

La fonction “cadre de santé” : entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui

Pierre Peyré

Directeur du Département des Sciences sanitaires et sociales
Université de Pau et des Pays de l'Adour

Résumé

S'il est un champ de la complexité où le concept de *gouvernance* tel qu'il émerge aujourd'hui au cœur du discours managérial représente un véritable enjeu stratégique, c'est bien celui où s'exerce, dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux, la fonction de cadre de santé.

Quelle est cette fonction, comment la concevoir et l'organiser de l'intérieur de la profession, face à l'enjeu institutionnel de cette nouvelle façon de piloter l'hôpital ?

Partant du fait que l'encadrement des équipes soignantes est une fonction de proximité, un métier de contact, qui exige un ensemble de compétences pour assurer la qualité et la sécurité des soins en milieu sanitaire et social, la présente communication vise à développer l'idée que manager les soins dans le domaine de la santé publique et encadrer les professionnels qui dispensent ces soins, c'est être *capable et responsable* à la fois dans un milieu en mutation accélérée où les seules compétences techniques ne peuvent plus être l'alibi d'engagements superficiels, tant au niveau individuel que collectif.

Il faut, pour comprendre cette complexité, aller du global au local et saisir la posture du cadre à l'interface des sphères organisationnelle et culturelle de l'hôpital-entreprise.

Mots-clés : cadre de santé, formation initiale & continue, management, relations à autrui.

The competency of to be a “health manager”: in-between governance training and networking the relations between individuals

Abstract¹

If it is a domain of the complexity where the concept of governance, as it emerges today into the heart of the managerial speech, does represent a true strategic stake, indeed it is that where it is exerted, in the hospital and medico-social enterprises, through the function of health manager.

What is this function of health manager ? How to conceive it and organize it from the inside of the profession, face to the institutional stake, in the new way of controlling the hospital ?

On the basis of the fact that the control of the healthcare teams, related first to proximity, is a trade of contact, which requires a whole of competences to ensure the quality and the safety of the care, both in medical and social environments, the present work aims at developing the idea that to manage the healthcare in the field of the public health and to govern the professionals which exempts this healthcare, it is to be competent and responsible at the same time in an enterprise which is in an accelerated changing way and where the technical skills cannot be any more an alibi of superficial engagements, so much at the individual level than the collective one.

Thus, it is necessary, in order to understand this complexity, to go from the global to the local point of view and to seize the posture of the manager that stands at the interface of the organisational and cultural compartments of the hospital enterprise.

Key words : education, health manager, management, reliance

¹ traduction Pierre Bricage

Introduction

Ouverte sur la vie et la société, la fonction « cadre de santé » implique statutairement la double capacité de pouvoir passer d'une fonction de soignant à une fonction d'encadrement et d'enseignement. Ainsi particulièrement complexe, cette fonction requiert des capacités d'adaptation, un sens développé des responsabilités, ainsi que des attitudes professionnelles de base indispensables : outre les savoirs techniques de la profession, elle exige aussi des connaissances en matière de santé publique pour comprendre notre système de soins, ainsi que des capacités de communication écrite et orale pour accomplir efficacement les tâches quotidiennes administratives et relationnelles. Bien plus que de simples savoirs, savoir-faire et savoir-être, les compétences des cadres de santé sont indissociables des motivations individuelles et de la culture hospitalière. Elles sont la condition même, technique et humaine à la fois, de la qualité et de la sécurité des soins dont elles assurent la pérennité.

Face à une telle fonction, au carrefour de compétences aussi techniques que relationnelles, les cadres de santé ne peuvent que s'interroger, entre identité professionnelle et enjeux de *nouvelle gouvernance*, sur la nature et le devenir de leur profession.

La vision d'une conception *positiviste* de la gestion traditionnelle s'estompe, ici, au profit d'une vision *constructiviste* de l'organisation du travail. Il ne suffit plus d'apprendre à maîtriser des structures, il faut apprendre à apprendre pour entreprendre et réaliser des projets collectifs. La gouvernance prend alors la forme d'un processus permettant aux soignants d'acquérir des compétences pour réussir à mettre le malade au centre du dispositif tout en comprenant que les soignants, eux aussi, ont leur place au centre de ce dispositif, lieu de parole autant que de contraintes organisationnelles, techniques et économiques. On ne saurait donc pas initier de *nouvelle gouvernance* dans ce milieu sans revenir de façon actualisée sur la complexité des relations entre les structures, les hommes et les technologies.

Au-delà des schémas classiques de la gestion participative, l'intérêt du concept de *gouvernance*, c'est qu'il marque l'intention de ne plus faire du management un produit instrumental codifié par le règlement, mais un construit organisationnel par des professionnels en situation, validé par les résultats, c'est-à-dire un aboutissement du système appelé à produire, en termes d'efficacité générale, des soins de qualité pour répondre à la demande des individus et de la société.

I. DE LA FICHE MÉTIER A LA RELATION COMPLEXE MISSION-METIER-COMPETENCES

La *fiche métier* est le référentiel de base qui établit l'ordre des compétences à partir de la qualification et de la mission.

I.1. Qualification (ordre du statut) :

Derrière le concept de qualification, il faut voir :

- le grade : Cadre de santé des services médicaux, médico-techniques et de rééducation ;
- la catégorie d'appartenance : catégorie A ;
- la fonction : Encadrement dans un service médical, médico-technique, de rééducation ;
- le diplôme requis pour exercer : Diplôme Cadre de Santé.

I.2. Mission (ordre de la fonction) :

Le cadre de santé 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 est référent professionnel, il a un rôle de formation, de coordination et de recherche ;
- Il a un rôle d'encadrement et d'animation des personnels de l'unité.

Globalement, il est responsable :

du soin dans le domaine de compétence propre à sa fonction,
de l'organisation de l'application de la prescription médicale,
de la gestion administrative de l'unité.

Plus concrètement, les missions et activités principales du cadre de santé sont :

La participation, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire médicale, à la définition des objectifs et du projet de l'unité. À ce titre, le cadre conçoit et met en œuvre un projet de service ou de l'unité avec le corps médical, en liaison avec le projet de l'établissement.

La gestion de l'unité et l'organisation de la prise en charge globale de la personne soignée. À ce niveau, le cadre participe à l'optimisation et à la mise en œuvre des ressources humaines et logistiques allouées au regard des variations de l'activité et des priorités. Il aide les différents acteurs de l'équipe soignante à déterminer les besoins de santé des patients et à y répondre de manière adaptée.

L'encadrement et l'animation des personnels.

Le cadre est l'animateur de l'équipe placée sous sa responsabilité. Il participe à l'évaluation des personnels, identifie les besoins en formation, en assure le suivi et l'évaluation des résultats. Il élabore et met en œuvre un projet d'accueil et de formation des nouveaux professionnels et des étudiants. Pendant le stage, il soutient les stagiaires dans la réalisation de leurs objectifs, contrôle leur apprentissage et participe à leur évaluation.

Dans l'exécution de ses missions et activités principales, le cadre établit des relations professionnelles avec :

- La direction des soins pour la supervision et le suivi des projets,
- Les chefs de service et tous les professionnels de santé intervenant dans l'unité.

I.3. Compétences (ordre du rôle) :

1.3.1. Par domaines ("*s'y connaître en...*") :

Compétences en gestion, éducation, organisation, communication, animation, encadrement, médiation, formation et évaluation dans le champ de la santé et du travail social.

1.3.2. Par types d'activités (« *être capable d'agir efficacement en matière de...* ») :

Conception, réalisation et d'évaluation d'actions collectives dans le champ de la santé et du travail social,

Gestion économique et financière de services,

Gestion des ressources humaines,

Communication inter-individuelle et de groupe

Accompagnement du changement et de développement de l'autonomie des acteurs.

1.3.3. Par tâches spécifiques (savoir intervenir au niveau de) :

Conception et mise en oeuvre de programme et d'actions de formations

Évaluation des prestations et des personnels

Analyse des pratiques professionnelles

Rédaction d'articles professionnels

Commande et participation à des travaux de recherche

Professionnalisation des personnels

Analyse stratégique des situations et des systèmes

Médiation dans la conduite de projets

1.3.4. Compétences transversales (pouvoir relier, coordonner) :

Intervention spécialisée étendue sur plusieurs sites, unités ou niveaux hiérarchiques et mariant différentes compétences et responsabilités afférentes aux domaines, activités et tâches énumérées ci-dessus (exemple : le cadre hygiéniste, le cadre responsable de la formation, etc.).

II. LES COMPETENCES AU JEU DE LA GOUVERNANCE

Manifestement, les établissements de santé sont bien ce lieu où les compétences sont au cœur du système. Elles en assurent l'efficacité et rythment le fonctionnement. En termes d'efficience, tout part d'elles et tout y revient. Aussi, à l'heure où la demande de produits de santé explose et où le système de santé connaît des seuils de saturation, la relation *mission-métier-compétences* n'est pas qu'un simple problème de catégorisation des personnels, elle relève du

management le plus profond, c'est-à-dire du pilotage global et local à la fois de l'entreprise-hôpital et de ses régulations.

C'est pourquoi *la gouvernance* qui « se veut un système de traitement de la complexité croissante des problèmes » (*op. cit.*, p.48) pourrait apporter un renouveau par rapport aux systèmes traditionnels de gestion.

II.1. COMPETENCES ET MANAGEMENT

A l'évidence, la question des compétences du cadre relève du management, et la relation mission-métier-compétences forme un tout indissociable, inscrit dans le système qui la gouverne et qu'elle détermine en retour, conformément aux effets induits par le pilotage du système. C'est ce que vise à représenter le schéma ci-joint (Figure n°1) inspiré d'une modélisation très féconde de Gérard Donnadiou (*op. cit.*, p. 87), et qui montre que l'efficacité générale (*Eg*) d'une entreprise est la résultante des processus d'intégration des trois formes cardinales d'efficacité qui entrent en jeu dans les rapports entre les acteurs et le système : *l'efficacité stratégique* (*Es*, niveau institutionnel), *l'efficacité organisationnelle* (*Eo*, niveau managérial) et *l'efficacité humaine* (*Eh*, niveau opérationnel).

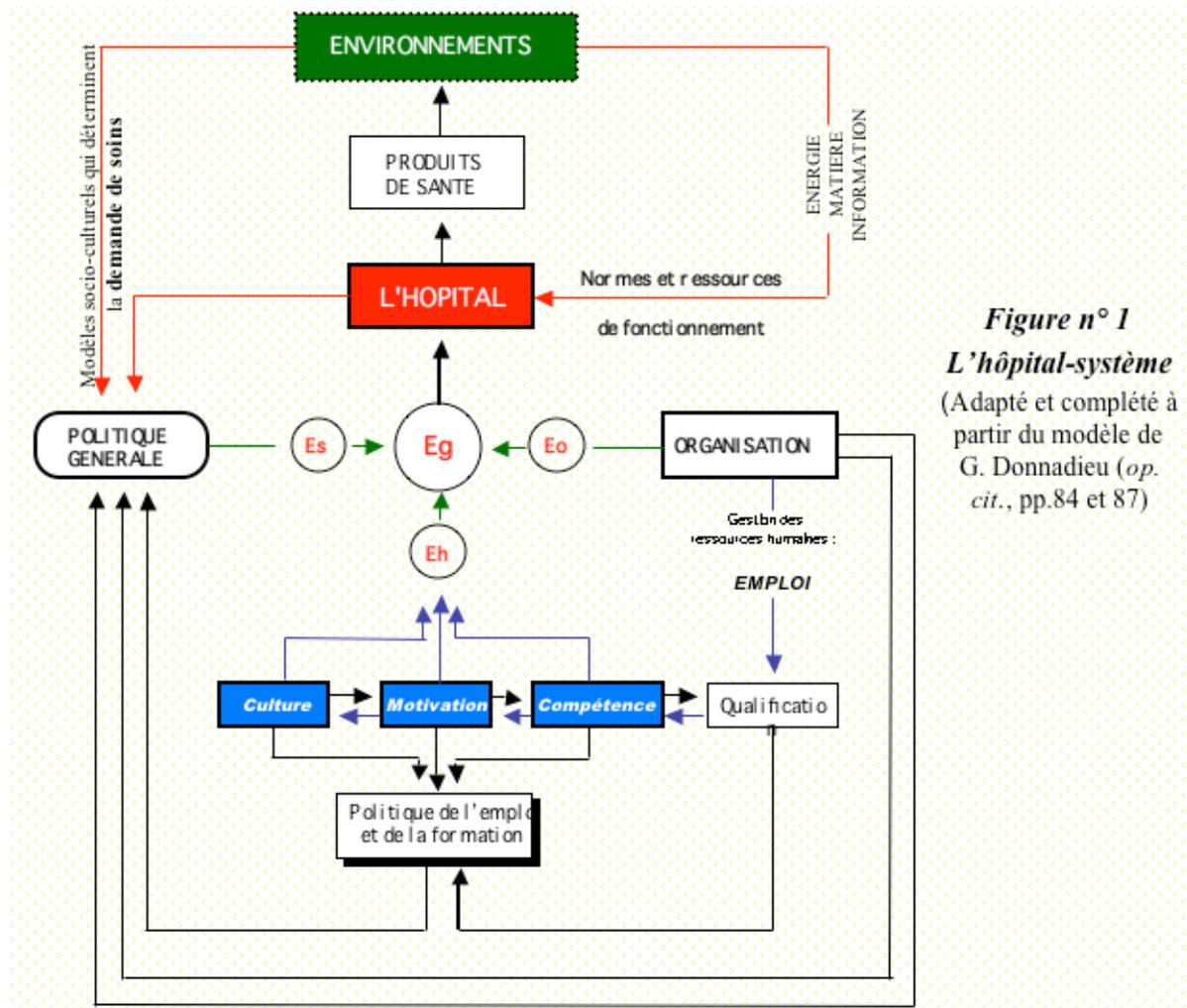


Figure n° 1
L'hôpital-système
(Adapté et complété à partir du modèle de G. Donnadiou (*op. cit.*, pp.84 et 87))

En lisant ce schéma, on conçoit notamment que ce sont les missions que l'institution assigne à ses cadres de santé (*Es*), et la façon dont elle les coordonne de façon globale et locale à la fois (*Eo*) qui tracent les lignes de force des compétences que la société, à travers l'utilisateur, attend de leur part (*Eh*). Ce mouvement détermine, à l'intérieur même de la profession où compétences, motivations et culture se conjuguent, les métiers et les identités individuelles et collectives productrices de qualité et de sécurité des soins. Schéma commode qui matérialise bien la place du cadre et la dynamique de sa fonction au sein du système de santé.

II.2. LE PLAN HOPITAL 2007 ET LA NOUVELLE GOUVERNANCE

Dans les hôpitaux, la « nouvelle gouvernance » prend une forme concrète avec l'ordonnance du 2 mai 2005 qui en fixe les objectifs :

- c'est un nouveau mode de fonctionnement de l'hôpital qui privilégie les notions de proximité et de gestion médico-administrative,
- c'est une volonté de lier plus fortement autonomie et responsabilité afin d'améliorer la réactivité de l'organisation hospitalière et de permettre de s'adapter aux nouvelles exigences (qualité, tarification à l'activité),
- et c'est, *in fine*, la démarche la plus sûre ou la moins improbable pour une meilleure prise en charge du patient en rapprochant la décision au plus près du terrain.

Cette réforme repose sur la rénovation des instances et sur une modification de l'organisation interne des établissements².

II.2.1. Les grandes orientations :

Ainsi attaché à cette volonté de nouvelle gouvernance³ lancée par le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, en novembre 2002, le plan « hôpital 2007 précise les orientations de la nouvelle politique de santé.

Selon une vision que l'on peut qualifier de *systémique*, il engage :

- 1- une planification plus souple avec le schéma régional d'organisation sanitaire nouvelle génération (SROS III),
- 2- un nouvel espace d'organisation de l'offre de soins avec le territoire de santé,
- 3- une politique de relance de l'investissement avec l'élaboration des plans pluriannuels d'investissement,
- 4- un régime financier plus équitable de par la mise en œuvre de la tarification à l'activité,
- 5- un fonctionnement interne plus cohérent et une organisation plus réactive.

Un des enjeux de ce plan sera de transformer la gestion de l'hôpital en s'inspirant de celle de l'entreprise⁴ : multiplication des centres de responsabilité, notamment, contractualisation avec les autorités de tutelle, autonomie budgétaire accrue et délégation de gestion vers les services de soins.

Cependant, les hôpitaux n'ont pas attendu ces textes pour commencer à élaborer des stratégies organisationnelles. Les *pôles* ont été au cœur du débat pendant de longs mois. Cependant les soignants, acteurs du système, sont très peu informés de cette nouvelle orientation stratégique qui touche l'ensemble des structures de l'hôpital comme l'organisation hospitalière universitaire, le conseil d'administration, le projet d'établissement, le rapport avec l'agence régionale d'hospitalisation, les organes représentatifs et l'expression des personnels, l'organisation financière et l'organisation interne des hôpitaux.

II.2.2. La rénovation des instances hospitalières

Le conseil d'administration voit ses compétences centrées sur la définition des axes stratégiques, l'évaluation et le contrôle.

La compétence du directeur de l'établissement est réaffirmée.

Un conseil exécutif est créé dans les établissements de santé autres que les hôpitaux locaux. Cette instance paritaire, présidée par le directeur, associe étroitement les praticiens désignés par la commission médicale d'établissement et les membres de l'équipe de direction autour de la préparation de l'ensemble des projets nécessaires à l'élaboration du projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens.

² Circulaire DHOS/E 1/2004 relative à l'expérimentation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

³ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

⁴ Le concept d'hôpital-entreprise est fortement présent dans la loi du 3 janvier 1984 qui met en œuvre la départementalisation et instaure un découpage des établissements en centres de responsabilité, inaugurant ainsi l'expérimentation d'une direction par objectifs. La méthode va être poursuivie et préparer la loi du 31 juillet 1991 dans cet esprit.

Cf. DOMIN Jean-Paul, "La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise", *Gestions hospitalières*, janvier 2006, p.26.

La commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement sont étroitement associés au fonctionnement de l'établissement : notamment, par la participation de leurs représentants au conseil d'administration et le pouvoir d'alerte qui leur est conféré en cas de constat d'une situation financière durablement dégradée de l'établissement.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques initialement appelée, avant la réforme, commission des soins infirmiers, voit ses compétences élargies et renforcées : elle est consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles.

II.2.3. L'organisation interne de l'hôpital est modifiée

L'organisation interne des établissements de santé est simplifiée, des *pôles d'activité*⁵ sont créés par le conseil d'administration sur proposition du conseil exécutif dans le cadre du projet d'établissement. Cette organisation s'inscrit dans une démarche de contractualisation interne, donnant lieu à une déconcentration de la gestion au plus près du terrain.

Pour chaque pôle d'activité, il est institué un *conseil de pôle* dont les attributions, la composition et le mode de fonctionnement sont fixés par voie réglementaire. Aussi, chaque responsable de pôle contractualise avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement les objectifs de pôle et les moyens dont il dispose à cet effet.

Peuvent exercer les fonctions de *responsable de pôle* d'activité, les praticiens titulaires inscrits sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle. Ces médecins sont nommés pour une période de 3 à 5 ans, par décision conjointe du directeur et du président de la CME (commission médicale d'établissement). Cependant les chefs de service resteront attachés à leur unité.

Le responsable médical du pôle est assisté par un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de sa compétence⁶. Un projet de pôle est élaboré par le conseil de pôle dont les membres sont élus (et non plus tirés au sort comme dans les anciens conseils de service). Ce projet de pôle prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

II.2.4. L'ETAT D'ESPRIT DU PLAN HOPITAL 2007

Relevant d'une volonté réformatrice inspirée par le principe d'une *nouvelle gouvernance*, l'état d'esprit du plan Hôpital 2007 semble favoriser une réelle responsabilisation (*empowerment*) des acteurs (conseil d'administration, responsable médical de pôle, et des structures permettant l'expression de choix partagés (conseil exécutif, conseil de pôle), en s'appuyant sur une profonde rénovation du mode de fonctionnement de l'hôpital avec la contractualisation et la délégation de gestion qui en découle.

Une telle réforme hospitalière ne sera pas sans conséquences sur les missions du cadre de santé, cadre de proximité par excellence et, par là même, sur les compétences dont il devra faire preuve dans l'exercice de sa profession.

À l'analyse, il semble que cet état d'esprit résolument bâti sur les démarches de projet ne manquera pas d'entraîner, comme la théorie des organisations des organisations nous l'enseigne, un glissement vers le registre managérial. Ce qui pourrait faire courir le risque de tendances bureaucratiques.

Personnellement, ce je vois de positif dans le plan Hôpital 2007 mettant en jeu la nouvelle gouvernance, c'est une perspective basée sur l'explicitation du sens de l'action et sur sa construction collective. Il s'agit là potentiellement d'une approche socioculturelle dans la meilleure des formes des théories systémiques sur la communication de Palo-Alto : pour impliquer les personnes, les démarches de projet sont fondées sur un processus collectif et systémique qui s'appuie sur des valeurs et des objectifs collectivement arrêtés, cette démarche favorisant les évolutions vers une culture commune des acteurs vers (et par) des apprentissages collectifs. Idée

⁵ Article L 6146-1 ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

⁶ Article L 6146-6 ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

que j'avais développée en 1991 sous le titre d'un ouvrage traitant de « l'hôpital formateur ». Je faisais de la gouvernance sans le savoir.

Des théories comme celles d'Alain Bouvier ou de Philippe Moreau Defarges apportent des éclairages possibles sur l'esprit de la nouvelle gouvernance telle qu'elle se précise aujourd'hui dans les hôpitaux.

Pour Alain Bouvier, l'apprentissage organisationnel s'inscrivant dans le paradigme constructiviste, l'entreprise se doit d'être un système apprenant, et pour devenir apprenant un système doit d'abord se focaliser sur ses *processus*. On parlera alors de gestion, de management ou de pilotage par les processus. Processus cognitivement complexes et multiprofessionnels comme à l'hôpital où le plan de soins, par exemple implique des acteurs multiples et met simultanément en jeu des compétences croisées, spécifiques et transversales à la fois. Ce qui invite à compléter le pilotage par les processus d'un pilotage par les résultats. Mais là encore, le risque d'effets pervers est grand si l'on pense aux techniques des *workflows*, ces systèmes informatiques de coordination des tâches. Toujours est-il, qu'il s'agisse de *knowledge management* (*meta-monitoring*, *management des savoirs*, *i.e.* culture de la régulation permanente ou « régulation des régulations ») ou de *gouvernance* (mode, manière de gouverner un système), « l'intelligence d'un système est directement subordonnée à l'intelligence de son dispositif de pilotage et de régulation » (*op. cit.*, p. 80).

Ainsi, pour A. Bouvier la gouvernance nouvelle est un management apprenant, un management par l'intelligence (*benchmarking*) : « Plus qu'un simple changement de style, la gouvernance invite les acteurs à être moins passifs et plus responsables. Elle participe à une démocratisation locale, à une démocratisation du fonctionnement du système. Elle exige pour cela transparence et loyauté, mais dans un souci d'efficacité. Elle accompagne projets et partenariats et se focalise sur les processus mis en œuvre au sein du système considéré et de son écosystème. » (*op. cit.*, p. 118).

Philippe Moreau Defarges, expose plus directement les applications de la gouvernance et en interroge les limites. Il insiste notamment sur l'idée que « *La gouvernance peut être analysée comme un système démocratique de gestion. Elle reprend dans une perspective de management les ingrédients de la démocratie* » (*op. cit.*, p. 19). Traitant toute structure sociale comme un espace de jeu, « *Elle repose sur un espace régulé de jeu, où chacun peut et doit jouer* » (*ibid.*, p. 19) et elle nécessite la participation de tous les acteurs : « *Dans la gouvernance, c'est l'engagement dans un projet commun, où chacun doit et peut gagner.* » (*ibid.*, p. 20).

III. Modélisation systémique

De cet ensemble de considérations et, ne pouvant pas toutes les approfondir ici, il résulte que je représenterai la fonction cadre de santé à partir de deux schémas.

III.1. La posture du cadre :

Le premier, partant d'un modèle managérial de Harold J. Leavitt⁷ (Figure n°2), est destiné à préciser la posture du cadre au sein du système hôpital-entreprise. Je reprends donc le modèle théorique de cet auteur assimilant l'entreprise à un système «hommes-structures-technologies» sous tension entre des objectifs et une organisation en vue de s'adapter aux sollicitations de son environnement, et je le complète de manière à circonscrire les niveaux et espaces complémentaires, fonctionnels et hiérarchiques, permettant de positionner le champ d'action des cadres afin de montrer son importance au carrefour du stratégique (espace du politique), de l'organisationnel (espace du management proprement dit) et de l'opérationnel (espace de la production des soins).

Sur le modèle ainsi complété, on voit que le cadre intervient de façon électorale au niveau managérial, dans un champ d'action intégrant l'espace stratégique (cadre supérieur) et l'espace tactique (cadre), en coopération directe ou représentative (selon le grade ou le mandat) avec les instances dirigeantes de l'hôpital.

⁷ « L'organisation en tant que système », in MARCH James G. Edit, *Hanbook of organizations*, Rand McNally, 1965.

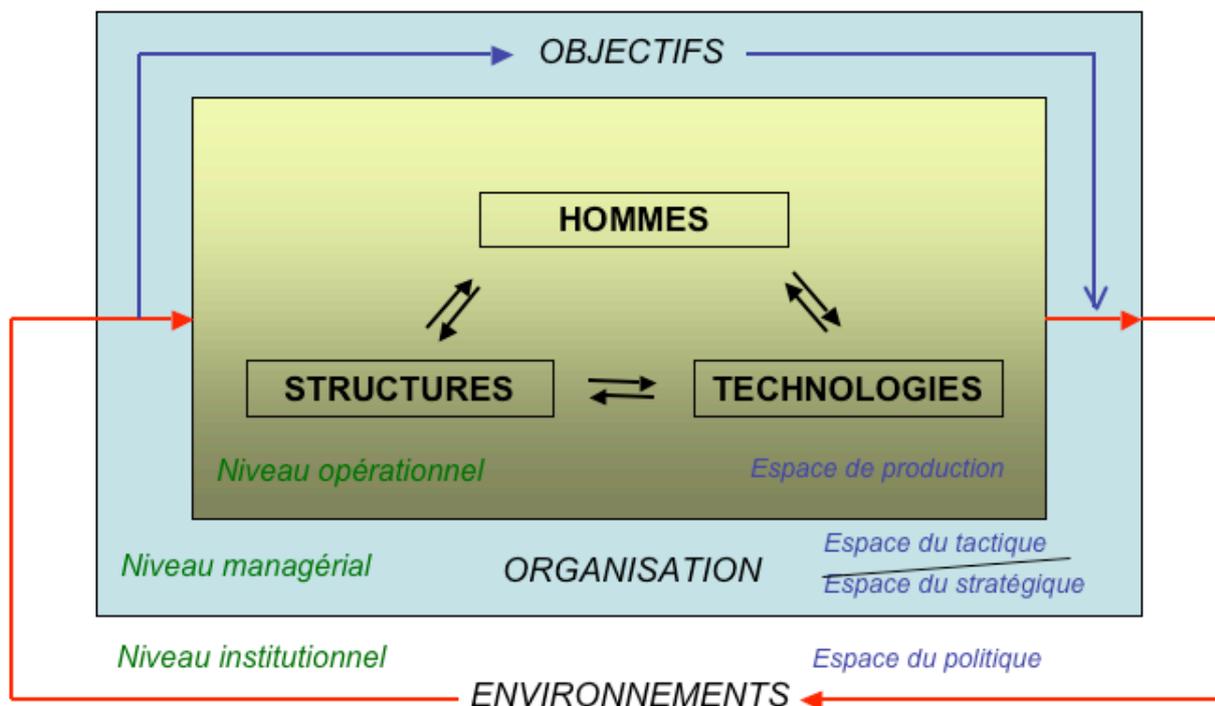


Figure n° 2 : Des structures et des hommes
(L'organisation, champ d'action de l'encadrement)

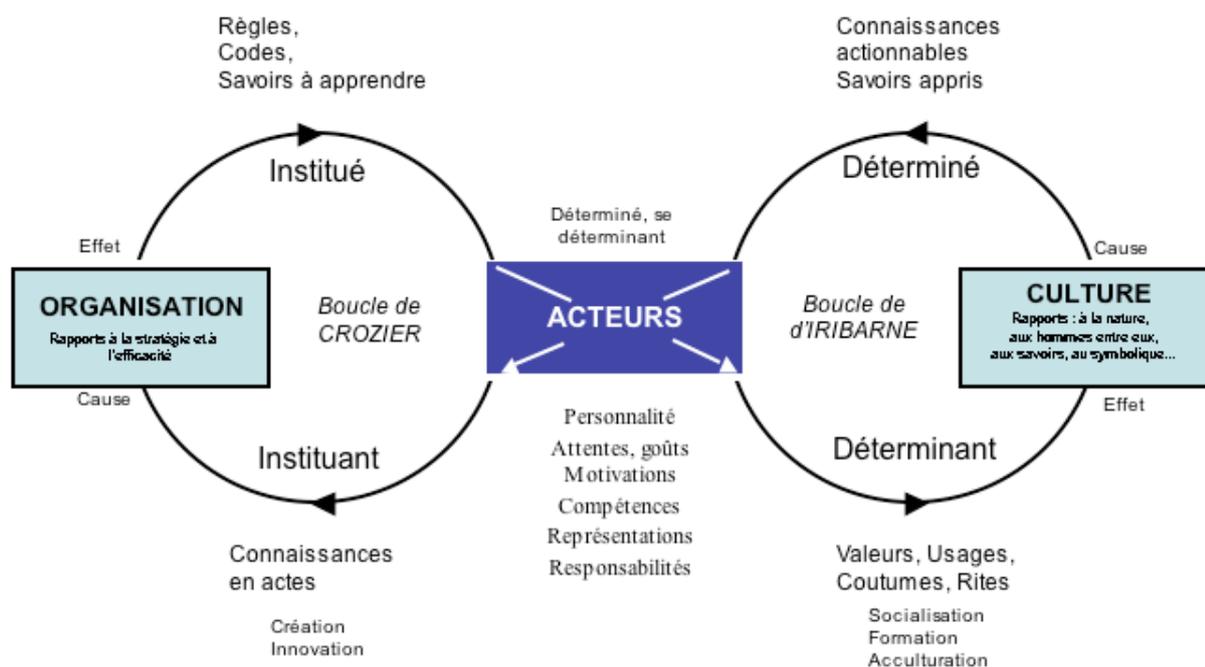


Figure n° 3 : Le jeu social des acteurs

(Adapté et complété à partir du modèle de G. Donnadiou (*op. cit.*, p. 269))

Ainsi identifiée, cette posture correspond bien au statut des cadres de santé, cadres intermédiaires ou de proximité, c'est-à-dire un pied dans la clinique et la technique des soins et un pied dans la gestion administrative, à l'interface (*ce qui rompt le face-à-face* au sens de J.P. Dupuy) des groupes qui président aux décisions et pilotent le système.

Cette posture est le fruit d'une longue évolution. Autrefois, les cadres de santé étaient limités à des fonctions de simple auxiliaire. Cette fonction a aujourd'hui évolué à travers la complexification des politiques hospitalières, la transformation des structures et le développement de la formation. Donc par la culture. Et il est indispensable, de ce point de vue, de considérer avec des auteurs comme Gérard Donnadieu (*op. cit.*, p. 269) modélisant le *jeu social des acteurs* au sein de l'entreprise, que l'organisation se boucle de façon permanente et continue avec la culture. Phénomène que nous illustrerons par un schéma (Figure n°3) renvoyant lui-même à la figure n°1, afin de mettre en exergue le principe explicatif que les cadres, héritiers d'une culture d'hôpital, ont, de par leur fonction médiatrice entre leurs collègues infirmiers, le corps médical et le corps administratif, un rôle déterminant à jouer dès lors qu'ils deviennent acteurs de changement au sein de ce même hôpital.



Figure n° 4
Un profil dynamique

III.2. Essai de modélisation sommaire de la fonction cadre de santé :

Ainsi promu, du fait de la *nouvelle gouvernance*, à des fonctions de gestion pour lequel il n'est pas "programmé" à l'origine et qu'il finit par découvrir et à apprendre sur le tas, à l'heure où des formations supérieures spécifiques⁸ se mettent progressivement en place, le cadre doit aujourd'hui faire le grand écart entre sa culture soignante de base et sa nouvelle culture de responsable administrativo-technique, l'amenant aux portes de la technostructure. Attendant de lui

⁸ Comme, par exemple la Licence de Sciences sanitaires et sociales conçue dans cet esprit à l'Université de Pau et des Pays de l'Adour depuis bientôt 14 ans, et où les enseignements de "gestion et organisation des institutions sanitaires et sociales" (Unité d'enseignement n° 7) sont accompagnés d'une initiation à l'approche systémique doublée d'un approfondissement théorique et pratique des concepts de pluri, inter et transdisciplinarité. D'autres Universités sont, par ailleurs, très avancées dans le domaine de la formation des cadres de santé avec des orientations différentes, mais en règle générale complémentaires, ce qui est une indication de l'étendue des savoirs actionnables en la matière.

une réelle efficacité générale l'institution pour laquelle il doit faire preuve de stratégie tout autant que de sens de l'organisation et de la relation, le nouveau cadre doit apprendre aujourd'hui d'autres disciplines, et se forger d'autres attitudes et comportements aussi.

Ce qui, au total, permet de modéliser provisoirement la fonction cadre de santé selon le schéma d'une triangulation (Figure n°4) : « S'organiser-Organiser-Etre responsable ».

Cette triangulation qui intègre les dimensions (*planifier, organiser, activer, contrôler*) du modèle de Raymond-Alain Thiétart (*op.cit.*, 1989, p.100) formalise l'ordre des processus de base sur lesquels le cadre s'appuie pour agir. Elle montre la nature des relations complexes que le cadre, en situation, entretient : avec lui-même quand il s'organise (*autoréférence, self-government ou gouvernance de soi*), avec les autres quand il organise (*co-référence, hétéroréférence, coopération, activation*) et avec « les choses » quand il s'engage de façon responsable dans l'action (*projets, plans, programmes, contrôle*).

CONCLUSION

Si la *nouvelle gouvernance* hospitalière s'inspire globalement de tous ces principes qui rappellent que l'hôpital public est un espace de sens qui repose sur les structures de la démocratie et de l'humanisme, encore faut-il qu'elle réussisse à les mettre en application, et pour ce faire, elle soit capable de prendre en compte l'enjeu stratégique essentiel que représente la fonction cadre de santé, par sa compétence même, au carrefour de tous les processus qui concourent à la qualité et à la sécurité des soins.

De par leurs missions de proximité et leur participation aux décisions, leurs compétences et leur posture au sein des équipes médicales et médico-techniques, les cadres de santé exercent une fonction de médiation cardinale, aujourd'hui, entre le niveau global de l'institution qui détermine la culture hospitalière et le niveau local de l'organisation des soins qui est à la fois produit de cette culture et, rétroagissant sur elle, agent de transformation de cette culture. Ces cadres ont donc un grand rôle à jouer dans la réforme actuelle en tant qu'acteurs et agents de changement, rôle stratégique et tactique autant qu'opérationnel, bien sûr. Mais rôle humain surtout, si l'on se rappelle que l'hôpital, même s'il est contraint par la réalité économique, est aussi un *milieu d'hommes au service des hommes*.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUVIER Alain : *Management et sciences cognitives*. Paris, PUF (Que-Sais-je ?), 2004.
- DONNADIEU Gérard : *Manager avec le social. L'approche systémique appliquée à l'entreprise*. Éditions Liaisons, 1997.
- DHOS : Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière. Juillet 2006, 99 pages.
- DOMIN Jean-Paul, "La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise", *Gestions hospitalières*, N° janvier 2006.
- JEAN Philippe : « Structures hospitalières et "nouvelle gouvernance" », *Revue Hospitalière de France*, N° 510, Mai-Juin 2006.
- MOREAU DEFARGES Philippe : *La gouvernance*. Paris, PUF (Que-Sais-je ?), 2003.
- PEYRÉ Pierre : *Le projet de formation en milieu psychiatrique. Vers l'hôpital formateur*. Toulouse, Privat, 1991.
- ROMATET Jean-Jacques : « Repenser les stratégies et les outils ». in *La nouvelle gouvernance hospitalière : du procès à la Métamorphose*, *Entreprise Santé*, N° 57, Mai-Juin 2005, p. 15.
- THIÉTART Raymond-Alain : *Le management*, Paris, PUF (Que Sais-je ?) 1980, 1989.