

**LE CADRE DE SANTE COMME INTERFACE RH
THE HEALTH FIRST LINE MANAGER AS A HR INTERFACE**

Robert COULON

Maître de conférences en sciences de gestion

Université de Bourgogne

**FARGO - Centre de recherche en Finance, ARchitecture
et Gouvernance des Organisations**

Cahier du FARGO n°1120601

Juin 2012

Résumé : Les cadres d'unités de soins occupent une position d'interface RH entre la direction des ressources humaines, la direction des soins et le personnel paramédical. Ce papier de recherche montre, sur la base d'entretiens comme d'observations, que leur fonction ne se limite pas au management opérationnel des équipes de soins. Les cadres d'unité participent aussi à des fonctions qui relèvent du management stratégique, du management des processus et du management du changement pour être en mesure de constituer des équipes stables, bien formées et unies.

Mots clés : hôpital, management de proximité, gestion des soins, ressources humaines

Abstract : Managers of care units occupy a position of interface between the human resources department, the service of the management of care and the care staff. This research paper, based on interviews and observations, shows that their function are not limited to operational management of care teams. These executives also participate in functions that belong to strategic management, management processes and change management, to be able to form stable, well trained and united teams.

Key words: public hospital, first line management, care management, human resources

JEL Classification : J 24

Contact : Robert COULON, LEG/Fargo
Pôle d'économie et de gestion, 2, Boulevard Gabriel
BP 26611
21066 Dijon Cedex, France
Tel. +33 (0)3 39 35 02
Email: Robert.Coulon@u-bourgogne.fr

LE CADRE DE SANTÉ COMME INTERFACE RH

Le management des soins constitue une mission essentielle de la fonction ressources humaines à l'hôpital. Cette mission suppose la collaboration d'un ensemble d'acteurs pour la définition et la mise en œuvre de pratiques RH nécessaires à la gestion du personnel paramédical (personnel soignant et médico-technique). Ces différents acteurs n'ont pas les mêmes responsabilités en matière de management. Au niveau de l'administration de l'hôpital, les services Ressources Humaines et la direction des soins travaillent avec des cadres soignants de pôles hospitaliers. Ceux-ci dirigent les cadres d'unités de soins. Ce sont ces derniers qui encadrent le personnel paramédical. Ils mettent en œuvre, actualisent et finalisent la plupart des pratiques RH de management du personnel paramédical. Ils occupent donc une position d'interface RH entre différents acteurs institutionnels et le personnel paramédical. *L'objet de cette communication est de préciser le travail d'interface RH des cadres d'unités de soins.*

Dans une première partie, nous exposons d'abord notre problématique en identifiant les différents partenaires qui interviennent dans la gestion du personnel paramédical. Nous utilisons les travaux d'Ulrich (1997) pour préciser les missions respectives de ces partenaires en management stratégique, management des processus, management du changement et management opérationnel. En nous appuyant sur des travaux récents en management hospitalier, nous montrons que le travail d'interface RH que les cadres d'unités de soins développent pour dépasser le seul management opérationnel est peu connu. Nous définissons ensuite notre méthodologie, basée sur une enquête reposant sur deux observations de trois jours en unités de soins et des entretiens semi-directifs de cadres d'unités et de cadres soignants de pôles. Dans une seconde partie, nous présentons nos résultats. Sur la base des témoignages recueillis et des observations réalisées nous précisons, en revenant à notre cadre conceptuel, ce travail d'interface RH des cadres d'unités de soins sur les différentes dimensions du management. Nous synthétisons et discutons ces résultats en conclusion.

I- Le cadre de santé et son rôle d'interface RH

L'hôpital est une institution à la fois familière et mal connue. Dédiée essentiellement aux traitements, aux soins des patients et à la recherche et l'enseignement médical, les hôpitaux sont depuis peu structurés en pôles hospitaliers, chaque pôle regroupant un ensemble d'unités de soins. Les hôpitaux occupent près d'1,1 millions d'emplois en équivalent temps plein, dont 24000 cadres de santé. Sur l'ensemble de ces cadres, 5000 occupent la fonction de cadres soignants de pôles hospitaliers. Pour la très grande majorité d'entre eux, ils ont pour fonction d'encadrer les 19000 cadres responsables du management des soins dans les unités qui composent les différents pôles hospitaliers [Yahiel et Mounier, 2010, p 10 ; Drees, 2011, p 72-73]. Cette communication est centrée sur ces cadres d'unités de soins qui encadrent pour l'essentiel un personnel soignant (infirmières, aides soignantes) et plus rarement un personnel médico-technique (manipulateur radio, technicien de laboratoire d'analyse, etc.). Pour préciser le travail d'interface RH joué par ces cadres, nous nous appuyons d'abord sur un ensemble de recherches portant sur les managers de proximité.

1.1- Le manager de proximité dans son rôle d'interface RH

Le rôle d'interface que joue l'encadrement de proximité est déjà mis en avant dans les travaux de Mayo (1933) et de Roethlisberger et Dickson (1939). Ces derniers auteurs analysent la fonction d'intermédiaire que joue ce niveau d'encadrement dans les échanges entre la direction et les employés. Ils montrent que l'implication des salariés dépend non seulement de

techniques et de normes prescrites par l'employeur, mais aussi de codes sociaux, de conventions, de traditions, d'habitudes que les cadres de proximité doivent interpréter et traduire dans le management quotidien de leurs équipes.

Cette vision de l'encadrement de proximité comme interface est présent dans des travaux plus récents consacrés au management, qu'ils développent une perspective gestionnaire ou une perspective sociologique. Ces travaux mettent l'accent sur deux aspects distincts liés à ce rôle d'interface :

- La manière dont le cadre se positionne en intermédiaire entre ses hiérarchies et son équipe et « bataille » pour obtenir des moyens, en particulier en personnel [Mintzberg, 2011, 1984 ; Ulrich, 1997 ; Livian, 2006 ; Mispelblom Beyer, 2006].
- La manière dont la mise en œuvre de ce rôle influence l'adaptation de pratiques RH à des situations de travail singulières [Reynaud, 1988 ; Aoki, 1990].

Les premiers insistent plutôt sur la définition des partenaires en présence, leurs missions respectives, leurs liens hiérarchiques, leurs attentes réciproques, les règles qu'ils s'imposent ou négocient pour définir un niveau et une qualité de ressources humaines nécessaires à la réalisation des activités. Les seconds montrent plutôt comment, à l'intérieur des unités de travail, ateliers ou services, l'encadrement de proximité actualise les compétences de ses équipes à partir d'une réflexion sur l'adaptation et la mise en œuvre de ces règles définies par, ou négociées avec, la hiérarchie.

Ces travaux sont complémentaires. Ils montrent que l'activité de management est distribuée sur un ensemble d'acteurs qui définissent, orientent, actualisent, mettent en œuvre un ensemble de règles et de pratiques RH qui concourent à la réalisation des opérations. Une part de ces règles et de ces pratiques RH relèvent du management stratégique : elles concernent la définition des compétences et le volume d'emplois nécessaires à l'activité. Ces règles et ses pratiques RH (recrutements, niveau des formations, rémunérations) concernent la *constitution du portefeuille de compétences* utiles à moindre coût (masse salariale). L'autre part de ces règles et de ces pratiques RH (intégrations, formations, remplacements, évaluations) relèvent du management opérationnel : elles ont trait à *l'actualisation du portefeuille des compétences* des unités, là où la production est faite, où le service est rendu. Cette actualisation et cette finalisation sont essentiellement de la responsabilité du cadre de proximité.

A partir de là, pour définir le rôle d'interface RH d'un cadre de proximité, il faut :

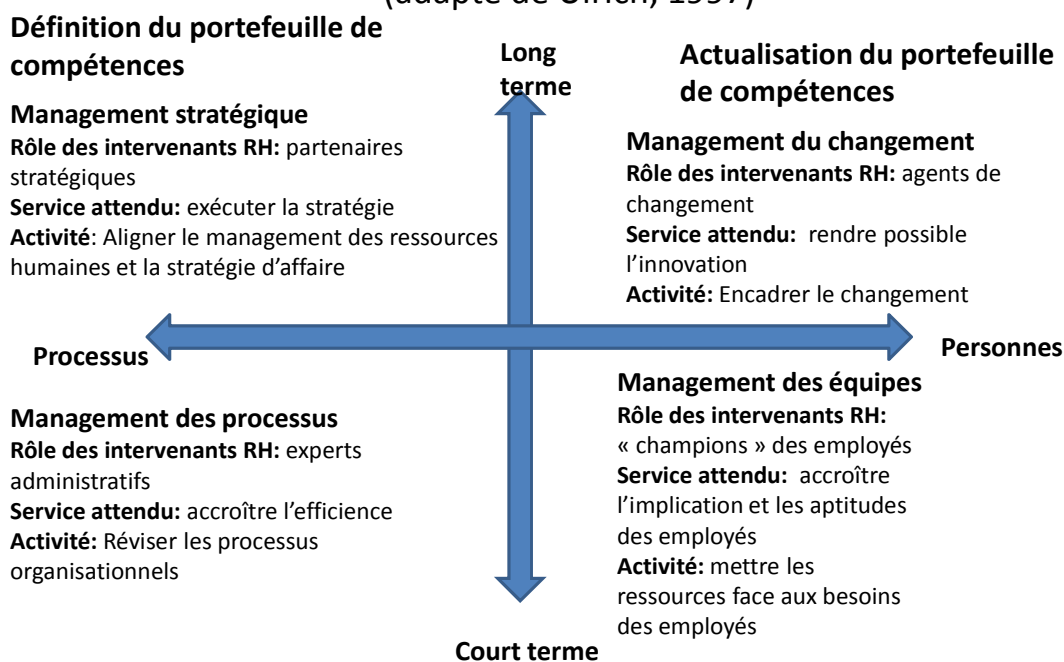
- Identifier les différents acteurs avec lesquels ce cadre est en contact et qui définissent et orientent les pratiques RH diffusées dans l'organisation ; distinguer ces acteurs suivant leurs rôles respectifs en matière de constitution du portefeuille de compétences.
- Préciser la manière dont le cadre, sur la base des demandes de ces différents partenaires actualise et finalise les pratiques RH et modifie le portefeuille de compétences de son unité.

Pour développer cette problématique, nous nous appuyons sur le cadre théorique proposé par Ulrich (1997). Ce cadre théorique a déjà été éprouvé dans le domaine des ressources humaines appliquées à la Santé Publique dans le cadre d'une étude sur le renouvellement des pratiques RH dans le réseau Montréalais de santé et de services sociaux (Bareil et al., 2002). Pour Ulrich (1997), les différentes dimensions du management des Ressources Humaines trouvent leur justification dans la valeur qu'elles ajoutent dans la production des biens et des services de l'organisation (services, produits RH attendus). A partir de ce constat, il distingue d'abord quatre composantes essentielles du management RH (p 25) : le management stratégique, le management du changement, le management des processus et le management des équipes opérationnelles. Puis il propose de représenter les pratiques des intervenants qui

interviennent sur les pratiques RH sur un espace divisé selon deux axes. Un premier axe, temporel, amène à distinguer les changements des pratiques RH sur le court terme (aspects opérationnels) et les projets RH à long terme (aspects stratégiques). Un deuxième axe porte sur les cibles immédiates des pratiques RH ; ces cibles sont soit des personnes, soit des processus. Nous pouvons, en adaptant marginalement le schéma proposé par Ulrich, dire que les pratiques centrées sur les personnes contribuent directement à l'actualisation d'un portefeuille de compétences, et que les pratiques centrées sur les processus, définies de manière plus abstraites et générales, visent la constitution de ce portefeuille en précisant la nature des compétences utiles et leur volume.

Le cadre théorique d'Ulrich différencie quatre types d'intervenants RH qui jouent quatre rôles complémentaires : management stratégique, management des processus, management du changement et management des équipes opérationnelles. Il permet aussi, une fois aménagé, de distinguer les acteurs qui jouent un rôle dans la définition du portefeuille de compétences des différentes unités et ceux qui sont plus préoccupés de mettre en œuvre et d'actualiser ces compétences dans le management de l'activité (figure 1).

Figure 1- Les quatre dimensions du management des RH
(adapté de Ulrich, 1997)



En nous appuyant sur cette représentation, nous pouvons maintenant positionner les différents intervenants en management hospitalier, comprendre leur mission respective dans la gestion du personnel paramédical avant d'apprécier plus précisément la fonction d'interface RH du cadre d'unité de soins.

1.2- Le cadre d'unité de soins et ses missions d'interface RH

Le management du personnel paramédical est organisé selon deux critères :

- *Un critère professionnel.* Dans le domaine de la santé, les personnels paramédicaux et les personnels médicaux n'ont pas les mêmes statuts. Ces deux types de personnels ne sont pas gérés suivant les mêmes règles et par les mêmes services. En ce qui concerne

le personnel soignant, la direction des ressources humaines, joue un rôle administratif et elle vient en appui de la direction des soins infirmiers.

- *Un critère hiérarchique*, en lien avec l'architecture organisationnelle des hôpitaux. Depuis l'ordonnance du 2 mai 2005, les hôpitaux sont des établissements constitués en pôles, et ces pôles regroupent des unités de soins. Le personnel paramédical est donc managé sur trois niveaux hiérarchiques : la direction des soins infirmiers, les cadres soignants de pôles, les cadres d'unités de soins.

Le cadre d'unité de soins est un cadre de proximité placé sous la responsabilité d'un cadre soignant de pôle. Il est généralement à la tête d'équipes soignantes (infirmières, aides-soignantes) dans des unités de médecine, de chirurgie, dans des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des établissements de réadaptation fonctionnelle, etc. Plus rarement, il dirige un personnel qui n'a pas un statut de soignant bien qu'il participe directement à l'activité de soins (technicien de laboratoire d'analyse, manipulateur radio).

Donc, de manière générale, le cadre d'unité gère les parcours des patients : il doit assurer la continuité des soins dispensés à chaque patient de son unité, en tenant compte de l'évolution de son état de santé. Cette organisation des parcours de soins est sans cesse réactualisée. A partir des diagnostics des médecins, le cadre organise avec ses équipes les entrées des patients, la planification des soins, prend des rendez-vous pour la réalisation d'examens ou d'opérations, etc. Ces examens et opérations nécessitent pour la plupart l'organisation d'un transfert des malades hors du service. Le cadre organise ou délègue aussi la sortie des patients en s'assurant des problèmes de transport, d'accueil de chaque malade à domicile ou dans d'autres structures (soins de suite et de réadaptation), voire de la suite des soins hospitaliers à réaliser au domicile du patient [Bouret, 2006 ; 2008].

Les cadres d'unités de soins exercent donc bien une fonction de management. Mais, dans la nomenclature des métiers de la fonction publique hospitalière, cette fonction n'appartient pas à la famille « Management, gestion, aide à la décision ». Elle reste classée dans la famille des métiers de « Soins » [Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, 2009]. Il faut insister sur le fait que le cadre d'unité de soins n'est pas sous la responsabilité de la direction des ressources humaines. Il est un soignant qui encadre des soignants. La très grande majorité des cadres d'unité ont suivi une formation d'infirmier, puis exercé en tant qu'infirmier avant de s'intéresser aux fonctions d'encadrement. Pour devenir cadre de santé, ils ont fait une formation en alternance d'une année, au cours de laquelle ils ont appris, et appliqués lors de stage, les bases du management [arrêté du 18 août 1995, www.legifrance.gouv.fr].

En résumé, et pour bien situer les cadres d'unité par rapport aux autres acteurs qui interviennent dans les pratiques de management du soin : les **cadres d'unités** managent les **équipes de soins** sous l'autorité d'un **cadre soignant de pôle** ; ce cadre soignant de pôle est placé lui-même sous l'autorité de la **direction des soins** de l'établissement auquel appartient le pôle. Le cadre soignant de pôle est aussi en avec la **direction des ressources humaines** pour des questions liées à l'administration du personnel du pôle.

Les différents acteurs du management des soins étant identifiés, nous pouvons maintenant utiliser le cadre théorique d'Ulrich pour préciser les différentes missions que chacun d'eux assure en matière de management. Nous présentons ci-dessous ce travail sous la forme d'un tableau synthétique pour ne pas alourdir notre présentation. Pour construire ce tableau nous nous sommes essentiellement appuyés sur une analyse des fiches métiers du Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (2009). Ce tableau distingue les acteurs du management des soins suivant qu'ils servent l'une ou l'autre des quatre dimensions du management identifiées par Ulrich : management stratégique, management des processus,

management du changement, management des équipes. Il distingue aussi les acteurs qui contribuent à la constitution du portefeuille des compétences des équipes soignantes (recrutements, affectations, temps de travail) et les acteurs qui actualisent ce portefeuille de compétences (formations, intégrations, remplacements, etc.).

Tableau- Les intervenants en management hospitalier et leurs missions RH

Les intervenants en management hospitalier	Missions RH
<p>Management stratégique</p> <p>Direction des soins</p> <p>Compétences techniques des soignants (qualité des soins)</p> <p>Direction des Ressources Humaines</p> <p>Nombre d'emplois temps pleins par catégories de soignants (masse salariale) ;</p>	<p>La composition du portefeuille de compétences</p> <p>Définition de la nature des compétences</p> <p>Définition des postes</p> <p>Définition des processus de soins</p> <p>Définition du volume de compétences</p> <p>Définition des emplois par catégories et en volume (ETP)</p> <p>Administration des pratiques RH: (Recrutements ; Affectations ; Remplacements ; Formations ; Rémunérations)</p>
<p>Management des processus</p> <p>Direction des soins</p> <p>Définition et actualisation des processus de soins</p> <p>Direction des ressources humaines</p> <p>Administration des ressources humaines ; conception d'outils support pour les processus de management (intégration, entretien évaluation)</p>	<p>L'actualisation du portefeuille de compétences</p> <p>Management des équipes de soins</p> <p>Actualisation des postes</p> <p>Assurance qualité des soins</p> <p>Gestion du temps de travail</p> <p>Intégrations</p> <p>Remplacements</p> <p>Formations</p> <p>Evaluations</p>
<p>Management du changement</p> <p>Cadre soignant de pôle</p> <p>Lien entre organisation des soins et gestion du personnel au niveau du pôle (définition et supervision du projet de pôle, mutualisation des moyens)</p>	
<p>Management opérationnel</p> <p>Cadre d'unité de soins</p> <p>Lien entre organisation des soins et gestion du personnel paramédical dans l'unité de soins (mise en œuvre du projet de pôle et d'unité de soins)</p>	

Cette représentation synthétique des rôles des différents intervenants repose sur une approche normative des métiers hospitaliers: *le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière a pour objet de définir des missions et non pas de décrire des pratiques*. Ce tableau définit les principales missions attribuées aux différents acteurs qui interviennent dans le management du personnel soignant. Il ne rend pas compte du travail réel d'interface RH déployé par les cadres d'unités de soins.

Or ce travail d'interface RH devient important. En particulier, du fait des récentes réformes hospitalières, les cadres d'unités ne restent pas centrés sur le seul management de leurs équipes. Mis en valeur comme gestionnaires [Escaffre, 2008], ils doivent intégrer des changements organisationnels et techniques et dégager plus d'activité, tout en réalisant des soins de meilleure qualité :

- Avec la mise en œuvre des pôles hospitaliers et de la tarification à l'activité (T2A ordonnances du 1 septembre et du 2 mai 2005), les budgets des pôles et de leurs unités de soins sont directement dépendants des activités médicales réalisées par ces unités [Zeggar, Vallet, 2010]. Chaque unité devient un centre de responsabilité qui dégage des recettes et engage des dépenses, sous le regard du cadre d'unité qui cherche à maximiser l'activité tout en affectant au mieux des ressources en matériel et en personnel soignant.
- Sur la même période, les règles de certification des établissements de santé et d'évaluation des pratiques de santé [Loi Kouchner de 2002], concourent au développement d'une politique qualité dans les établissements de santé [Anaes, 2004]. Elles poussent les professionnels de santé, médecins en tête, à rendre des comptes tant sur la qualité des soins que sur le décloisonnement des services hospitaliers [Halgan, 2003].

Ainsi, les cadres d'unités de soins ne sont plus seulement impliqués dans le management opérationnel. Ils ont aussi un rôle à jouer dans le management du changement et dans le management des processus de soins. *Les récentes études en management hospitalier relèvent tous cette tendance, mais ils décrivent de manière assez peu précise les évolutions en cours*. Noguera et Lartigau (2009) indiquent que les directeurs comme les DRH incitent l'encadrement de proximité à formaliser et à faire remonter aux directions un ensemble d'informations nécessaires à l'élaboration d'une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences. Fray (2009) montre pour sa part que les cadres d'unités doivent maintenant aider le cadre soignant de pôle à organiser une mutualisation des ressources humaines des pôles pour faire face au problème croissant des remplacements. Detchessahar et Grevin (2009) mettent en avant le développement récent d'un contrôle de gestion social à l'hôpital. Pour eux les cadres de santé s'affirment de moins en moins comme des coordonnateurs du travail des équipes soignantes. Une part croissante de leur temps est consacrée à « l'alimentation et l'entretien de machines de gestion » qui permettent de planifier, d'évaluer, de chiffrer et de limiter le coût de l'activité. Sur la base d'une enquête par questionnaires auprès d'une centaine de cadres d'unités, nous avons nuancé cette affirmation. L'activité du cadre de santé en matière de contrôle de gestion devient plus importante, mais ce travail de mesure et de report reste marginal comparé à l'activité de management des équipes de soins [Coulon, 2011].

Les travaux réalisés à ce jour ne permettent pas de préciser le rôle que jouent les cadres d'unité en tant qu'interfaces RH. De là notre question de recherche : *Quel est le travail d'interface RH des cadres d'unités de soins ?* Comment ce travail d'interface se décline sur les différentes dimensions du management des soins :

- Est-ce qu'ils jouent un rôle dans le management stratégique ? (ex : ont-ils une prise sur les recrutements ou les affectations dans leurs unités de soins ?)
- Est-ce qu'ils prennent une place dans le management des processus ? (ex : est-ce qu'ils sont mobilisés pour adapter dans leur unité des processus RH définis au niveau des services RH ?)
- Quelle est leur participation au management du changement ? (ex : est-ce qu'ils sont mobilisés pour mettre en œuvre les innovations organisationnelles ?)

La présente étude est essentiellement qualitative. Il s'agit ici, partant des missions des cadres d'unités de soins et de leurs principaux interlocuteurs, d'apprécier le travail réel qu'ils effectuent pour contribuer, les uns et les autres, aux différentes dimensions du management des soins.

1.3- Méthodologie

Pour développer cette approche qualitative, nous avons sollicité un institut de formation de cadres de santé qui nous a fourni un ensemble de contacts. Sur la base de ces contacts, nous avons mené, entre fin octobre et fin novembre 2011, huit entretiens semi-directifs avec des cadres d'unités appartenant à diverses structures (CHU, CH, EHPAD, Etablissement de réadaptation fonctionnelle) et divers secteurs hospitaliers (Médecine, chirurgie, psychiatrie, Ehpad, imagerie médicale, laboratoires d'analyses).

Dans une seconde phase de recherche, nous avons effectué deux observations de trois jours sur un CHU (5500 salariés) en décembre 2011 et début février 2012. Nous avons suivi dans leur travail quotidien deux cadres d'unité appartenant à des secteurs très différents du CHU :

- Unité A : unité d'hospitalisation complète (une quarantaine de lits) appartenant à un pôle de pathologie digestive.
- Unité B : laboratoire d'analyse appartenant à un pôle de biologie

Dans les deux cas nous avons pu mener des entretiens semi-directifs sur notre thème d'étude avec les cadres soignant de pôle. Tous les entretiens ont été menés sur la base d'un canevas reprenant le tableau qui figure plus haut. Il s'agissait d'amener nos interlocuteurs à parler de leur travail réel à partir de leur appréciation de leurs missions RH et des missions RH de leurs partenaires (cadre soignant de pôle, direction des ressources humaines, direction des soins infirmiers). Ces missions étaient classées et distinguées suivant leur appartenance au management stratégique, au management des processus, au management du changement et au management opérationnel. Les témoignages recueillis et les observations réalisées permettent, en revenant à notre cadre conceptuel, de caractériser ce travail d'interface RH des cadres d'unités de soins.

2- Le travail d'interface RH du cadre d'unités de soins

Lorsqu'ils sont amenés, en début d'entretien, à présenter les évolutions de leur travail en termes de management opérationnel, les cadres d'unités mettent en avant la difficulté de plus en plus grande qu'ils éprouvent à assurer leur mission (assurer une qualité des soins) avec un effectif constant (un nombre d'emplois temps plein fixé) pour un volume d'activité qui va croissant (plus de prises en charges de patients dans la semaine).

Pour dépasser ces difficultés, les cadres d'unités développent, avec leur cadre soignant de pôle, la direction des soins et la direction des ressources humaines, tout type d'action qui leur permet de créer « *une équipe soignante stable, bien formée et solidaire* ». Ceci les pousse à participer marginalement au management stratégique et au management des processus et de participer très activement au management du changement. Nous reprenons ici nos

observations et nos témoignages, en développant à l'aide de cas le rôle d'interface RH que jouent les cadres d'unités en matière de management des processus et de management du changement.

2.1- Management stratégique (constitution du portefeuille de compétences)

Les cadres d'unités interrogés ne se voient pas comme des « partenaires stratégiques ».

Pourtant, ils participent à la constitution du portefeuille de compétences de leur unité. En effet, tous les cadres interrogés participent, à divers titres, au **recrutement** ou à l'**affectation** d'un membre nouveau de leur équipe (définition du profil du poste, définition du profil du candidat, proposition d'un candidat particulier, participation au jury de sélection avec la cadre soignante de pôle). Un des cadres mentionne même que le nouveau membre doit, sur la présentation de son profil, être coopté par l'équipe soignante. Ce pouvoir sur le recrutement laissé par les services RH aux cadres d'unité repose sur l'absolue nécessité de réduire un taux de turn-over très marqué du personnel soignant (argument repris dans cinq des témoignages). Ce turn-over désorganise constamment le management des soins (période de formation des nouveaux arrivés, difficulté d'intégration, gestion des plannings, etc.). Il est lié, pour nos interlocuteurs, au décalage entre les attentes d'un personnel paramédical formé, exigeant et des conditions de travail jugées mauvaises ou trop difficiles (qualité du travail trop souvent « empêchée » par manque de temps ou de moyens ; conciliation difficile entre vie professionnelle et vie personnelle). En participant au recrutement, le cadre d'unité posera les questions les plus pertinentes lui permettant de départager, parmi les candidats sur le poste vacant, les plus susceptibles d'intégrer l'unité et d'y rester.

2.2- Management des processus (constitution du portefeuille de compétences)

Les cadres interrogés ne se voient pas comme des « cadres administratifs ».

Pourtant, ils interviennent non seulement dans la mesure et le report d'un ensemble d'informations attendues par les services RH (temps de travail, évaluation, bilan de formation, etc.), mais aussi dans la mise au point des processus RH nécessaires à l'amélioration des compétences du personnel soignant de leur unité (intégration, évaluation, bilan de formation, etc.). En effet, les outils censés faciliter la mise en œuvre de ces pratiques RH sont définis par les services RH selon des canevas types. Mais ces canevas, définis en termes généraux, doivent être adaptés au niveau des différentes unités pour être opérationnels. *Ce sont les cadres d'unités qui les adaptent, avec ou sans l'aide des services RH.* Par ailleurs, quand ils rapportent aux services RH leurs difficultés à appliquer tel ou tel outil RH, ils proposent aussi des modifications pour rendre ces outils plus opérationnels.

Le cas suivant illustre le rôle d'interface RH dans la mise au point d'un processus **d'intégration du personnel**. L'observation a été faite dans l'unité A, lors d'une des « visites » balisant le parcours d'intégration d'une nouvelle aide-soignante. Depuis trois ans, les services RH du CHU demandent aux cadres d'unité de respecter un processus d'intégration pour tout nouvel arrivant, qu'il soit contractuel ou non. Sous la responsabilité du cadre d'unité, un « tuteur » accueille l'arrivant et l'aide à réaliser un *parcours d'intégration* en le formant ou en l'aidant à comprendre graduellement l'ensemble des tâches qu'il doit réaliser pour être parfaitement intégré dans l'unité.

Un questionnaire balisant ce parcours d'intégration a été mis au point par les services RH. Il s'agit d'un document comportant une quarantaine de questions fermées sur la manière dont le nouvel arrivant s'occupe des tâches dont il est responsable et s'intègre dans l'unité. Le questionnaire teste les connaissances pratiques et les connaissances relationnelles sur des échelles de 1 à 3 ou de 1 à 4 (comment l'arrivant prend en charge telle ou telle tâche : de pas du tout à tout à fait). *Ce questionnaire est adapté au niveau de l'unité en fonction du profil du*

poste du nouvel arrivant. C'est le cadre d'unité qui se charge de ce travail, avec l'aide d'un « tuteur » maîtrisant les contraintes du poste.

Le cadre d'unité s'appuie sur ce questionnaire « adapté » pour effectuer quatre « visites » en semaine 1, semaine 2, semaine 4, et semaine 8. A chaque visite, il réunit la nouvelle arrivante, sa tutrice, et il complète le questionnaire, pour constater comment, graduellement, la nouvelle arrivante acquiert les compétences nécessaires à sa fonction. Le questionnaire se termine par un point d'étape qui évalue lors de chaque « visite » :

- Le sentiment d'intégration du nouvel arrivant ;
- Les connaissances techniques ;
- La capacité à aller chercher de l'information pour mieux faire ;
- La capacité à exposer ses difficultés.

Nous avons pu constater la difficulté du cadre à utiliser cet outil RH. L'observation a eu lieu lors de la seconde « visite » rassemblant la cadre d'unité, la nouvelle aide-soignante et sa tutrice. Cette « visite » a duré près d'une heure, au cours de laquelle la cadre a été sollicitée huit fois (téléphone, déplacement dans le service, discussion avec une assistante sociale, avec un médecin). La « visite » n'a pas pu être terminée le jour même, la tutrice devant quitter le bureau pour assurer un ensemble de soins. *Pour la cadre d'unité, interrogée sur ces difficultés, la direction des ressources humaines définit des processus RH inadaptés (qui ne tiennent pas suffisamment compte des difficultés que rencontrent les cadres d'unités pour les mettre en œuvre dans le cours de leur activité).*

2.3- Management du changement (actualisation du portefeuille de compétences)

Les cadres interrogés se voient comme des « agents de changement ».

Pour ce qui est des innovations organisationnelles ou techniques, les cadres estiment qu'elles ne peuvent voir le jour sans leur concours. Selon leurs témoignages, leur rôle d'interface RH doit être mis en avant le plus tôt possible dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets. Ces innovations sont nombreuses et elles modifient les processus ou pratiques de gestion de l'activité des soins :

- Développement de l'informatique de gestion: planning des équipes, tableaux de bord d'activités, de consommations, dossier patient, etc.;
- Modifications des politiques de qualité et de gestion des risques ;
- Modification récentes des pratiques de formation (ex: DIF) ;
- Evolution des demandes des patients (évolutions des droits des patients), etc.

Ce cas illustre le rôle d'interface RH en tant qu'agent de changement. Il a trait à une **innovation dans le domaine de la qualité** dans l'unité B, unité d'analyse biologique. Il concerne l'accréditation du secteur chargé, dans cette unité, d'analyser les légionelloses. L'objectif visé par le médecin chef de service est d'obtenir une accréditation du plus haut niveau (accréditation COFRAC/ norme 15189) pour éviter la fermeture du laboratoire. En effet, si le laboratoire n'obtient pas dans les six mois cette accréditation, les analyses concernant le plomb et la légionellose seront réalisées dans un CHU voisin qui a déjà obtenu cette norme.

Pour obtenir cette accréditation le laboratoire doit modifier un ensemble de pratiques concernant :

- La gestion et la circulation des produits d'analyses et des échantillons ;
- La métrologie : la température des échantillons à analyser et de certains produits doit obéir à des constantes particulières, ce qui se traduit par des problèmes de stockage (frigo, congélateurs particuliers) et de mesures ;

- La gestion de documents (suivi des produits, des échantillons, des analyses effectuées)
- *L'habilitation des personnes* : les techniciens de laboratoire doivent non seulement avoir suivi une formation particulière, mais aussi disposer d'une ancienneté suffisante et appliquer de manière régulière les pratiques qui font l'objet de la certification.

Au départ, la démarche d'accréditation, urgente, est considérée sous son aspect uniquement technique. Elle n'engage qu'une équipe restreinte composée d'une biologiste, d'un médecin et d'un pharmacien. Au bout de trois mois de travail, l'équipe a résolu la plupart des problèmes techniques, mais suite à une première visite de l'auditeur en charge de la certification, elle réalise l'importance de l'habilitation des techniciens de laboratoire. *L'équipe demande alors à la cadre d'unité de se charger des questions qui ont trait à cette habilitation.* La cadre doit alors, dans l'urgence :

- Mettre en conformité les postes de travail avec la norme ; établir des fiches de postes et les faire valider par le médecin chef de service ;
- Mettre en place un outil de mesure qui permet de prouver que les techniciens appliquent régulièrement les pratiques qui font l'objet de la demande de certification ; les techniciennes remplissent un cahier de travail et mentionnent, jour après jour, les différentes manipulations qu'elles réalisent ; la cadre reprend ce cahier et pointe les pratiques qui relèvent de la norme ; elle met en place des rotations de postes pour assurer que tous les techniciens du laboratoire sont formés aux pratiques visées et les appliquent effectivement.

Ce travail visant l'habilitation du personnel aurait été facilité si le rôle d'interface RH du cadre d'unité avait été reconnu dès le départ par la hiérarchie médicale.

2.4- Management opérationnel (actualisation du portefeuille de compétences)

Les cadres d'unités interrogés ne se voient pas comme des « champions » représentant leurs équipes de soins.

Pourtant, ils estiment que leur travail est centré sur le management des équipes de soins. Les témoignages recueillis, recourent l'enquête plus large menée récemment (Coulon, 2011). Mais un des cadres interrogés traduit une opinion partagée quand il se définit comme « un champion du bricolage de solutions RH, pour faire face aux incohérences et aux manques [en matière de gestion du personnel] ». Quand ils se prononcent sur les différentes pratiques RH qui visent l'actualisation du portefeuille des compétences de l'unité, ils pointent surtout les problèmes récurrents et complexes que posent les remplacements. Ils apprécient aussi les moyens dont ils disposent pour contribuer à la formation des membres de leurs équipes soignantes.

Selon nos témoignages, les cadres n'ont pas de latitude pour négocier des moyens particuliers en personnel et faire face à une évolution de l'activité ou pallier aux absences. Ces absences sont importantes du fait des ruptures de rythme qu'impose le travail en continu (deux équipes de jour, une équipe de nuit) dans la plupart des unités de soins. Les moyens en **remplacements** institués (pools de remplaçantes) sont rarement définis au niveau du pôle. En fonction de la taille de l'établissement, ils sont partagés par plusieurs pôles (CHU), voir par l'hôpital tout entier (CH). Ces moyens sont limités. Au mieux, ils couvrent des remplacements de longue durée (congés maternité) ou prévus de longue date (départ en formation par exemple). La mutualisation de ressources en personnel qualifié au niveau du pôle est très difficile à mettre en place : les infirmières sont relativement spécialisées. Elles appliquent des protocoles de soins souvent complexes et propres à leur unité, ce qui limite l'institution d'une polyvalence infirmière entre les unités d'un même pôle. Par ailleurs, si le médecin chef de pôle pousse les médecins chefs d'unités à faciliter cette polyvalence, ces

derniers, selon les témoignages recueillis, redoutent de se voir amputer des moyens en personnel et ne donnent pas vraiment suite à ces souhaits. De sorte que, pour faire face aux absences, les cadres sont effectivement amenés à « bricoler » des arrangements avec les membres de leurs équipes, ou avec des étudiants qui sont passés par leur unité pour se former dans le cadre de stages. Ces « bricolages » prennent du temps, ils consistent en arrangements à chaque fois négociés ; mais ils sont indispensables pour ne pas trop alourdir la charge de travail des présents et maintenir la cohésion des équipes.

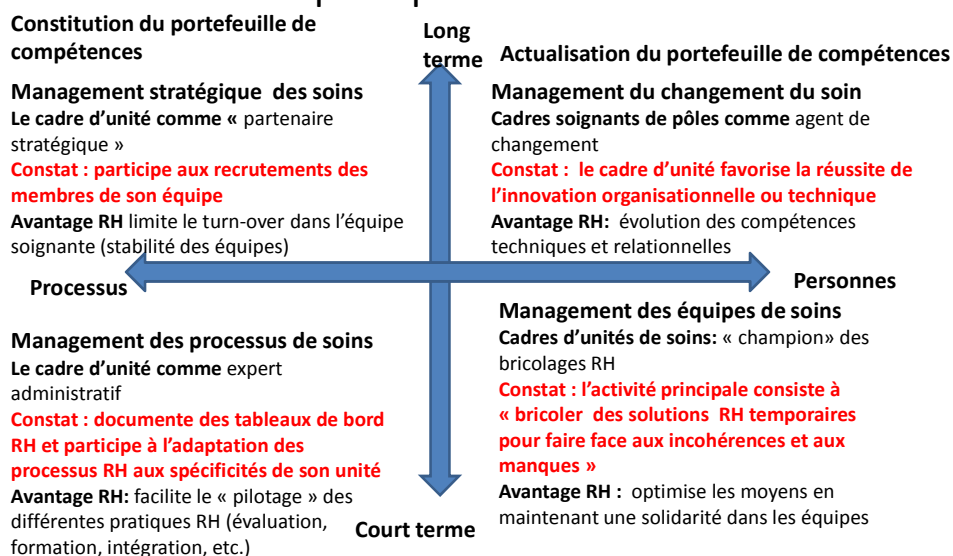
Les cadres d'unités disposent de plus de latitude lorsqu'il s'agit d'obtenir, de la direction des soins ou de la direction des ressources humaines, des moyens en **formation**. Ces formations souvent réalisées en interne sur des courtes durées ne perturbent pas trop la gestion du soin et favorisent des échanges entre soignants lors de réunions d'équipes sur les protocoles de soins (**assurance qualité des soins**).

3- Discussion et conclusion

Ces dix dernières années, les réformes d'organisation et de financement de l'hôpital public, l'évolution des modes de prises en charges des patients (diminution des lits en hospitalisation complète, diminution des durées des séjours, etc.) ont impacté le management hospitalier. Une part importante des travaux sur ce thème constatent, après de Singly (2009), la complexité croissante du travail des cadres hospitaliers, complexité mal connue et peu reconnue statutairement et financièrement.

Cette communication a évidemment des limites méthodologiques Elle repose sur un nombre d'entretiens limités et elle doit être prolongée par une enquête plus quantitative, par questionnaire, auprès d'un échantillon significatif de cadres d'unités pour confirmer et préciser les résultats que nous avons obtenus. Cependant, l'enquête que nous avons menée fournit à la fois un cadre d'analyse et un ensemble d'informations intéressantes sur les pratiques mises en œuvre par les cadres d'unités de soins pour dépasser les difficultés qu'ils rencontrent dans leur management opérationnel. Le travail d'interface RH du cadre d'unité se décline dans les quatre dimensions du management. La figure qui suit reprend les principaux constats établis lors de notre enquête.

Figure 2- le cadre d'unité et le management : principaux constats



Une part importante du travail d'interface RH du cadre est « invisible » aux directions qui évaluent l'activité des cadres d'unités de soins. Ceci est en grande partie lié au fait que cette évaluation se base essentiellement sur les missions formelles des cadres d'unités et sur des indicateurs de « résultats » et de « performances » (Rizzolatti, 2011). Actuellement, ces indicateurs ne mesurent pas le temps et les efforts que développe l'encadrement pour « ajuster » objectifs et moyens disponibles à partir de relations informelles avec leurs équipes, leur cadre soignant de pôle, ou les directions.

D'après cette enquête, les réformes en cours induisent la nécessité d'une recherche d'efficacité qui doit amener tous les acteurs institutionnels à coopérer. Les cadres que nous avons interrogés espèrent deux types de changements dans ce sens :

1- *Que leur travail d'interface RH tienne compte des difficultés qu'ils rencontrent dans la gestion courante de l'activité de leur unité.*

Dans ce sens, les services RH peuvent engager, (ou développer sur la base des récents travaux de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance hospitalière) un travail sur les outils RH proposés aux cadres d'unités. La plupart des pratiques de management RH nécessitent un temps de face à face important (appréciation, intégration, discussions relatives aux remplacements, etc.). Aucun des outils RH mis à disposition des cadres (formulaire d'évaluation ; formulaire d'intégration, etc.) ne prend suffisamment en compte le temps passé en face à face avec l'agent pour réaliser la pratique en question. Et, à ce temps de face à face, il faut ajouter un temps d'administration qui permet de pointer ou de rendre compte d'opérations de management (modification de planning, bilan de formation, etc.).

Autrement dit, le cadre d'unité doit, pendant un temps important, être soustrait des obligations et des contraintes inhérentes à la gestion des soins qui lui font quitter son bureau pour régler les problèmes dans l'unité. Or, dans la plupart des unités (médecine, chirurgie, obstétrique, urgences, etc.), il a du mal à dégager ce temps. Dans la plupart des cas, le travail du cadre d'unité de soins n'est pas une suite de tâches qui peuvent être planifiées et réalisées sans tenir compte de multiples urgences ou contretemps (entrées de patients imprévus ; aggravation de l'état de santé de patients, etc.). Ces urgences et ces contretemps fractionnent le cours de ses activités. Elles rendent difficiles la mise en œuvre de pratiques RH très formalisées.

2- *Que leur rôle d'interface RH soit reconnu de manière systématique lors d'innovations organisationnelles ou techniques.*

Pour l'instant, du fait de son positionnement, le supérieur du cadre d'unité, le cadre soignant de pôle est désigné comme celui qui joue le rôle d'agent de changement [Zegar, Vallet, 2010 ; Hénart et al., 2011]. Il est vu à la fois comme celui qui permet l'intégration des nouveaux projets et facilite la mutualisation des moyens au niveau du pôle. L'évolution de sa mission s'appuie principalement sur deux dispositifs :

- principe des coopérations entre professionnels de santé encadré dans la loi HPST et mis en œuvre par l'arrêté du 31/12/2009 relatif aux protocoles de coopération entre professionnels de santé ;
- mission relative aux métiers intermédiaires entre médecins et paramédicaux afin d'améliorer la coordination des soins.

Cependant le cadre soignant de pôle est tellement absorbé à gérer la rareté des ressources qu'il peut difficilement consacrer du temps à des projets de changement organisationnel ou technique [Stanislas, Charniguet, 2011]. Concernant ces ressources, il doit satisfaire aux conditions d'un contrat de pôle. Les services RH, comme la direction des soins et son médecin responsable de pôle demandent au cadre soignant de pôle de respecter ce contrat de pôle sur le plan des ressources humaines : « Restez dans le cadre de votre enveloppe ! ». En

interne, la coopération entre les différents médecins chefs d'unités ne se décrète pas. Ces derniers ne participent pas ou rarement aux réunions ayant trait à ces mutualisations, invoquant leur difficulté à dégager du temps. Derrière ce manque d'engagement, ces médecins chefs d'unités ne souhaitent pas mettre à disposition pour le pôle des ressources qu'ils estiment déjà trop limitées au niveau de leur unité. De sorte que le cadre soignant de pôle s'appuie beaucoup sur le cadre d'unité de soins pour introduire les changements. Il a connaissance des projets en cours et il en informe l'équipe de ses cadres d'unité. Mais il les « pilote » rarement et laisse une très grande autonomie à ses cadres pour les mettre en œuvre dans leur unité.

En conclusion, nous retiendrons que les cadres d'unités de soins n'exercent pas seulement un travail de management opérationnel. Dans des organisations généralement de grandes tailles, fortement cloisonnées [Glouberman et Mintzberg, 2002] et qui obéissent à un fonctionnement très bureaucratique, ils structurent de manière très personnelle, en fonction de leur activité, de l'aide qu'ils obtiennent de leur cadre soignant de pôle, des contacts qu'il entretiennent avec les directions des soins et des ressources humaines, un rôle d'interface RH qui va au-delà de la définition théorique de leur fonction. Ils assument des rôles de management stratégique, de management des processus, et de management du changement pour constituer et actualiser, au niveau de leur unité, un portefeuille de compétences en soins ou en actes médico-technique. Les cadres d'unités développent ce travail d'interface RH, alors même qu'il reste peu « visible » et mal reconnu. S'ils assument ce travail, c'est parce qu'issus des professions paramédicales, ils savent que la qualité des soins dans leur unité est directement dépendante des moyens dont ils disposent en personnel et en formation.

Bibliographie

Aoki, M. (1990), « Toward an Economic Model of the Japanese Firm », *Journal of Economic Literature*, Volume XXVIII, pp 1-27

ANAES (2004), *Manuel d'accréditation des établissements de santé* ; deuxième procédure d'accréditation, septembre.

Bareil, C et al. (2002), « Les pratiques renouvelées de gestion des ressources humaines dans le réseau montréalais de la santé et des services sociaux » *Gestion*, 2002/3 Vol. 27, p. 64-73.

Bouret, P. (2006), *Les cadres de santé à l'hôpital*, Seli Arslan

Bouret, P. (2008) « Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible », *Revue française d'administration publique*, n° 128, pp 729-740

Coulon, R. (2011), « Le cadre de santé, la gestion et le soin », *Actes du XXII Colloque de l'AGRH*, Marrakech, 26-28 octobre 2011

De Singly, C. (2009), *Rapport de la mission des cadres hospitaliers*, Ministère de la Santé et des Sports.

Detchessahar, M & Grevin, A. (2009), « Un organisme de santé... malade de « gestionnisme » », *Gérer et comprendre*, n° 98, p 27-37, décembre

Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques, 2011, *le panorama des établissements de santé*, Internet : www.sante.gouv.fr/

Escaffre, J.P. (2008), *Le contrôle de gestion des unités de soins hospitaliers*, Economica

- Fray, A.M., (2009), « Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs », *Management et Avenir*, n°28, pp 142-159
- Glouberman S, Mintzberg H. (2002), « Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie », *Gestion*, 2002/3 n°273, p. 12-22.
- Halgand, N. (2003), « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement », *Revue française de gestion*, n° 14, pp. 219-231
- Hénart, L ; Berland, Y ; Cadet, D. (2011), *Rapport relatif aux métiers de santé de niveau intermédiaire- Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, La documentation française.
- Livian, YF. & alii, (2006), *Etre cadre, quel travail ?* ANACT
- Mayo, E. (1933), *The Human Problems of an Industrialised Civilisation*. New York, Macmillan
- Mintzberg, H. (1984), *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*, les éditions d'organisation
- Mintzberg, H. (2011), *Manager : ce que font vraiment les managers*, Vuibert
- Mispelblom Beyer, F. (2006), *Encadrer, un métier impossible*, Colin
- Noguera F. et Lartigau J. (2009), « De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives », *Revue management et avenir*, n° 25, p. 290-314, mai
- Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (2009).
- Rizzolatti, C. (2011), « La participation du cadre de santé de proximité à la décision stratégique », *Gestions hospitalières*, n° 503, p 95-104
- Roethlisberger, F.J., Dikson, W.J. (1939), *Management and the Worker*, Cambridge, Harvard University Press
- Reynaud, J-D. (1988), « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, n° 29-1, pp 5-18
- Stanislas, J.L., Charniguet, D. (2011), « Cadre soignant de pôle : expériences MCO/psychiatrie », *Gestion Hospitalières*, n°503, p 115-125
- Ulrich, D., 1997, *Human Resource Champions: The Next Agenda for Adding Value and Delivering Results*, Harvard Business School Press
- Yahiel, M, Mounier, C. (2010), « Quelle formation pour les cadres hospitaliers ? », *Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales*, novembre 2010
- Zeggar, H., Vallet, G. (2010), *Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements*, Rapport IGAS, février, <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000246/0000.pdf>