieu sanitaire et implicitement des acteurs qui y exercent. Cette mouvance exige une adaptabilité des professionnels concernés. Pour être efficace, cette co-évolution soumise par Marie-Odile GALANT, nécessitera que les attentes sur les missions et le rôle des acteurs d'une unité de soins soient verbalisés et identifiables par tous les partenaires.

Aujourd'hui, Le personnel de santé a des exigences exprimées, des attentes en regard du travail qu'il effectue. Il souhaite exercer son métier de manière efficiente, en accord avec des valeurs individuelles et communes, mais aussi au regard de son épanouissement personnel. Force est de constater que les multiples changements intervenus dans le monde de la santé ont bouleversé cet état, nous pourrions citer de manière non exhaustive, la prégnance du facteur économique sur la logique de besoins, l'augmentation de l'activité de soins face à une certaine pénurie de moyens...

Dans ce contexte de turbulence, la difficulté d'exister dans toutes ses dimensions pour un soignant est de plus en plus verbalisée. Le rôle du cadre de santé semble

essentiel pour dépasser ces difficultés liées à une évolution rapide et soutenue. « Le cadre n'est pas celui qui fait ; il n'est pas non plus celui qui se contente de faire faire ; le cadre est celui qui organise les conditions pour que puisse se faire... » [5]. Pour exécuter cette mission, une formation adaptée est indispensable, notamment en terme de management. A cet égard, les instituts de formation des cadres de santé proposent des bases sérieuses pour pouvoir aider les futurs cadres à se construire, à gérer un groupe de soignants. « Un groupe n'est pas une oasis ni un paradis. Il serait illusoire et utopique d'y postuler un accord et une harmonie parfaite... il s'agit de vivre la solidarité, l'appartenance et l'intégration ». « Le groupe doit se fixer des règles, se donner un pouvoir, dégager des procédures de travail et de décisions qui lui sont propres. Il doit être flexible, créatif et capable de changement. Chaque membre a ses habitudes, ses connaissances et ses antécédents qui viendront déterminer l'utilisation de son énergie. » [6].

Le groupe de soignants qui compose un service de soins doit apprendre à ses membres à fonctionner ensemble dans le respect de l'individualité de chacun. Toute unité de soins vit et vivra des conflits : conflits interpersonnels lors de changements organisationnels, tensions avec l'autorité que représente le cadre ou le médecin... Nous pouvons mesurer l'importance du rôle du cadre de santé à travers cela puisqu'il est le garant du bon fonctionnement du service.

Les soubresauts qui agitent le monde hospitalier ont éveillé cette nécessité d'une évolution conjointe des professionnels de la santé. Cette évolution ne peut prendre racine sans une connaissance exacte des fonctions et missions de chacun des acteurs. L'infirmier et le cadre de santé sont ancrés dans la réalité à laquelle ils appartiennent. Cette réalité est fonction de leurs valeurs, de leurs sentiments, de leurs émotions mais aussi de leurs histoires et de l'histoire du service dans lequel ils exercent. Les représentations sont un système de valeurs que chaque individu construit pour interpréter et penser le quotidien. Il semble important de pouvoir les identifier pour construire un projet commun qui permette de fédérer les attentes et les valeurs individuelles.

Deux éléments me semblent intéressants à développer à ce stade de l'article : **La réalité et les représentations sociales.**

## LA REALITE

La réalité est l'univers dans lequel nous évoluons et auquel nous appartenons. Nos réalités sont constituées d'aspects forts différents. Nous pouvons citer :

- ▶ Les aspects matériels.
- ▶ Les sentiments, les émotions, les perceptions.
- ▶ Les valeurs individuelles et collectives.
- ▶ Les images ou représentations.

La réalité présente dans le milieu hospitalier est issue d'un passé, d'un tissu d'histoires qui l'ont constituée dans son état présent. Pour connaître parfaitement cette réalité, nous devons dégager et analyser des réalités secondaires, périphériques, prendre en compte le contexte. Chaque soignant, chaque patient, chaque unité de soins ont construit l'hôpital tel que nous le vivons aujourd'hui. « Chaque réalité est le centre de l'univers, d'un univers » nous dit Roger NIFLE, philosophe. Chaque soignant vit donc une réalité qui lui est propre, individuelle, selon la position professionnelle qu'il occupe au regard de son histoire, de ses valeurs, de son rôle, de son statut...

« Deux réalités différentes sont donc, soit deux univers différents qui se croisent, soit elles sont hiérarchisées l'une par rapport à l'autre selon mon point de vue ou celui que partage un groupe humain. » Roger NIFLE. Cette citation suppose que lorsque nous parlons de notre réalité ou d'une réalité, il faut lui donner un centre, une raison d'être, un sens. C'est ce que nous faisons en la nommant. La réalité d'un service de soins est le patient et la qualité des soins. Identifier ainsi la mission du système hospitalier n'est pas la définir par opposition à autre chose, c'est la différencier de toute autre réalité et fédérer les valeurs de chacun des acteurs vers un but commun.

### **Trois dimensions se retrouvent dans toute réalité selon Roger NIFLE**

**Une dimension subjective.** C'est par l'intuition que nous pouvons reconnaître, en chaque individu, des signes identiques à notre être propre.

**Une dimension objective qui est analytique.** C'est la dimension par laquelle nous considérons la composition de la réalité. Nous pouvons alors inventorier et dénombrer ses composantes pour connaître objectivement la réalité en question.

**Une dimension rationnelle.** Toute réalité est la présence de quelque chose parmi d'autres réalités. Elle appartient toujours à une réalité plus large à laquelle elle participe. De même, elle est toujours composée de réalités qui la construisent.

## **LES REPRESENTATIONS**

La transition entre la réalité et les représentations sociales nous est proposé par MOSCOVICI : « Tout objet ou comportement social est une réalité plus une représentation. » [7]. Pour le dictionnaire Petit Larousse, le terme de représentation signifie « ce par quoi un objet se présente à l'esprit (image, concept...). C'est également une perception, une image mentale... dont le contenu se rapporte à l'objet, à une situation, à une scène... du monde dans lequel vit le sujet. »

D'après JODELET, « la représentation est un ensemble organisé d'opinions, d'aptitudes, de croyances et d'informations qui se réfèrent à un objet ou à une situation. Elle est déterminée à la fois par le sujet lui-même (son histoire, son vécu), par le système social et idéologique dans lequel il est inséré et par la nature des liens que le sujet entretient avec ce système social. » [8].

Selon ABRIC, la représentation « est le produit et le processus d'une activité mentale par lequel un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. » [9].

Pour MOSCOVICI, c'est « un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaboration des réponses. »

D'après ces auteurs, nous pouvons postuler que la représentation sociale est une manière d'interpréter et de penser notre réalité quotidienne. Elle est un ensemble de connaissances, de croyances, d'opinions au regard d'un objet social. Ce système de référence, de signification permet d'interpréter, de comprendre, d'expliquer. Il a pour but de donner du sens aux choses. « Nous avons toujours besoin de savoir à quoi nous en tenir avec le monde qui nous entoure. Il faut bien s'y ajuster, s'y conduire, le maîtriser physiquement ou intellectuellement, identifier et résoudre les problèmes qu'il pose. C'est pourquoi nous fabriquons des représentations. » [10].

Les représentations sociales sont « socialement élaborées et partagées » [11] car elles sont constituées à partir de nos expériences, des savoirs et des modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation et les relations sociales. Nous rejoignons là, la notion d'habitus chère à Pierre BOURDIEU.

La représentation sociale peut donc se définir comme une vision fonctionnelle de la société ou du milieu hospitalier dans le cadre de cet article. Cette vision permet au soignant ou au groupe professionnel de donner un sens à ses conduites et de comprendre la réalité à travers son propre système de référence. Il peut ainsi s'adapter et trouver une place dans cette réalité. « Elle n'est donc pas un simple reflet de la réalité, elle est une organisation signifiante. » [12].

### **Trois facteurs semblent essentiels pour élaborer des représentations sociales**

- ▶ Les facteurs culturels. Ils sont liés à l'histoire du groupe et à sa mémoire collective.
- ▶ Les facteurs liés au système de normes et de valeurs. Pour qu'un individu reconnaisse et s'approprie une pratique, il faut qu'elle lui apparaisse comme acceptable par rapport à son système de valeurs.
- ▶ Les facteurs liés à l'activité du sujet. Pour ce qui nous concerne, ce sont les activités et le rôle des personnels de santé.

Les représentations sociales, dans le milieu hospitalier, sont organisées, selon le corps professionnel, autour d'un noyau central qui donne à la représentation sa signification. Ce noyau correspond au système de valeurs d'un individu et d'un groupe. Nous évoquons ici la notion de culture organisationnelle. Cet élément sera, dans la représentation, celui qui va le plus résister au changement puisqu'il s'appuie sur l'histoire d'un groupe, avec de multiples facteurs formels et informels.

Selon S. MOSCOVICI [13], la représentation sociale est analysable selon plusieurs critères :

- ▶ L'attitude. Elle exprime un positionnement, une orientation positive ou négative par rapport à l'objet de la représentation.
- ▶ L'information. Ce sont les connaissances relatives à l'objet de la représentation sociale. « On reconnaît généralement que les représentations sociales, en tant que système d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications. » [14]. En règle générale, le comportement des hommes est fonction de la représentation qu'ils ont des autres. Par exemple, dans un service de soins, le cadre de santé et l'infirmier exercent ensemble au service du patient. Chacun se réfère à ce qu'il pense connaître de l'autre. Le cadre de santé a déjà sa propre expérience d'infirmier et s'appuie sur les textes législatifs et sur sa formation en institut de formation des cadres de santé pour appréhender le quotidien infirmier.

L'infirmier construit sa relation au cadre de santé à travers son histoire, l'histoire du service, la pression de ses collègues...

Les représentations construites par chacun vont permettre d'appréhender l'environnement du service de soin et de s'ancrer dans la réalité. Elles vont assurer une fonction de cadre de référence à travers lequel les acteurs vont intégrer des normes, des règles qui régiront le fonctionnement au sein de l'unité. De plus, nous fonctionnons tous sur le principe de l'identification, du modèle ou de l'anti-modèle pour nous construire. Qu'elle soit positive ou négative, cette identification oriente nos choix, nos représentations, notre vision de la réalité, nos attentes. Le milieu professionnel n'est pas exempt de ce type de fonctionnement.

CROZIER et SERIEYX analysent dans leur ouvrage « Du management panique à l'entreprise du 21<sup>è</sup> siècle » que le cadre de santé se présente comme « celui qui sait écouter les différents partenaires, mener une analyse approfondie de la situation et gérer la cohérence et la synchronisation dans l'application des différentes responsabilités. Les relations entre les individus deviennent ainsi prépondérantes pour rester efficaces... ». Cette réflexion implique que les compétences attendues par nos institutions doivent être verbalisées, expliquées aux professionnels de santé. Il semble évident de passer par un travail d'information, d'échanges pour que l'équipe soignante puisse appréhender totalement la volonté de l'institution, exposer leurs propres attentes et créer une synergie propre à la mission du service hospitalier. Cette démarche, dont le cadre de santé est l'axe central, doit permettre d'éviter certains dysfonctionnements ou conflits générés par le manque d'informations et l'incertitude sur l'avenir. « L'efficacité des équipes est fonction des qualités de ses cadres, en grande partie. » [15]. La notion de management qui émane de cette réflexion me conduit à dire que « l'art du management pose comme principe qu'un dirigeant doit posséder une bonne connaissance de tous les aspects techniques de sa fonction, mais aussi les talents nécessaires pour manager son équipe... » [16].

- [1] CROZIER, SERIEYX, Du management panique à l'entreprise du 21<sup>e</sup> siècle, Paris, Maxima, 1997
- [2] LIVET, Revue soins psychiatrie n°212
- [3] POSTEL-FERRY, Revue l'infirmière magazine n° 134
- [4] GALANT, revue soins, formation, pédagogie, encadrement n° 27
- [5] COTTRET, Revue soins cadres n° 35
- [6] SIMON, ALBERT, Les relations interpersonnelles, Laval, Québec, Edition Jeanne d'arc, 1992
- [7] MOSCOVICI, Revue sciences humaines n° 21
- [8] JODELET. Les représentations sociales, Paris, PUF, 1989
- [9] ABRIC, Les pratiques sociales et représentations, Paris, PUF, 1997
- [10] ibid 8
- [11] ibid 8
- [12] ibid 9
- [13] revue sciences humaines n° 21
- [14] ibid 8
- [15] CADET, Revue soins cadres n° 35
- [16] COSTARGENT, Revue soins, formations, pédagogie, encadrement n° 27